



01968

11

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA EN MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ MARAVER

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY

COMITÉ TUTORAL:

TITULAR: Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza

TITULAR: Dr. Guido Belsasso

TITULAR: Mtro. Fernando Vázquez Pineda

TITULAR: Mtro. Horacio Quiroga Anaya

SUPLENTE: Dra. Ma. Asunción Lara Cantú

SUPLENTE: Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez



CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

1

AGOSTO DE 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Mis más sinceros agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme tantas oportunidades para desarrollarme humana y profesionalmente.

Al Dr. Héctor Ayala Velázquez(t), por su espíritu universitario, su visión y su interés en compartir sus conocimientos.

A la Mtra. Guillermina Natera por su apoyo, sus enseñanzas y su valiosa asesoría ¡Muchas gracias!

A la Lic. Leticia Echeverría, al Mtro. Miguel Ángel Medina y al Mtro. Fernando Vázquez, por sus enseñanzas y apoyo incondicional ¡Muchas gracias!

A la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, al Dr. Guido Belsasso, al Mtro. Horacio Quiroga y a la Dra. Ma. Asunción Lara, por ser parte de mi comité tutorial y guiarme para la conclusión de este trabajo. Mi agradecimiento y respeto.

A mis padres, Agustín e Irma por impulsarme siempre, por su confianza y cariño ¡Muchas gracias!

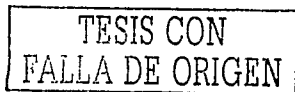
A Bety, Pepe y Verónica por su colaboración en la realización de este trabajo y por su cariño. ¡Muchas gracias!

A Erika, Gaby, Elsa, Ronald y Raúl, por su amistad y por los momentos compartidos. ¡Muchas gracias!

A mis amigas y amigos, por creer en mí y por brindarme su cariño. ¡Muchas gracias!

A mis hermanos, tías, primas y a mis sobrinos Gastón y Maurice por su interés en mis proyectos profesionales y su afecto.

Al Sr. Eduardo, Paty y a Silvia, por su apoyo de siempre. ¡Muchas gracias!



INDICE

Introducción	6
I. Reporte del ejercicio de la experiencia profesional	9
1. Primer Semestre	10
1.1. Formación Teórica	10
1.1.1. Seminarios Reglamentarios	11
1.2. Programa de Residencia	12
1.2.1. Situaciones que precipitan el consumo de alcohol en mujeres alcohólicas	12
1.2.2. Programa de Auto-cambio dirigido para bebedores problema	13
1.3. Actividades Complementarias	14
1.4. Habilidades y competencias adquiridas	14
2. Segundo Semestre	15
2.1. Formación Teórica	16
2.1.1. Seminarios Reglamentarios	16
2.2. Programa de Residencia	17
2.2.1. Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema	17
2.2.2. Programa de Auto-cambio Dirigido para Fumadores	23
2.2.3. Programa de Orientación a Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol	25
2.3. Actividades complementarias	28
2.4. Habilidades y competencias adquiridas	28
3. Tercer Semestre	30
3.1. Formación Teórica	30
3.1.1. Seminarios Reglamentarios	30
3.2. Programa de Residencia	32
3.2.1. Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema	32
3.2.2. Programa de Auto-cambio Dirigido para Fumadores	32
3.2.3. Programa de Orientación a Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol	32
3.3. Actividades Complementaria	32
3.4. Habilidades y competencias adquiridas	32
4. Cuarto Semestre	34
4.1. Formación Teórica	34
4.1.1. Seminarios Reglamentarios	34
4.2. Programa de Residencia	35
4.2.1. Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores	35

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Problema	36
4.2.2. Programa de Orientación a Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol	36
4.2.3. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas	38
4.3. Actividades complementarias	38
4.4. Habilidades y competencias adquiridas	40
5. Conclusiones	42
II. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas	43
1. Panorama epidemiológico del consumo de alcohol en adolescentes	44
1.1. Adolescencia	45
1.2. Adolescencia y alcohol	47
1.3. Alcohol y mujer	51
1.4. Bulimia nerviosa	52
2. Marco conceptual del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas	53
2.1. La prevención en el campo de las conductas adictivas en adolescentes escolarizados	55
2.2. Características de las intervenciones breves	57
2.3. Fundamento teórico	57
2.3.1. Teoría del aprendizaje social	59
2.4. Componentes del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas	59
2.4.1. Entrevista motivacional	61
2.4.2. Técnicas de auto-control	62
2.4.3. Prevención de recaídas	63
2.5. Características del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas	63
2.5.1. Detección de casos	64
2.5.2. Admisión	67
2.5.3. Evaluación	69
2.5.4. Inducción al tratamiento	

2.5.5. Tratamiento	70
2.5.5.1. Primera sesión: Balance Decisional	71
2.5.5.2. Segunda sesión: Situaciones de riesgo y planes de acción	71
2.5.5.3. Tercera sesión: Establecimiento de metas de vida y el consumo de alcohol y otras drogas	72
2.5.5.4. Cuarta sesión: Nuevo establecimiento de metas	73
2.5.6. Seguimientos	74
III. Reporte de la sesión típica del ejercicio profesional: Estudio de un caso, "N"	76
1. Detección de casos	77
2. Admisión	78
2.1. Descripción general del caso	78
2.2. Primera entrevista	79
2.3. Aplicación de los instrumentos	80
3. Evaluación del usuario	85
3.1. Línea Base Retrospectiva <i>LIBARE</i>	87
3.2. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol <i>ISCA</i>	88
3.3. Cuestionario Breve de Confianza Situacional <i>CBCS</i>	89
4. Inducción al tratamiento	90
5. Tratamiento	94
5.1. Primera sesión: Balance Decisional	94
5.2. Segunda Sesión: Situaciones de riesgo y planes de acción	96
5.3. Tercera Sesión: Establecimiento de metas de vida y el consumo de alcohol y otras drogas	103
5.4. Cuarta Sesión: Nuevo establecimiento de metas	107
6. Seguimientos	111
7. Discusión del caso	122
IV. Conclusiones Generales	128
V. Comentarios finales	131
Referencias	132

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, persistió la concepción biologista de la salud y la enfermedad como los extremos de un continuo mutuamente excluyentes, la salud entonces era definida como "ausencia de enfermedad" y la enfermedad estaba asociada a sensaciones como malestar, dolor, incomodidad, fiebre, hemorragia, etc. Sin embargo, dado los avances en muchas de las disciplinas de atención al bienestar del individuo, la Organización Mundial de la Salud en 1948 define la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad". De esta manera, se reconocían como componentes de la salud a dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social que, sumados a la biológica lograron una conceptualización integral de la salud constituyendo el más tarde llamado "modelo psico-social" (Rodríguez-Marín, 1995).

Actualmente, se reconoce como salud el "nivel más alto de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (Salleras, 1985). Esta conceptualización reconoce que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez-Marín, Pastor y López, 1988).

La Psicología de la Salud surge como la disciplina que engloba un conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen de la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria (Mattarazzo, 1980). Incorporar las variables comportamentales y psico-sociales, le proporciona a los psicólogos el lugar para desarrollar técnicas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, áreas olvidadas completamente por el modelo biologista. El cambio de conducta es la parte fundamental, ya que a partir de ella es como se puede evaluar si la intervención implementada tuvo éxito.

En cuanto a la investigación en el campo de la salud, los estudios epidemiológicos y psico-sociales muestran un aumento en los problemas emocionales, cognitivos y conductuales en México. Estos problemas se encuentran relacionados con problemas económicos, desintegración familiar, falta de oportunidades en materia de educación, pobreza, entre otros. Además, la presencia de estos problemas genera un fuerte gasto económico para el país. De esta forma la atención a la salud se convierte en uno de los retos y oportunidades importantes (Secretaría de Salud, 1998).

La visión de la problemática asociada al abuso de sustancias en cuanto al inicio, mantenimiento y cambio conductual, desde la perspectiva de la Psicología de la

Salud, permite una comprensión de amplio espectro y con ello, la elaboración de medidas de detección y atención oportuna del daño.

Actualmente, el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública en el mundo, y en México, está contemplado como uno de sus programas prioritarios.

Las sustancias adictivas, pueden ser cualquier producto psicoactivo que al ser consumido reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. En estos productos se incluyen a aquellos de uso médico (tranquilizantes, estimulantes), los de uso industrial (solventes inhalables), los derivados de origen natural (cocaína, heroína), los compuestos por sustancias químicas y elaborados clandestinamente (LSD, metanfetamina) y los comercializados legalmente como el tabaco y las bebidas alcohólicas. Todos ellos, son productos que se consumen en diferentes formas, con diversos propósitos y con efectos muy distintos. Dicho consumo está asociado a una serie de trastornos o efectos colaterales a la par que incrementan en riesgo de contraer enfermedades, infecciones y deterioran la salud del usuario. El uso de sustancias ilegales exponen al usuario además a la vinculación con redes de tráfico, con lo que se presenta la posibilidad de verse envuelto en un delito, situación que repercute negativamente en los niveles de seguridad pública de la comunidad (CONADIC, 1998).

En consecuencia, las instituciones encargadas de la formación de los profesionales que laboran en el campo de las conductas adictivas, deben procurar el diseño de programas que permitan a estos individuos capacitarse, con el propósito de que adquieran las herramientas y habilidades necesarias para su desempeño laboral en el área. Por esta razón, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México se ha dado a la tarea de implementar un programa de postgrado, dirigido a todos aquellos profesionales del campo de la salud que se encuentren interesados en formarse en el estudio de las conductas adictivas. El objetivo de este programa es formar psicólogos en el área de adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema.

Para el logro de dicho objetivo, el alumno cursa un tronco común de materias metodológicas y se incluye en un programa de residencia, a fin de que adquiera competencias profesionales en la comprensión y atención de personas que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias. El perfil profesional del egresado (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002), contempla el desarrollo de habilidades y competencias para:

1. Investigación epidemiológica y psico-social empleada en la descripción de las conductas adictivas

2. Desarrollo de programas preventivos en el nivel individual y comunitario
3. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas
4. Aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas
5. Desarrollo de programas de sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención
6. El diseño de proyectos de investigación aplicados al campo de las conductas adictivas

Con base en lo anterior, el presente Reporte de Experiencia Profesional es una descripción del proceso que se lleva a cabo para el cumplimiento de la misión del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones, destacando las habilidades y competencias desarrolladas por el alumno para el logro del perfil profesional establecido. Por tanto, este documento está dividido en cuatro partes fundamentales:

- I. Reporte del ejercicio profesional: Se hace una síntesis de las actividades realizadas y de las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante los cuatro semestres que conforman el programa académico.
- II. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Se presenta el marco teórico que sirve de base para el abordaje del caso clínico, los antecedentes que justifican y sustentan el Programa de Intervención Breve, sus componentes y la metodología para la implementación de las seis etapas básicas.
- III. Reporte de la sesión típica del ejercicio profesional: Estudio de un caso, "N". Se describe paso a paso la implementación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras Drogas, así como los alcances y limitaciones
- IV. Conclusiones generales: Se presentan los comentarios que engloban los logros y aportaciones de la experiencia profesional durante el Programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones.
- V. Conclusiones finales: Se hace una evaluación personal de las habilidades y competencias adquiridas a lo largo del programa de la Maestría.

I. REPORTE DEL EJERCICIO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Una parte primordial del programa académico de la Maestría consiste en incluir a los alumnos en un programa de residencia con el objetivo de que desarrollen competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio. Este programa requiere un mínimo de 1609 hrs. de práctica supervisada durante dos años. Los estudiantes se integran en cada semestre a diferentes proyectos de investigación desarrollados en las instituciones participantes en el programa académico de la maestría con la finalidad de conocer los antecedentes teóricos y metodológicos de cada investigación, así como participar en seminarios reglamentarios cuyo objetivo es brindar la formación teórica del programa.

El programa de residencia está planteado para que los egresados cuenten con los conocimientos, habilidades y actitudes para la identificación, prevención y solución de problemas en el área de las adicciones, así como para el diseño y la realización de proyectos de investigación epidemiológica, psico-social, experimental aplicada y de proceso en el área de adicciones.

El programa de residencia gira principalmente alrededor del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, y a los diferentes proyectos derivados del mismo.

1. PRIMER SEMESTRE

El programa académico de la Residencia, coordinado y supervisado por la Mtra. Guillermina Natera Rey, está conformado por dos modalidades, la primera de ellas es una serie de seminarios que proporcionan la parte teórica-metodológica, y la segunda son las actividades teórico-prácticas propias de la residencia en donde se propicia un escenario para la ejecución de los conocimientos y habilidades recientemente adquiridos. Esta última modalidad se lleva a cabo de manera continua durante los dos años que dura el programa de maestría, independientemente de la duración del semestre lectivo.

En este semestre, cuya duración abarca el periodo del 17 de julio al 19 de enero de 2001, con sede en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", el programa académico estuvo conformado por tres seminarios reglamentarios así como por la participación en un proyecto de investigación.

1.1 FORMACION TEÓRICA

Esta modalidad de enseñanza, consiste en la revisión y discusión de diversos materiales que proporcionan el sustento del trabajo en la residencia. El programa

está conformado por seminarios que abarcan la información desde diferentes perspectivas, una vez por semana. A continuación se describen las generalidades de cada uno de ellos:

1.1.1 Seminarios Reglamentarios

1.1.1.1 Temas Selectos en Adicciones:

Fue impartido por diversos investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". El objetivo fue el dar a conocer una gama lo más amplia posible de las investigaciones realizadas en el campo y conceptos teóricos aplicables a la investigación de problemas, a la prevención y a programas de intervención. El temario contempló los siguientes puntos: (1) Conceptos básicos de la epidemiología, (2) Teorías etiológicas, (3) Modelo epidemiológico aplicado a la investigación, (4) Dependencia física/dependencia psicológica, (5) La investigación en adicciones, (6) Construcción de instrumentos, (7) Aspecto legal de las adicciones, y (8) Aspectos de política y del narcotráfico nacional e internacional.

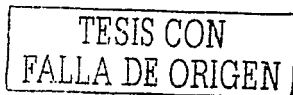
La evaluación consistió en la entrega de fichas de trabajo, la discusión de materiales previamente leídos y la elaboración del trabajo final titulado "Estrategias de prevención en el uso y abuso de sustancias adictivas en la población adolescente".

1.1.1.2 Introducción a la Epidemiología de las Adicciones en México:

Fue impartido por el Dr. Fernando Wagner y tuvo como objetivo el proporcionar conceptos teóricos de la epidemiología en el campo de las adicciones aplicables a la investigación e interpretación de los estudios epidemiológicos. Las estrategias de enseñanza utilizadas fueron: técnica expositiva, discusión en grupo de los materiales, investigación documental, y la realización de ejercicios prácticos en clase. El temario fue: (1) Introducción a la epidemiología y al estudio epidemiológico de las adicciones, (2) Conceptos de la epidemiología, (3) Medición: principales diseños de estudios epidemiológicos, características y aplicación al estudio de la epidemiología de las adicciones de México, (4) Comparación de los datos de México y los de otros países y (5) Situación actual y perspectivas de la investigación epidemiológica en México. Se evaluó por medio de un examen escrito y la participación en clase.

1.1.1.3 Análisis Experimental de la Conducta:

Este seminario, con sede en la Facultad de Psicología, estuvo dividido en dos partes, en la primera a cargo del Mtro. Fernando Vázquez, se revisaron los procesos psicológicos básicos centrándose en la sensoopercepción, memoria, atención, lenguaje y motivación. En la segunda parte, a cargo del Mtro. César Carrascoza, se examinaron la definición y características del Análisis Experimental de la Conducta y del Análisis Conductual Aplicado. La evaluación consistió en la discusión de lecturas y exposición de temas. Este seminario proporcionó la base teórica de los modelos



de intervención de auto-cambio dirigido, principales herramientas terapéuticas de la Residencia.

1.2 PROGRAMA RESIDENCIA

En este semestre, una de las actividades del programa de residencia consistió en la colaboración en el proyecto de investigación de la Mtra. María del Carmen Mariño del Instituto Nacional de Psiquiatría titulado: "Situaciones que precipitan el consumo de alcohol en mujeres alcohólicas" y en la capacitación en el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, además de la asistencia y participación en diversos foros. A continuación se describen las actividades realizadas ordenadas en dos rubros principales:

1.2.1 Proyecto de Investigación: Situaciones que precipitan el consumo de alcohol en mujeres alcohólicas:

Este proyecto está planeada para detectar aspectos importantes dentro del modelo de recaída propuesto por Marlatt y Gordon en 1980 y se centró en mujeres mexicanas que están asistiendo a tratamiento en grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos. Los objetivos fueron:

- Identificar las situaciones de alto riesgo -intrapersonales e interpersonales- que precipitan el consumo de alcohol en mujeres alcohólicas que se encuentran actualmente en grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), tomando como marco explicativo el Modelo Cognitivo-Conductual de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1980)
- Conocer las experiencias emocionales de las mujeres previas al consumo y las respuestas de enfrentamiento ante diferentes situaciones problema.
- La identificación de las variables anteriores servirán de gran ayuda en el entendimiento de todo el proceso psicológico que se desarrolla entre las mujeres para reconocer su enfermedad, evitar las recaídas y para proporcionar un tratamiento adecuado y eficaz que cumpla con las necesidades y expectativas que su condición de género requiere.

1.2.1.1 Actividades realizadas:

Estuvieron encaminadas a contribuir en la elaboración del protocolo de investigación. Colaboré haciendo búsquedas y revisiones biblio y hemerográficas y en internet, traduciendo la información, en algunos casos sintetizándola y en otros organizándola,



de tal manera que se contribuyera a completar el protocolo de la investigación, especialmente el marco teórico y la elaboración de diapositivas del material en dos momentos diferentes (en la presentación del marco teórico y para la presentación del protocolo concluido).

1.2.2 Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema

Esta parte del trabajo de la residencia, se llevó a cabo en la Facultad de Psicología en el Centro de Servicios Psicológicos, en una actividad que representó el primer acercamiento con el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema a través de un curso introductorio impartido por los alumnos de tercer semestre de la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones.

Los objetivos de este curso estuvieron planteados de la siguiente manera:

- Proporcionar a los alumnos un panorama general del programa.
- Integrar en un trabajo conjunto a los alumnos de la Maestría de ambas generaciones.

Dicho curso se llevó a cabo del 18 al 26 septiembre, y los contenidos estuvieron organizados en tres partes:

- 1 Se revisó el modelo y la aplicación del mismo a través de diferentes técnicas de enseñanza como fueron: expositiva, lluvia de ideas, observación de las habilidades terapéuticas en vivo y a través de video, así como ejercicios de juego de roles y la aplicación de algunos instrumentos de evaluación.
- 2 Por medio de una técnica expositiva, se revisaron los contenidos referentes a los programas de diseminación, de capacitación y supervisión del modelo.
- 3 Se expusieron otros tres programas que constituyen proyectos de investigación de doctorado, con la finalidad de generar en los alumnos el interés por integrarse a ellos. Estos programas fueron expuestos por los responsables de desarrollar cada proyecto, a saber:
 - Modelos de intervención para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas, proyecto de la Mtra. Lidia Barragán
 - Programa de intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, desarrollado por la Lic. Kalina Martínez.
 - Programa de auto-cambio dirigido para usuarios de cocaína, del Mtro. Roberto Oropeza

El trabajo posterior a este curso, se continuó en la misma sede observando la aplicación de cada uno de los modelos a través de la Cámara de Gessell.

1.3 ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Este rubro, agrupa a una serie de eventos que proporcionan información adicional al trabajo de la residencia. Estos eventos representan foros para la diseminación de resultados de investigaciones recientes así como de diversas propuestas de trabajo científico, psico-social y epidemiológico y de tecnología de vanguardia.

- Curso de Actualización en los problemas del uso de alcohol y otras sustancias adictivas del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", del 23 al 27 de octubre.
- XV Reunión de Investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", del 20, 21 al 22 de septiembre.

1.4 HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

El enfoque epidemiológico y psico-social del programa académico durante este periodo, se centró en la formación de habilidades para la descripción de los fenómenos psico-sociales, y el análisis crítico de estudios epidemiológicos que propició el conocimiento del campo de las conductas adictivas: desde la etiología a partir de la comprensión e interpretación de los datos epidemiológicos, la detección oportuna partiendo del reconocimiento de las características del abuso de sustancias y sus efectos psicológicos y sociales a corto y largo plazo, hasta la elaboración de propuestas de intervención con base en los resultados observados de investigaciones, particularmente en los niveles de prevención primaria y secundaria.

Uno de los mayores alcances de este programa, fue la oportunidad de estar en contacto directo con investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, lo que facilitó la adquisición de conocimientos teóricos y el desarrollo de habilidades y competencias en:

- La comprensión y manejo de los conceptos teóricos.
- El conocimiento de las diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para el estudio de las conductas adictivas.
- La metodología para la investigación psico-social y epidemiológica tanto cuantitativa como cualitativa fungiendo como parte activa del proceso.
- El conocimiento de los tipos de estudios epidemiológicos y la interpretación de datos, así como la identificación del panorama epidemiológico actual de las adicciones en México y el reconocimiento de las semejanzas y diferencias de este fenómeno con respecto a otros países. Este bagaje de información promovió el desarrollo de habilidades para la identificación de los elementos que caracterizan a nuestro país en lo referente a incidencia y prevalencia, tendencias, drogas de preferencia de acuerdo con diferentes clasificaciones y puntos de vista para

abarcar el fenómeno, factores de riesgo y protección, comportamiento social ante el consumo, características del consumo por grupos de edad y características de los usuarios, así como de los diferentes sistemas de referencia. El conocimiento de dichos datos sirven como punto fundamental para la comprensión del problema y proporciona los elementos relevantes para la toma de decisiones en cuanto a la propuesta de líneas de investigación.

- El conocimiento de la líneas de investigación a partir de la correlación entre el abuso de sustancias y diversos problemas sociales de la población mexicana.
- El reconocimiento del estatus de la situación actual de la investigación social y epidemiológica en México y sus perspectivas a partir del nivel de desarrollo en el que se encuentra y los recursos disponibles.
- El reconocimiento de los elementos que caracterizan la conducta adictiva que guían la detección oportuna y proporcionan los criterios elementales para la asignación de los usuarios al nivel de tratamiento que requieran por la habilidad desarrollada para la identificación de los síntomas y problemas asociados al patrón de consumo y al tipo de sustancia.
- El conocimiento de las políticas para el control de la oferta y la demanda de sustancias lícitas e ilícitas en México y en otros países.
- Específicamente, la participación en un proyecto de investigación, permitió desarrollar habilidades básicas de investigación como son: investigación documental, elaboración de protocolo de investigación, y el desarrollo de reportes técnicos.
- El conocimiento de los diferentes programas del modelo de Auto-cambio Dirigido en las modalidades de disseminación, capacitación y supervisión, logrando a la vez el establecimiento de la conexión entre la teoría que los fundamenta y la práctica.
- La participación en conferencias y foros científicos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, propició el reforzamiento de los conocimientos adquiridos a través de los diferentes seminarios, la aproximación al proceso de la investigación básica y aplicada y la observación de la metodología establecida para la disseminación de datos de investigación.

Este semestre fue de gran relevancia para la generación de elementos teóricos y de herramientas para la investigación. En la medida en que se fue avanzando en el programa de la maestría dichos conocimientos y habilidades fueron perfeccionándose.

2. SEGUNDO SEMESTRE

Durante este periodo, que se llevó a cabo del 29 de febrero al 8 de junio de 2001, el programa de actividades académicas giró en torno a dos objetivos primordiales:

- Desarrollo de habilidades para la atención a personas con problemas por el abuso de sustancias; y en la

- Sensibilización de otros profesionales para la aplicación de los programas preventivos.

Así, el programa académico estuvo organizado de la siguiente manera:

2.1 FORMACIÓN TEÓRICA

2.1.1 Seminarios Reglamentarios

2.1.1.1 Bases Psicológicas de las Adicciones:

Fue impartido por el Dr. Héctor Ayala con el objetivo de proporcionar a los alumnos los fundamentos teóricos de los programas de intervención breve. Para cumplir con este objetivo, se discutieron en clase una serie de materiales que permitieron conocer a profundidad dichos fundamentos. La evaluación consistió en la elaboración de un manual de apoyo a partir de la traducción de diversos ejercicios propuestos por Annis, Herie & Watkin-Merek (1996) y Monti, Abrahams, Kadden & Cooney (1989), que conformarán sesiones adicionales del programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

2.1.1.2 Temas Selectos en Adicciones:

Este seminario estuvo a cargo de la Lic. Leticia Echeverría y la Lic. Marcela Tiburcio. El objetivo planteado fue: proporcionar a los alumnos un panorama general de las diferentes drogas y sus efectos. Se revisaron los siguientes temas (1) Conceptos básicos, (2) Modelo de atención al daño, (3) Drogas ilegales (alucinógenos, opiáceos, inhalables, y estimulantes) y (3) Drogas médicas (antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos). Para la evaluación, los alumnos hicieron una investigación sobre alguno de los temas y lo expuso en clase. Los documentos elaborados conformarán un manual de apoyo para la enseñanza de esta materia a las siguientes generaciones de la Maestría.

2.1.1.3 Economía Conductual

El profesor responsable fue el Mtro. Fernando Vázquez. Las actividades se centraron en el objetivo de propiciar el conocimiento, identificación y análisis de los principios de la economía conductual y su aplicación al estudio y tratamiento del consumo de sustancias adictivas, para lo cual se discutieron en clase diversos materiales que presentaban los conceptos básicos y las aplicaciones en diferentes situaciones experimentales de las técnicas de la economía conductual. La participación de los alumnos se evaluó a través de los reportes de las lecturas y la elaboración de una monografía temática.

2.2 PROGRAMA DE RESIDENCIA

A partir de este semestre, las actividades del programa de residencia se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología y por este semestre únicamente, en clínicas del IMSS. En ambas sedes, las actividades se centraron en la capacitación de los estudiantes en los programas de intervención breve, esto con la finalidad de propiciar el desarrollo de las habilidades terapéuticas que le permitan su implementación en los casos que acudan solicitando el servicio. Como estrategia de enseñanza, los alumnos estuvieron en contacto constante con un supervisor, se realizaron observaciones de la aplicación del modelo en casos reales a través de la cámara de Gessell, en video y directamente participando como co-terapeuta, y se llevaron a cabo prácticas a través de juego de roles. Finalmente, el desempeño como terapeuta a cargo de un caso completo con el supervisor como co-terapeuta.

Para realizar este trabajo, a lo largo de los tres últimos semestres de la Maestría, me incorporé a los cuatro programas de intervención breve que a continuación menciono y cuyo proceso de entrenamiento fue muy semejante:

- 1) Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).
- 2) Programa de Auto-Control Dirigido para Fumadores (Lira, 2002).
- 3) Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol (Natera, Orford, Tiburcio, y Mora, 1998)
- 4) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez y Ayala, 2000). La descripción de las actividades realizadas en este programa se hará en el informe del cuarto semestre.

Además de participar en el Modelo de Supervisión para la aplicación del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

El trabajo realizado en cada programa se describe en el semestre correspondiente.

2.2.1 Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema

Este programa cognitivo-conductual, basado en la Teoría del Aprendizaje Social ha sido propuesto a partir de la investigación experimental realizada a lo largo de varias décadas a nivel internacional. El modelo fue desarrollado inicialmente en 1988 en Canadá por Sobell y Sobell (1993) y ha sido aplicado, evaluado y adaptado para México en 1992 por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998). Es un programa de prevención indicada para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia.

De acuerdo con este modelo, el abuso del alcohol es considerado como una conducta adictiva, la cual a su vez está definida como un patrón o hábito repetitivo que se caracteriza por la búsqueda de recompensas a corto plazo y a menudo con efectos dañinos a largo plazo como el aumento del riesgo de enfermedad y problemas sociales o personales (Ayala, 2001). Esta conducta se experimenta subjetivamente como "pérdida de control", debido a que se sigue presentando aún cuando se hagan esfuerzos concretos para abstenerse o moderar su uso.

Por lo tanto, el programa establece como objetivos

- Ayudar a los pacientes a establecer metas.
- Identificar las situaciones de riesgo para el consumo.
- Desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a dichas situaciones.

La meta del tratamiento es la reducción del patrón de consumo de alcohol (moderación o abstinencia) para a su vez, reducir las consecuencias negativas con el uso excesivo, a través de facilitar un proceso de aprendizaje.

Para cumplir con los objetivos y la meta de la intervención, el modelo está diseñado a partir de la utilización de los cuatro componentes básicos que se trabajan durante las sesiones de tratamiento:

- a) Técnicas de autocontrol: auto-monitoreo del consumo, auto-selección de las metas del tratamiento.
- b) Análisis funcional del beber: identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber y de alto riesgo.
- c) Reestructuración cognoscitiva
- d) Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber

Las actividades durante las sesiones están diseñadas para que el usuario participe activamente durante el programa, generando a su vez el cambio conductual, para lo cual es importante:

- 1) Fomentar la participación del usuario en la planeación del tratamiento.
- 2) Considerar las interacciones que establece el usuario con el entorno que pueden ser determinantes para el logro de resultados exitosos.
- 3) Emplear los recursos con los que cuenta el usuario para el desarrollo de las metas del tratamiento y la adquisición de habilidades de afrontamiento.
- 4) Monitoreo del progreso del cambio.
- 5) Incrementar la motivación para el cambio, entendida como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente.
- 6) Promover la identificación de situaciones de alto riesgo de recaída, el entrenamiento para enfrentar las recaídas y enseñar al usuario su manejo como una oportunidad para el aprendizaje.

- 7) Terminar el tratamiento de acuerdo con el principio de moldeamiento, lo que implica la terminación gradual tomando en cuenta la ejecución como un resultado de la interacción entre terapeuta y usuario.

Dentro del marco de la Entrevista Motivacional, el modelo se compone por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento. Al finalizar el programa, se planean contactos de seguimiento, con el objetivo de vigilar su avance en el logro de su meta. A continuación se describe brevemente cada una de estas sesiones.

2.2.1.1 Implementación del programa:

El procedimiento inicial, consiste en atender a los usuarios que llegan al Centro de Servicios Psicológicos solicitando el servicio a través de un formato denominado *Ficha de Admisión*, en donde describen su problema, la severidad que le asignan al mismo, el horario en el que solicitan la atención y sus datos personales para poder ser contactados una vez que se les asigne terapeuta. Esta solicitud es analizada por el coordinador de la residencia y es quien selecciona al terapeuta quien se hará cargo del caso.

El terapeuta llama al usuario y establecen una cita. A continuación se describe el proceso que se lleva a cabo para la implementación del programa:

i. Recolección de datos:

- i. **Admisión:** este es el primer contacto con el usuario, el objetivo es determinar si el usuario cumple con los criterios de inclusión, los cuales son:
 - Bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol, determinado por el BEDA (ver datos en esta misma sección en el apartado de instrumentos).
 - Sujetos adultos (entre 18 y 70 años de edad) que sepan leer y escribir con domicilio permanente.
 - Ausencia de alucinaciones, convulsiones y delirium tremens.
 - Sin algún daño o enfermedad que limitara el cumplimiento del programa.

Para poder determinar lo anterior, es importante hacer una entrevista abierta enfocada en determinar:

- El motivo de consulta
- Síntomas clínicos relacionados con el consumo de alcohol
- Patrón de consumo (si es necesario aplicar una prueba de tamizaje como el AUDIT o el CAGE), su duración, los eventos a los que está asociado, las

situaciones de riesgo, el contexto, y si éste se lleva a cabo por el sabor o los efectos.

- Historia de consumo problemático
- Consecuencias del mismo
- Características que sugieran dependencia severa
- Etapa de disposición al cambio en el que se encuentra el usuario.

Además, para completar la información, se aplican los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de pre-selección, el cual contiene los criterios de inclusión y exclusión del programa.
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol *BEDA* (Raistrick, 1986).
- Sub-escala Pistas Parte A y B de la Batería Halstead-Reitan.

Esta sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos.

ii. Evaluación conductual:

Tiene como objetivo el obtener información detallada sobre el usuario, conocer la historia y el patrón del consumo, el nivel de auto-eficacia percibido ante éstas y las diferentes situaciones de consumo y los problemas asociados. Se aplican los siguientes instrumentos:

- Entrevista inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional *CBCS* (Annis & Martin, 1985; Echeverría & Ayala, 1997)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol *ISCA* (Annis & Martin, 1985; Echeverría y Ayala, 1997)
- Línea Base Retrospectiva *LIBARE* de 12 meses (Sobell, Maito, Sobell & Cooper, 1979 en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Este instrumento requiere de que el usuario conozca la noción de trago estándar.

Se le presenta además, un formato de consentimiento en que el usuario se compromete a llevar a cabo el tratamiento de principio a fin, cumpliendo con las tareas, y proporciona el nombre de alguna persona cercana a él para participar como colateral en la etapa de seguimiento.

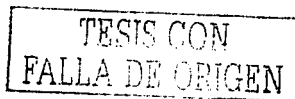
Esta sesión oscila entre los 90 y 120 minutos, por lo que es necesario comunicárselo al usuario en la sesión de Admisión.

ii. Sesiones de tratamiento

Están estructuradas a partir de los componentes del modelo y de los objetivos planteados para cada una de ellas. Se llevan a cabo una vez a la semana a través de la discusión de las lecturas y las tareas desarrolladas previamente. Cada sesión dura 60 minutos, aproximadamente.

- i. **Sesión 1: Balance Decisional.** El objetivo de esta sesión es que el usuario haga un balance entre las ventajas y desventajas de cambiar su consumo y establezca la meta del tratamiento (moderación/abstinencia). Para ello, el usuario valora los pros y los contras de cambiar su consumo y de continuar con el mismo de forma excesiva, identifica sus razones de cambio, y elige una primera meta de consumo (abstinencia o moderación). Se le proporciona también información de las técnicas de reducción del consumo.
- ii. **Sesión 2: Situaciones de riesgo y recaídas.** El objetivo es que el usuario identifique las situaciones de consumo riesgoso. El usuario identifica los factores precipitantes de su consumo, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de sus tres principales situaciones de riesgo, y se analiza la meta de la recuperación como una meta a largo plazo. También se hace una comparación con los datos del CBCS y del ISCA.
- iii. **Sesión 3: Programa general de solución de problemas.** El objetivo de la sesión es que el usuario elabore planes de acción para las situaciones que precipitan el consumo riesgoso. El usuario desarrolla estrategias que le permitan afrontar las situaciones de riesgo para el consumo previamente identificadas y elabora los pasos a seguir.
- iv. **Sesión 4: Revisión de los avances, resumen de la sesión y un segundo establecimiento de metas.** El objetivo es la revisión del progreso en cuanto al control del consumo y la elaboración de una nueva meta de consumo (abstinencia/moderación). Para ello, se identifican las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se toma la decisión de establecer sesiones adicionales o no y se lleva a cabo un nuevo establecimiento de metas. Por último, se realiza un resumen del tratamiento y se programa la fecha para el primer seguimiento.

El programa contempla la posibilidad de sesiones adicionales cuando el terapeuta y el usuario determinan que no se ha logrado la meta de consumo establecida en la Sesión 1.



En todas las sesiones de tratamiento se revisa el consumo de la semana con el *Auto-registro del Consumo* (Echeverría y Ayala, 1997), que consiste en el reporte de la cantidad y frecuencia del consumo en la semana, indagando los siguientes datos por ocasión de consumo:

- Duración total
- Tiempo de consumo por copa
- Sentimientos antecedentes y consecuentes.
- Presencia/ausencia de la sensación de saciedad.

iii. **Seguimiento:** El objetivo es corroborar el mantenimiento del cambio conductual. En cada seguimiento se aplican los siguientes instrumentos:

i. Al mes y a los 3 meses:

- Entrevista de seguimiento
- Revisión del auto-registro

ii. A los 6 meses:

- Entrevista de seguimiento
- Termómetro
- Entrevista de seguimiento al colateral
- LIBARE (6 meses)

iii. A los 12 meses:

- Entrevista de seguimiento
- Termómetro
- Entrevista de seguimiento al colateral
- Línea Base Retrospectiva, *LIBARE* (6 meses)
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol, *BEDA*
- Cuestionario Breve de Dependencia al Alcohol, *CBCS*

2.2.1.2 Actividades realizadas:

Las actividades que realicé dentro de este programa se iniciaron con la formación teórica y práctica en el programa y posteriormente en la implementación del mismo.

En la fase de formación, participé en un curso de capacitación, realicé observaciones a través de Cámara de Gessell de sesiones terapéuticas del programa dos a tres veces por semana y asistí a reuniones de grupo dos veces por semana para la discusión de los casos observados.

Posteriormente participé como co-terapeuta en un caso completo, participé como terapeuta bajo la supervisión de un co-terapeuta y finalmente como terapeuta en

varios casos bajo supervisión a través de Cámara de Gessell y de la presentación de casos al grupo de trabajo.

En cada una de las actividades contó con la supervisión de la Lic. Leticia Echeverría y el Lic. Miguel Ángel Medina.

El trabajo en el Modelo de Supervisión para la aplicación del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema lo llevé a cabo a través de la puesta en práctica de las siguientes actividades en colaboración y con la supervisión de la Lic. Leticia Salazar:

1. Visitar las clínicas del IMSS asignadas (Hospital General 27 y Clínica de Gineco-Obstetricia), para establecer contacto y desarrollar un plan de trabajo.
2. Realizar reuniones para asesorar al terapeuta, observar su desempeño y proporcionar retroalimentación, una vez por semana.
3. Participación como co-terapeuta en los casos que lo requirieron.
4. Realizar reuniones de seguimiento.
5. Participación en los seminarios reglamentarios.

2.2.2 Programa de Auto-Cambio Dirigido para fumadores.

Este programa es una variación del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema. Comparten las mismas bases teóricas, objetivos, componentes y metas (Ver 2.2.1 de esta capítulo). Está constituido por seis sesiones, las cuales se pueden llevar a cabo de manera individual o en grupos de cuatro a diez personas, una vez por semana.

Dentro de este modelo, se establece que fumar es considerado como una conducta adictiva.

La detección de los usuarios se realiza con el llenado de la *Ficha de Admisión*, utilizando el mismo procedimiento que en el caso del programa para bebedores problema (Ver 2.2.1.1). Posteriormente, se programa una cita para la primera sesión del programa de intervención, el cual está estructurado de la siguiente manera:

2.2.2.1 Implementación del programa:

i. Sesión 1: Admisión

En esta sesión, se establece como objetivo la selección de los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión (lo que se determina a partir de la aplicación

de los instrumentos descritos en el siguiente párrafo) y que el usuario conozca las características específicas del programa y determine si es pertinente para él.

Los instrumentos que se aplican en esta sesión son:

- Cuestionario de pre-selección, (Lira, 2002), a través del cual se determina si el usuario cumple con los siguientes criterios de inclusión:
 - Saber leer y escribir
 - No estar tomando ningún medicamento (ni por prescripción médica o por auto-medicación).
 - No padecer hipertensión, úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer, dolor en el pecho por lo menos en el último mes, ni algún tipo de trastorno psiquiátrico.
- Cuestionario de Tolerancia para Fumadores de Fageström (INER, 1999, en Secretaría de Salud, 2000).
- Formato de Consentimiento informado (Lira, op cit).

ii. Sesión 2: Evaluación:

En esta sesión tiene como objetivo conocer el patrón de consumo, las historia y situaciones de consumo, el consumo de otras sustancias y recolectar datos sociodemográficos. Los instrumentos utilizados son:

- Entrevista inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional CBCS (Annis & Martín, 1985; Echeverría y Ayala, 1997)
- Línea Base Retrospectiva de 6 meses *LIBARE* (Sobell, Maito, Sobell & Cooper, 1979 en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez)

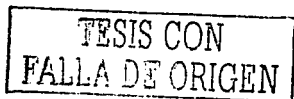
iii. Sesiones de tratamiento:

Estas sesiones tienen una duración de 50 minutos aproximadamente, se llevan a cabo una vez por semana, (excepto de la sesión 5 a la 6 lapso en el cual deben transcurrir dos semanas) y se trabaja de acuerdo con objetivos específicos planteados en folletos que se trabajan conjuntamente con el usuario.

Durante la fase de tratamiento y en el seguimiento, el usuario registra en el *Formato de Auto-registro* (Lira, 2000), su consumo diario de cigarrillos, señalando el horario y las situaciones asociadas. Dicha información será revisada en cada una de las sesiones.

i. Sesión 3: Balance Decisional

En esta sesión tiene como objetivo realizar una comparación entre las ventajas y desventajas de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación. Se establece además, la meta de consumo.



ii. Sesión 4: Identificación de situaciones de riesgo.

El objetivo es la elaboración de un análisis funcional de la conducta para que el usuario identifique los antecedentes y las consecuencias del consumo, lo que permite a su vez la detección de las situaciones que precipitan el consumo.

iii. Sesión 5: Plan de acción.

El objetivo es, que el usuario analice y descubra los recursos (estilos de enfrentamiento efectivos y apoyos sociales disponibles) con el fin de que los emplee en el programa de cambio y se presenta una estrategia general de solución de problemas. Para ello, se le presenta al usuario un programa general de solución de problemas.

iv. Sesión 6: Cierre del programa

El objetivo de esta sesión es comentar los avances en relación a los planes de acción y presentar un resumen de los resultados de las sesiones anteriores.

En cada sesión se revisa el *Formato de Auto-registro* que el usuario llena día a día con la finalidad de monitorear el consumo.

iv. Seguimiento:

- Al mes
- A los 3 meses
- A los 6 meses

2.2.2.2 Actividades realizadas:

Para poder implementar este programa, pasé por un proceso de entrenamiento semejante al de los otros modelos durante el cual estuve bajo la supervisión constante de la Lic. Jennifer Lira.

Las actividades de formación teórica fueron: la asistencia al curso de capacitación, la participación como co-terapeuta, el desempeño como terapeuta bajo supervisión y finalmente como terapeuta en la implementación del programa a un caso completo y bajo la supervisión.

2.2.3 Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol

Este programa surge a partir del reconocimiento de que entre los factores asociados con el inicio y/o continuación del consumo de los usuarios, la familia tiene un papel



relevante por lo que surgió la suposición de que ésta también puede influir de manera positiva en el usuario si cuenta con familiares que estén más informados y entrenados para enfrentar el problema pudiendo contar con un mayor apoyo para la búsqueda de tratamiento (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).

Dentro de las investigaciones que han abordado esta área, Orford y colaboradores (2001) hicieron una comparación inter-cultural México-Gran Bretaña en donde a pesar de la diversidad entre ambas poblaciones, se encontraron resultados semejantes, por lo que se ha pensado en la posibilidad de que las consecuencias del consumo de algún miembro de la familia pudiera ser considerado un "problema universal". En esta investigación, los familiares entrevistados reportaron que el convivir con un usuario de alcohol y/o drogas representaba una experiencia displacentera, debido a que reportaban tener problemas con la economía, estar preocupados por la salud y desempeño del usuario y sentirse desamparados, desesperados o deprimidos.

Esta misma investigación, demostró que las familias en su intento por responder o enfrentar los estresores asociados con el consumo de alcohol y/o drogas de algún miembro de la familia, tienen respuestas que pueden ser agrupadas en ocho tipos de mecanismos de enfrentamiento:

- 1) Enfrentamiento Emocional
- 2) Enfrentamiento Tolerante
- 3) Enfrentamiento de Evitación
- 4) Enfrentamiento Controlador
- 5) Enfrentamiento Inactivo
- 6) Enfrentamiento Confrontativo
- 7) Enfrentamiento Apoyador
- 8) Enfrentamiento Independiente.

Con base en lo anterior, se conformó esta estrategia de intervención, la cual es un programa breve. Su objetivo se centra en lograr que familiares de usuarios de alcohol y/o drogas identifiquen la forma de enfrentar la situación y elijan aquellas que son más efectivas a partir del reconocimiento de sus posibilidades para identificar, analizar y derivar un conjunto de acciones más constructivas tendientes a establecer relaciones menos conflictivas entre los miembros de la familia, posiblemente redundando en beneficio para el usuario.

Consiste en cinco sesiones de 50 minutos, una vez por semana, en las cuales se trabaja de acuerdo con los lineamientos establecidos en el manual: "Prevención del consumo de alcohol y/o drogas en el trabajador y sus familiares" (Natera et al, 1998). Uno de los propósitos de este programa es el de identificar y analizar con los familiares las formas en que ha enfrentado el problema y ayudarles a reconocer las ventajas y desventajas de cada una de ellas. La duración del tratamiento puede

variar de acuerdo con las necesidades del familiar, ya que es posible que se considere llevar a cabo sesiones adicionales.

Las acciones específicas del programa son:

- a) Analizar con el familiar, las formas de enfrentar más útiles y las menos benéficas desde el momento en que identificó al usuario.
- b) Facilitar al familiar el reconocimiento de nuevas formas de enfrentar la problemática del usuario con la finalidad de reducir la tensión.
- c) Motivar al familiar en la búsqueda de ayuda y de fortalecimiento del apoyo social con el que cuenta.

El énfasis esta dirigido al familiar más que al usuario.

2.2.3.1 Implementación:

El proceso de detección de casos se lleva a cabo del mismo modo que en los programas descritos anteriormente (Ver 2.2.1.1) y/o por la petición directa del terapeuta que atiende al usuario de drogas o alcohol.

Las actividades que se llevan a cabo en el programa son:

- i. Presentar el programa y consensar el horario.
- ii. Realizar una evaluación inicial, en la cual se aplican los siguientes instrumentos:
 - Cuestionario de Enfrentamientos *Coping Questionnaire* (Orford, 1975).
 - Escala de Síntomas *Symptom Rating Test* (Kellner & Sheffield, 1973).
 - Entrevista breve inicial.
- iii. Brindar información al familiar sobre la droga utilizada con la finalidad de que reconozca las causas y los efectos a corto y largo plazo del consumo.
- iv. Analizar aquellas estrategias de enfrentamiento que tiene el familiar, reflexionando con cuáles ha tenido éxito y qué cambios tendría que elaborar en caso de no tenerlo, basándose en los ocho mecanismos básicos mencionados anteriormente.
- v. Facilitar en el familiar el reconocimiento de nuevas formas de enfrentar la problemática del usuario con la finalidad de lograr una disminución de la tensión.
- vi. Motivar al familiar, si lo requiere, para la búsqueda de ayuda en un centro de atención especializado.

En la última sesión se aplican nuevamente los instrumentos de medición con la finalidad de comparar si hubo cambio los síntomas y en los estilos de enfrentamiento.

vii. Realizar sesiones de seguimiento.

- Al mes
- A los 3 meses
- A los 6 meses

2.2.3.2 Actividades realizadas:

Las actividades de formación en este programa fueron en primer lugar la asistencia al curso de capacitación, dar difusión al programa a través de pláticas al personal que labora en algunas dependencias de Ciudad Universitaria y la elaboración de un tríptico que describe el programa y que se entregaba a los asistentes a las pláticas informativas, comentar los casos y recibir retroalimentación y finalmente desempeñarme como terapeuta en la atención a casos.

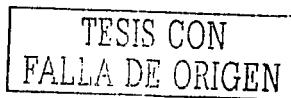
2.3 ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Como actividad complementaria a la formación académica, participé en dos eventos, en el primero como alumna y en el segundo como ponente en la presentación de un cartel:

- Coloquio Internacional Sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas en el Auditorio "Alfonso Caso", en Ciudad Universitaria del 26 de febrero al 2 de marzo. Dentro de este mismo coloquio asistí a los tres talleres que a continuación nombro y que contribuyeron en gran medida a la formación teórico-práctica para la implementación de los modelos de intervención breve:
 - La Entrevista Motivacional.
 - Intervención en Familia, y
 - Psicoterapia de Grupo Efectiva.
- En el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta organizado por la Universidad Autónoma del Estado de México del 19 al 21 de julio, en colaboración con la Lic. Erika Méndez, presentamos el cartel titulado: "Adaptación el Inventario de Conductas de Enfrentamiento".

2.4 HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

En este semestre, el trabajo estuvo organizado para propiciar el desarrollo de habilidades terapéuticas para la aplicación de intervenciones breves a personas con problemas por el abuso de sustancias y para familiares de usuarios de alcohol y/o drogas. Para ello fue



necesario participar en un proceso de entrenamiento que favoreció la adquisición de los elementos teóricos y de habilidades y destrezas de acuerdo con los siguientes rubros en los tres modelos de intervención breve (Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, Programa de Auto-cambio Dirigido para Fumadores, Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol):

El cuanto a los elementos teóricos, se facilitó el conocimiento de:

- El proceso de adquisición, mantenimiento y reducción/extinción de la conducta adictiva.
- Los fundamentos teóricos que sustentan los Programas de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema y para Fumadores y del Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol, así como de sus componentes, y la metodología para su implementación.
- Las características compartidas y exclusivas de cada modelo y el análisis de cada uno de los componentes.
- En cuanto a la atención de los usuarios, el conocimiento sobre los efectos a corto y largo plazo de las diferentes drogas, así como de las características del bebedor problema y del alcohólico, dotaron de herramientas para la toma de decisiones en cuanto a la selección de los casos y su derivación a los diferentes tipos de programas y/o niveles de atención, así como de habilidades para dirigir la entrevista hacia la búsqueda de síntomas específicos, a la realización de una mejor evaluación de los usuarios y por consiguiente un mejor abordaje terapéutico.

En el área de habilidades y destrezas terapéuticas, se facilitó el desarrollo de:

- Los elementos necesarios para dirigir una entrevista abierta que propicie el conocimiento general del patrón de consumo del usuario y el cumplimiento de los criterios de inclusión y/o exclusión.
- Las habilidades necesarias para establecer un adecuado clima terapéutico.
- El conocimiento de los instrumentos de admisión y evaluación en cuanto a sus fundamentos, objetivos, alcances, limitaciones e interpretación, así como de los pasos para su aplicación.
- El desarrollo de las cuatro sesiones de tratamiento.
- La integración del expediente
- La aptitud para el aprendizaje y la puesta en práctica de los propios recursos para el abordaje terapéutico.
- Las habilidades para el manejo de las técnicas de la entrevista motivacional.
- La disposición para recibir retroalimentación sobre el desempeño.
- La observación del desempeño de los terapeutas propiciaron el aprendizaje por modelamiento de las habilidades terapéuticas y la conformación de un estilo propio.
- El trabajo como co-terapeuta, permitió un primer acercamiento a la implementación del modelo bajo una supervisión y retroalimentación constantes así como el desarrollo de una actitud de colaboración.

- La discusión de los casos favoreció el conocimiento más amplio de los elementos necesarios para la implementación de los modelos de intervención y el enriquecimiento de dicho conocimiento a través del intercambio grupal.

Por otro lado, la participación en el Modelo de Supervisión para la aplicación del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, propició el desarrollo de competencias para la sensibilización y la supervisión del ejercicio profesional de personal capacitado en el programa, así como de habilidades para la colaboración multidisciplinaria.

La participación en conferencias y foros científicos propició el desarrollo de habilidades para la diseminación de datos de investigación.

Además, en este semestre se contó con la oportunidad de profundizar en las habilidades adquiridas a través de los talleres de la Entrevista Motivacional, Intervención en Familia y Psicoterapia de Grupo Efectiva

3 TERCER SEMESTRE

Este semestre se llevó a cabo del 20 agosto de 2001 al 11 de enero de 2002. El trabajo se enfocó en la puesta en práctica de las habilidades desarrolladas para la implementación de los programas de intervención breve. A continuación, se hace una descripción de estas actividades:

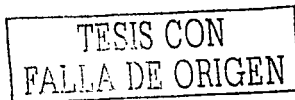
3.1 FORMACIÓN TEÓRICA

Esta actividad, se centró en el conocimiento de las políticas que rigen el campo de estudio de las adicciones, las bases farmacológicas de los efectos de las drogas, los diferentes instrumentos de tamizaje y evaluación, los modelos de tratamiento en las conductas adictivas y la revisión de casos a través de un seminario que se llevó a cabo también el en cuarto semestre.

3.1.1 Seminarios Reglamentarios

3.1.1.1 Políticas en Adicciones

La profesora responsable fue la Mtra. Haydeé Rosovsky. El trabajo estuvo orientado al objetivo de proporcionar un panorama general de las diferentes políticas en torno a las adicciones a través de la discusión de diversos materiales revisados previamente a la clase. Se evaluó con la elaboración del trabajo final "Políticas para el control del consumo de tabaco en hospitales".



3.1.1.2 Farmacología de las Adicciones

Estuvo coordinado por el Dr. Agustín Vélez y fue impartido por diferentes ponentes. El objetivo planteado para este seminario fue el proporcionar a los alumnos un panorama general de la farmacología de las sustancias adictivas. El temario consistió en dos puntos primordiales: los principios de neurotransmisión química y de las fármaco dependencias y los efectos generales de las drogas psicoactivas (médicas y no médicas). La evaluación consistió en un examen oral.

3.1.1.3 Técnicas de Evaluación

Fue impartido por la Lic. Leticia Echeverría y el objetivo fue el de proporcionar a los alumnos un panorama general de los diferentes modelos e instrumentos de evaluación de acuerdo con tres rubros principales: (1) Instrumentos de tamizaje y evaluación del consumo de alcohol, (2) Mediciones psico-sociales y (3) Mediciones bioquímicas.

3.1.1.4 Modelos de Tratamiento en Conductas Adictivas

Para la realización de este seminario se contó con diferentes ponentes que centraron el trabajo en el objetivo de proporcionar la información que sustenta teórica y metodológicamente los componentes de los programas de intervención breve. Los contenidos fueron los siguientes: (1) Niveles de prevención, (2) Fundamentos teóricos de intervenciones cognitivo-conductuales, (3) Componentes de los modelos de intervención de las conductas adictivas: (i) Prevención comunitaria, (ii) Intervención en adolescentes quienes se inician en conductas de consumo, (iii) Modelo de intervención en consumidores de cocaína y (iv) Modelo de intervención para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas. La estrategia de enseñanza fue la discusión de los materiales previamente leídos y la elaboración de ejercicios. La evaluación se llevó a cabo con la realización de la monografía titulada: "Modelos de tratamiento para familiares de usuarios adolescentes de alcohol y/o drogas", la realización de análisis escritos de las lecturas, la discusión de los materiales y la presentación de tres exámenes

3.1.1.4 Supervisión de casos

Fue impartido por el Lic. Miguel Ángel Medina. El objetivo estuvo planteado para propiciar el conocimiento, identificación y análisis del manejo de los elementos de los programas de intervención breves con la finalidad de complementar las habilidades y competencias para su implementación. La estrategia de enseñanza contempló los siguientes elementos: observación a través de la Cámara de Gessell del desempeño como terapeuta y recepción de retro-alimentación grupal, exposición de los casos atendidos al grupo académico, y la revisión de diversos materiales de apoyo. La evaluación se llevó a cabo con la observación del desempeño en las sesiones de aplicación de los programas de intervención breve, la presentación de los casos y la elaboración de fichas de trabajo.

3.2 PROGRAMA DE RESIDENCIA

El trabajo se centró en continuar la capacitación para el desarrollo de habilidades terapéuticas para la implementación de los programas de intervención breve en casos reales que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos a solicitar el servicio en los siguientes programas:

3.2.1 Programa de auto-cambio dirigido" para bebedores problema.

Las actividades se centraron en la observación del desempeño de los diferentes terapeutas a través de Cámara de Gesell de dos a tres veces por semana y la participación como terapeuta en dos casos.

3.2.2 Programa de Auto-cambio Dirigido para Fumadores.

Se implementó el programa con una usuaria.

3.2.3 Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol

Se atendieron casos que fueron referidos por los terapeutas que trabajaron con usuarios dentro de los diferentes programas de intervención breve. Recibí supervisión por parte de la Lic. Marcela Tiburcio una vez al mes.

3.3 ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Asistencia a la Cuarta Reunión Binacional México-Estados Unidos sobre la Reducción de la Demanda de Drogas, del 14 al 16 de noviembre.

3.4 HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Aunque en este semestre se enfatizó la puesta en práctica de las habilidades desarrolladas para la implementación de los programas de intervención breve en los casos que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos, la formación teórica continuó siendo un elemento primordial en el programa académico.

A este respecto, se profundizó en:

- La adquisición de conocimientos sobre el sustento teórico y metodológico para el abordaje del trabajo de prevención, los fundamentos de las intervenciones cognitivo-conductuales y los modelos de intervención de las conductas adictivas propiciando el análisis de los mecanismos de implementación y la identificación y comprensión de cada uno de los componentes.

- Se profundizó en los programas de Prevención Comunitaria, Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas, el Modelo de intervención en consumidores de cocaína y el Modelo de intervención para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas.
- Este conocimiento en conjunto, propició la adquisición de elementos para la toma de decisiones en cuanto a la selección de casos, y su referencia al tipo de atención adecuado, todo ello basado en la amalgama de información adquirido a lo largo del programa académico de la maestría y del desarrollo de habilidades para la observación de síntomas, identificación de las características del usuario y la evaluación de sus necesidades específicas.
- La revisión de los diferentes métodos de tamizaje y evaluación, fomentó la comprensión de los fundamentos, conformación, validez, aplicación e interpretación de los resultados de los instrumentos que se utilizan en las sesiones de admisión y evaluación en los programas de intervención breve.
- El conocimiento de las diferentes políticas para el abordaje de las conductas adictivas propició un nivel de análisis más amplio sobre el fenómeno.
- El conocimiento de la farmacología de las sustancias adictivas en cuanto a los principios de neurotransmisión química y sus efectos, posibilitó una valoración más completa y dirigida a la búsqueda de síntomas específicos a partir del tipo de sustancia, del patrón de consumo, de las características del usuario y la existencia de elementos de comorbilidad. Y a partir de ello, proporcionar al usuario y al familiar del usuario una mejor atención.
- El seminario de revisión de casos propició un mejor manejo de los modelos de intervención

En cuanto a las habilidades y competencias, se fomentó el desarrollo de:

- La disposición para la integración de un equipo de trabajo que facilitara la posibilidad de emitir críticas y sugerencias hacia el mejoramiento del desempeño como terapeuta y el desarrollo de la capacidad de autocritica y la toma de decisiones
- La habilidad para presentar al grupo académico mediante una técnica expositiva, los datos y avances de los casos atendidos, así como para contestar preguntas relacionadas con la teoría y la técnica aplicada.
- La disposición para evaluar y ser evaluado en cuanto al desempeño como terapeuta y la recepción de retro-alimentación grupal.
- Habilidades terapéuticas para el manejo de los casos en los Programas de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema y para Fumadores y del Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas
- El establecimiento de la adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica., con cada usuario y en cada uno de los programas.
- La disposición para el trabajo interdisciplinario en el manejo de miembros de una misma familia en programas diferentes.

4. CUARTO SEMESTRE

El programa académico se centró en la aplicación y perfeccionamiento de las habilidades adquiridas en los diferentes modelos de intervención breve. En los siguientes apartados se describen las actividades realizadas en cada uno de los componentes del programa académico:

4.1 FORMACIÓN TEÓRICA

En este semestre, que se llevó a cabo del 28 de enero al 7 de junio de 2002, a cada uno de los miembros del grupo se les asignó a un proyecto de investigación diferente, por lo que la formación teórica estuvo dividida en dos partes, la primera se centró en el entrenamiento teórico-práctico para la implementación del proyecto de investigación específico y la segunda dirigida a todo el grupo en el cual se continuó con el trabajo de la revisión de los casos clínicos y la adquisición de habilidades para la comunicación comunitaria.

4.1.1 Seminarios Reglamentarios

Participé en el proyecto de doctorado de la Lic. Kalina Martínez titulado: "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas", por lo que el programa de formación teórica estuvo constituida por los siguientes seminarios

4.1.1.1 Modelos de Atención en Adicciones

Estuvo coordinado por la Lic. Kalina Martínez, con el objetivo de proporcionar las bases teóricas para la aplicación del modelo. La estrategia de enseñanza consistió en la discusión de materiales leídos previamente y la exposición de temas asignados. Dentro del seminario se revisaron dos temas principales, (1) Bases teóricas del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas y (2) Revisión de diferentes modelos de intervención breves para adolescentes. La evaluación se llevó a cabo por medio de la entrega de fichas de trabajo y la participación en clase con el tema asignado.

4.1.1.2 Programa de entrenamiento para el "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas"

Este seminario estuvo coordinado por la Lic. Kalina Martínez. Para cumplir con el objetivo de proporcionar a los alumnos las bases teóricas del modelo de intervención y las estrategias para la puesta en práctica del mismo, se discutieron en clase dos documentos, el primero fue el "Proyecto de tesis doctoral: desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de

alcohol y otras drogas" y el segundo fue el Manual para la implementación del Programa. Este trabajo estuvo complementado con actividades prácticas en diversos escenarios escolares, mismas que se describen en los apartados pertinentes. La evaluación se basó principalmente en la discusión en clase de los materiales previamente leídos.

Como parte de la formación teórica de este semestre para todo el grupo, se llevaron a cabo los siguientes seminarios:

4.1.1.3 Comunicación Comunitaria

Fue impartido por la Mtra. María Montaña con el objetivo de proporcionar los elementos que permitan desarrollar programas de comunicación en salud dirigidos a comunidades. La estrategia de enseñanza consistió en la exposición por parte de la profesora de los contenidos teóricos y la realización de ejercicios y participación en clase por parte de los alumnos.

La evaluación se hizo a través de la puesta en práctica de una de las estrategias de comunicación comunitaria: se elaboró de manera grupal un info-spot de radio.

4.1.1.4 Supervisión de Casos

El trabajo en este seminario, coordinado por el Lic. Miguel Ángel Medina es continuación del realizado en el semestre anterior, con la variante de que se centró en la exposición de los casos y la retroalimentación grupal con la finalidad de afinar las habilidades y competencias para la aplicación de los programas de intervención breve.

La evaluación se hizo a partir del manejo de conceptos teóricos y del desempeño mostrado como terapeuta en la exposición de los casos y la participación durante las sesiones.

4.2 PROGRAMA DE RESIDENCIA

El trabajo se centró en la aplicación de los diferentes modelos de intervención descritos previamente con la finalidad de mejorar las habilidades y competencias para la aplicación de los mismos. Estas actividades, se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos y dentro del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas en diferentes escenarios escolares. En los siguientes apartados de describe las actividades realizadas en cada uno de ellos.

4.2.1 Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Se trabajó en la implementación del programa en dos casos. Para el mejoramiento de las habilidades terapéuticas, se contó con la supervisión del desempeño como

terapeuta por medio de la observación a través de la cámara de Gessell y a la exposición de los casos en el seminario de supervisión de casos clínicos.

4.2.2 Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol

Se continuó con la atención a casos de familiares de usuarios de los diferentes modelos de intervención implementados por otros terapeutas.

4.2.3 Programa Intervención Breve para Adolescentes que inician en el consumo de Alcohol y otras Drogas

Este programa está conformado por las siguientes seis etapas básicas y será descrito a detalle en el capítulo 2 (Sección 3 "Características del modelo de intervención"):

4.2.3.1 Implementación:

La detección de casos se hizo de acuerdo con el procedimiento establecido por el Centro de Servicios Psicológicos (Ver 2.2.1.1 de esta capítulo) y en las escuelas de acuerdo con lo establecido por el manual del programa de intervención (Ver 2.5 del capítulo II):

- i. Detección de casos
- ii. Sesión de Admisión
- iii. Sesión de Evaluación
- iv. Sesión de Inducción al Tratamiento
- v. Tratamiento:
 - i. Sesión 1: Balance decisional y establecimiento de metas
 - ii. Sesión 2: Situaciones de riesgo y planes de acción
 - iii. Sesión 3: Establecimiento de metas de vida y el consumo de alcohol y otras drogas
 - iv. Sesión 4: Nuevo establecimiento de metas
- vi. Seguidientos:
 - i. Al mes
 - ii. A los 3
 - iii. A los 6

4.2.3.2 Actividades realizadas:

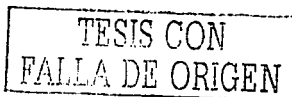
Para poder participar en este proyecto, cumplí con las siguientes actividades de entrenamiento que estaban centradas en la adquisición de habilidades y conocimientos para la puesta en práctica del modelo: (1) Asistencia al curso de capacitación, (2) Observación de la implementación del programa a través de Cámara de Gessell, (3) Reuniones de grupo para revisión de los casos en el Seminario de Supervisión de Casos, (4) Participación como terapeuta y recepción de retroalimentación grupal, (5) Participación en los seminarios reglamentarios descritos en el apartado anterior.

Las actividades prácticas del modelo se llevaron a cabo en un planteles de enseñanza media y en dos planteles de enseñanza media superior, en cada una de ellas estuve bajo la supervisión de la Lic. Kalina Martínez y la Lic. Leticia Salazar. A continuación se describen dichas actividades:

- PLANTEL: Secundaria
Se realizaron entrevistas de selección de casos, se aplicó el programa con dos adolescentes, y se participó en un taller de prevención dirigido a los alumnos que no cubrieron con los criterios de inclusión para el modelo de intervención.
- PLANTEL: Colegio de Ciencias y Humanidades.
Se llevaron a cabo observaciones de la aplicación del programa en los casos detectados por las autoridades del plantel.
- PLANTEL: Escuela Nacional Preparatoria
En este plantel, se llevó a cabo la implementación íntegra del programa, desde la detección y selección de los casos, la aplicación del modelo de intervención y en algunos de ellos, el primer seguimiento, como se describe a continuación:

Para la detección de casos:

- Se impartieron conferencias a alumnos, profesores y trabajadores sobre las causas y consecuencias de las adicciones con la finalidad de brindar datos que permitieran el reconocimiento de casos por parte de la comunidad.
- Se brindaron dos pláticas informativas sobre Adicciones y del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas para invitar a la comunidad a participar en la detección de casos y atención individual continua.
- Para acelerar el proceso, se aplicó el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes *POSIT* (Ver capítulo II, sección 2.5.2.4.3), a todos los alumnos de 6° grado y a algunos grupos de 4° de acuerdo con los criterios de los Orientadores Educativos quienes seleccionaron a los grupos que presentaban mayor probabilidad de riesgo psico-social.



Para la implementación del modelo:

- Se entrevistó a los alumnos detectados con 5 ó más conductas riesgosas asociadas al consumo, de acuerdo con el POSIT y de ahí se seleccionaron a los alumnos que posiblemente cumplieran con los criterios de inclusión para el Modelo de Intervención.
- Se aplicó el Modelo de Intervención a los casos que cumplieron con los criterios de inclusión del programa.

La evaluación de las habilidades y competencias para la implementación del programa de intervención, consistió en la revisión de material grabado de la participación en el programa que mostraba las habilidades terapéuticas así como la supervisión de casos y la realización de diversas actividades prácticas.

4.3 ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Se participó en dos actividades que contribuyeron a la formación teórico-práctica planteada por el programa académico de la Maestría, ellos fueron:

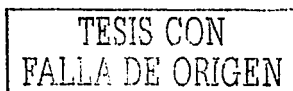
- Curso de capacitación sobre El Programa Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas en la Facultad de Psicología, del 21 al 25 de enero, coordinado por la Lic. Kalina Martínez.
- Encuentro de Orientadores de la Escuela Nacional Preparatoria.
Se desarrolló una ponencia de las actividades realizadas en un plantel dentro del Programa Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas y se expuso a los Orientadores Educativos de los nueve planteles de la Escuela Nacional Preparatoria. El evento se llevó a cabo del 21 al 25 de enero, 2002. Este evento contribuyó a la diseminación del modelo en una amplia población de profesionales dedicados a la formación integral de los estudiantes de nivel medio superior de la UNAM.

4.4 HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

En este semestre se continuó con la formación teórica y de desarrollo de habilidades y competencias para la implementación de los programas de intervención breve. Sin embargo, la asignación al Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas propició la posibilidad de conocer más a fondo sus fundamentos y características para la implementación de cada uno de los componentes.

Por lo tanto, el trabajo teórico giró en torno a la adquisición de conocimientos sobre:

- Características de la adolescencia
- Epidemiología del consumo de sustancias en los adolescentes



- Los diferentes modelos de intervención breve para adolescentes
- Las bases teóricas y los componentes del modelo
- Características y manejo de los instrumentos
- La forma en que están estructuradas las sesiones.

En cuanto a los elementos prácticos, propició el desarrollo de habilidades y competencias para:

- La participación en el programa en el escenario escolar en las seis etapas básicas (detección de casos, admisión, evaluación, inducción al tratamiento, tratamiento y seguimientos)
- El establecimiento de acuerdos con autoridades del plantel
- La conformación de un equipo de trabajo con el personal que está en contacto constante con el alumnado.
- La implementación de estrategias de sensibilización a la comunidad del plantel para propiciar su participación en la detección de los casos a partir de los conocimientos adquiridos en torno al desarrollo de programas de comunicación en salud dirigidos a comunidades.
- El establecimiento de los mecanismos de detección de casos
- La elección de casos de acuerdo con los criterios de selección
- La comunicación y empatía con los adolescentes.
- El establecimiento de la alianza terapéutica y el mantenimiento de la adherencia al tratamiento
- La aplicación del programa en el plantel
- La realización de los seguimientos.
- La disposición para participar en actividades de supervisión y para el trabajo en equipo
- La participación en actividades de diseminación de los hallazgos de la implementación del programa en el plantel de bachillerato y su propuesta como una alternativa para el trabajo de formación integral de los estudiantes.

Además, se continuó con el perfeccionamiento de las habilidades para el manejo de las técnicas de la entrevista motivacional en los Programas de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema y de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol

Se propició el trabajo interdisciplinario con la aplicación del Programa de Orientación para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol a familiares de usuarios atendidos por los compañeros terapeutas en el Centro de Atención Psicológica y en los planteles en los que se trabajó con el programa para adolescentes. En esta actividad, fue necesario el desarrollo de habilidades para la comunicación y el trabajo en equipo

Se continuó con el proceso de perfeccionamiento de las habilidades para hacer una detección oportuna y derivación de casos, a partir de la profundización en la

formación teórica, y de las habilidades individuales para la toma de decisiones y el manejo de una crítica fundamentada en un sólido conocimiento teórico. La disposición para el trabajo en equipo y la habilidad para la auto-crítica, son elementos vitales para el desarrollo del trabajo terapéutico.

5. CONCLUSIONES

A través de las diferentes actividades académicas que integran los cuatro semestres en la modalidad escolarizada del programa de Maestría, el trabajo estuvo planeado para lograr el objetivo de brindar una formación específica en Psicología de las Adicciones con técnicas e instrumentos en el área enfocados al desarrollo de competencias, conocimientos y actitudes en el área, por lo que se revisaron las diferentes aproximaciones teórico metodológicas para el estudio de las conductas adictivas, especialmente se profundizó en el programa de auto-cambio dirigido cuyos fundamentos están en la teoría del aprendizaje social y el análisis de la conducta. Esta revisión permitió tener un panorama más amplio del fenómeno.

La participación en proyectos de investigación permitió desarrollar habilidades básicas de investigación como son: investigación documental, elaboración de protocolo de investigación, y el desarrollo de reportes técnicos. El enfoque epidemiológico y psico-social de la residencia, propició el conocimiento de las adicciones desde diversas perspectivas, desde la etiología a partir de la comprensión e interpretación de los indicadores epidemiológicos hasta la elaboración de propuestas de intervención a partir de los resultados observados en diferentes proyectos, especialmente en el área de prevención primaria.

La participación en los diferentes proyectos de investigación de doctorado, permitió desarrollar habilidades básicas de investigación y terapéuticas para la aplicación de los programas de auto-cambio dirigido en sus diferentes vertientes, haciendo un análisis crítico de los resultados y estudiando a grupos específicos. Uno de los aspectos más relevantes es la adquisición de habilidades para la detección y diagnóstico oportunos que permiten desarrollar medidas de atención al daño al reducir el involucramiento con las conductas de riesgo, y la implementación de tratamientos en personas con conductas adictivas a un nivel de prevención indicada partiendo del conocimiento de las tendencias en nuestro país con la finalidad de proporcionar rehabilitación. La adquisición de las habilidades anteriores se complementa con el desarrollo de la sensibilización necesaria para proporcionar asesoría psicológica y servicio de referencia en aquellos casos cuyos requerimientos no corresponden al campo de aplicación del Programa Académico de la Maestría.

La participación en el Modelo de Supervisión para la aplicación del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema propició el desarrollo de competencias profesionales para la supervisión del ejercicio de otros profesionales afines como una estrategia para el fortalecimiento de dichas competencias.

El trabajo realizado dentro del Modelo de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, propició la oportunidad de conjuntar la formación teórica del estudiante con las habilidades desarrolladas para la investigación y la prestación de servicio, ésto último especialmente a nivel de prevención selectiva e indicada en un escenario escolar, conformando un equipo inter y multidisciplinario.

La participación en conferencias y foros científicos tanto en el Instituto Nacional de Psiquiatría como en otras sedes universitarias, propició el desarrollo de habilidades para la diseminación de datos de investigación.

II. PROGRAMA INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

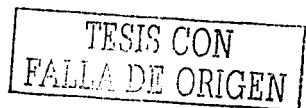
El Modelo de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, se deriva de la propuesta planteada por el Dr. Héctor Ayala Velázquez y las licenciadas Georgina Cárdenas López, Leticia Echeverría San Vicente y Mariana Gutiérrez Lara, que consistió en evaluar y adaptar a la población mexicana el programa desarrollado en Canadá por Sobell y Sobell (1993) denominado Autocontrol Dirigido. Dicha propuesta fue nombrada Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema y conformó el proyecto de investigación con los subsidios 92105102 y 328H9308 otorgados al primer autor por el Centro de Investigación para el Desarrollo del Gobierno del Canadá y el Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACyT). Los detalles de este programa se pueden consultar en la sección 2.2.1 del capítulo 1.

El Modelo de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas es el resultado del Proyecto de Tesis Doctoral de la Lic. Kalina Isela Martínez Martínez (Martínez & Ayala, 2000), quien ante el creciente problema del consumo de sustancias entre los adolescentes en México, desarrolla y evalúa el modelo propuesto en Canadá, por Curtis Breslin, Kathy Sdao-Jarvie, Elsbeth Tupker y Shelly Pearlman (1999) denominado: "Tratamiento Breve para Jóvenes". Este programa de prevención para adolescentes escolares que inician el consumo de alcohol y drogas ilegales (marihuana, cocaína, inhalables), es una estrategia de prevención breve indicada para adolescentes escolares. El Proyecto de Tesis Doctoral "Desarrollo y evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas", tiene como director al Dr Héctor Ayala Velázquez, como Asesora Interna a la Dra. María Elena Medina-Mora y como Asesor Externo al Dr. Mark Sobell.

En dicho proyecto también se contó con la participación de estudiantes del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones y de estudiantes de licenciatura quienes han brindado aportaciones importantes en la conformación final del modelo.

1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN MÉXICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES.

El alcohol es la droga más consumida en México debido a que su uso es un proceso promovido y aceptado por el medio social. El patrón de consumo es esporádico pero en grandes cantidades (episódico y explosivo) y está influenciado por variables socioculturales, edad y sexo del usuario. Es precisamente este patrón de consumo lo que lo ha hecho ser considerado un problema de salud pública por sus consecuencias e impacto en la sociedad. (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, en Tapia, 2001)



El consumo de alcohol en cantidades moderadas diariamente (menos de 3 copas en hombres y 1 a 2 en mujeres), es considerado un protector coronario, sin embargo, en el otro extremo es una sustancia que no requiere que el individuo haya desarrollado dependencia para que se experimente algún daño debido a que el consumo en grandes cantidades en una sola ocasión está relacionado con una alta ocurrencia de accidentes y violencia: "En la Ciudad de México el consumo excesivo de alcohol se asocia a una tercera parte de todos los actos delictivos, a 17% de los suicidios, a 45% de los casos conocidos de violación, a 15% de los casos identificados de niños maltratados y al 12% del ausentismo laboral". Por otro lado, sólo el 18% de los consumidores de alcohol que sufren accidentes automovilísticos son dependientes (Kershenovich y Vargas, en Tapia, 2001), por lo que una línea prioritaria en los trabajos preventivos contempla precisamente el patrón de consumo característico de la población mexicana.

1.1 Adolescencia

La adolescencia del latín *adolescere*-crecer, madurar (Menéndez, 1980), es un periodo de la vida que tiene lugar entre la niñez y la madurez. Su duración y características, e incluso su existencia han sido tema de investigación durante años. Se distingue por ser un periodo de cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que tiene que ajustarse el joven. De acuerdo con la OMS (1997), transcurre entre los 10 y 19 años de edad.

Está considerada como una etapa de la vida con grandes crisis de identidad, biológicamente determinadas por un acelerado y disarmonico crecimiento, que conlleva a desarrollar problemas de aceptación y autoestima que afectan el desarrollo psicológico, con relación al aspecto social, se destaca como una etapa de transición entre la dependencia familiar y la "libertad" cuyo concepto no se precisa adecuadamente y ocasiona confusión ya que por un lado el adolescente tiene que someterse al cumplimiento de una serie de reglas establecidas y con las que generalmente no están de acuerdo y por otro, les inducen a tomar decisiones propias para poder definir un proyecto de vida. Estos contrastes hacen de la adolescencia una etapa muy vulnerable con grandes y variados riesgos. Por lo tanto, esta etapa del desarrollo se caracteriza como un periodo de gran confusión debido a los cambios que el adolescente tiene que enfrentar (NIAAA, 2000a):

- a) Cambios físicos: Entre los 10 y 14 años para la mayoría de los casos se experimenta un cambio rápido en la talla y peso. Como consecuencia, los adolescentes se sienten más conscientes de su propio cuerpo y comparan su desarrollo con los estándares establecidos, lo que lo puede llevar a pensar en que "no es lo suficientemente, alto, delgado, fuerte, atractivo, etc." Es una etapa de especial vulnerabilidad para el inicio en el consumo de sustancias.

- b) Habilidades de pensamiento: Su pensamiento aún no está orientado a la comprensión de las consecuencias de sus actos, además de que tienden a creer que las cosas malas nunca les pasarán a ellos, por lo que se puede exponer a riesgos.
- c) Cambios sociales y ambientales: En esta etapa, la pertenencia al grupo de pares se vuelve muy importante ya que es el grupo que los acompaña en la separación de sus padres como medio para alcanzar la autonomía.

Por todo ello, la adolescencia se vuelve un factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias. Consecuentemente, uno de los problemas más grandes en el consumo de drogas y alcohol, es el notable incremento en adolescentes, que aún siendo menores de edad empiezan a consumir a muy temprana edad, como se podrán observar en los siguientes datos:

1.2 Adolescencia y alcohol

Las investigaciones recientes indican que aproximadamente el 70% de la población mexicana es de jóvenes, grupo en el que se han encontrado un incremento considerable en la ingesta de alcohol, consumo de tabaco y experimentación con drogas ilegales, que siguen un patrón episódico y por lo tanto, riesgoso (Medina-Mora, 1995)

Existen innumerables razones para que un adolescente decida ingerir alcohol u otra droga, como puede ser: baja autoestima, presión de sus compañeros, curiosidad, escape de las cosas, excitación y rebelión. La razón real no es que los adolescentes de hoy sean diferentes a los de antes, en este sentido, los adolescentes por sí mismo no han cambiado, pero las presiones sobre ellos sí. Se han enfrentado a la necesidad de crecer a mayor velocidad y tomar decisiones importantes sobre sus vidas en un periodo más corto y se les ha fomentado el uso de sustancias químicas a través del ejemplo de los adultos, sus grupos de pares, los medios de comunicación y la cultura (Secretaría de Salud, 1998)

Uno de los mayores problemas en esta población está relacionado especialmente con el abuso del alcohol, las conductas de riesgo asociadas y a que ha disminuido la edad de inicio en el consumo. A este respecto, en la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1998) en la submuestra de encuestados de 12 a 17 años, se reporta que 1 de cada 3 adolescentes ha consumido una copa completa de alcohol, 5% mencionó consumir cinco copas o más por ocasión una vez al mes y el 1% lo hacía una o más veces por semana. Tres de cada 100 reportaron haberse emborrachado el mes anterior a la encuesta y 0.7% haber sido arrestado por beber. En cuanto a la relación entre el abuso del alcohol y los accidentes automovilísticos, una de las principales causas de muerte en los adolescentes, el 1% dijo haber

manejado un automóvil después de haber bebido, el 10% se subió a un auto con el conductor ebrio; el 0.5% ha tenido un accidente relacionado con el abuso de sustancias. La principal ocasión de consumo son las fiestas (63%), seguida por discotecas (27%), y en restaurantes o bares (12%). En cuanto a la aceptación social, la mayor fuente de aceptación proviene de adolescentes de la misma edad en su escuela (53%) y consideran que de quienes recibirían menor aceptación sería de parte de su madre (96%), padre (94%) y mejor amigo (77%). No obstante, la fuente de abastecimiento que reportaron como más frecuente (38%), fue la casa y con el permiso de los padres. Así mismo 16 de cada 100 menores beben en fiestas familiares.

En el Reporte Global de la Encuesta de la Ciudad de México sobre uso de drogas entre la comunidad escolar (Villatoro, et al, 2001) que se aplica a adolescentes entre los 12 y 19 años, se encontraron los siguientes datos relevantes:

- La adolescencia es una etapa de especial riesgo para usar drogas y los principales factores para el inicio en el abuso de droga son: curiosidad y búsqueda de sensaciones nuevas, como mecanismo para enfrentar problemas emocionales, de rebelión con la autoridad en el proceso de búsqueda de la propia identidad, con frecuencia ocurre en asociación con una sensación de invulnerabilidad que acompaña esta etapa.
- No todos los adolescentes se ven igualmente afectados por el problema, la mayoría no usa drogas, una proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y un porcentaje menor continúa usando y un segmento desarrolla problemas con las drogas.
- La edad de inicio para el consumo ha disminuido, en el caso del alcohol, el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, la mitad de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes, aún cuando son menores de edad.
- El 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes.
- En el caso del alcohol especialmente, los niveles de consumo de los hombres y de las mujeres son cada vez más similares.
- El consumo del tabaco y el alcohol es más aceptado por la sociedad en comparación con el uso de drogas ilegales.
- Se ha incrementado alto índice de estudiantes que están abusando del alcohol (1 de cada 5 adolescentes consumen 5 ó más copas en el último mes),

- El consumo de alcohol se ha incrementado, 1 de cada 5 adolescentes consumió 5 copas o más en el último mes, además aún cuando la población masculina resulta ser la más afectada, los índices de consumo son similares entre hombres y mujeres adolescentes.

Por los datos anteriores, es de vital importancia reconocer que la población adolescente presenta una especial vulnerabilidad hacia la adquisición de conductas de riesgo, entre ellas el abuso del alcohol, y los programas preventivos deben tomar en cuenta estas consideraciones.

1.3 Alcohol y mujer

Hombres y mujeres son diferentes, tanto anatómica y fisiológicamente, así como en construcción histórica, psicológica y social que se ha hecho de ambos a través de la existencia del ser humano. Por lo tanto es importante para poder abarcar el fenómeno del uso y abuso de alcohol, el hacer una revisión partiendo de estas consideraciones.

Diversas fuentes han documentado que existen notables diferencias en cuanto al metabolismo del alcohol entre los hombres y las mujeres así como de sus efectos físicos y psicológicos. Entre ellas, el NIAAA en el 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health (2000), considera que los factores que pueden alterar el metabolismo del alcohol son:

- Talla corporal
- Peso
- Factores determinados genéticamente
- Historia de consumo
- Historial de salud
- Edad

Por lo tanto, la mujer pueda alcanzar niveles de alcohol en sangre más altos que el hombre cuando ingiere la misma dosis por kilogramo de peso. Esto está relacionado principalmente a la distribución de alcohol, la cual es una sustancias hidrosoluble, en el cuerpo más pequeño y con menos cantidad de agua que el hombre (NIAAA; op cit).

Otros estudios han demostrado una diferencia entre hombres y mujeres en relación a la rapidez en que la enzima deshidrogenasa alcohólica procesa el alcohol en el hígado. La tasa de absorción alcanza mayores y más rápidas concentraciones de alcohol en la mujer que en el hombre, en ella, los niveles pico son consistente y significativamente más altos. Así mismo, las mujeres se intoxican más rápidamente

que los hombres, en especial durante el periodo premenstrual, ya que las hormonas sexuales también pueden influir las tasas de eliminación (NIAAA, op cit).

Se han encontrado niveles altos de acetaldehído después del consumo de alcohol en mujeres durante ciertas fases del ciclo menstrual o en la ingesta de anticonceptivos orales (NIAAA, op cit), ya que la mujer bebedora que toma anticonceptivos retardan la absorción de alcohol y disminuyen las concentraciones en sangre, por lo que los síntomas de intoxicación se retardan (D'ector, op cit).

Las mujeres al parecer, tiene una mayor vulnerabilidad que los hombres al presentar enfermedades del hígado, cardiovasculares y daño cerebral relacionadas al consumo acumulativo de alcohol. Diversos estudios comparando a hombres y mujeres con hepatitis alcohólica y cirrosis alcohólica han demostrado que el consumo de las mujeres ha sido en menores dosis que en los hombres. En este estudio se encontró que la ingesta semanal de alcohol considerada de riesgo para desarrollar enfermedad de hígado y cirrosis alcohólica es de 7 a 13 copas (84 a 156 gr.) para las mujeres y de 14 a 27 copas (168 a 324 gr.) para los hombres. La ingesta semanal de 28 a 41 copas (336 a 492 gr.) incrementaron el riesgo de desarrollar cirrosis en el hígado en 17 veces para la mujer y 7 veces para el hombre (NIAAA; op cit).

En cuanto a la miopatía (enfermedad degenerativa del músculo esquelético) y a la cardiomiopatía (enfermedad degenerativa del músculo cardíaco), se ha observado que el tiempo de consumo de las mujeres con estas enfermedades es el 60% del de los hombres (NIAAA, op cit)

En el cerebro también se han encontrado efectos más dramáticos en mujeres en relación con los hombres. Se ha observado en la aplicación de pruebas neuropsicológicas que las mujeres alcohólicas han tenido una peor ejecución que los hombres en ítems de memoria inmediata y respuesta psicomotora, así como se ha detectado a través de tomografía computarizada, una disminución en el tamaño del cerebro de mujeres en un tiempo de consumo excesivo de alcohol menor que el de los hombres (NIAAA, op cit)

Las causas de mortalidad más frecuentes entre mujeres alcohólicas son enfermedad del hígado relacionadas al alcohol, pancreatitis, accidentes o violencia, suicidio, cáncer y enfermedad cardiovascular (NIAAA; op cit). Además, aún cuando se deja de beber, la lesión hepática permanece mientras que en el hombre es reversible (D'ector, 1999).

Es importante bajo este rubro considerar el aspecto genético ya que en estudios de hijos de alcohólicos bajo la custodia de padres adoptivos, se ha encontrado alcoholismo en promedio en 22% de los casos, aunque en la mujer no se han encontrado datos contundentes. Sin embargo, se ha demostrado que los hijos

varones de madres alcohólicas tienen más problemas relacionados al consumo de alcohol que aquellos cuyos padres no son alcohólicos (Medina-Mora, op cit).

Otro riesgo importante es el relacionado a los efectos del abuso de drogas durante el embarazo, el desarrollo fetal y perinatal, ya que se ha demostrado que el abuso de sustancias psicoactivas es teratogénico (puede producir efectos en el producto durante la gestación). En el caso del alcohol, se han observado una serie de síntomas de anormalidad encontrados en los hijos recién nacidos de madres alcohólicas llamado Síndrome Alcohólico Fetal (Jones & Smith, 1973 en Medina-Mora, op cit).

Por otro lado, es importante además de tomar en cuenta los aspecto biológicos, el reconocimiento de los aspectos psicológicos y sociales que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres en relación al consumo de alcohol.

En el aspectos psicológicos, se ha encontrado que la mayoría de las mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol lo ocultan para evitar ser señaladas socialmente lo que dificulta la posibilidad de contar con una red de apoyo y recibir tratamiento oportunamente. "Así puede decirse que la cultura protege a la mujer de abusar de sustancias pero aumenta la carga cuando ésta desarrolla problemas" (Medina-Mora, 1999 p. 5). Debido a ello, por el momento es escasa la demanda de las mujeres que solicitan ayuda por problemas relacionados con el consumo de alcohol, aunque en la última década se ha incrementado paulatinamente el consumo de éstas (Escotto, 1999; Rosovsky, Casanova y Pérez, 1991). Otro dato relevante aportado por Goodwin (en Medina-Mora, op cit) es que mientras los hijos varones de alcohólicos tienen mayor predisposición al alcoholismo, las mujeres la tienen hacia la depresión, dato que de acuerdo con diversas estadísticas concuerda con la situación en la población mexicana (Medina-Mora, op cit).

En el aspecto social, mientras que en el hombre el uso y abuso de alcohol han sido considerados como una conducta aceptada y promovida por el medio (Tapia, op cit), en la mujer es considerada como una conducta reprobable; la mujer alcohólica ha sido calificada de promiscua debido a que los efectos desinhibidores del alcohol promueven que una mujer reprimida sexualmente, busque tener relaciones sexuales exponiéndose a embarazos no planeados, así como a ser víctimas de violencia sexual y/o a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (Medina-Mora, op cit).

1.3.1 Datos epidemiológicos.

El aumento en el consumo de alcohol por parte de las mujeres en México es notable, y aunque, aún hay más bebedores que bebedoras es importante tomar en cuenta

esta diferencia para la planeación de programas de atención en los niveles de anticipación y atención al daño.

Para documentar lo anterior, a continuación se muestran algunos datos reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998:

Los hombres aún siguen estando más afectados por los síntomas de dependencia, de acuerdo con los datos descritos a continuación: el 8.6% de los hombres y el 3.2% de las mujeres presentan tolerancia. El 23.1% de los hombres y el 3.1% de las mujeres reportan incapacidad para el control. El 2.1% de los hombres y el 0.2% de las mujeres consideran que emplean mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos. El 3.7% de los hombres y el 0.2% de las mujeres reportan reducción de actividades sociales, laborales o recreativas respecto al consumo. El 6.1% de los hombres y el 0.6% de las mujeres tienen uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos que parecen asociados al consumo. Además, la población masculina (9.6%), resulta más afectada que la femenina.

En cuanto al patrón de consumo, el 0.6% de las mujeres y el 6.5% de los hombres, cumplen el criterio de bebedor frecuente alto, ocupando un porcentaje mayor para ambos sexos en el rango de 30 a 49 años. Este dato coincide con lo reportado por el NIAAA (op cit) es donde se observa que las mujeres beben con mayor frecuencia que los hombres, pero en menores cantidades.

Como se puede observar en los datos anteriores, a pesar de haber menos mujeres bebedoras que hombres (Tapia, op cit), el problema del consumo en mujeres se deriva de la fuerte vulnerabilidad física, psicológica y social que experimentan en relación con los hombres. Además, el cambio que se ha venido observando en el patrón de consumo puede deberse a que al integrarse al trabajo productivo remunerado, las mujeres han tenido que modificar el estilo de vida y los roles que tradicionalmente habían venido desempeñando con el consecuente enfrentamiento a fuentes diversas de tensión (Medina-Mora, Rosovsky, Natera, Mariño, Cravioto y Rojas, 1996).

1.4 Bulimia nerviosa

Dos de los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia y la bulimia nerviosa. Los dos, afectan primordialmente a las mujeres jóvenes, al inicio de la adolescencia para la anorexia nerviosa y entre la adolescencia y la adultez temprana para la bulimia nerviosa (Lilenfeld & Kaye, 1996).

La bulimia nerviosa, se caracteriza por presentar atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La auto-evaluación

está influida por la silueta y el peso corporales, y para el diagnóstico se ha establecido los siguientes criterios (DSM IV, 1984)

Criterios para el diagnóstico:

- A. Presencia de atracones recurrentes: Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej: en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej: sensación de no poder parar de dejar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- D. La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de la anorexia nerviosa.

1.4.1 Bulimia y consumo de alcohol

Aparentemente, existen una fuerte relación entre el uso y abuso de sustancias y los trastornos de la alimentación, por ejemplo se ha encontrado que las tasas de abuso o dependencia al alcohol entre las bulímicas es de 14 a 49% de abuso de alcohol o dependencia y 10% para otras drogas. Las tasas de consumo de cafeína, laxantes y cigarro también son más altas entre las bulímicas (Lilenfeld op cit).

La etiología de la bulimia podrían estar involucrando factores genéticos y ambientales. Las bulímicas quienes tienen una tasa de uso de alcohol del 14 al 49%, son más propensas a usar el alcohol que las anoréxicas (Lilenfeld, op cit).

Al parecer, la bulimia precede al inicio del consumo de alcohol en la mayoría de los casos (Higuchi, 1993, Beary, 1986). Además, se ha encontrado que aunque tanto la bulimia como el alcoholismo aparentemente tienen diferentes factores genéticos, personas con trastornos de la alimentación (particularmente bulimia) y uso de alcohol y otras drogas, comparten algunos rasgos como desinhibición periódica de la conducta y dificultad para la modulación de los sentimientos y emociones (Lilenfeld op cit).

En cuanto al tratamiento, existen evidencias de que la terapia cognitivo-conductual y la prescripción de anti-depresivos son buenas alternativas para el manejo de este trastorno (Abbot & Michell, 1993, en Lilenfeld op cit). Este modelo, se enfoca en

identificar y reestructurar pensamientos distorsionados, tales como una imagen corporal negativa o el miedo a la obesidad, que pueden estar influyendo en la conducta. Otra estrategia más específica utilizada a menudo para este trastorno, es incluir la imposición de intervalos entre el episodio de vómito que generalmente sigue al atracón con el objetivo de incrementar gradualmente dicho intervalo (Lilenfeld op cit.).

Para el tratamiento con pacientes duales dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual, se ha sugerido que debido a que la bulimia y el alcoholismo involucran distintos tipos de conductas, es importante que el tratamiento esté dirigido a metas diferentes: el punto principal en el tratamiento del alcoholismo es evitar el consumo de la sustancia, mientras que en la bulimia es cambiar la manera en que la sustancia (la comida) es consumida (Lilenfeld op cit.). Investigaciones reportadas por Grilo, Sinha & O'Malley (NIAAA, 2002), sugieren que algunos componentes de la terapia cognitivo-conductual como el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la entrevista motivacional han dado resultados positivos.

Tanto la bulimia nerviosa como el abuso del alcohol, son frecuentemente observados en la adolescencia por lo que es importante seguir trabajando en la detección oportuna de casos.

2. MARCO CONCEPTUAL DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Este programa, desarrollado como proyecto de tesis doctoral por la Lic. Kalina Martínez Martínez (Martínez y Ayala, 2000), está dirigido a la población escolarizada del nivel medio y medio superior en el rango de edad de 14 a 18 años que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo pero que no cubren los criterios de dependencia hacia la droga (evaluada a través del DSM IV)

Es un programa de prevención indicada (ver sección 2.1.3 de este capítulo), y su objetivo es el promover un cambio en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) así como guiar y entrenar al adolescente en las habilidades de auto-regulación para controlar el consumo de drogas y mantener el cambio en el consumo, ha sido desarrollado para ayudar a una amplia gama de adolescentes que consumen sustancias, sin embargo, toma en cuenta que algunos de ellos presentan algún sintoma que requiere de atención especializada, por lo que se recomienda que si este requerimiento puede posponerse, se concluya primero con las sesiones de la intervención breve y posteriormente se le refiera a dicha atención.

Dentro de la información que se maneja en el tratamiento se incluye (Martínez & Ayala, 2002):

- Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.
- Cuatro sesiones individuales durante las cuales se realizan ejercicios sobre los siguientes temas:
 - Análisis de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas.
 - Establecimiento de la meta de consumo.
 - Análisis de los resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas.
 - Discusión sobre la forma en que se cumple la meta de consumo durante el tratamiento.
 - Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo y la influencia que el consumo de sustancias puede tener sobre la consecución de estas metas.
 - Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
 - Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para la implementación de conductas alternativas al consumo de sustancias.
 - Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para la recaída.

A continuación, se describen las características de las propuestas teóricas en las que se ubica el programa:

2.1 La prevención en el campo de las conductas adictivas en adolescentes escolarizados

Prevenir implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema. La prevención en el campo de las adicciones se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual e implica la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el uso y/o abuso de drogas a través de (Secretaría de Salud, 1994):

- a) La reducción de los factores que se piensa pueden incrementar el riesgo de abuso o.
- b) El aumento o promoción de los factores que se piensa protegen al individuo del uso.

En el área de la prevención del abuso de sustancias, el objetivo de la prevención es anticiparse al inicio en el consumo o disminuir los daños asociados en aquellos grupos que han empezado a consumir y que aún no han desarrollado dependencia, por lo que se ha encontrado que el trabajo preventivo más eficaz tanto en niños

como en adolescentes es aquel que se centra en la promoción de factores protectores como una estrategia para contrarrestar los factores de riesgo a los que dicha población se encuentra expuesta.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado (Secretaría de Salud, op cit). Se ha encontrado que estos factores se asocian con una mayor probabilidad para el consumo de drogas. (Sloboda & David, 2000). Por el contrario, un factor protector es un conjunto de características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral y promueven una mejor calidad de vida y de desarrollo individual. El efecto de los factores protectores actúa independientemente a la presencia/ausencia de un factor de riesgo (Secretaría de Salud, op cit). Los factores de protección son asociados con una reducción en la probabilidad del uso de drogas (Sloboda, op cit)

El conocimiento sobre la forma en que estos factores interactúan permiten una mejor comprensión del proceso de la abstinencia o el inicio en el abuso de sustancias por parte de los adolescentes.

A partir de lo anterior, Gordon (1993), propone una clasificación para los programas de prevención, de acuerdo con diferentes niveles de riesgo a los que se encuentran dichas poblaciones, así determina que las estrategias de prevención pueden ubicarse en tres rubros:

2.1.1 Estrategias de prevención universales:

Han sido diseñadas para prevenir el inicio del uso de sustancias en la población en general. Se implementan con la finalidad de promover el funcionamiento saludable y/o disminuir la incidencia de un desorden diagnosticable. Sus principales ventajas son de bajo costo, son aceptadas fácilmente por la comunidad, han demostrado ser efectivas, no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación, y facilitan el proceso de movilización y empoderamiento comunitarios (Díaz Leal, 1998).

Su efectividad depende en gran medida de la comprensión científica de los factores de riesgo y protección, que permiten el desarrollo de un desorden o promueven el funcionamiento saludable (Wayne & Black, 1999). Estas estrategias tienen como objetivo la modificación de conducta a través de entrenamientos en habilidades de acuerdo con la teoría de las competencias psico-sociales. (Kumpfer, 1999).

2.1.2 Estrategias de prevención selectivas:

Se utilizan en grupos específicos de la población en los cuales se han detectado riesgos individuales y ambientales mayores. Con el objetivo de detener y en el mejor de los casos revertir el daño y sus consecuencias, las estrategias de prevención selectivas se enfocan en la promoción de los factores protectores y en la disminución

de los factores de riesgo (Wayne, op cit). El trabajo se implementa a partir del entrenamiento en habilidades para vivir, las cuales incluyen (1) Comunicación, (2) Resistencia a la presión de pares, (3) Resistencia a la tentación de las drogas, etc.

2.1.3 Estrategias de prevención indicada:

Su campo de acción son los individuos que ya han iniciado el uso de sustancias, están en camino al abuso o manifiestan otras conductas de riesgo. Se implementan en grupos específicos después de que un desorden es diagnosticado y son semejantes a los esfuerzos de tratamiento, centrándose en la prevención de la progresión posterior de un proceso patológico o síntomas secundarios que pueden desarrollarse a través del tiempo y en un futuro complicar la progresión clínica (Wayne & Black, 1999).

Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y solamente se conducen con personas identificadas con problemas académicos o emocionales, diagnosticados o identificados a través de su conducta. Además, se requiere un nivel de entrenamiento más alto para los profesionales que dirigen estas intervenciones (Kumpfer, 1999).

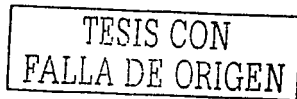
Las estrategias empleadas en estas aproximaciones son la identificación del problema, la evaluación, y el manejo de casos, elementos que conforman los programas de auto-cambio dirigido para usuarios de drogas.

2.2 Características de las Intervenciones Breves

Este tipo de intervenciones, surgen en los años setenta cuando se contempló la necesidad de identificar oportunamente a personas que bebían en exceso con el propósito de brindarles un tratamiento accesible para reducir el abuso del alcohol. Su principal ventaja radica en el hecho de ser de tiempo limitado, estructuradas y dirigidas hacia metas específicas y algunas veces las actividades a realizar son guiadas con cuadernos de trabajo, lo que permite establecer un tiempo definido para el aprendizaje de conductas específicas (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Las intervenciones breves se han convertido en un recurso importante en el continuo de los tratamientos para el abuso de sustancias debido a su utilidad en diversas situaciones y escenarios (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Tienen como meta investigar un problema potencial y motivar al individuo a hacer un cambio al respecto del abuso de sustancias. El objetivo básico es la reducción del daño que puede resultar del uso periódico de sustancias, por lo que no representa una opción adecuada para el tratamiento con usuarios con dependencia severa. El



objetivo específico para cada individuo es determinado por el patrón de consumo, las consecuencias del uso y el escenario en que la intervención es implementada.

Un elemento importante, es el establecimiento de metas realistas que garanticen el éxito a corto plazo, lo que llevará al individuo a incrementar la percepción de autoeficacia y mantenerlo motivado a continuar en la intervención.

Los componentes de este tipo de intervenciones son: la retroalimentación constante hacia el usuario, proporcionar consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, brindar opciones alternativas, analizar las consecuencias negativas y riesgos asociados, utilizar contingencias externas y desarrollar metas personales para cambiar una conducta y mantener contacto periódico con el usuario (Miller, 1999).

La duración es de cuatro a siete sesiones, en ellas, utilizando estrategias que favorecen el aprendizaje, se brinda consejo y apoyo para incrementar la disposición de las personas al cambio. Es una estrategia útil por su duración, por la posibilidad que representan para implementarse en la consulta externa y por permitir al usuario o cliente elegir entre la moderación o abstinencia como meta de tratamiento (Ayala & Echeverría, 1998)

Las intervenciones breves basadas en el modelo cognitivo-conductual también han demostrado su efectividad en estrategias de prevención y tratamiento de las conductas adictivas (Alden, 1988; Miller, Leckman, Derlaney & Tinkcom, 1992; Sánchez, Annis, Bornet & MacDonald, 1984; Sobell & Sobell, 1993, citados en Ayala y Echeverría, 1998). En México, y dentro de las estrategias de prevención indicada, estas intervenciones han sido implementadas en usuarios de sustancias que presentan problemas relacionados con el consumo, pero que aún no desarrollan una dependencia severa, como es el caso de los bebedores problema o excesivos (Ayala et al., 1995), usuarios de cocaína (Oropeza y Ayala, 2001) y de tabaco (Lira, 2002). Así como, en poblaciones de adolescentes escolares que han iniciado el consumo de sustancias (Martínez y Ayala, 2000).

En la población adolescente, se ha demostrado su eficacia al facilitar en el usuario la expresión y resolución de la ambivalencia y falta de disposición hacia el cambio de su consumo, ambos fenómenos tan frecuentes en esta población (Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker & Pearlman, 1999).

Los resultados positivos de estas intervenciones no radica únicamente en el manejo de la resistencia al cambio de aquellos que abusan de las sustancias, sino que tienen un sólido sustento teórico que brinda una explicación a la forma en que los individuos de comprometen en el inicio de una conducta, así como de la manera en que ésta cambia y se mantiene.

2.3 FUNDAMENTO TEÓRICO:

2.3.1 Teoría del Aprendizaje Social

La conceptualización del abuso de sustancias como un patrón conductual desadaptativo, surge de la utilización de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) en la cual se explica el inicio, el mantenimiento y el cambio de la conducta adictiva a partir de describirla como comportamientos socialmente adquiridos que se mantiene por señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores subsecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica (Ayala, 1999). La teoría del Aprendizaje Social es interaccionista ya que el individuo es considerado agente y receptor de los patrones conductuales, por lo que en el proceso de intervención se promueve la participación activa del usuario. Retoma los principios del condicionamiento clásico y operante, e incorpora los procesos simbólicos, vicarios y de auto-regulación (Abrahams & Niaura, 1987):

1. **Simbolización:** Desarrollar modelos cognitivos internos que guían la toma de decisiones. Permite proyectar cursos de acción y generar pruebas alternativas.
2. **Premeditación:** Anticipar las consecuencias de las acciones y establecer metas. La representación cognitiva de eventos futuros son pensados para tener un fuerte impacto en las acciones presentes. La simbolización y la premeditación juegan un papel determinante en la elección de conductas en un determinado contexto ambiental.
3. **Aprendizaje vicario:** Adquirir un comportamiento a través de la observación de un modelo.
4. **Auto-regulación:** Capacidad para regular la conducta a través de los niveles internos y reacciones de auto-evaluación. Entre los componentes que favorecen la autorregulación se encuentran la identificación de los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo, la utilización de estrategias para manejar las situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias, además del empleo de alternativas para modificar los estilos de vida. Este mecanismo está influido por las creencias, expectativas, habilidades de afrontamiento y la percepción de auto-eficacia
5. **Auto-reflexión:** Reflejar los pensamientos. El individuo se asume con el control de los factores cognitivos y de su comportamiento.

Además, en su explicación de la adquisición y mantenimiento de una conducta incorpora tres elementos:

1. La importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo, así como su vulnerabilidad biológica.
2. Los antecedentes ambientales inmediatos y consecuencias de la conducta.
3. Los procesos cognoscitivos que pueden explicar algunas conductas de consumo problematico.

Por otro lado, la conducta adictiva desde esta perspectiva, está considerada como un patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y problemas sociales o personales. Se experimenta subjetivamente como "pérdida de control", debido a que la conducta se sigue presentando aún cuando se hagan esfuerzos concretos para abstenerse o moderar su uso. Estos patrones o hábitos se caracterizan por la búsqueda de recompensas a corto plazo y a menudo con efectos dañinos a largo plazo (Ayala, 2000).

En resumen, los principios de la TAS (Echeverría, Tiburcio, Lima, Cerero y Ayala, 2000) implican.

- El aprendizaje del uso de las sustancias forma parte integral del desarrollo psico-social y la socialización dentro de una cultura. La influencia se da por medio de actitudes, expectativas, creencias y por el modelamiento del consumo, representaciones del consumo y reforzamiento social de la conducta de consumo.
- Los factores predisponentes individuales (biológicos/psicológicos, adquiridos/heredados) interactúan con los agentes socializantes y situaciones que determinan patrones iniciales de consumo. La ausencia de modelos de consumo moderado o un modelo de consumo excesivo constituye un riesgo para el abuso de sustancias.
- Las experiencias directas con el consumo, incrementan el desarrollo y experimentación del uso continuo de la sustancia. El uso continuo de una sustancia puede reforzarse negativa y positivamente. Estas consecuencias están mediadas por las expectativas sociales.
- Los determinantes más importantes del consumo se definen, por un alto esfuerzo debido a (1) Estresores ambientales que sobrepasan la capacidad de afrontamiento, (2) Baja auto-eficacia de conductas alternativas de afrontamiento, (3) Altas expectativas de resultado acerca de que la sustancia producirá los efectos deseados y (4) Minimizar las consecuencias negativas del consumo a largo plazo.
- Si el uso se mantiene, se adquiere tolerancia a las propiedades directas y de reforzamiento, mismas que promueven la ingesta de grandes cantidades para obtener los efectos que se lograron previamente con menores cantidades.
- Si el sujeto incrementa su consumo, y realiza un consumo continuo durante un

largo tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica.

- Cualquier consumo tiene consecuencias sociales e individuales recíprocas que llegan a incrementar su cantidad y frecuencia.
- La influencia de los factores sociales, situaciones o intra-individuales en el consumo van cambiando conforme pasa el tiempo.
- El individuo debe adquirir habilidades intra e interpersonales para desarrollar una auto-eficacia lo suficientemente alta para resistir las situaciones de riesgo. También debe ser auto-reflexivo con el propósito de analizar los riesgos ambientales o personales antecedentes al consumo. La autorregulación y el retraso de habilidades de gratificación ayudan en la toma de decisiones relacionadas con el consumo y deben reemplazarse por expectativas más equilibradas sin dejar fuera las consecuencias negativas a largo plazo.

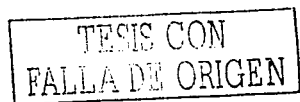
2.4 COMPONENTES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

2.4.1 Entrevista Motivacional

Este modelo, propuesto por Prochaska y colaboradores (1992), describe la forma en que las personas tienen un cambio conductual, ya sea por sí mismas o con la ayuda de un terapeuta. Su modelo se compone por una serie de etapas, por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio de una conducta, lo que no implica un proceso lineal y que están ubicadas bajo los siguientes rubros: (1) Pre-contemplación, (2) Contemplación, (3) Preparación, (4) Acción, (5) Mantenimiento (6) Recaída.

Aunque en un principio se propuso que el cambio se daba a través del paso lineal por cada una de las etapas, a partir de la observación de que las recaídas son la regla y no la excepción, se estableció que esta progresión sigue un modelo en espiral. Este modelo sugiere que los que recaen no dan vueltas interminablemente y que no regresan a donde comenzaron. Cada vez que las personas recaen, aprenden de sus errores y pueden intentar algo diferente en una futura ocasión. Además, estas etapas representan un tiempo y un conjunto de tareas necesarias para el paso a una etapa posterior (Prochaska, op cit).

En el proceso terapéutico, es importante reconocer la etapa del cambio en la que se encuentra el usuario para poder brindar una opción efectiva ya que se ha observado que en el campo de las conductas adictivas, la mayoría de las personas no llegan a tratamiento listos para la acción (Prochaska et al., 1992). A este respecto, Miller (1989), desarrolló diferentes estrategias para incrementar la disposición al cambio de los individuos, en su conjunto conocidas como Entrevista Motivacional. Entre las



estrategias propuestas por el autor se incluyen: (1) Brindar un consejo activo, (2) Identificar y resolver los obstáculos para el cambio, (3) Proporcionar diferentes alternativas para el cambio, (4) Reducir la atracción de la conducta, (5) Manejo de contingencias externas, (6) Brindar una retroalimentación personalizada, (7) Establecimiento de metas por parte del usuario y, (8) Tener una actitud de ayuda

Se considera un proceso de confrontación por medio del cual se busca que el usuario tome conciencia sobre su problema y asuma la responsabilidad del mismo para poder llevar a cabo el cambio conductual. La estrategia es la creación de una disonancia entre la conducta actual y las metas importantes de la persona.

La meta de la técnica de la Entrevista Motivacional es que las personas expresen verbalmente su preocupación sobre su conducta, declaren las percepciones de un problema, y expresen la necesidad de cambiar, todo ello sin recurrir a una etiqueta como la de "alcohólico" o "drogadicto" para que el cambio se inicie.

Se ha encontrado que la integración de la Entrevista Motivacional en los programas de intervención reduce la deserción e incrementa la participación del usuario sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de su conducta (Miller & Rollnick, 1991).

Echeverría y colaboradores (2000) proponen estrategias terapéuticas de acuerdo con la etapa del cambio por la que esté atravesando el usuario:

a) **Pre-contemplación:** en esta etapa, las personas ignoran o no están totalmente conscientes de las consecuencias negativas de sus conductas, por lo que es poco probable que se realice alguna acción pronto.

En esta etapa es importante proporcionar al usuario información sobre las consecuencias negativas del abuso de la sustancia incluyendo la relación que tiene con algunos otros de sus problemas.

b) **Contemplación:** El usuario reconoce algunos de los pros y contras del abuso de la sustancia, pero está ambivalente con respecto al cambio, por lo que es muy probable que aún no se decida a establecer un compromiso con el cambio. La estrategia a seguir en esta etapa, es en primer lugar, explorar esos sentimientos de ambivalencia y los conflictos entre el abuso de sustancias y los valores personales. En segundo lugar, es importante promover en el usuario la evaluación de los costos y los beneficios del abuso de sustancias y generar una alternativa para la solución del problema. Lo importante en esta etapa es propiciar un cambio en la actitud del usuario y que a partir éste, el usuario considere de resolver el problema.

c) **Preparación:** En esta etapa se establece cuando el usuario ha decidido realizar un cambio y empieza a planear los pasos para llevarlo a cabo. Aún no se logra

un criterio para la acción efectiva, sin embargo, existe ya la intención de concretarla pronto. Es importante que el usuario tenga acceso a información sobre las opciones personales y del entorno que tiene para la solución del problema.

- d) **Acción:** Este es el primer paso para el cambio, el usuario ha empezado a modificar su conducta, sus experiencias y su entorno pero estos cambios aún no son estables. En esta etapa es importante que se le brinde al usuario la ayuda para ejecutar un plan de acción y el desarrollo de habilidades para el auto-control de la conducta y establecer metas que le garanticen el éxito a corto plazo.
- e) **Mantenimiento:** El usuario establece un cambio conductual a largo plazo a partir de la planeación de acciones que eviten a recaída y del reconocimiento de los beneficios a corto y mediano plazo del cambio conductual. Esta etapa, es una continuación del cambio. Es importante ayudar al usuario a evitar el desaliento o desmotivación, alentarle a continuar con el cambio y a que reasuma la acción para mantener vigentes sus esfuerzos por el cambio (Echeverría, op cit)
- f) **Recaída:** Mas que calificarse como un fracaso en el tratamiento, la recaída se considera como una fase del proceso de cambio, ya que las caídas o recaídas caracterizan a todas las conductas adictivas. El reto en esta etapa es continuar en el proceso de cambio sin perder la motivación ni reducir la percepción de auto-eficacia. La estrategia a seguir ante esta situación es motivar al usuario a recuperarse de los resbalones o recaídas y reconsiderar el proceso de cambio, aprovechando la experiencia de aprendizaje para realizar planes de acción más específicos o de situaciones que anteriormente no se habían evaluado como de riesgo para el consumo.

2.4.2 Técnicas de Auto-control

Kazdin en 1975 definió el auto-control como "la aplicación de principios conductuales para modificar la propia conducta" (p.189). Requiere que las personas de manera propositiva realicen arreglos en su ambiente para modificar una conducta de su repertorio conductual (Cooper, Heron & Heward, 1987).

El autocontrol es un proceso en el cual un individuo se convierte en un agente principal para regular y dirigir su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo. El autocontrol guía las intervenciones para modificar los hábitos y en su instrumentación se utilizan estrategias específicas para manejar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias y estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos (Kazdin, op cit). Es positivo, en el sentido de que las respuestas están designadas por el usuario de antemano para obtener un resultado específico. Estas respuestas están en función de la historia de reforzamiento personal

Las técnicas de auto-control en el campo de las conductas adictivas tienen el objetivo de que el usuario se responsabilice de su proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido para su empleo posterior.

El entrenamiento en auto-control consiste en la aplicación de una serie de técnicas conductuales en las que se planean y manejan contingencias con el objetivo de promover la adquisición, modificación y/o extinción de alguna conducta, las cuales pueden dividirse en: (1) Planteamiento de metas, (2) Auto-monitoreo, (3) Dirección y orientación para el logro de metas y (4) Aprendizaje de alternativas de afrontamiento (Cooper et al., 1987). Estos componentes se van incluyendo de manera secuencial, a través de la asignación de tareas entre las sesiones. Durante el entrenamiento se enfatiza la responsabilidad de la persona para la toma de decisiones, lo que permite evaluar el éxito o fracaso del auto-control a partir del logro de un plan encaminado al cambio en el repertorio conductual.

2.4.3 Prevención de recaídas

Un elemento importante en las intervenciones breves es el modelo de Prevención de la Recaída desarrollado Marlatt y Gordon (1985). Este modelo, plantea que los individuos pueden aprender estrategias cognitivo-conductuales que facilitan la abstinencia, así como alternativas para las personas que experimentan una recaída, la cual puede ser descrita como un proceso, conducta o evento que representa un pequeño error, un resbalón o una falla temporal. Una recaída es un evento singular, la reemergencia de un hábito anterior. Cuando un resbalón o error es definido como una recaída, implica que el cambio puede nuevamente retomarse, y no que el control está completamente perdido (Marlatt op cit).

En la modificación del hábito del consumo de sustancias se ha observado que después de la cesación inicial del uso de sustancias, se inicia el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio y la recaída es definida como un proceso de transición en el cual los individuos pueden o no regresar al uso habitual de sustancias después de un resbalón (Marlatt, 1996).

Así mismo, estos autores han examinado la historia natural de la recaída en sí misma. Esta inicia con una situación de alto riesgo, la cual frecuentemente sirve como precipitante inmediato para el uso inicial de la sustancia después de haber logrado la abstinencia. Las situaciones precipitantes de la recaída pueden ser: (1) Situaciones intrapersonales, las cuales implican estados emocionales negativos, (2) Situaciones interpersonales, las cuales involucran a una serie de personas o a un grupo de gente, (3) Presión social, incluyendo la persuasión directa verbal y no verbal o la presión indirecta y (4) Estados emocionales positivos.

Sin embargo, este modelo también considera que en realidad es la respuesta de la persona a la situación lo que determina si experimenta la recaída. A esta respuesta se le llama afrontamiento y tiene un papel crítico para la probable respuesta. La gente que ha enfrentado exitosamente situaciones de alto riesgo están dispuestas a experimentar un intensificado sentido de auto-eficacia (Bandura, 1977; Marlatt et al. 1995, 1999; Marlatt & Gordon, 1985). Por el contrario, la gente con baja auto-eficacia se percibe como carentes de motivación o habilidad para resistirse al consumo en situaciones de alto riesgo. A este respecto, la ausencia de una respuesta de afrontamiento conduce a un decremento en la percepción de auto-eficacia (Bandura, 1977, citado en Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Terence, 1986), ocasionando una caída lo que a su vez conduce al efecto de la violación de la abstinencia y la pérdida de control a las reglas auto-impuestas. El resultado de este proceso incrementa la probabilidad de una recaída. En este modelo es importante considerar la interacción de factores individuales, ambientales, y físicos en todos los estados del proceso de cambio.

Es importante tomar en cuenta también que una situación de recaída puede tener consecuencias positivas si se le toma como una oportunidad de aprendizaje y si la experiencia sirve como preparación para el éxito posterior. Los planes de acción pueden ser más específicos ya que los datos que aporte una situación de recaída proporciona información sobre áreas que deben ser fortalecidas.

2.5 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

El procedimiento para la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez y Ayala (2000), consiste en seis etapas básicas:

2.5.1 DETECCIÓN DE CASOS:

Esta etapa consiste en la promoción del programa de intervención breve en los escenarios escolares. La estrategia de trabajo se organiza de acuerdo con lo siguiente:

- 2.5.1.1 **Objetivo:** Realizar la difusión del programa en las escuelas a través de los profesores, alumnos y profesionales de la salud para facilitar la identificación de los adolescentes que consumen alcohol en exceso u otras drogas.

2.5.1.2 Actividades:

2.5.1.2.1 Primer contacto con la escuela:

Se hace contacto directo con el personal directivo de la escuela con el propósito de darles a conocer el programa de intervención breve a través de pláticas y conferencias en las cuales se describen las características del programa, la población a la que va dirigido y las herramientas que se utilizan para su aplicación.

Posteriormente, se realiza un trabajo de sensibilización con los alumnos por medio de la impartición de talleres en los que se desarrollan temas como el proceso de la adicción, la importancia de prevenir el consumo de drogas ilegales y el consumo excesivo de alcohol, así como las opciones de intervención. Por último, se brinda la información acerca del programa de intervención breve y se entregan trípticos con la dirección y el número telefónico del lugar al que pueden acudir por información (es elemental mencionar que el programa se lleva a cabo en el plantel).

2.5.1.2.2 Contacto permanente con el personal de salud y jurídico de la escuela

Es importante mantener el contacto con dichas personas, ya que generalmente son ellos quienes detectan a los adolescentes que manifiestan problemas de conducta como el consumo de alguna sustancia. Dicho personal es el principal medio por el que los adolescentes son identificados y referidos al programa de intervención.

Este contacto se mantiene una vez por semana a través del terapeuta asignado para dicho plantel. En cada reunión se revisan los posibles casos y el terapeuta resuelve las dudas que surgen durante el proceso y se entrega material para la promoción del programa. El personal de la escuela ayuda en la identificación de casos y proporciona el nombre y número telefónico del posible caso, con la finalidad de que sea el terapeuta quien establezca contacto con él para la sesión de admisión. Los datos que se obtienen durante la implementación del programa de intervención breve son confidenciales y sólo se entrega al personal directivo del plantel, un reporte de asistencia.

2.5.2 SESIÓN DE ADMISIÓN

Este es el primer contacto con el alumno en el contexto terapéutico, por lo que es de suma importancia que se realice dentro de una atmósfera en la que se sienta cómodo y en confianza, lo que promoverá el desarrollo de una interacción positiva y favorecerá el interés del adolescente en el cambio en su patrón de consumo. Para ello, el programa utiliza los principios derivados de la Entrevista Motivacional (Ver sección 2.4.1, de este capítulo), los cuales establecen que durante la intervención, el terapeuta debe:

- Evitar etiquetar al usuario
- Utilizar un estilo reflexivo y propositivo más que la confrontación, para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionadas con un consumo problemático.
- Proporcionar retroalimentación objetiva a los usuarios en forma no amenazadora.
- Hacerle saber a los usuarios que el cambio es posible y que puede llevarlo a cabo.

La sesión se centra en el logro de:

2.5.2.1 **Objetivo:** Identificar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión del programa, los cuales son:

- Edad entre 14 y 18 años
- Estudiantes de nivel medio y medio superior
- Presencia de abuso en el consumo de alcohol (consumo de 5 ó más copas por ocasión y/o la presencia de problemas relacionados con el consumo: escolares, familiares, económicos, accidentes, etc) o de drogas como inhalables, marihuana o cocaína (consumo de 5 ó más ocasiones y/o problemas asociados al consumo).

Ó no presenta alguno de los criterios de exclusión:

- Adolescentes que no asistan a la escuela
- Adolescentes que presentan dependencia hacia la droga, de acuerdo con los criterios del DSM IV
- Adolescentes que presentan desórdenes psiquiátricos.

2.5.2.2 **Duración:** 120 minutos.

Para cumplir con el objetivo, la sesión se desarrolla en primer lugar con la intención de conocer el motivo por el que el adolescente quiere participar en el programa y posteriormente recabar información sobre la historia de consumo (tiempo de consumo, tiempo de consumo problemático, consecuencias y problemas relacionados con el consumo, sustancia consumida, situaciones de consumo, etc.). Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

2.5.2.3 **Actividades:**

- Indagar el motivo de consulta
- Aplicación del formato de Entrevista Inicial
- Aplicación del POSIT
- Aplicación de la Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV
- 1ª aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio *SOCRATES*

2.5.2.4 Instrumentos:

2.5.2.4.1 Entrevista Semi-estructurada de Admisión (Martínez y Ayala 2002):
Es una guía de preguntas elaborada para aplicarse en el contexto escolar, que proporciona datos para valorar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión al programa y poder continuar a la sesión de Admisión. Este instrumento retoma algunos elementos de la *Entrevista Inicial* del programa (ver punto siguiente), para indagar el motivo de consulta, la droga utilizada, el patrón de consumo y los intentos de reducir el consumo. Posteriormente, se le pregunta al adolescente su disposición para participar en una evaluación de su consumo y los problemas relacionados y para participar en el programa de intervención breve. Finalmente, el terapeuta escribe su propuesta de acuerdo a las siguientes opciones: (1) Ingresar al programa para adolescentes, (2) Ingresar al taller de prevención primaria, (3) Otro.

2.5.2.4.2 Entrevista Inicial (Campos, Martínez y Ayala, 2001):
Fue construido especialmente para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, retomándose algunos elementos de la entrevista utilizada en el programa de Auto-Cambio para Bebedores Problema y del "Tratamiento Breve para Jóvenes" desarrollado en Canadá (Curtis, et al. 1998) El objetivo de la entrevista es obtener información general acerca del adolescente, la historia de consumo y los problemas relacionados. Este instrumento consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: datos de identificación, historial de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento. El reporte de la información recolectada por medio de este instrumento se hace de acuerdo con las áreas por las que está constituido.

2.5.2.4.3 Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes *POSIT* (Mariño, 1997):

Es un cuestionario compuesto de 81 reactivos que contempla 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delinuencia. Para este programa únicamente se utiliza el área de uso/abuso de sustancias ya que su objetivo es funcionar como un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.

2.5.2.4.4 Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV (Martínez, 2000):
Es un listado de los indicadores de dependencia al alcohol establecidos en el DSM-IV y fue adaptado para este programa de intervención breve.

2.5.2.4.5 Escala de Estados de la Disposición al Cambio *SOCRATES* (Miller & Tonigan, 1996; Salazar, Martínez y Ayala, 2001).

Este instrumento fue desarrollado para evaluar la etapa de disposición al cambio en la que se encuentra el usuario. La escala original con 32 reactivos fue construida en 1987 por William R. Miller, y se empleaba una escala de 5 puntos que iban desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Sin embargo, para este trabajo se adaptó y validó una versión con 19 reactivos desarrollada en 1991 que se empleó como parte de la evaluación en el Proyecto MATCH.

2.5.3 EVALUACIÓN

Este componente del modelo se realiza una semana después de la sesión de admisión para obtener más información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo, y el nivel de auto-eficacia del adolescente de acuerdo con diversas situaciones de consumo. La información recolectada sirve como guía para el desarrollo del tratamiento y el involucramiento del adolescente con metas y estrategias reales de acuerdo con sus necesidades.

Para poder desarrollar un plan de intervención eficaz, es importante que la valoración del uso de sustancias incluya las siguientes variables (Echeverría, Tiburcio, Cerero, Lima y Ayala, 2000)

- Cantidad y frecuencia de uso de sustancias
- Circunstancias y patrones normales y anormales del uso de sustancias
- Situaciones y estados de ánimo que anteceden y siguen el uso de sustancias
- Historial de síntomas de abstinencia
- Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias
- Posibles dificultades a que se puede enfrentar el usuario al abstenerse inicialmente del consumo
- Severidad y duración de abuso previo de sustancias
- Uso múltiple de drogas
- Reportes de antojos frecuente o pensamientos sobre las sustancias
- Historial de resultados previos al programa de abuso de sustancias y periodos de abstinencia auto iniciados
- Revisión de las consecuencias positivas del abuso de sustancias
- Otros problemas de vida
- Indicadores de tolerancia
- Riesgos asociados al considerar una meta de tratamiento de consumo moderado

Esta información se obtiene a través de la aplicación de una serie de instrumentos que se describen más adelante y que se han integrado para cumplir con el objetivo de la sesión

2.5.3.1 **Objetivo:** Conocer el patrón de consumo, situaciones de consumo, nivel de auto-eficacia percibida ante las diferentes situaciones de consumo y los problemas relacionados.

2.5.3.2 **Duración:** 60-90 minutos

Posteriormente se realizan las siguientes actividades:

2.5.3.3 **Actividades:**

- Aplicación de Línea Base Retrospectiva
- Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo
- Aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional

2.5.3.4 **Instrumentos:**

2.5.3.4.1 **Línea Base Retrospectiva LIBARE: (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979):**

Es un calendario que incluye los 6 meses previos a su aplicación que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo cuantificando los días de consumo y la cantidad del consumo en un día típico. Esta evaluación utiliza como unidad de medida el trago estándar y tiene como principal ventaja la posibilidad de medir las diferencias individuales

Para el análisis de este instrumento se obtiene una gráfica del consumo de los seis meses antes del tratamiento así como la cantidad total, el promedio, la cantidad máxima y la cantidad mínima de tragos, los días de mayor consumo y el número máximo de días de abstinencia. Para utilizar este instrumento, se le explica al adolescente la noción de trago estándar. La cantidad que se cuantifica es la que el adolescente reporta

2.5.3.4.2 **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA (Annis & Martin, 1985; Echeverría y Ayala, 1997):**

Es un cuestionario de 100 reactivos cuyo objetivo es medir las situaciones principales de consumo de alcohol (en una escala de 4 puntos que va de nunca a casi siempre). Las situaciones de consumo de alcohol se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron 100 situaciones en las que las personas suelen beber en exceso, las cuales podían agruparse en: a) Situaciones personales, en donde el consumo de alcohol involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir; b) Situaciones de grupo, en donde está involucrada la influencia significativa de terceras personas; se

subdividen en 3 categorías: conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros. La calificación consiste en obtener un puntaje crudo por área y en seguida se interpreta cada puntaje de acuerdo con los siguientes deciles: deciles de 1 a 4, situaciones de consumo sin problema; deciles de 5 al 7, situaciones de consumo de riesgo, pero donde la probabilidad de consumo es mínima; deciles del 8 al 10, situaciones de consumo problemáticas.

2.5.3.4.3 Cuestionario Breve de Confianza Situacional CBCS: (Annis & Martin, 1985; Echeverría y Ayala, 1997):

Tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia propuesto por Bandura, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Para este modelo, se utiliza una versión adaptada a la población mexicana de 8 reactivos que representan las áreas evaluadas en el cuestionario de situaciones de consumo. En este instrumento se le pide al sujeto que valúe el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistirse al consumo en cada una de las situaciones.

2.5.4 SESION DE INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO

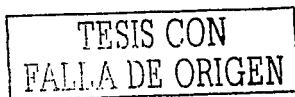
De acuerdo con Yahne y Miller (1999) la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquellas personas que están preparadas para tomar acción y cambiar su consumo. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes que abusan de alguna sustancia generalmente no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta, y aún aquellos que se presentan a algún programa de intervención están ambivalentes acerca de cambiar su consumo. Por ello, es importante enfocarse en el incremento de la disposición al cambio por parte del adolescente antes de intentar la aplicación del programa de intervención breve.

Con el propósito de llegar a este cambio, el terapeuta entrega el reporte de retroalimentación que muestra los datos más relevantes recolectados durante las sesiones de admisión y evaluación utilizando algunas de las estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional.

Además, se le da al adolescente una explicación de las características del programa de intervención y de los roles que juegan tanto el terapeuta como el usuario ya que ésta es otra variable relacionada con el incremento de la disposición a cambiar e ingresar a tratamiento.

El trabajo en esta sesión está organizado de la siguiente manera:

- 2.5.4.1 Objetivo:** Promover la disposición de los adolescentes para ingresar al programa de intervención breve y cambiar su patrón de consumo de alcohol u otras drogas.



2.5.4.1.1 **Objetivos particulares:**

- 1 Retroalimentar al adolescente sobre su patrón de consumo, sus situaciones de riesgo, las áreas que presentan riesgos y aquellas en las que presenta factores protectores.
- 2 Informar al adolescente acerca de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de alcohol y otras drogas.
- 3 Identificar y definir el problema y elaborar opciones para resolverlo.
- 4 Dar a conocer las características del programa con el objetivo de que lo evalúen como una opción de cambio.

En esta sesión se le entrega al adolescente el reporte que contiene los resultados de la evaluación cuya finalidad es promover el análisis de su consumo y la toma de decisiones para cambiar su consumo. En una segunda parte, se presentan las características del programa para aclarar el rol del terapeuta y del adolescente durante las sesiones. Ambas actividades están centradas en incrementar o fortalecer la disposición o motivación para cambiar y entrar a tratamiento utilizando algunas de las estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional

2 5 4 2 **Duración:** 90 minutos

2.5.4.3 **Actividades:**

- Entrega de los resultados de la Línea Base del consumo, factores protectores y factores de riesgo.
- Discusión de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo.
- Identificación y definición del problema, elaboración de opciones para resolverlo y toma de decisiones.
- Explicación de las características del programa de intervención breve.
- Entrega y firma de la *Forma de Consentimiento* (ver punto siguiente).
- 2da. aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio **SÓCRATES**

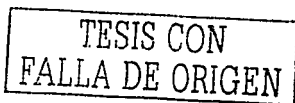
2.5.4.4 **Forma de Consentimiento:**

Es un formato en el que el usuario hace constar que participa voluntariamente en el programa de intervención luego de conocer las características y los derechos y obligaciones que adquiere. Además, proporciona datos de un colateral y autoriza se establezca contacto con él en los seguimientos.

En esta sesión se trabaja con el folleto "Reporte de Retroalimentación".

2.5.5 **TRATAMIENTO**

Está conformado por cuatro sesiones que se llevan a cabo una vez por semana de acuerdo a la forma particular en la que está planteada cada una de ellas:



2.5.5.1 Primera Sesión: Balance Decisional

Esta sesión está conformada por dos partes: en la primera, se hace hincapié en el análisis de las ventajas y desventajas de cambiar el consumo y de no cambiarlo a través de un ejercicio que conforma el "Balance Decisional" propuesto por Jannis y Mann (1977). Este ejercicio se lleva a cabo con el objetivo de aumentar en el usuario el conocimiento acerca del rol que juega para el cambio de su consumo. Esta evaluación es una estrategia derivada de la Entrevista Motivacional para incrementar o fortalecer la disposición de los usuarios en el cambio de su consumo (Prochaska et al., 1992).

El segundo componente se refiere al establecimiento de la meta de tratamiento por parte del usuario ya que se ha encontrado que las personas que eligen las metas de tratamiento por sí mismas, se comprometerán más con su cambio (Miller & Rollnick, 1991).

2.5.5.1.1 Objetivo: El adolescente haga un balance entre las ventajas y desventajas de cambiar su consumo y establezca la meta de tratamiento (moderación/abstinencia).

2.5.5.1.2 Duración: 60 minutos

Para cumplir con el objetivo, la sesión esta organizada de acuerdo con lo siguiente:

2.5.5.1.3 Actividades:

- Explicación y llenado del auto-registro
- Análisis de las principales razones del cambio
- Realización del Balance Decisional
- Establecimiento de una meta de consumo
- Discusión de la importancia de la meta y la confianza en el logro de la misma
- Explicación de las técnicas de reducción del consumo

El trabajo en la sesión se lleva a cabo de acuerdo con el "Folleto No.1a"

2.5.5.2 Segunda Sesión: Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

En esta sesión se trabaja de acuerdo con el modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985) ya que se ha encontrado (Martínez y Ayala, 2002) que este componente:

- Ayuda a los adolescentes a prepararse constructivamente para las recaídas.

- Proporciona a la mayoría de los adolescentes una visión más realista de qué esperar en términos de resolver su consumo de alcohol u otras drogas (una recuperación gradual acompañada por recaídas ocasionales en lugar de una recuperación de "todo o nada")
- Brinda a los adolescentes una oportunidad en el programa para discutir situaciones de recaída o situaciones de recaída potencial.

2.5.5.2.1 Objetivo: Identificar las situaciones de consumo y elaborar planes de acción para enfrentar esas situaciones.

2.5.5.2.2 Duración: 90 minutos

2.5.5.2.3 Actividades:

- Llenado del auto registro
- Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo
- Identificación de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo
- Elaboración y elección de estrategias de afrontamiento para las situaciones de riesgo
- Elaboración de planes de acción para las situaciones de riesgo

En esta sesión se trabaja con el "Folleto No. 2".

2.5.5.3 Tercera Sesión: Establecimiento de Metas de Vida y el Consumo de Alcohol y Otras Drogas

Esta sesión se fundamenta en las aproximaciones terapéuticas de solución de problemas y entrevista motivacional que apoyan el uso de las experiencias de vida, las metas y los valores (Berg, 1995) como una forma de que los adolescentes reconozcan sus aspiraciones y competencias, y no sólo el reconocimiento de sus problemas como una forma de promover la búsqueda de soluciones.

La posibilidad de identificar las metas que el adolescente quiere lograr en un futuro y la evaluación de la distancia a la que se encuentra para lograrlas favorece la generación de la discrepancia entre las actividades que realiza en el momento y una de las metas que quiere lograr (Miller & Rollnick, 1991). Este ejercicio, permite discutir el impacto que tiene el consumo en el logro de las metas.

El trabajo en esta sesión se centra en la identificación de las tres principales metas de vida del adolescente. El ejercicio que se realiza, consiste en la valoración del porcentaje de logro para cada una de sus metas, las razones por las cuales quiere lograrlas, la forma que el consumo puede afectar el logro de las mismas y finalmente,

se trabaja en la realización de planes de acción que permitan cubrir los objetivos en los plazos de uno, seis y doce meses.

Por lo tanto, la sesión tiene como objetivo:

2.5.5.3.1 Objetivo: Analizar el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto y largo plazo (familiares, escolares, económicas, de tiempo libre, etc.)

2.5.5.3.2 Duración: 60 minutos

Se trabaja de acuerdo con lo siguiente:

2.5.5.3.3 Actividades:

- Llenado del auto registro
- Discusión de la relación entre el consumo de sustancias y el cumplimiento de metas de vida a corto y largo plazo
- Desarrollo de los pasos para lograr las metas de vida establecidas al mes, seis y doce meses

Para concluir con la sesión se comentan los caminos para lograr las metas:

- **Deseos:** Elige una meta que realmente quieras lograr.
- **Beneficios:** Enlista los beneficios que se derivan al lograr una meta, lo más benéfico, lo más motivante y lo más persistente.
- **Obstáculos:** Identifica algunos de los obstáculos y piensa cuáles no te permitirán lograr tu meta
- **Conocimientos:** Encuentra lo que necesitas para lograr tu meta.
- **Gente:** Identifica a las personas que puedan ayudarte a lograr tu meta.
- **Ocurrencia:** Es importante considerar el lugar donde podrás lograr tu meta.
- **Planes:** Elabora un plan, piensa detenidamente cada paso, escribe pasos concretos y revisa tu plan.
- **Línea del tiempo:** Es importante establecer un límite de tiempo para lograr las metas, sin olvidar que debe hacerse paso a paso.

Los puntos anteriores se presentan en el Folleto No. 3 que corresponde a esta sesión

2.5.5.4 Cuarta Sesión: Nuevo establecimiento de metas

En esta última sesión, se hace una revisión del progreso en cuanto al consumo y la puesta en práctica de las estrategias para mantener el cambio y si es necesario

establecer una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo.

Como parte final del programa se identifican las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se realiza un resumen de los aspectos revisados durante el tratamiento y se evalúa la pertinencia de terminar o de tener sesiones adicionales. Por último, se programa la primera sesión de seguimiento.

Esta sesión plantea como objetivo:

2.5.5.4.1 Objetivo: Revisar el progreso en cuanto al consumo y la realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y si es necesario establecer una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del mismo.

2.5.5.4.2 Duración: 90 minutos

Se compone de las siguientes actividades:

2.5.5.4.3 Actividades:

- Llenado del auto registro
- Entrega de gráfica de los resultados del auto-registro
- Discusión del progreso en la reducción del consumo
- Establecimiento de una nueva meta de consumo
- Revisión de estrategias para mantener el cambio
- Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional
- Explicación de la importancia del seguimiento
- Establecimiento de una cita para el primer seguimiento

La sesión se lleva a cabo de acuerdo con lo planteado en el "Folleto No. 4a".

2.5.6 SEGUIMIENTOS

Un seguimiento es una reunión que se lleva a cabo con el usuario un tiempo determinado después de concluido el tratamiento con el fin de evaluar la permanencia del cambio conductual. En este modelo está planeado realizar tres seguimientos

En cada sesión de seguimiento, se trabaja para cumplir con lo siguiente:

2.5.6.1 Objetivo: Evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses después de haber concluido el programa.

Los aspectos importantes a evaluar son la frecuencia de consumo (días de consumo) y la presencia o ausencias de las recaídas. Para ello, se utilizan los siguientes instrumentos:

- Auto-reporte del consumo
- Inventario de Situaciones de Consumo
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional
- Entrevista para el Colateral.

Los seguimientos correspondientes al primer y tercer mes, los realiza el terapeuta el terapeuta que atiende al adolescente durante el programa. El seguimiento al sexto mes, lo lleva a cabo un terapeuta diferente.

2.5.6.2 Actividades:

2.5.6.2.1 A uno y tres meses

- Llenado de un formato de Línea Base del tiempo que no ha asistido al tratamiento
- Aplicación del formato de Entrevista de Seguimiento

2.5.6.2.2 A seis meses

- Llenado de un formato de Línea Base de los últimos tres meses
- Aplicación de la Entrevista de Seguimiento a Seis Meses
- Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol
- Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional
- Aplicación de la Entrevista para el Colateral

III. REPORTE DE LA SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CASO CLÍNICO

En este capítulo se reporta la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas a través del caso de una adolescente a quien se hará referencia con el seudónimo de "N", para cumplir con el criterio de confidencialidad planteado en el código de ética profesional del psicólogo. Este caso se eligió para presentarlo en primer lugar, porque muestra las seis etapas básicas para el desarrollo del programa de intervención (Martínez & Ayala, 2002), y expone de manera evidente los alcances, logros y limitaciones. La segunda razón es la relacionada a la presencia de un criterio de exclusión al programa como lo es un trastorno de la alimentación, lo que aparece como una situación no explorada en la implementación del Modelo de Intervención Breve

Además de lo anterior, este caso muestra la forma en que el objetivo general del programa de promover un cambio en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia), guiar y entrenar al adolescente en las habilidades de auto-regulación para controlar el consumo de drogas y mantener el cambio en el consumo, se cumplió en las cuatro sesiones del tratamiento y se ha mantenido por lo menos durante los seis meses posteriores a su aplicación.

A continuación se describen detalladamente la implementación del programa en el escenario escolar y la puesta en práctica de las sesiones. Además, se reportan los resultados de los instrumentos aplicados antes y después de la intervención, incluyendo los seguimientos, dichos resultados ponen en evidencia los cambios realizados debido al programa de intervención.

Es importante mencionar que para poder desempeñar el papel de terapeuta dentro de este modelo, participé en un proceso de capacitación a cargo de la Lic. Kalina Martínez (descrito en el capítulo 1, en la sección 4.1.1.1 y 4.1.1.2), y estuve bajo la supervisión constante de la Lic. Leticia Salazar y del Lic. Miguel Ángel Medina.

1. DETECCIÓN DE CASOS:

Debido a que en este plantel no se había trabajado en el programa, se inició la implementación del modelo con actividades de difusión a través de diversos apoyos (impresos, pláticas, contacto con autoridades) y de sensibilización y acercamiento con la comunidad estudiantil para la identificación de los alumnos que cumplan con los criterios de inclusión del programa. Para cubrir esta parte del modelo, se llevaron a cabo una serie de actividades que se desarrollan brevemente debido a que se describieron ya en el reporte de las actividades de la residencia en el cuarto semestre:

- A) Se mantuvo contacto con la coordinadora del Colegio de Orientación Educativa quien facilitó los medios para llevar a cabo la atención a los alumnos.
- B) Para el proceso de sensibilización y acercamiento con los alumnos, profesores y trabajadores se impartieron conferencias informativas sobre el programa de intervención breve
- C) Aplicación del Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes *POSIT* (ver descripción del instrumento en el capítulo II, sección 2.5.2.4.3) a los grupos de 6º y 4º con la finalidad de detectar a los alumnos que estaban presentando problemas relacionados al abuso de sustancias.

De esta aplicación, se detectaron a aquellos alumnos que obtuvieron por lo menos 5 respuestas positivas y en la primera entrevista de la sesión de admisión, se les cuestionó dichas respuestas utilizando el formato de la Entrevista Semi-estructurada de Admisión (Martínez, et al). Después, se les invitó a participar en el programa y a aquellos que aceptaron, se les dio cita para la sesión de Admisión. A los alumnos que no quisieron participar en el programa de intervención, de les dio una breve asesoría sobre los efectos del abuso en el consumo de alcohol y las estrategias para el consumo moderado

El caso de "N" surgió de este proceso de detección. En el resto del capítulo, se describe paso a paso lo ocurrido en las sesiones en las que "N" participó, las cuales son Admisión, Evaluación del usuario, Inducción al tratamiento y las cuatro correspondientes al Tratamiento (1) Balance decisional, (2) Situaciones de riesgo y planes de acción, (3) Establecimiento de metas de vida y el consumo de alcohol, y (4) Nuevo establecimiento de metas, así como los seguimientos.

2. ADMISIÓN

El reporte de esta etapa se hace de acuerdo con el siguiente orden: primero se hace una breve descripción del caso, posteriormente se hace la narración de la primera entrevista y por último se describen los resultados encontrados a través de la aplicación de los instrumentos propios de la sesión

2.1 Descripción general del caso:

"N" es una adolescente soltera de 18 años de edad. Al momento de entrar al programa se encontraba estudiando el 6º año de bachillerato. Se encontraba viviendo con su madre de 47 años y su hermano de 28 años. Eventualmente trabajaba como animadora de niños.

Debido a la forma en que se llevó a cabo el proceso de selección de los candidatos al programa, se agregó una primera entrevista que no está contemplada en el

modelo, pero que se ha implementado en otros escenarios escolares como una forma de valorar si el adolescente es candidato o no al programa de intervención breve. A continuación se describe la forma en que se llevó a cabo la sesión

2.2 Primera Entrevista:

"N" fue citada a entrevista, debido a que en la aplicación colectiva del POSIT, respondió positivamente a 6 reactivos. En la primera parte de esta sesión se revisaron las respuestas positivas al instrumento para cerciorarse de que las preguntas se habían comprendido y realmente se estaban reportando problemas asociados al consumo, así como que se mantenía la vigencia de tales respuestas

La información recolectada por este medio se muestra en la Tabla 1. En la columna izquierda se transcribe el reactivo que fue respondido positivamente y en la de la derecha, las acciones por las que "N" reporta dicha situación de riesgo.

2 ¿Se aburren tus amigos en las fiestas en donde no sirven bebidas alcohólicas?	Su grupo de amigos abusan del alcohol y el estar en fiestas con ellos, es una de las principales situaciones de consumo excesivo.
7 ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	Bebe mayor cantidad que cuando empezó a beber para poder experimentar la sensación de mareo que le provoca el alcohol después de 3 copas.
13 ¿El uso de alcohol o drogas te produce cambios repentinos e humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste?	Se siento contenta de estar bebiendo con sus amigos, pero después pasa a la tristeza y a veces al llanto.
14 ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	En ocasiones llega tarde a clases, llega ebria o no llega por estar bebiendo en el mismo horario
17 ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o a la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	Ha desobedecido a su madre en el horario de llegar a casa, lo que le ha ocasionado problemas con ella y ha viajado a alta velocidad con un conductor ebrio.
18 ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	Cuando está ebria pelea con sus amigos, especialmente con aquellos que le piden que controle su consumo.

Tabla 1. Muestra los resultados del POSIT revisados durante la sesión de pre-admisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADÍSTICAS NO
DE LA BIBLIOT

En la segunda parte de la sesión, se aplicó la Entrevista Semi-estructurada de Admisión (Ver capítulo II, 2.5.2.4.1). En ella, "N" menciona que la sustancia que consume es el alcohol y que lo hace desde hace 2 años, especialmente cuando está en fiestas con amigos y cuando está triste. Este consumo lo lleva a cabo de una a dos veces por semana y algunas veces es durante el horario de clases. La cantidad que bebe con mayor frecuencia es 3 tragos porque está tratando de controlarlo debido a que ha notado las consecuencias negativas de su consumo como: bajo rendimiento académico, vómito con sangre, problemas con sus amigos por su forma de beber y con su mamá por llegar tarde a casa.

Posteriormente, se le mencionó que, por la información que reportó, ella tiene un problema para controlar su consumo de alcohol y que efectivamente estaba ya empezando a presentar las consecuencias negativas de dicha conducta, por lo que se le invitó a participar en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas ya que éste le proporcionará herramientas útiles para controlar el consumo o dejar de beber, de acuerdo con lo que ella decidiera, y que este programa se llevaría a cabo en el plantel. "N" aceptó ingresar al programa de intervención debido a que considera que tiene un problema con su forma de beber y quiere resolverlo para poder aprovechar el ingreso a la licenciatura para tener nuevas amistades y ya no tener problemas con el consumo. A este respecto, comentó que ella ya había pensado en buscar ayuda pero que no sabía en donde por lo que cuando se le aplicó el *POSIT*, "vio una oportunidad de recibir atención que no pensaba desaprovechar".

Se le dio cita iniciar el programa de intervención y se le comentó acerca de la importancia de no faltar y/o llegar tarde a las citas, con lo que "N" estuvo de acuerdo.

2.3 Aplicación de los Instrumentos:

"N" asistió a cada una de las sesiones debido a que reportó sentirse motivada para cambiar su consumo y reducir con ello los problemas a los que se había enfrentado últimamente.

Asiste a la sesión de Admisión con el objetivo de reducir su consumo de alcohol, mismo que inició hace 4 años y que desde hace 2, lo considera como problemático. Comenzó a beber por invitación de sus amigos de la escuela para convivir con ellos y sentirse más cómoda y a que era más divertida al relacionarse con ellos. Durante los tres meses previos a la sesión, bebía 3 tragos de una dos veces por semana, ya que reporta "no aguantar" una cantidad mayor. Las principales situaciones en las que consume son en fiestas con amigos, especialmente cuando se sentía triste. En ocasiones estas reuniones se llevaban a cabo en las horas de clase, lo que empezó a afectar su rendimiento académico porque faltaba, llegaba tarde o ebria.

La razón principal por la que estaba interesada en cambiar su consumo es que ha experimentado consecuencias físicas como vómito con sangre, quiere estudiar la licenciatura y cumplir con su trabajo actual y que el abuso del alcohol no interfiera con estas metas. Por ello se propuso dejar de beber y logró 24 días de abstinencia que antecedieron a la aplicación de los instrumentos de evaluación del consumo. Una vez que se recolectó la información sobre el motivo de consulta y la historia del consumo, se aplicaron los instrumentos de la sesión, los cuales arrojaron los siguientes datos:

2.3.1 Entrevista Inicial (Ver capítulo II, 2.5.2.4.2)

El reporte de la información recolectada por medio de este instrumento se hace de acuerdo con las áreas por las que está constituido:

2.3.1.1 Consumo de sustancias

La principal sustancia de consumo de "N" fue el alcohol, concretamente la cerveza. También reporta ser fumadora regular desde hace 5 años con un promedio de 5 cigarrillos por día, lo cual no considera un problema.

En cuanto al consumo de alcohol, "N" consideró que tenía un problema mayor ya que ha pasado por algunas experiencias negativas, una de las cuales puede considerarse sería de acuerdo con una escala que va desde el consumo de alcohol no es un problema hasta el consumo de alcohol es un gran problema. El máximo periodo de abstinencia que reportó fue de una semana debido a que quiere cumplir con sus compromisos en la escuela y ya no quiere beber. Anteriormente no había recibido ningún otro tratamiento para controlar su consumo de alcohol.

Menciona que tiene 4 años consumiendo alcohol y que este consumo en los últimos 90 días ha sido de 6 tragos (aunque al aplicar el LIBARE, la cantidad reportada es menor), una vez por semana. En los últimos 6 meses ha experimentado diversos problemas asociados al consumo que han afectado las áreas:

- Física presenta daños como sangrado y vómito, síntomas asociados a un problema de bulimia, y que ha requerido de tratamiento médico por diagnóstico de gastritis.
- Cognición: reporta dificultades para mantener la atención y olvidos, aunque esto ha sido en menos de 5 ocasiones.
- Relaciones interpersonales: menciona que ha tenido dificultades con su madre por llegar tarde a casa y con los amigos que no están de acuerdo en que "N" abuse del alcohol.

- **Agresión.** Ha tenido algunos problemas debido a que estando alcoholizada ha agredido verbalmente a sus amigos lo que la ha llevado a perder la relación con algunos de ellos, generándole tristeza.
- **Finanzas:** parte de lo que gana en su trabajo eventual, lo invierte en alcohol lo que le dificulta tener una independencia económica.

Ninguna de las personas cercanas a ella había presentado problemas por el consumo de algún tipo de droga (sin contar alcohol y tabaco). En cuanto al alcohol, su mejor amiga abusa de él y es con quien bebe la mayor parte de las ocasiones.

2.3.1.2 Salud

Al momento de la entrevista "N" estaba siendo atendida por fiebre reumática y se le estaba administrando una ampolleta de Bencetacil al mes.

2.3.1.3 Área Escolar y Laboral

"N" reportó que su asistencia a la escuela era de forma regular, sin embargo, su promedio durante el último periodo escolar fue de 8 y el del que estaba cursando al momento de la entrevista era de 7.6. Consideró que su desempeño escolar era bueno ya que no debía ninguna materia ni ha interrumpido sus estudios. Ha faltado más de 6 días porque los periodos en que es requerida para trabajar es por las mañanas. El trabajo que desempeña es eventual y realiza actividades de animadora de niños.

2.3.1.4 Administración del Tiempo Libre

Las actividades que reportó realizar casi siempre que no se encontraba en la escuela fueron: practicar algún deporte (correr), ayudar en las labores de la casa, hacer la tarea y estudiar, escuchar música, asistir a clases de baile o artísticas y escribir. Mientras que en algunas ocasiones veía la televisión en casa, jugaba o salía con sus amigos, salía a pasear con su familia, se iba a beber con sus amigos, hablaba por teléfono, iba a fiestas y al cine.

Las actividades directamente relacionadas con el consumo de alcohol fueron las fiestas e ir a beber con los amigos en reuniones.

2.3.1.5 Familia

"N" mencionó que entre sus familiares no existía alguien que lo presionara a consumir alcohol, pero sí entre sus amigos. Sin embargo, entre las personas que la ayudarían a cambiar su consumo se encontraban precisamente los amigos. Reportó conflictos familiares graves durante los últimos 12 meses, especialmente con su hermano con quien dijo tener una mala relación. Consideró que la relación con sus padres era buena.

No cuenta con una cantidad de dinero asignada por sus padres ya que trabaja y reportó invertir \$50.00 semanales en alcohol.

2.3.1.6 Sexualidad

"N" reportó haber tenido relaciones sexuales en más de una ocasión y usar siempre pastillas y condón como métodos anticonceptivos y para evitar infecciones de transmisión sexual. Reportó haber tenido algunos problemas relacionados con su conducta sexual como haber sufrido abuso y agresión por parte de su pareja anterior.

2.3.1.7 Conducta Antisocial

Durante los últimos 12 meses, tomó dinero o cosas con valor de \$50.00 o menos que no le pertenecían y de \$500.00 pesos o más. También ha dañado algún objeto que no le pertenecía y ha tomado parte en riñas o peleas.

2.3.1.8 Depresión y Riesgo Suicida

"N" respondió sentirse triste con frecuencia, y en el último mes había sentido que no podía seguir adelante, tenía pensamientos sobre la muerte y sentía que su familia estaría mejor si ella estuviera muerta.

2.3.1.9 Satisfacción Personal

Con base en una escala que va desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho, "N" expresó sentirse satisfecha con el estilo de vida que mantenía en el momento de la entrevista, debido a los cambios que ha iniciado.

Sus metas a futuro son casarse, viajar, tener dinero suficiente para vivir bien y tener hijos.

2.3.2 Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes POSIT (Ver capítulo II, 2.5.2.4.3)

La aplicación de este instrumento arrojó la presencia de 12 reactivos con respuesta positiva, lo cual confirmó que "N" era un candidata apta para este programa. En el área de consumo de drogas del POSIT la presencia de un sólo reactivo positivo se considera como un indicador importante del abuso de sustancias. Los indicadores que tuvieron respuesta afirmativa fueron:

- 1 ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?
- 2 ¿Se aburren tus amigos en las fiestas en donde no sirven bebidas alcohólicas?
- 3 ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo los efectos del alcohol?
- 4 ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?
- 6 ¿Llevan tus amigos drogas a la fiestas?

- 7 ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
- 11 ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
- 13 ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?
- 14 ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
- 15 ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
- 16 ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?
- 17 ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?

2.3.3 Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV (Ver capítulo II, 2.5.4.4.4)

En su respuesta a este cuestionario "N" obtuvo indicadores de tolerancia y aunque presenta tres síntomas del síndrome de abstinencia éstos están asociados únicamente a los consumos mayores de 5 copas, por lo que la ubica en riesgo de desarrollar dependencia.

A continuación, se transcriben las respuestas positivas de N al instrumento:

- Tolerancia:
 - 1) Una necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la droga para conseguir la intoxicación o el efecto deseado:
 - 2) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar e interrumpir el consumo de la droga.
 - 3) Se continua tomando la droga a pesar de tener conciencia de algunos problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
- Abstinencia: Después de que pasaron los efectos del alcohol:
 - 1) Náuseas o vómito
 - 2) Agitación
 - 3) Ansiedad.

2.3.4 Escala de Estados de la Disposición al Cambio SÓCRATES (Ver capítulo II, 2.5.2.4.5)

Los resultados del SOCRATES mostraron que N tiene un reconocimiento alto, es decir, "N" reconoce que tiene problemas relacionados con su consumo y expresa su deseo para cambiar y percibe que el daño continuará si no genera un cambio.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

En la escala de acción, "N" obtuvo un puntaje muy alto, lo que indica ya está realizando algo para hacer un cambio positivo en su consumo y puede haber experimentado algún éxito. El cambio está presente y "N" puede querer ayuda para persistir o prevenir la recaída.

Los puntajes de ambas escalas coinciden con la aceptación de "N" en cuanto a que tiene un problema para controlar el uso del alcohol y su intento exitoso por reducir el consumo desde hace 3 meses.

Por otro lado, el análisis cualitativo de los reactivos por sub-escala, permite identificar aquellas preguntas que tienen un mayor puntaje. De esta forma, los reactivos que tuvieron una mayor calificación en la sub-escala de reconocimiento fueron: 1) En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo, 3) Sé que tengo algún problema con mi forma de beber. 5) Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico, y 10) Mi forma de beber me está causando mucho daño. En la sub-escala de acción los reactivos con los puntajes más altos fueron: 2) No sólo estoy pensando en cambiar mi forma de beber sino que ya estoy haciendo algo al respecto, 7) Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber, 9) Si no cambio pronto mi forma de beber, mis problemas empeorarán, 11) Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber, 13) Estaba bebiendo demasiado pero me las arreglé para cambiar mi forma de beber, y 15) Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas.

De acuerdo con los datos recolectados en la sesión, "N" cumplió con los siguientes criterios de inclusión al programa:

- 18 años de edad
- Estudiante 6º grado de bachillerato
- Aunque en los últimos 6 meses no había tenido cinco consumos de cinco o más copas, reportó diversos problemas asociados: interpersonales, mala salud, y con el rendimiento académico asociados al consumo del alcohol.

Por ello, se tomó la decisión de continuar con la sesión de evaluación.

3. EVALUACIÓN DEL USUARIO

Esta etapa modelo, se tuvo que dividir en tres debido a la cantidad de información que "N" aportó.

En la primera parte, "N" mencionó que lo revisado durante la sesión de admisión, concretamente durante la aplicación de la *Entrevista Inicial*, la había hecho sentirse triste porque había recordado algunas situaciones dolorosas, que no quiso mencionar en ese momento, entre ellas el hecho de que el sangrado del estómago

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se debe en parte a la bulimia (cuyo diagnóstico fue emitido por el médico que la estuvo atendiendo por gastritis), que padece desde hace 3 años. Mencionó además, que no ha hecho ningún intento por resolverlo porque no quiere que nadie se entere, especialmente su madre ante la cual tiene una imagen de "niña buena" debido a que estudia (con buen rendimiento académico) y trabaja. Esto último es porque no quiere depender de su madre.

Se detectó que cubre con los criterios del DSM IV (Ver punto 1.4 del capítulo II) para la bulimia, lo que despertó dudas en cuanto a continuar con el programa así que se le comentó que necesita buscar ayuda especializada para este trastorno, pero ante la negativa y la insistencia en la petición de apoyo para controlar su consumo, se decidió continuar, no sin antes mencionarle que era necesario que tomara en cuenta la sugerencia de buscar ayuda independientemente de que era probable que las herramientas que se le iban a proporcionar las podría utilizar para afrontar otras conductas problemáticas. Se le dio cita para la siguiente semana.

A esta segunda sesión de evaluación llegó alcoholizada (había bebido 12 copas), llorando y acompañada por un amigo quien la convenció de asistir a su cita. Se le comentó que una de las reglas del programa es precisamente el no asistir bajo los efectos del alcohol, pero dado su estado de ánimo y la necesidad que manifestó de hablar, se aceptó que se quedara el resto del tiempo que estaba programado para la sesión, pero que no se continuaría con la aplicación de los instrumentos debido a su estado. Además se le comentó que era la única vez que esto sucedería.

Dada su necesidad de hablar, en esta sesión únicamente se le escuchó ya que mencionó que el material que se discutió en la sesión anterior la dejó muy deprimida, refiriéndose a la bulimia y a su relación familiar en la que dice tener una buena relación con su madre quien fue muy distante con ella durante la niñez.

Al continuar con la entrevista mencionó haber recibido maltrato físico por parte de su hermano, haber sido abandonada por su padre cuando tenía cinco años y percibir de su madre una actitud fría, mencionó que se sentía apenada por no poder controlar su consumo y por lo que los demás (compañeros de clase y amigos) pensaban acerca de ella. Posteriormente cuando se le preguntó a "N" si se sentía mejor, ella respondió que sí y se le preguntó que si en ese momento se sentía bien para concluir la sesión, a lo que accedió. Se le mencionó que en la próxima sesión se concluiría con la aplicación de los instrumentos para posteriormente dar inicio al programa de intervención. Se le agradeció su honestidad en cuanto a los datos proporcionados y se resaltó su capacidad de hacer frente al dolor y su motivación hacia el cambio en su consumo. Finalmente se le comentó que si necesitaba hablar o algún apoyo, podía llamar a la terapeuta. La evaluación se pospuso para otro día, conformando una tercera sesión.

Como parte de la metodología de la sesión de evaluación, antes de la aplicación de cada instrumento, se le dio una breve explicación de cada instrumento y de la manera en que estaban clasificadas las respuestas. A continuación se describen los resultados de "N" en cada instrumento de evaluación.

3.1 Línea Base Retrospectiva *LIBARE*: (Ver capítulo II, 2.5.3.4.1)

"N" reportó haber consumido un total de 86 tragos estándar (Ver Figura 1). El día de mayor consumo fueron los viernes. La cantidad máxima que ha consumido es de 18 tragos y la mínima de 2. Ha tenido un total de 24 días de abstinencia los cuales fueron previos al inicio del programa (Ver Figura 2).

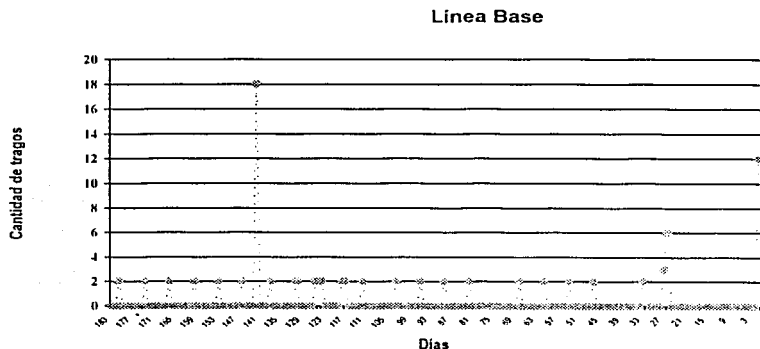


Figura 1. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo durante los seis meses anteriores al programa.

- Consumo de la sustancia en los últimos seis meses: **86 tragos**
- Cantidad máxima de consumo: **18 tragos**
- Cantidad mínima de consumo: **2 tragos**
- Días de mayor consumo: **Viernes**
- Número máximo de días de abstinencia: **24 (previos al inicio del tratamiento)**

Figura 2. Describe el consumo de la adolescente en cantidades totales, cantidad máxima y mínima del consumo, promedio del consumo, días de mayor consumo y número máximo de días de abstinencia.

3.2 Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (Ver capítulo II, 2.5.3.4.2)

De acuerdo con las normas de calificación, las situaciones de consumo problemáticas de "N", son los momentos agradables con otros y las emociones desagradables, mientras que las situaciones de riesgo son presión social y conflicto con otros. Las situaciones de consumo sin riesgo son las emociones agradables, malestar físico, probando el auto-control y necesidad física. La Figura 3 muestra los puntajes de "N" en este inventario.

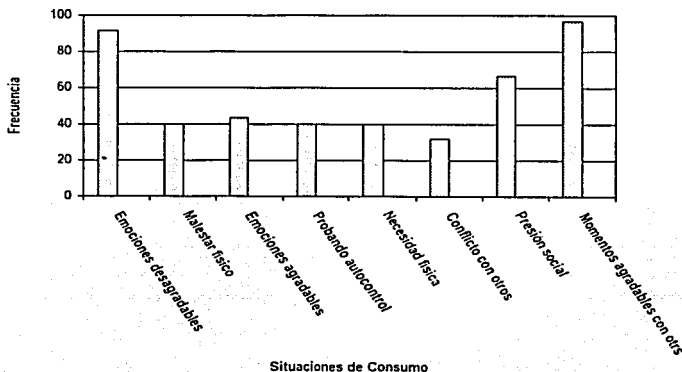


Figura 3. Muestra la frecuencia de consumo por el usuario para las categorías evaluadas por el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Ver capítulo II, 2.5.2.4.3)

Las respuestas dadas por "N", muestran la confianza que tiene para controlar su consumo de acuerdo a las ocho situaciones. Porcentajes menores al 50% señalan una confianza menor para controlar el consumo en esa situación y que ponen en riesgo al usuario para consumir. Estas situaciones para "N" son: *emociones desagradables, emociones agradables, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros*. En cambio, en las situaciones en las que "N" se siente con mayor confianza para controlar su consumo son: *malestar físico, probando el auto-control y necesidad física*. La Figura 4 muestra los porcentajes obtenidos por "N".

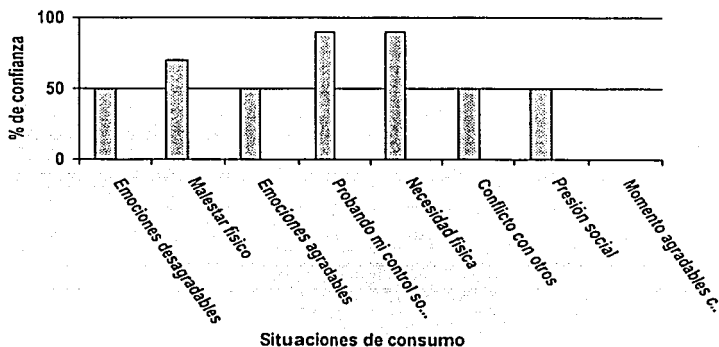


Figura 4. Muestra el porcentaje de confianza reportada por el usuario para poder resistir la tentación del consumo durante la primera aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Al comparar los puntajes de "N" del Inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, se observa que las situaciones de mayor riesgo para su consumo son las emociones desagradables, los momentos desagradables con otros, y la presión social

4. INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO

Durante esta sesión se le entregó a "N" el reporte de retroalimentación para alcohol, en el cual se incluyó la descripción de su patrón de consumo de acuerdo con su Línea Base Retrospectiva y se comparó su consumo con gráficas del consumo de alcohol en estudiantes del nivel medio y medio superior. También se le mencionaron datos con relación a los daños a corto y largo plazo del abuso del alcohol. Se hizo una descripción de las cosas que tiene que cuidar (factores de riesgo o consecuencias negativas) y las cosas que le pueden ayudar al cambio (factores protectores), mismos que se muestran en la Figura 5. Estos datos se obtuvieron de los instrumentos utilizados durante las sesiones de admisión y evaluación.

Cosas que tienes que cuidar	Cosas que te pueden ayudar
<ul style="list-style-type: none">▪ Salud (especialmente el sangrado del estómago)▪ Cambio repentinos en el estado de ánimo (tristeza/euforia)▪ Pleitos (discusiones)▪ Gasto excesivo (en la compra del alcohol)▪ Grupo de amigos que beben excesivamente (con quienes se reúne cada viernes)▪ Estado depresivo▪ Mala relación con el hermano (de quien se percibe abusada físicamente)▪ Dificultad para tener amigos▪ Vulnerabilidad ante la presión social para beber▪ Miedo al abandono físico y emocional de las personas a quienes quiere, especialmente de la pareja▪ Olvidos▪ Consumo de 5 cigarros al día▪ Promedio escolar bajo (7.6)	<ul style="list-style-type: none">▪ Buen aprovechamiento del tiempo libre (practica deporte)▪ Realiza un trabajo gratificante▪ Metas a largo y mediano plazo:<ul style="list-style-type: none">○ Deseos de estudiar una carrera○ Aspira a una vida independiente▪ Interés por mejorar el rendimiento académico▪ Intentos previos exitosos por reducir el consumo▪ Interés por cuidar la salud, la apariencia física y la imagen que presenta ante los demás▪ Intención de controlar el consumo▪ 24 días consecutivos en abstinencia en los últimos 6 meses

Figura 5. Muestra el resumen de los resultados obtenidos durante la evaluación.

Con relación a estos resultados, "N" comentó que nunca había pensado en la cantidad de alcohol que bebía pero que sí se había enfrentado ya a algunas de las consecuencias a corto y largo plazo del abuso que no tenía plenamente identificadas.

Se le hizo hincapié en la importancia de conocer la cantidad y frecuencia con que bebe para que pudiera reconocer la magnitud del problema.

Posteriormente, se analizaron las consecuencias a corto y largo plazo de su consumo, las cuales se presentaron gráficamente en su folleto de retroalimentación (ver figura 6), solicitándole que identificara las que ya le habían sucedido y cuáles de ellas eran las más relevantes. Se destacó la importancia de este análisis para la identificación de algún problema relacionado con el consumo.

Una vez que "N" revisó lo anterior respondió a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el problema o los problemas que identificas con relación a tu consumo de alcohol?

"N" mencionó algunas de las consecuencias que ha experimentado del consumo de más de 5 copas y algunas otras derivadas del consumo continuado (ver Figura 6).

Consecuencias de tomar más de 5 copas	Consecuencias a largo plazo
<ul style="list-style-type: none">▪ Sufrir de la cruda▪ Faltas a la escuela▪ Problemas familiares, especialmente con su hermano▪ Exponerse a posibles accidentes de tránsito por viajar en un vehículo con un chofer ebrio	<ul style="list-style-type: none">▪ Taquicardia▪ Pérdida de memoria▪ Sangrado del estómago▪ Gastritis

Figura 6. Muestra las consecuencias a corto y largo plazo del abuso del alcohol reconocidas por la usuaria.

Posteriormente, "N" desarrolló tres opciones para resolver los problemas que había identificado:

1. Asistir al programa de intervención breve.
2. Sentirse segura de que sí puede controlar el consumo.
3. Hacer lo que quiere, pero con límites, refiriéndose a la posibilidad de divertirse y relacionarse con los amigos sin necesidad de beber.

Para identificar cuál de estas opciones era su mejor alternativa, se le solicitó que destacara las ventajas y desventajas de cada opción para elegir aquella que tuviera más ventajas. La Figura 7 muestra sus respuestas a este ejercicio.

Opción 1: Asistir al programa de intervención breve

Ventajas	Desventajas
1. Dejar de tomar 2. Puedo tener más cosas por las que puedo escoger 3. Solucionar problemas que me lastiman bastante 4. Poder ser yo	1. Perder a mi amiga ("E")

Figura 7. Muestra el análisis de las ventajas y desventajas de la opción 1 alternativas para solucionar el problema identificado por la adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento. Este ejercicio se incluye en el "Folleto de retroalimentación".

Opción 2: Sentirme segura de que sí puedo controlar el consumo

Ventajas	Desventajas
Hacer lo que yo quiera, no por libertinaje, sino depender de mis respuestas, de lo que en realidad quiero hacer.	No necesitar más de "E" (su mejor amiga)

Figura 8. Muestra el análisis de las ventajas y desventajas de la opción 2 para solucionar el problema identificado por la adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento.

Opción 3: Hacer lo que quiero, pero con límites

Ventajas	Desventajas
Saber hasta donde decir SI o NO	Enojarme con "E" por no hacer cosas que ella quiere

Figura 9. Muestra el análisis de las ventajas y desventajas de la opción 3 para solucionar el problema identificado por la adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento.

"N" identificó mayor cantidad de ventajas en la opción de ingresar al programa de tratamiento ya que esto representaría la solución a muchos de sus problemas y el poder ejercer el control sobre su consumo y sobre algunos aspectos de su vida. La principal desventaja que identificó estaba relacionada con la pérdida de su mejor amiga con quien ella piensa mantienen la amistad por el alcohol.

Después de trabajar en el desarrollo de las tres alternativas para resolver los problemas derivados de su consumo, se le invitó a ingresar al programa para adolescentes, mencionándole que esta decisión le ayudaría a encontrar estrategias para el logro de la alternativa que había elegido en la sesión, se le preguntó si estaba

interesada en conocer la dinámica del programa, y como su respuesta fue afirmativa se continuó con la presentación de las características del programa. Posteriormente, se le preguntó a "N" nuevamente si estaba de acuerdo en ingresar al programa y como dijo que sí, se le entregó la *Forma de Consentimiento* que firmó de conformidad.

Por último, se hizo la segunda aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio SÓCRATES (Ver capítulo II, 2.5.2.4.5) en la cual se observó que pasó de un reconocimiento alto a un reconocimiento muy alto, es decir, reconoce que tiene problemas relacionados con su consumo y expresa su deseo para cambiar y percibe que el daño continuará si no genera un cambio.

En la escala de acción, "N" volvió a tener un puntaje muy alto (como en la primera aplicación), lo que indica que ya está realizando algo para hacer un cambio positivo en su consumo y puede haber experimentado algún éxito. El cambio está presente y "N" puede querer ayuda para persistir o prevenir la recaída.

En el análisis cualitativo, se observa que los reactivos que tuvieron una mayor calificación en la sub-escala de reconocimiento fueron: 1) En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo, 3) Sé que tengo algún problema con mi forma de beber, 5) Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico, 6) Soy un bebedor problema, 8) Tengo serios problemas con mi forma de beber, y 10) Mi forma de beber me está causando mucho daño. En la sub-escala de acción los reactivos con los puntajes más altos fueron: 2) No sólo estoy pensando en cambiar mi forma de beber sino que ya estoy haciendo algo al respecto, 7) Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber, 9) Si no cambio pronto mi forma de beber, mis problemas empeorarán, 11) Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber, 13) Estaba bebiendo demasiado pero me las arreglé para cambiar mi forma de beber, y 15) Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas.

Se pudo observar que la información más impactante para "N" fue la relacionada con su patrón de consumo lo que se aprovechó para reforzar su motivación para su participación en el programa.

Se cerró la sesión con un resumen de lo revisado y se le dio cita para la siguiente sesión.

5. TRATAMIENTO:

5.1 Primera Sesión: Balance Decisional

Como primer punto, se llenó junto con "N" el registro de su consumo previa explicación del "trago estándar" y se revisaron la ventajas y desventajas de realizar dicho registro. Posteriormente, se llenó el formato indicando que durante la semana previa a la sesión "N" consumió 3 tragos. Este consumo lo hizo cuando estaba en un bar con su novio y amigos, y duró 6 horas. Estaba contenta y trataba de adaptarse al grupo. Buscaba sentir el efecto del mareo y que éste le sirviera para llorar. Posteriormente sentía dolor de cabeza y se sentía mal por haber bebido (ver Figura 10).

Piensa que no podrá controlar su consumo debido a que siente una fuerte ansiedad por beber.

Durante el consumo, mueve su cabeza de lado a lado varias veces para marearse más, porque eso la hace sentirse eufórica.

FORMATO DE REGISTRO DEL CONSUMO

Mis metas para la semana

No consumir	Reducir el consumo X	No beber	Otra:
-------------	----------------------	----------	-------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	3 tragos	En un bar, con su novio y amigos	Estaba contenta y tratando de estar integrada al grupo. Busca sentirse eufórica.
Sábado	NO		
Domingo	NO		
Lunes	NO		
Martes	NO		

Figura 10. Muestra el auto-registro la adolescente durante la primera semana del programa.

Piensa que el consumo moderado le haría perder su imagen de divertida y representaría la pérdida de amigos, sin embargo, considera que sería la solución para la mayoría de sus problemas.

Posteriormente, se le entregó y explicó el folleto No.1a y se trabajó la elaboración del Balance Decisional, para lo cual se le pidió que pensara en las ventajas y desventajas de cambiar o continuar con el consumo (véase Figura 8). El Balance Decisional tiene el objetivo de crear una discrepancia entre lo que la persona quiere para su futuro y su conducta actual.

	CAMBIO	NO CAMBIO
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuperarme físicamente ▪ Ya no portarme en esas condiciones ▪ Ya no tomar para sentirme bien, sino normalmente ▪ Expresar emociones sin ayuda ▪ Empezar a <u>ser yo</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Seguir divirtiéndome de esa forma 3. Tener más "amigos" 4. Ser sociable (en ese aspecto) 5. Sentirme bien 6. Expresar mis sentimientos 7. Darme valor para llorar cuando me siento triste
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ya no sería "N" la que conocen (sin problemas y divertida) ▪ Ya no tendría "dizque" amigos ▪ Sería la "aguafiestas" ▪ A veces no podría llorar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me metería más en eso y acabaría mal ▪ Ya no podría salir del hoyo en el que estoy ▪ Me volvería una alcohólica total ▪ Aumentarían mis pequeños problemas

Figura 11. Muestra los resultados del ejercicio Número 1 del Folleto 1a.

Como se puede observar, "N" reconoció como la primera ventaja de cambiar su consumo el mejorar físicamente y poder comportarse normalmente, es decir, sin tener problemas y expresar sus emociones sin la necesidad de beber. Considera que el cambiar su consumo le ayudaría a evitar problemas en el futuro.

Como desventajas de cambiar su consumo, están el perder a sus amigos y ya no ser divertida y no poder expresar sus emociones libremente. Sin embargo, este ejercicio reforzó la decisión de "N" sobre la participación en el programa de intervención breve debido a que las ventajas de cambiar su consumo eran para ella más importantes.

Posteriormente, se realizó el primer establecimiento de metas de consumo. "N" eligió la meta de no consumo porque le interesaba realizar sus actividades cotidianas sin beber. Se le comentó que tomara en cuenta que era posible que se le antojara beber, a lo que respondió que estaba plenamente convencida de que quería establecer como meta semanal el no beber.

Al evaluar la importancia que "N" le otorgaba al logro de su meta, mencionó que esta meta era tan importante como cualquier otra de las metas que se había propuesto y que tenía el 75% (en una escala de 0 a 100%) de confianza en lograrla. Se le comentó que dada su motivación y las experiencias previas exitosas en cuanto al control de su consumo, era muy probable que lograra cumplir con su meta sin complicaciones. Para finalizar la sesión, se le comentaron a "N" las estrategias que podía aplicar para el control del consumo y ella eligió no ir a fiestas y asistir puntualmente a las sesiones de tratamiento.

5.2 Segunda Sesión: Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

"N" reporta que en la semana no bebió (ver figura 9), ya que para poder cumplir con la meta de no consumo que estableció la sesión anterior, no asistió a ninguna fiesta. Mencionó que para lograrlo realizó actividades que la distrajeran, entre ellas ocuparse en otras cosas como hacer la tarea, quedarse en casa y hacer ejercicio (correr). Como consecuencia de ello ha tenido ansiedad e insomnio. Se le reforzó el hecho de haber encontrado actividades que le gustaran y que pudiera empezar a realizar en vez de beber y/o que le sirvieran como una forma de manejar la ansiedad que le despertaba la necesidad de beber. También se le mencionó que durante el desarrollo de la sesión, se iban a elaborar planes de acción que le iban a ayudar a desarrollar estrategias para controlar su consumo ya que dejar de asistir a fiestas y estar en casa por mucho tiempo no constituye una solución a largo plazo debido a que esto le podría causar aburrimiento y se aislaría, lo que no corresponde con las actividades y el estilo de vida de una adolescente.

FORMATO DE REGISTRO DEL CONSUMO

Mis metas para la semana

No consumir X		Reducir el consumo	No beber	Otra:
DIA	CONSUMO	SITUACIÓN	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS	
Miércoles	NO			
Jueves	NO			
Viernes	NO			
Sábado	NO			
Domingo	NO			
Lunes	NO			
Martes	NO			

Figura 12. Muestra el auto-registro la adolescente durante la segunda semana del programa.

Como para ella es muy importante cumplir cualquier propósito que se haga, propuso modificar su meta ya que el viernes asistirá a una fiesta con su amiga "E" y decidió

que va a tener un consumo moderado (3 copas) ya que quiere convivir y disfrutar de la reunión sin hacer el ridículo.

Posteriormente, se le entregó y explicó el Folleto No. 2. Como parte de este material, el primer punto de trabajo fue el análisis y discusión de la montaña de recuperación. La montaña de la recuperación tiene el objetivo de aclarar la manera en cómo se da el proceso del cambio para las conductas adictivas y, principalmente la manera de entender los resbalones o recaídas que se pueden presentar como parte del cambio. Posteriormente se elaboraron los planes de acción.

A continuación se presenta la información trabajada a través del folleto:

"N" identificó dos situaciones de consumo: en las fiestas y en paseos con su novio y amigos, lo que coincide con el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol /SCC, ya que ambas situaciones tiene la característica de haber ocurrido cuando estaba disfrutando de *momentos agradables* con otros y de estar experimentando *emociones agradables*. Mencionó que para ella es muy importante la sensación de euforia por lo que mueve la cabeza de lado a lado para poder sentir más el efecto del alcohol

En la fiesta, "N" reportó haber consumido 24 tragos, teniendo como consecuencias positivas el sentirse feliz, bailar y el poder valorar quienes en realidad eran sus amigos debido a que estando ebria se comportó agresiva con la gente con la que asistió a la fiesta y lastimó sus sentimientos, además se cayó y se golpeó la cara. También la corrieron del lugar. Reportó que lo que más le dolió de esta situación fue el haber hecho el ridículo, aunque piensa que de ello puede obtener la ventaja de reconocer quienes son sus amigos debido a que la apoyaron en esa situación que considera vergonzosa

Se decidió trabajar con una tercera situación de consumo riesgoso aun cuando en el folleto sólo se consideran dos, debido a que las dos situaciones reconocidas primero son muy parecidas y a que "N" mencionó que también que se había dado cuenta de que abusa del alcohol cuando se siente triste y/o muy presionada y lo que necesita es llorar, es decir, reconoce que el alcohol funciona como facilitador del llanto.

La selección de las situaciones de riesgo coinciden con lo reportado en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, ya que "N" se siente con el 50% de confianza en controlar su consumo ante *emociones desagradables*, ante el *conflicto con otros*, estando a expensas de la *presión social* y al estar compartiendo *momentos agradables con otros*.

Una vez que determinó las tres situaciones de consumo se le pidió realizar el primer ejercicio del folleto, el cual consistió en describir brevemente sus situaciones de consumo, la cantidad que consumía en esas situaciones, así como las

consecuencias positivas y negativas que se presentaban en esas situaciones. Sus respuestas a éste ejercicio pueden verse en las Figuras 13, 14 y 15.

Situación No. 1: Fiestas

Situación de consumo: Fiestas	¿Cuánto consumiste? 24 tragos
<p>Consecuencias positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Me sentía feliz ▪ Bailé ▪ Me di cuenta quiénes eran mis amigos (quien me corrió y quien estuvo conmigo) 	<p>Consecuencias negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lastimé a mis amigos ▪ Me cai "de hocico" ▪ Me vieron hacer el ridículo ▪ Me corrieron de la fiesta

Figura 13. Muestra la primera parte del ejercicio Número 1, realizado por la adolescente en el Folleto 2

Situación No. 2: Paseos con novio y amigos

Situación de consumo: Paseos con novio y amigos	¿Cuánto consumiste? 24 tragos
<p>Consecuencias positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentirme feliz ▪ Hacer cosas que no haría en mis sentidos 	<p>Consecuencias negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner en peligro mi vida

Figura 14. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 1, realizado por la adolescente en el Folleto 2.

De acuerdo con el folleto, sólo se trabajan con dos situaciones principales de riesgo, pero debido a que "N" en un primer momento, no había reconocido a la "tristeza", fue necesario realizar un ejercicio más con la tristeza como situación de riesgo número 3.

Situación No. 3: Tristeza

Tristeza por estar de vacaciones, debido a que el estar tanto tiempo en casa la lleva a no hacer nada y a estar conviviendo mucho tiempo con su mamá con quien la relación no es muy estrecha, lo que la hace sentirse desanimada y sin motivación para hacer cosas.

Situación de consumo: Tristeza	→	¿Cuánto consumiste? 24 tragos
Consecuencias positivas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresar lo que siento ▪ Evadir mis problemas y en cierta forma la realidad ▪ Sentirme otra persona 		Consecuencias negativas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Me hacía daño ▪ Me sentía peor física y emocionalmente ▪ Me sentía más sola

Figura 15. Muestra la tercera parte del ejercicio Número 1, realizado por la adolescente en Folleto 2.

Este ejercicio se aprovechó para destacar que la mayoría de las personas mantienen el consumo de alguna sustancia debido a las consecuencias positivas que obtienen de manera inmediata y no toman en cuenta las consecuencias negativas que se presentan a un plazo mayor, por lo que una estrategia útil para cambiar el consumo es precisamente el reconocer estas consecuencias, que en la mayoría de los casos tiene mayor trascendencia que las consecuencias a corto plazo.

Posteriormente, se trabajó en el desarrollo de alternativas y planes de acción. Para "N" fue relativamente fácil identificar las situaciones de consumo y elaborar los planes de acción, ya que reconoció que son las *emociones agradables*, los *momentos agradables con otros* y las *emociones desagradables*, las principales situaciones de riesgo para el abuso del alcohol. En estos casos, pensó que lo mejor era abstenerse, sin embargo se le comentó que el mejor plan de acción era aquel que tenía más probabilidades de ser utilizado sin mucho esfuerzo, por lo que se le pidió que fuera realista. "N" desarrolló planes de acción para el consumo moderado y para la abstinencia.

Situación No. 1: Fiestas con amigos

Plan 1: Beber moderadamente

1. Tomar una copa al llegar (en el transcurso de una hora)
2. Esperar 20 minutos antes de beber la siguiente copa
3. Bailar
4. Platicar
5. Fumar
6. Sólo cuando tenga antojo tomar otra copa, para que no me pase nada y no emborracharme
7. Antes de beber alcohol, beber agua, comer algo (por ejemplo un "sope"), platicar, recordar el plan de acción.

Ventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ No me emborracharía ▪ Disfrutaría en mis sentidos ▪ Me sentiría mejor, bailaría mejor 	Desventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ No me sentiría eufórica
---	--

Figura 16. Muestra la primera parte del ejercicio Número 2 realizado por la adolescente en el Folleto 2.

Plan 2: No beber 1. Tratar de aguantarme las ganas (habría que hacer más esfuerzo que en la moderación). 2. No pensar en ello, distraerme: bailar, cotorrear con los cuates, beber agua	
Ventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avanzaría más rápido en el tratamiento 	Desventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ No la encuentro

Figura 17. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 2, realizado por la adolescente en el Folleto 2.

Plan de acción elegido: Beber moderadamente

Situación No. 2: Paseos con el novio y amigos

Plan 1: No beber 1. Tratar de no tomar con amigos (haciendo lo mismo que en los casos anteriores: distraerse, beber agua, etc.)	
Ventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ No me expongo tanto a sufrir un accidente ▪ No hacer el ridículo ▪ Darle su lugar a las personas ▪ Divertirme sanamente 	Desventajas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendría que descubrirlas, saber si me divierto igual

Figura 18. Muestra la tercera parte del ejercicio Número 2, realizado por la adolescente en el Folleto 2.

Plan 2: Beber moderadamente	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar poquito (1 lata de cerveza) 2. No comprar alcohol en cantidad excesiva (sólo lo que planeo beber, es decir, no más de 3 copas) 3. Tratar de beber lentamente 4. No mover la cabeza para marearme más 	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar poquito • No arriesgar mi vida (en probables accidentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendría que descubrirlas, saber si me divierto igual

Figura 19. Muestra la cuarta parte del ejercicio Número 2, realizado por la adolescente en el Folleto 2.

Plan de acción elegido: Beber moderadamente

En ambas situaciones, decidió que el mejor plan de acción tenía que ver con la puesta en práctica de las estrategias del consumo moderado.

Situación No. 3: Tristeza

Plan 1: No beber y realizar conductas alternativas	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar de distraerme realizando algún deporte, como por ejemplo correr (40' por lo menos 4 días a la semana) 2. Aprovechar que salgo a correr para sacar a pasear a los perros y divertirme más 3. Cuando ingrese a la facultad, regresar al equipo de handball. 4. Buscar amigos y realizar diversas actividades que no sean beber, como hacer deporte, ir al cine, platicar, etc. 	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Sentirme mejor y ocupar mejor mi tiempo libre • Estar en buena forma • Estar más sana 	<ul style="list-style-type: none"> • No deprimirme ni aburrirme

Figura 20. Muestra el plan de acción No. 1 elaborado para hacer frente a la situación de riesgo de tristeza

Plan 2: Buscar atención especializada para la tristeza

1. Localizar un lugar que tenga un precio accesible
2. Asistir a las terapias
3. Trabajar muy duro en las terapias

Ventajas

1. Sentirme mejor
2. Resolver mis problemas
3. Ya no bebería para llorar

Desventajas

- Aun no estoy muy segura de querer ir
- Mi mamá se podría dar cuenta
- Me quedaría menos dinero para mí

Figura 21. Muestra el plan de acción No. 2 elaborado para hacer frente a la situación de riesgo de tristeza

Plan de acción elegido: Abstinencia

Se le mencionó que siguiente paso en su atención una vez que se termine con el programa de intervención sería el asistir a terapia para atender la tristeza y la bulimia, pero manifestó que aún no se siente preparada para hacerlo.

Se enfatizó además, que lo más importante de hacer un plan de acción era ponerlo en práctica, ya que éste le ayudaría en el cambio de su consumo. Además se recordó la siguiente lista de pasos para resolver problemas:

1. Identificar las situaciones de consumo y las consecuencias relacionadas con el consumo problemático de alcohol.
2. Elaborar una lista de opciones realistas para cambiar el consumo.
3. Decidir cuál es la mejor opción de acuerdo con un criterio personal.
4. Desarrollar planes de acción para alcanzar las metas y establecer un período de tiempo razonable para alcanzarlas.
5. Revisar el progreso. Si el plan no está funcionando, averiguar la razón y buscar otras opciones. Si está funcionando, FELICIDADES, se debe continuar llevándolo a cabo

La sesión se finalizó haciendo un resumen de lo revisado durante ella y se destacó la importancia de que pusiera en práctica los planes de acción lo antes posible para ver si cubrirían todas las situaciones de riesgo y estaban planteados efectivamente. Se le dio fecha para su próxima sesión.

5.3 Tercera sesión: Establecimiento de Metas de Vida y el Consumo de Alcohol y Otras Drogas

Aunque asistió a una fiesta, no tuvo consumo debido a que quería cumplir su meta (3 copas) y se dio cuenta de que no necesita el alcohol para divertirse ya que dice que "el ser divertida lo trae por dentro".

FORMATO DE REGISTRO DEL CONSUMO

Mis metas para la semana

No consumir	Reducir consumo X (3 copas)	el	Otra: _____
-------------	-----------------------------	----	-------------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	NO		
Sábado	NO		
Domingo	NO		
Lunes	NO		

Figura 22. Muestra el auto-registro de "N" durante la tercera semana del programa.

En la elaboración del ejercicio, "N" identificó las tres principales metas y el porcentaje de logro hasta el momento, lo que le permitió valorar sus avances además de sentirse emocionada por el hecho de que "la vida le está brindando la posibilidad de empezar de nuevo" al ingresar a una nueva escuela.

Meta 1: Acabar mi carrera	0%	80%	100%
Meta 2: Control del consumo	0%	90%	100%
Meta 3: Aprovechar esta nueva oportunidad	0%	50%	100%

Figura 23. Muestra el ejercicio Número 1, realizado por la adolescente en Folleto 3.

Su principal meta es terminar una carrera debido a que se espera que con ello, su mamá sea feliz. Se le hizo hincapié en el hecho de que sus metas deben ser elaboradas de manera personal y que no es lo más recomendable esperar el

reconocimiento externo, sino que la motivación debe surgir de uno mismo y del alcance de las metas auto-impuestas.

Los principales obstáculos para alcanzar las metas son la tristeza que la lleva al consumo, el alcohol la hace darse por vencida, a no aceptarse y a ponerse trabas ya que el reconocimiento no llega.

Considera que el alcohol afecta el logro de sus metas porque dice que la derrumba y en las situaciones mas bien encuentra las cosas malas que las buenas. Considera que la única persona que la puede ayudar a conseguir sus metas es ella misma.

Se reconoció el hecho de que "N" casi ha alcanzado sus metas y se destacó la conveniencia de renovarlas constantemente para que siempre sirvan como guía a su vida y de motivación hacia la integración de su plan de vida.

Finalmente, se elaboraron los planes de acción para el logro de sus metas de vida (véase Figuras 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30).

▪ METAS A UN MES

No1: Acabar mi carrera

Esta meta la elige con la finalidad de hacer feliz a su mamá a lo que se le comentó que es importante que el planteamiento de sus metas de vida estén centradas en las cosas que ella misma puede lograr ya que los cambios sólo se pueden hacer en la propia conducta, destacándose la dificultad y posible frustración que representan el intentar cambiar la conducta de los demás.

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando sí:
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir con el mismo optimismo▪ Descansar, tranquilizarme	<ul style="list-style-type: none">▪ Si sigo así, con este entusiasmo.

Figura 24. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

No. 2: Control del consumo

Esta meta la eligió porque ya no quiere dañar su salud, especialmente el estómago

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dejar de tomar tanto ▪ Proponerme controlar el consumo aún en las fiestas y sintiéndome triste ▪ Tomar cuando tenga ganas, sin exceso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que beba y no me emborrache ▪ Me la paso bien ▪ Si no tomo por tristeza

Figura 25. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

No. 3: Aprovechar esta nueva oportunidad (ingreso a la licenciatura), echarle ganas.

La eligió porque para ella el ingreso a la licenciatura representa una nueva oportunidad que quiere aprovechar al máximo y se esforzará para "ser la misma pero mejor" durante su estancia en la facultad.

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudiar ▪ Hacer las tareas ▪ Entrar a clases 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No tengo problemas en la escuela por faltas o bajas calificaciones (no menos de 8)

Figura 26. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

Echaría a perder todo lo que he logrado hasta el momento.

▪ METAS A SEIS MESES

Meta No. 1: Acabar mi carrera

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echarle ganas ▪ Trabajar más en los aspectos que se me dificultan ▪ Seguir con entusiasmo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si voy bien en la escuela ▪ Me siento bien ▪ Me gusta lo que hago

Figura 27. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

Meta No. 2: Control del consumo

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir con las mismas estrategias anteriores▪ Proponerme nuevas metas para lograrlas	<ul style="list-style-type: none">▪ Si cumplo las metas▪ Si quiero seguir intentando, porque se que me puede resultar

Figura 28. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

¿Qué pasaría si continuo consumiendo?

Si no es en exceso sería mejor, es decir no más de tres copas no más de una vez por semana, llevaría a cabo mis metas.

METAS A UN AÑO

Meta No.1: Acabar mi carrera

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none">▪ Ahora sí, echarle más ganas▪ Ser mejor respecto a mi carrera▪ Siempre ver el lado positivo	<ul style="list-style-type: none">▪ Si estoy feliz con lo que hago▪ Si me siento bien conmigo misma

Figura 29. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

Meta No. 2: Control del consumo

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
<ul style="list-style-type: none">▪ No creo que haya tanto problema si cumplo con las anteriores▪ Seguir siendo feliz	<ul style="list-style-type: none">▪ Creo que cuando deje de pensar en eso, que se vuelva "x" en mi vida.

Figura 30. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por la adolescente en el Folleto 3.

¿Qué pasaría si continuo consumiendo?

Nada, si lo hago de la forma anterior, es decir, de manera moderada.

Para concluir con la sesión, se discutió acerca de los caminos para lograr sus metas:

- Deseos
- Beneficios
- Obstáculos
- Conocimientos
- Gente
- Ocurrencia
- Planes
- Línea del tiempo

Los puntos anteriores se presentan en el Folleto 3 que corresponde a ésta sesión. Después de ésta sesión se determinó que era importante reforzar la posibilidad del consumo moderado por las condiciones de vida de "N".

5.4 CUARTA SESION: Nuevo establecimiento de metas

En esta sesión, el trabajo se centra en la elaboración de un resumen (Folleto No. 4a) de lo realizado con el usuario durante el programa. "N" no tuvo problema alguno en recordar lo trabajado durante las sesiones.

"N" reportó no haber consumido en la semana previa a la sesión.

Los beneficios que "N" identificó como parte de su cambio fueron el disfrutar más de las reuniones y poder comportarse como ella misma, siendo divertida pero sin hacer el ridículo ni lastimarse a sí misma ni a la gente a la que quiere y además, cuidar su salud. Para seguir obteniendo estas ganancias, planeó continuar respetando los límites que se imponga y continuar moderando su consumo utilizando las estrategias que hasta el momento le han servido.

Mencionó que el ejercicio que más le ayudó fue el de la identificación de sus metas de vida ya que ello le ayudó a pensar en lo que quiere hacer y lo que podría hacer para conseguirlo, así como evitar aquellas situaciones que podrían interferir en la consecución de sus metas. Menciona además que se siente muy segura de lograr lo que se proponga

Se le presentó la gráfica de su consumo durante el programa, en donde se resaltó el cambio logrado en cuanto a cantidad y frecuencia (véase Figura 31).

Meta: Consumo moderado

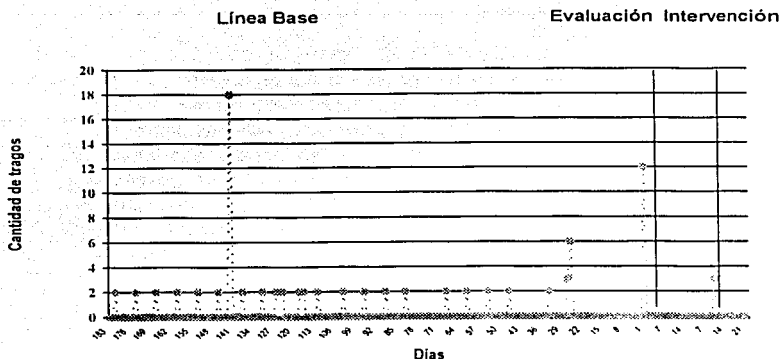


Figura 31: Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes y durante la intervención.

Se analizó su meta de consumo y los cambios en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. En relación con el establecimiento de metas, "N" comentó que optaba por el consumo moderado.

Las situaciones de consumo excesivo que reconoció fueron las fiestas, cuando estaba con amigos, como una forma de poderse unir al grupo y cuando estaba deprimida, como una forma de poder expresar su tristeza.

Reconoce que lo que le puede ayudar a cambiar su consumo es:

- Darse cuenta de que puede estar feliz ella sola, por sí misma.
- Reconocer que es capaz de llorar cuando lo necesite, sin estar bajo los efectos del alcohol.
- Cuando esté con los amigos, dejar que tomen ellos y si ella quiere, beberá pero moderadamente y para ello recordará y pondrá en práctica las estrategias para el consumo moderado. No beberá por sentirse presionada por los amigos.
- Controlará su consumo utilizando las estrategias para el consumo moderado.

En cuanto a las metas de vida, "N" menciona que las más importantes son:

- Acabar su carrera, para lo cual sabe que deberá estudiar mucho, entregar las tareas, hacer los trabajos, etc.
- Dejar de tomar, lo que logrará moderando su consumo evitando el abuso de la sustancia y procurando buscar la amistad de personas que no abusen del alcohol.
- Para "N" es muy importante ingresar a la licenciatura ya que esto representa una nueva oportunidad, lo que a su vez implica la posibilidad de conocer personas y escuela nuevas y relacionarse con compañeros que se asemejen a ella en esta nueva etapa de su vida.
- Sentir que puede relacionarse de una mejor manera con las personas, especialmente con la pareja.

En el segundo establecimiento de metas, "N" menciona que reducirá su consumo. Para lograrlo, tiene planeado que sólo beberá en ocasiones que considera especiales, no más de una vez por semana y no más de tres copas. Las ocasiones especiales son fiestas, reuniones, y cuando esté tranquila y con gente que sabe le ayudará a controlar su consumo, por ejemplo su novio. Así mismo, tomó la decisión de no beber cuando siente que se podría exceder como cuando estuviera con amigos con los que siempre abusaba del alcohol o estuviera triste o aburrída. Beberá sólo si está en compañía de su hermana. Además, tratará de divertirse por sí misma, unirse al grupo sin beber.

La importancia reportada para el logro de su meta en esta ocasión fue del 75%, es decir, alcanzar esta meta es más importante que cualquier otra, observándose un incremento del 25% en relación al primer establecimiento de metas. La confianza en el logro de su meta se mantuvo en 75%.

En cuanto a su confianza para el logro de su meta en relación con cada una de las situaciones del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, se observó un incremento con relación a la primera aplicación. La Figura 32 permite visualizar las diferencias entre ambas aplicaciones.

Questionario Breve de Confianza Situacional

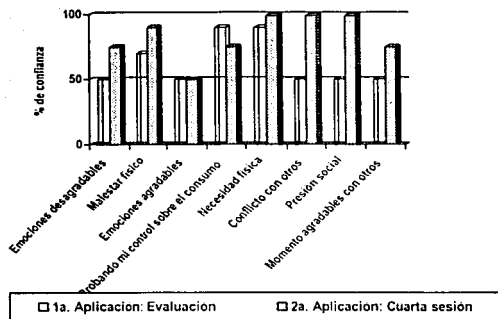


Figura 32. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir la tentación del consumo en respuesta al cuestionario Breve de Confianza Situacional antes y al final de la intervención.

En la evaluación de "N" sobre el programa, mencionó que le había parecido una herramienta útil para resolver el consumo de sustancias, que el tiempo en el cual se aplicaba el tratamiento era apropiado, que le agradaron los materiales que se usaron durante la aplicación del programa, que el contenido de los materiales le pareció interesante y fácil de comprender, que su participación en el programa le permitió tener un cambio relacionado con su consumo, y que recomendaría el programa para alguien que tuviera problemas con el consumo de sustancias.

Finalmente, se realizó un resumen de los aspectos más importantes tratados durante el programa y se enfatizó la importancia de recordar las razones y ventajas del cambio.

6. SEGUIMIENTOS

6.1 Seguimiento a un mes

La entrevista se hizo vía telefónica. Reportó que ya no ha bebido tanto ni tan frecuentemente (Ver Figura 33) porque su tolerancia ha disminuido (una ocasión, 2 copas durante este mes). Durante este tiempo se encontraba de vacaciones y aun seguía vigente la idea de que el ingresar a una nueva escuela le representaba una nueva oportunidad tanto en lo personal como en su futura vida personal. Una de sus metas actuales es tener buen promedio escolar (8) y relacionarse con personas que no beban en exceso y también estén dispuestas a tener un buen aprovechamiento escolar.

Como estrategia para moderar el consumo, en las fiestas trata de divertirse sin beber y expresa sentirse bien y saber que es divertida sin la necesidad de beber.

Menciona sentirse preocupada por la bulimia pero no está dispuesta a hacer algún cambio.

Reporta que ha revisado los materiales pero que no ha continuado con su auto-registro porque no ha sido necesario debido a que no ha consumido.

En el establecimiento de metas, considera que el beber moderadamente es la principal y que por el momento la ha cumplido debido a que por reducir la frecuencia y cantidad del consumo, su tolerancia ha disminuido. No ha tenido recaídas ni problemas relacionados a su consumo.

Ha continuado con sus planes de acción especialmente porque no ha estado yendo a la escuela y quiere aprovechar la oportunidad que le implica el ingresar a la licenciatura, por lo que quiere resolver sus problemas con el alcohol lo más pronto posible. Además de que no quiere sentirse deprimida por estar tanto tiempo en casa.

Meta: Consumo moderado

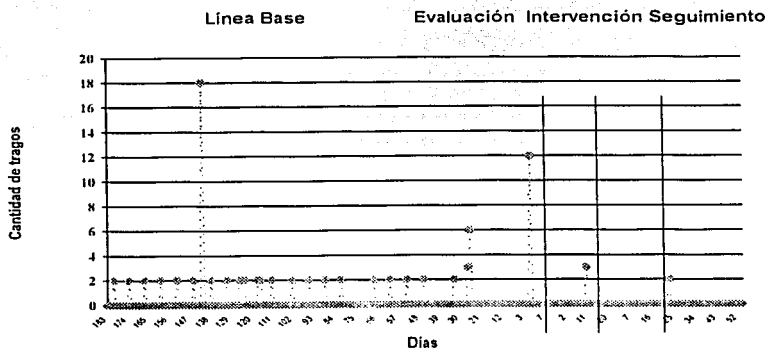


Figura 33: Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes, durante y después de la intervención y al primer mes de seguimiento.

6.2 Seguimiento a tres meses

Durante este seguimiento, "N" no reportó ningún consumo (Ver Figura 34). En este tiempo puso en práctica los planes de acción, especialmente el No. 3 y realizó actividades recreativas y deportivas que le ayudaron a pasar el tiempo sin deprimirse. Se inscribió al equipo de handball de la Universidad y continuó en él aun después de ingresar a clases. Los entrenamientos son por las noches y las clases por la mañana por lo que tiene gran parte del día ocupado. El haber sido aceptada en la carrera de Literatura Dramática y Teatro la hizo sentirse contenta y con la satisfacción de haber conseguido las metas que se había propuesto durante el programa de tratamiento. Reiteró el hecho de estar aprovechando la nueva oportunidad ya que no quiere tener problemas, para ello entra a clases, hace las tareas y trabajos y se esfuerza por cumplir con los requisitos de cada materia, por ello, considera que sus calificaciones van a ser buenas. Su grupo de amigos es diferente al de la preparatoria, son compañeros tranquilos que no abusan del alcohol y que están igualmente comprometidos con la carrera.

Aunque su meta ha sido el consumo moderado, no ha tenido consumos debido a que no se han presentado las situaciones que ella eligió para beber de acuerdo con el

segundo establecimiento de metas de la cuarta sesión de tratamiento. Mencionó que cuando ha estado triste se ha sentido impulsada a buscar el alcohol, pero no lo ha hecho porque no quiere empezar a tener conductas que podrían echar a perder el esfuerzo que está haciendo para con su carrera, y el abuso del alcohol es una de ellas. Cuando se siente triste y/o necesita llorar, se concentra en su trabajo en las clases de actuación y expresión verbal, de esta manera, puede externalar lo que la agobia sin beber, como lo hacía cuando estaba en la preparatoria.

Reportó que no había revisado los folletos pero que lo haría después porque necesitaba recordar algunas de las cosas que se trabajaron durante el programa. Mencionó que no había utilizado los planes de acción porque no los necesitó ya que no había sentido la necesidad de beber. Los cambios que hizo durante este tiempo se vieron reflejados en que su estómago ya no sangraba, cuando se sentía mal ya no bebía y que la tristeza se presentaba con menor frecuencia y duración. Dijo sentirse muy comprometida con su carrera ya que le gusta mucho y le está generando muchas satisfacciones, ya no ha frecuentado a su grupo de amigos con los cuales abusaba del alcohol, la relación con su madre había mejorado, y en ese tiempo existía mucha comunicación entre ellas y se sentía muy integrada con su grupo actual de amigos. Desde septiembre que ingresó a la licenciatura no se había provocado el vómito. Por todo ello mencionó que su vida había mejorado un 80%, sin embargo reconoció que aún le faltaba el poder sentirse más segura de sí misma. A este respecto, reportó que hubo un cambio importante en cuanto a la forma en que organizaba lo que quería: cuando estaba en la preparatoria sabía lo que quería pero no tenía claro como lo iba a obtener ni lo que tenía que hacer, pero ahora puede planificar los pasos que debe seguir y puede identificar de qué manera lo va a conseguir.

Se le preguntó si estos logros tenían que ver con algo de los que había aprendido durante la intervención y dijo que sí, que durante ese tiempo pudo desarrollar un plan de vida que ha estado cumpliendo (controlar el consumo de alcohol y tener un buen rendimiento académico, para más detalles, ver la "Sesión 3" del programa de tratamiento), ya que le dejó el hábito de pensar en el futuro, que le clarificó lo que quería hacer, cómo lo iba a obtener y hasta donde quería llegar, además de reconocer lo que tenía que invertir para el logro de sus metas. Otro aprendizaje que consideró valioso fue el de pensar en sí misma cuando establece sus metas, ya que lo que haga le tiene que generar satisfacción. Esta parte del modelo de intervención es la que le había resultado la más valiosa. En ese momento, tenía tres metas importantes que cumplir y que había planificado de acuerdo con los tiempos y requisitos necesarios. Dichas metas fueron: 1) Editar un libro de cuentos (durante el 2004 se ocupará de buscar editoriales que la apoyen), 2) Estudiar inglés (cuando tenga su historial buscará una beca parcial en una escuela particular de idiomas), 3) Para mayo o junio de 2003, cuando cumpla con los requisitos académicos, obtener su licencia de locutora y 4) Después de concluir el tercer semestre, empezar los trámites para obtener una beca para estudiar en el extranjero.



Otro aprendizaje importante para ella fue el del balance decisional que le ayuda a tomar decisiones y aunque no se sienta a escribirlo, siempre compara las ventajas y desventajas de las opciones.

Consideró que algo que se presenta en su vida frecuentemente son las caídas y recaídas, por lo que los "dibujitos" de la montaña de la recuperación representan a una "N" que cae, pero que se levanta para continuar hasta la cima.

Se le preguntó si los planes de acción que había elaborado continuaban vigentes y dijo que sí, pero que el que le resultaría más útil sería el del manejo de la tristeza, aunque le agregaría algunas actividades:

1. "Meterse" más en la carrera, es decir, dedicarse de tiempo completo a ella.
2. Mejorar en lo que se sentía mal, es decir seguir controlando su consumo y hacer cosas que la hacen feliz cuando se siente deprimida, como el deporte y sus clases de actuación y expresión verbal.
3. Enfocarse a lo que está haciendo actualmente.

Para finalizar la sesión, se le preguntó si aún no piensa buscar ayuda para la bulimia a lo que respondió que ya no representa un problema para ella ya que no se ha provocado el vómito y ya no le preocupa tanto la imagen que los demás pudieran tener de ella. Sin embargo se le comentó que para en realidad sentirse mejor, sería conveniente que buscara apoyo para la tristeza y la bulimia. Por el momento no lo hará pero si lo tomará en cuenta.

Se le mencionó que se le llamaría para el tercer seguimiento y que debido a que ya no convive con su amiga quien era la colateral, era necesario que proporcionara el nombre otra persona a la que se pudiera entrevistar con respecto a su manejo del alcohol. "N" aportó los datos de una compañera de la escuela, quien convive la mayor parte del tiempo con ella y con quien mantiene una estrecha relación.

Meta: Consumo moderado

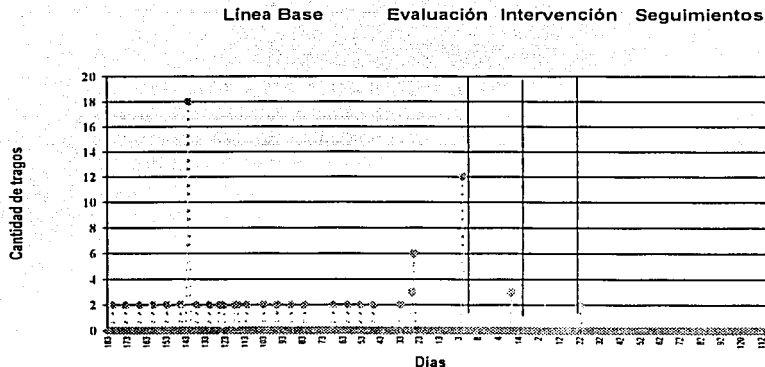


Figura 34: Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes, durante y después de la intervención y al tercer mes de seguimiento.

6.3 Seguimiento a seis meses

En esta sesión, "N" reportó un consumo de 12 tragos, pero ella no considera que esto sea una recaída o represente un problema ya que fue en una ocasión en la que había planeado emborracharse porque fue una situación especial en la que se reunió con sus compañeros de la preparatoria para festejar el fin de año. El consumo duró aproximadamente 4 horas y cada trago estándar lo bebió más o menos en 10 minutos y sin dejar pasar tiempo entre uno y otro trago, debido a que había planeado pasar un momento agradable con sus amigos. Se sintió contenta antes y después del consumo y no tomó en cuenta sus planes de acción ni las estrategias del consumo moderado debido a que quería emborracharse y sentirse eufórica. Esta búsqueda de euforia no estuvo relacionada con tristeza o malestar. Considera el suceso como una experiencia que le sirvió para retomar el hecho de que puede controlar su consumo ya que éste correspondió a sus expectativas y a una situación planeada y no al rompimiento de la meta establecida en el tratamiento. Mencionó además que aunque la experiencia fue grata en el momento, no es algo que le gustaría volver a

hacer ya que sabe que de continuar con ello, podría interferir en su actual plan de vida.

Tuvo otros cuatro consumos, dos de 2 copas y dos de 3 en los cuales reportó haber logrado controlarse y no excederse (Ver Figura 37).

Por otro lado, salvo por la recaída, "N" reportó mantener su meta. Así mismo, mencionó que no ha tenido problemas para aplicar sus planes de acción, y no haber realizado cambios en los mismos.

En la *Entrevista de Seguimiento a Seis Meses*, "N" aportó los datos siguientes: En cuanto a la evaluación de su estilo de vida actual, menciona que se siente satisfecha a diferencia de la primera aplicación en la que reportó sentirse insegura. Esta satisfacción se debe al logro de sus metas y al hecho de controlar su consumo sin dificultad.

Reportó no haber acudido a otro tratamiento durante los últimos seis meses para cambiar su consumo ya que no considera que sea un problema a diferencia de la primera entrevista en la que consideraba que su consumo era un gran problema.

Al momento de la entrevista, no estaba siendo atendida por algún problema de salud ni tomando algún medicamento.

Con relación a su desempeño escolar, mencionó asistir a la escuela de manera regular, con un promedio de 8.7 y no haber tenido algún problema en su escuela relacionada al consumo de alcohol, a diferencia del periodo anterior a su participación en el programa de intervención breve, tiempo en el cual no asistía a clases, llegaba tarde o bajo los efectos del alcohol. Entra a todas sus clases y cumple con los requisitos de permanencia en ellas. Falta a clases ocasionalmente debido a que continúa con su trabajo eventual, pero sin poner en riesgo su aprovechamiento escolar.

En el área social y la administración de su tiempo libre, a diferencia de la *Entrevista Inicial*, "N" reportó ahora pasar más tiempo en casa y menos tiempo fuera de ella y con amigos. Continuaba haciendo ejercicio, estudiando y haciendo la tarea y ayudando en las labores en casa. Su grupo actual de amigos son sus compañeros de la escuela, en donde pasa la mayor parte del tiempo.

En cuanto a la relación con su madre, continúa considerándola buena y con su hermano pasó de mala a regular. La relación con su padre sigue siendo distante pero no la considera importante.

Mencionó que ahora sí, su madre le asigna una cantidad de dinero a la semana y no gastar nada de este dinero en la compra de alcohol.

En el área de conducta antisocial no presentó ningún indicador, a diferencia de la primera ocasión en la que dijo haber tomado dinero o cosas con valor de \$50.00 o menos que no le pertenecían y \$500.00 o más, golpear o dañar algo que no le pertenecía y tomar parte en riñas o peleas.

En cuanto a los indicadores de depresión y riesgo suicida, como en la primera entrevista, "N" reportó sentirse triste con frecuencia, sin embargo en esta sesión mencionó no sentir que no podía seguir adelante, no había tenido pensamientos sobre la muerte, no sentía que su familia estaría mejor si estuviera muerta. En ambas ocasiones reportó no haber pensado en el suicidio.

En los resultados de la aplicación del *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol*, se observó un decremento en cada una de las situaciones de consumo, debido a que (excepto en el consumo de 12 copas), como ella reporta, sólo ha bebido en las ocasiones en las que se presentaron las situaciones en las que ella había planeado beber: ocasiones especiales como fiestas y reuniones, estando tranquila y con personas que no abusan del alcohol y que le ayudarían a cumplir con su meta de no más de una vez por semana y no más de tres copas. Tomó la decisión de no beber cuando siente que se podría exceder debido a que estuviera triste o en compañía de los amigos con los que siempre abusaba del alcohol, o cuando estuviera triste o aburrida. No ha bebido alcohol como una estrategia de afrontamiento para la tristeza o el aburrimiento ya que ha desarrollado alternativas para hacerle frente a ambas situaciones de riesgo. De acuerdo con las normas de calificación para este inventario, ninguna de las situaciones de consumo planteadas en este instrumento, representan algún problema para "N" en esta segunda aplicación.

Los cambios más radicales se observaron en las situaciones de *momentos agradables con otros* que se redujo de 96.66% al 10% y en *emociones desagradables* de 91.66% al 33%. Ambas eran situaciones para el consumo problemático. En las situaciones en que "N" obtuvo el puntaje que las ubicaba como situaciones de riesgo para el consumo, también se observaron cambios ya que *presión social* bajó de 66.6% a 36.6% y *conflicto con otros* de 53.3% a 31.66%. Al igual que en la primera aplicación, las situaciones de consumo sin riesgo fueron: *emociones agradables, malestar físico, probando el auto-control y necesidad física*.

La Figura 35 muestra los puntajes de "N" en este inventario en ambas aplicaciones.

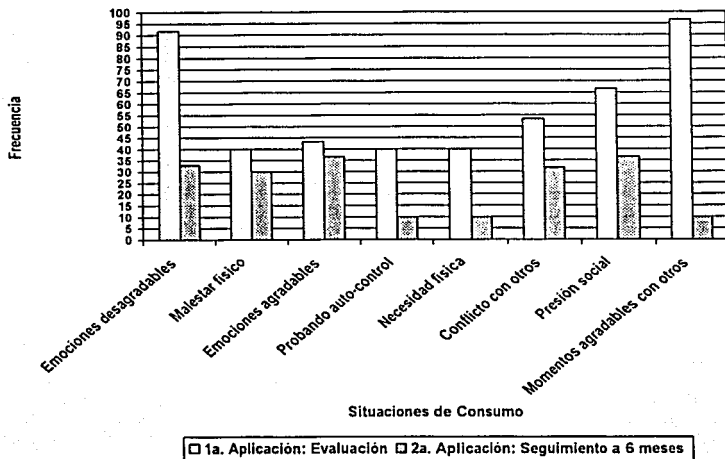


Figura 35. Muestra las respuestas al inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol de la primera y la segunda aplicaciones.

Los datos aportados por el *Cuestionario Breve de Confianza Situacional* refleja un incremento en su confianza para no beber en situaciones que implique: *emociones desagradables* (90%), *malestar físico* (100%), *emociones agradables* (70%), *probando el auto-control* (100%), *necesidad física* (100%), *conflicto con otros* (100%), y *presión social* (100%). En las situaciones de estar compartiendo *momentos agradables con otros*, se mantuvo igual que en la segunda aplicación (75%). Al respecto de los puntajes, "N" reporta sentirse muy confiada en cuanto al control de su consumo ya que lo ha experimentado por seis meses y ha desarrollado estrategias de afrontamiento que le han permitido manejar las situaciones en las que pensaba que su consumo era incontrolable. A pesar de lo experimentado durante el tiempo posterior a la intervención, "N" se siente aún menos confiada en las situaciones de *emociones agradables* (70%) y *momentos agradables con otros*, lo que coincide con

la primera aplicación, pero guardando las proporciones. Los datos de las tres aplicaciones de este instrumento se muestran en la Figura 36.

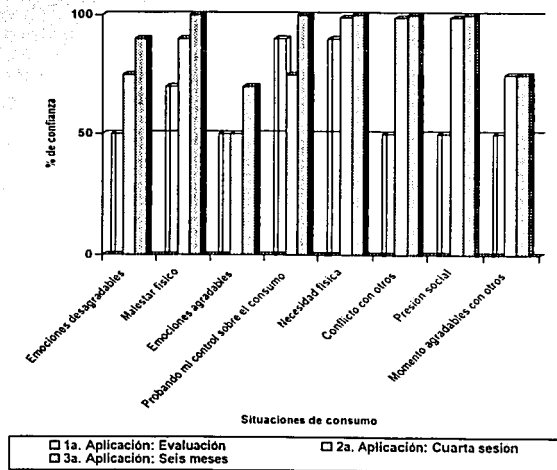


Figura 36. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir el consumo en sus respuestas dadas al Cuestionario Breve de Confianza Situacional en las tres aplicaciones.

Entrevista de Seguimiento para el Colateral: El colateral de "N" fue una compañera de la escuela con quien comparte gran parte de la semana debido que "N" ya no ha estado en comunicación con la colateral que había elegido al inicio de la intervención y que la actual colateral es la persona con a que más tiempo pasa desde hace 6 meses.

El contacto con la colateral se hizo vía telefónica. La colateral reportó que la frecuencia de reunión con el usuario era los cinco días de la semana de manera personal y los fines de semana vía telefónica. Las instrucciones que se le dieron a la colateral fueron el determinar en un intervalo de 30 días, el número de días de abstinencia que "N" tuvo, el número de días que consumió alcohol, el número de días

en que la usuaria estuvo en la cárcel o algún hospital por el consumo, y el tipo de drogas diferentes al alcohol o tabaco utilizadas durante el mismo período. Ante estas preguntas la colateral manifestó que ésta no consumió durante 29 días, que el consumo se presentó sólo un día, y que fue de 3 copas. Además mencionó que "N" no estuvo en la cárcel o alguna otra institución por el consumo de alcohol y tampoco reportó el consumo de alguna otra sustancia.

Al preguntarle a la colateral qué tan segura se encontraba de que la información proporcionada por ella era correcta, manifestó que estaba segura de que toda o casi toda la información que había proporcionado era correcta debido al vínculo de confianza y convivencia que mantienen entre ambas. La colateral describe que actualmente el consumo de "N" no representa un problema debido a que sólo lo hace en reuniones y no para emborracharse. Mencionó además que "N" tiene mucho interés en terminar la carrera y tiene un buen promedio, que casi no falta a la escuela y cumple con los requisitos de permanencia en cada materia.

En la figura 37 se puede observar el registro completo de la línea base retrospectiva de "N" durante el tiempo en que se ha mantenido contacto con ella.

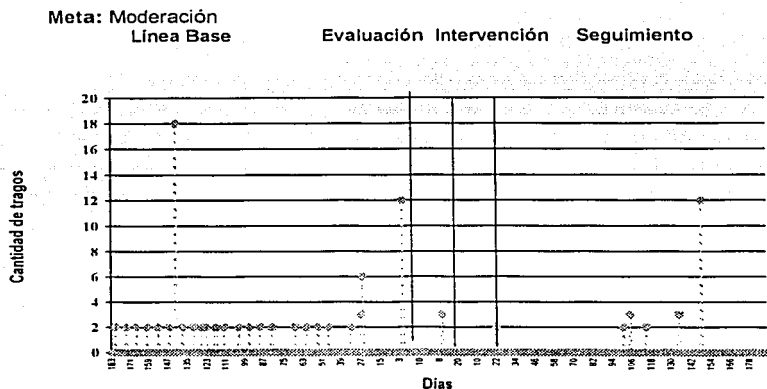


Figura 37. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes, durante y después de la intervención.

De acuerdo con estos datos, se puede apreciar que hubo un cambio hacia la disminución de la frecuencia y cantidad con la que bebía antes de la intervención, ubicando su consumo actual como moderado, excepto por una recaída.

A este respecto, se volvió a tener contacto con "N" con la finalidad de preguntarle por los eventos relacionados al consumo, a lo que mencionó que era una situación que había planeado y que no sentía que representara un problema para ella. Se le ofreció trabajar nuevamente en los planes de acción y de ser posible en sesiones adicionales pero dijo no necesitarlo debido a que seguía sintiéndose confiada de controlar su consumo.

Con la finalidad de monitorear el consumo de "N", se ha tenido contacto telefónico en dos ocasiones más. Reportó haber bebido en los últimos 4 meses en dos ocasiones, una de ellas en compañía de sus compañeros de la escuela y por estar festejando algún evento y la otra con su hermano en un evento social. Menciona que ya no le llama la atención beber como antes de entrar al programa y que cuando lo hace es porque se le antoja y está contenta. Menciona que aún se siente deprimida y aún presenta bulimia, pero que definitivamente el alcohol ya no le representa problema alguno.

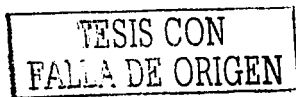
De acuerdo con los datos anteriores, el consumo de "N" se puede considerar dentro de la moderación.

7. DISCUSIONES SOBRE EL CASO

Aceptar a "N" dentro del programa de Intervención Breve, no fue una decisión fácil. Por una parte, el Manual establece como uno de los criterios de exclusión la presencia de algún trastorno psiquiátrico, sin embargo se aceptó por varias razones, mimas que se resumen a continuación:

1. "N" cumplía con todos los criterios de inclusión aparentemente, ya que "N" mencionó la bulimia hasta la segunda sesión de la evaluación, dos entrevistas después de la sesión de admisión en la que se evalúa si el usuario cumple o no con los criterios de inclusión el programa.
2. "N" llegó en la etapa de acción, en la que había iniciado por su cuenta un intento por controlar el consumo de alcohol y su petición explícita fue el recibir apoyo para poder mantenerlo ya que reconocía que sola no iba a poder hacerlo.
3. Una vez expuesto el problema de bulimia, se le sugirió que debía darle prioridad, pero "N" continuó manifestando vehementemente que el motivo de consulta era el control del abuso de alcohol y que ésta era la razón por la que había acudido voluntariamente ante la oferta del programa.
4. Se ha reconocido que la conducta adolescente (incluyendo conductas de riesgo) no surge de una fuente única, sino que es el producto de complejas interacciones entre los individuos y su entorno y que el sistema conductual generalmente se describe como el conjunto de ciertas conductas socialmente inaceptables (Jessor, 1992, en Organización Panamericana de la Salud, 2001).
5. Se presentó un problema ético: seguir las instrucciones del Manual significaría rechazarla o, tomar la decisión de aceptarla y observar el proceso. Se decidió esto último y afortunadamente como se vio en el estudio de caso, el resultado fue exitoso.
6. El caso de "N" fue exitoso lo que se manifiesta en los cambios observados en el registro de su patrón de consumo (reducción en cantidad y frecuencia), así como en la disminución de los problemas asociados (escolares, de conducta antisocial y familiares), ingresó a la carrera como era su meta manteniendo un buen promedio y la exclusión de situaciones de riesgo, aun a pesar de la recaída que tuvo a finales del último seguimiento programado. A este respecto, otro cambio importante se refleja en la auto-evaluación de "N" ya que la recaída ya no le representa un fracaso, sino más bien lo vio como una oportunidad de aprendizaje.

El haberla apoyado en su situación de consumidora excesiva de alcohol tal vez facilitaron el reconocimiento de su problemática y muy probablemente fortalecieron la



alianza terapéutica . "N" se sintió muy motivada ante la posibilidad de iniciar un nuevo ciclo escolar sin problemas, reiteradamente comentó durante la intervención, que el ingreso a la licenciatura representaba para ella una nueva oportunidad. El manejo de esta motivación en el proceso de la intervención fue un elemento importante para coadyuvar a la adherencia terapéutica.

Otro de los elementos que favorecieron la respuesta positiva de "N" al programa fue el hecho de cambiar de escenario y de grupo de amigos, los que eligió con base en su meta actual de terminar su carrera y esta meta la elaboró durante la tercera sesión del programa de intervención breve. Ambos hechos implican la formación de una red de apoyo que le proporciona la motivación y el sostén necesarios para centrarse en sus nuevas metas de vida y profesionales, así como el incremento en la percepción de auto-eficacia. El hecho de haber enfatizado la importancia de elaborar sus metas de vida con base en sus propias motivaciones y en la percepción de auto-eficacia con respecto a diferentes tareas, fue otro elemento que "N" importante para el mantenimiento de la conducta de moderación.

Finalmente es importante retomar los siguientes elementos del proceso de cambio de "N":

1. Ingresó al programa con múltiples problemas asociados al consumo, lo que es congruente con lo descrito por Jessor (ver punto 4, página 122). De estas conductas de riesgo, las únicas que se mantienen presentes durante todo el tiempo que se establece contacto con la adolescente, aunque con variaciones en la frecuencia y la intensidad, son la tristeza y la bulimia ya que ella no está dispuesta a buscar ayuda profesional pese a la insistencia de la terapeuta para que lo haga. Este dato muestra que pese a la correlación que existe entre el abuso de sustancias, la tristeza y la bulimia (Ver puntos 1.2, 1.3 y 1.4 del capítulo II), muy posiblemente, la disminución en el patrón de consumo del alcohol puede ser trabajado de manera independiente con resultados óptimos. Esto le disminuye una conducta de riesgo.
2. "N" únicamente estaba dispuesta a trabajar con el abuso del alcohol. En cuanto reportó la bulimia, se le dio información sobre los lugares a los que podía acudir por atención, corriendo el riesgo de perder el caso debido a que existiría la variable extraña de otro tratamiento y a que la presencia de un trastorno psiquiátrico representa un criterio de exclusión al programa. No obstante, ella decidió que le daría prioridad al abuso del alcohol por lo que respetando su decisión y tomando en cuenta la necesidad de la adolescente, se le brindó tratamiento sin dejar de insistir en la necesidad de requerir de atención especializada para este trastorno. La valoración que "N" hace del alcohol como un problema que debe resolver y de la bulimia como algo que no requiere de su atención, se relaciona con la estigmatización de la mujer alcohólica (ver 1.3.1, capítulo II) y de la bulimia como un problema que puede ocultar.

3. "N" se percibía rechazada y criticada por su consumo, características presentes en las mujeres bebedoras en México (1.3, capítulo II), por lo que la decisión de haberla aceptado en el tratamiento y de continuar su participación en él aun después de que llegó alcoholizada a una de las sesiones, se considera fue acertada. Dicha decisión estuvo sostenida por lo revisado en la literatura sobre la adolescencia (Ver 1.1, capítulo II), tomándose en cuenta que el estado de vulnerabilidad en que se encontraba podría generar más consecuencias negativas que el mero desacato de criterios establecidos en el manual del modelo de intervención ya que como la mayoría de las mujeres bebedoras (ver 1.3 del capítulo II.) "N" se percibía rechazada y criticada por su consumo (Ver página 98, consecuencias negativas de la Situación de Riesgo 1). A este respecto es importante valorar cada una de las decisiones que se toman en cuanto a la inclusión y exclusión más allá del mero interés por generar datos para una investigación. Este elemento pudo influir en el establecimiento de la alianza terapéutica.
4. Durante todo el proceso de tratamiento y aun en los seguimientos, se trabajó cada recaída como una oportunidad de aprendizaje en la que "N" reconoció un mayor conocimiento de las situaciones que rodean el abuso del alcohol y le permitió el incremento de la auto-eficacia con respecto a las estrategias de control.
5. De acuerdo con lo reportado por "N", el patrón de vómito auto-inducido también se ha reducido así como el involucramiento en conductas anti-sociales. Es posible suponer que esto puede ser una ganancia secundaria al extender el aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento a otras conductas de riesgo.
6. La ubicación del caso a partir de un marco teórico que toma en cuenta las características y necesidades de la adolescencia (Ver 1.1 del capítulo 2), y las diferencias debidas al género (Ver 1.3 del capítulo II), permitió un mejor reconocimiento de los síntomas y una mejor comprensión del cuadro clínico. Además de guiar las medidas preventivas que deben tomarse en cuenta en el caso específico de las mujeres adolescentes.
7. Puesto que al final de los 6 meses posteriores al tratamiento hubo una recaída, se ha mantenido el contacto con la adolescente con el fin de comprobar si éste fue un evento aislado y no un vuelta a la línea base inicial, pese a que el último seguimiento establecido en el programa es a los 6 meses (ver 2.5.6, capítulo II)
8. De acuerdo con lo observado en el caso, se puede suponer que es muy probable que la reducción en el patrón de consumo de alcohol de "N" se mantenga a largo plazo debido a que aparentemente la tasa de recaída se ha estabilizado y "N" ha desarrollado estrategias de afrontamiento diferentes al abuso del alcohol además

de haberse comprometido en un estilo de vida alejado del contexto que rodeaba el consumo.

9. El programa de tratamiento permitió hacer algunos ajustes menores en la forma, que no afectaron su integridad:
- Puesto que la implementación se llevó a cabo en el escenario escolar, las sesiones fueron de cincuenta minutos ya que es el tiempo que una clase, esto para no causarle al alumnos problemas con el rendimiento académico. El objetivo de cada sesión se cumplió en ese tiempo muy probablemente por las capacidades intelectuales de los adolescentes en la etapa final del bachillerato (ver 1.1 del capítulo II).
 - La implementación de un proceso de detección de casos propio para el escenario escolar (Ver 4.2.3.2, capítulo I), permitió acelerar un proceso que en otro momento hubiera llevado más de un ciclo escolar.
 - La oferta del programa de tratamiento en el escenario escolar, brindó una opción para aquellos adolescentes con percepción de riesgo alta.
 - El no limitarse al número de ejercicios establecido en el Manual del programa, permitió el desarrollo de planes de acción más completos (página 76, situación 3).
 - Por las características observadas en el caso, se considera importante mantener el contacto con el usuario por lo menos en el primer año, por su doble conducta de riesgo y para comparar la efectividad del programa a mediano plazo con otros pacientes sometidos a este programa de intervención con características semejantes pero sin tener otro problema psiquiátrico, además esto también serviría como medida para garantizar la veracidad de lo reportado por el usuario y la efectividad de los efectos del tratamiento, así como mantener la posibilidad de trabajar en sesiones adicionales si el usuario lo requiere o como una respuesta del tratamiento de intervención ante una recaída.

En conclusión, la experiencia aportada por la implementación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas en sus seis etapas básicas y en un caso atípico además de aportar una serie de elementos de aprendizaje de competencias profesionales, presenta datos que pueden ser tomados en consideración para futuros trabajos.

Además, dicha experiencia propició la puesta en práctica de las funciones que el programa académico de la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones ha establecido como parte del perfil del egresado, como son:

1. **Evaluación:** Se identificaron, describieron y cuantificaron los factores derivados del abuso del alcohol.
2. **Terapéuticas y/o de intervención:** Se identificaron los objetivos y necesidades de la intervención, su implementación, la participación en actividades de intervención y la evaluación de su efectividad. Así mismo se aportaron datos para la adaptación del modelo a la población mexicana.
3. **Asesoramiento:** Se brindó asesoría a los alumnos a los que se les aplicó el POSIT así como a los profesores del plantel con quienes se estuvo trabajando.
4. **Investigación:** Se revisó literatura relevante y se realizaron búsquedas de materiales que sirvieron de apoyo a la elaboración del marco teórico del modelo.
5. **Docencia y supervisión:** Se participó en un foro en donde se dieron a conocer los alcances de la participación con el modelo en el plantel y se brindó asesoría a los alumnos de licenciatura para la atención a los casos.

La aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas en un escenario natural propició un aprendizaje completo en cuanto a competencias, conocimientos y actitudes.

IV. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo del presente reporte se han descrito las diferentes actividades realizadas para cubrir los objetivos del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones en cuanto al desarrollo de competencias, conocimientos y actitudes en el campo de las adicciones. La distribución de las actividades teóricas y prácticas, permitió mantener un balance entre el conocimiento teórico y las habilidades, elementos indispensables para el cumplimiento de las funciones de evaluación, terapéuticas y/o de intervención, asesoramiento, investigación, docencia y supervisión, que conforman el perfil del egresado. En una evaluación global, el programa propició una experiencia única para el acercamiento integral a la Psicología de las adicciones, especialmente en el área de investigación aplicada y de prestación de servicio.

En cuanto a la modalidad teórica es importante destacar la adquisición de conocimientos sobre los fundamentos de los diferentes modelos de intervención breve para usuarios de sustancias y familiares de dichos usuarios, sus componentes, e instrumentos de evaluación así como la adquisición de habilidades y destrezas para la aplicación de dichos conocimientos en la atención a casos. Así mismo, la oportunidad de haber interactuado con investigadores de primera línea en el campo de las adicciones brindó la posibilidad de estar en contacto con el proceso de desarrollo de líneas de investigación desde diferentes perspectivas y metodologías en el campo de las adicciones, así mismo se posibilitó la participación en proyectos de investigación misma que brindó la oportunidad de desarrollar diversas habilidades para la investigación, la prevención universal, selectiva y especialmente en la indicada con los modelos de intervención breve. La participación en diferentes foros propició la adquisición de habilidades para la diseminación de datos de investigación.

El trabajo con los usuarios y los familiares permitió la puesta en práctica de las habilidades terapéuticas recién adquiridas y la posibilidad de observar el proceso de cambio que se desarrolla mediante los programas de intervención breve. Dentro de este mismo rubro, el manejo de intervenciones breves para usuarios de sustancias permitió observar de manera directa el patrón de consumo de los usuarios de acuerdo con las características propias de la sustancias, la edad del usuario y diversas conductas asociadas, datos que se corroboraron con la información epidemiológica revisada.

En el acaso específico de los conocimientos y habilidades adquiridas para la implementación del Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, permitió la instrumentación de las seis etapas básicas del programa fomentando el desarrollo de habilidades de trabajo multidisciplinario en la negociación con las autoridades de un plantel así como una actitud de colaboración y trabajo en equipo. Los principales logros en la experiencia

profesional con el caso clínico están relacionados con la puesta en práctica de las habilidades terapéuticas que propiciaron la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento con la adolescente reflejados en el cumplimiento del objetivo planteado por dicho programa. A este respecto, se pudo observar los efectos específicos que el programa de intervención breve tiene sobre el patrón de consumo, los que se traducen en la reducción de la cantidad y días de consumo, incremento en el número de días de abstinencia; así como en la confianza para controlar el consumo de acuerdo a situaciones particulares, y ejercer una influencia importante en la elaboración de un proyecto de vida y la adquisición de habilidades para la toma de decisiones y la solución de problemas, herramientas que fácilmente pueden ser empleadas en otro tipo de situaciones diferentes al abuso de sustancias.

Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en otros países al utilizar las intervenciones breves con usuarios de sustancias (Annis et al., 1996), y específicamente con los obtenidos en nuestro país con bebedores problema (Ayala et al., 1997), usuarios de cocaína (Oropeza y Ayala, 2001) y usuarios de tabaco (Lira, 2002). Lo anterior, permite ubicar al programa como una estrategia eficaz de prevención indicada en el tratamiento de adolescentes usuarios de sustancias, lo que ha sido confirmado por un mayor número de réplicas (Martínez, 2002). Sin embargo, la aplicación del programa con este caso clínico da pie a la formulación de algunas consideraciones importantes para la atención de adolescentes usuarios de sustancias:

- Los programas de prevención deberían ser diseñados de acuerdo con las diferentes características de los adolescentes que conforman una población, especialmente en aquellos que inician el consumo, pero que no son detectados en los programas universales ni solicitan un servicio de tratamiento, ya que el consumo en los adolescentes se derivan frecuentemente del abuso y no de patrones de consumo ya establecidos y crónicos.
- En los adolescentes, las investigaciones muestran que la mayor parte de esta población no tienen un patrón de consumo de sustancias establecido, una proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y un porcentaje menor continúa usándolas y presentando consecuencias negativas relacionadas (Monti, Colby & O' Leary, 2001; Villatoro et al., 2001). El consumo de sustancias está dado por un continuo que va de la experimentación con la sustancia hasta la presencia de problemas relacionados con el consumo, atravesando por el abuso y la dependencia. Sin embargo, las prácticas de riesgo son comunes en los adolescentes. Además de que los síntomas de abuso entre los adolescentes no siempre preceden a la dependencia y un elevado porcentaje de consumidores fuertes presentan 1 ó 2 síntomas de dependencia pero no de abuso (Winters, 2001). A este respecto, una propuesta para el diseño de los programas preventivos, es considerar tres categorías para el continuo que representa el consumo de alcohol, ellas son: (1) Uso experimental, (2) Abuso temprano y (3)

Abuso. Estas categorías permiten implementar estrategias apropiadas para cada caso. También es importante considerar que el alcohol es un trampolín para iniciar con el consumo de sustancias más fuertes y que el abuso del alcohol en la adolescencia puede traer severos problemas en cuanto al medio ambiente, accidentes, bajo rendimiento escolar e involucramiento en conductas antisociales.

- Los programas de intervención basados en la prevención indicada, deberían basarse en las intervenciones cognitivo-conductuales ya que estas son una alternativa eficaz para el cambio de su conducta, y cuentan entre sus bases con una teoría validada empíricamente, como lo es la Teoría del Aprendizaje Social, a través de considerar los principios del condicionamiento clásico y operante, procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación para la adquisición, mantenimiento y cambio de una conducta (Abrahams & Niaura, 1987).

Estas estrategias son una buena alternativa para los adolescentes, porque incorporan entre sus componentes la evaluación de la disposición al cambio de los usuarios de sustancias, lo que permite conocer la fase en la que se encuentra el adolecente e implementar las medidas necesarias para avanzar hacia la acción.

Además, las técnicas de auto-control son eficaces en la intervención con poblaciones de adolescentes, ya que estos se llegan a involucrar en el planteamiento de metas para el cambio de su consumo, el auto-monitoreo de su conducta y el desarrollo de estrategias y planes de acción para el cambio.

En cuanto a la especificidad de las poblaciones, es importante reconocer que la población adolescente tiene necesidades particulares y que corresponden tanto a las tareas evolutivas que deben llevar a cabo como al estatus de su desarrollo cognitivo, por lo que es importante retomar estos elementos para la planeación de los programas de intervención. Así mismo es importante también reconocer algunas de las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el modelamiento de conductas y actitudes que son las que permean la conducta futura. El conocimiento de los riesgos asociados a la condición de género permitirán la implementación de mecanismos de detección y referencia oportunos.

El reconocimiento de la presencia de más de una conducta de riesgo en los adolescentes es de vital importancia para el desarrollo de mejores alternativas de tratamiento para esta población.

Finalmente, cabe destacar que el programa de intervención breve se implementó en un caso difícil tanto desde el punto de vista ético como en el clínico, sin embargo, hoy se puede ver que la decisión de aceptarla en el programa de intervención breve fue acertada. Esta experiencia puede retomarse como una experiencia positiva en la

aplicación del programa y para considerar otros elementos en la evaluación de casos antes de tomar la decisión de rechazarlos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. COMENTARIOS FINALES

En una evaluación global de los conocimientos adquiridos a lo largo del programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones, puedo concluir que las habilidades y competencias desarrolladas en el campo de las adicciones, me permiten:

- Tener una mejor comprensión y manejo de los conceptos y de las diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para el estudio de las conductas adictivas, especialmente del Modelo del Aprendizaje Social y proponer a partir de ello, diversas estrategias de prevención universal, selectiva e indicada.
- Contar con las herramientas necesarias para realizar un análisis crítico del fenómeno partiendo de la interpretación de los datos epidemiológicos y del reconocimiento de los aspectos psico-sociales relacionados.
- Conocer las características del fenómeno de las adicciones en la población mexicana y con ello poder reconocer la problemática asociada al consumo y los factores de riesgo y protección, así como contar con las posibilidad de hacer propuestas de líneas de investigación a partir del conocimiento de este fenómeno.
- Contar con habilidades básicas para la investigación.
- El reconocimiento de los efectos psicológicos a corto y largo plazo del abuso de las diferentes sustancias así como de los fenómenos sociales asociados para poder detectar, diagnosticar y brindar atención de manera oportuna, así como reconocer aquellos casos en los que la acción adecuada es la referencia a otros tipos de servicio.
- Manejar instrumentos de tamizaje y diagnóstico que permiten adentrarse en las características específicas de cada caso.
- El manejo de los diferentes programas de intervención breve del modelo de Auto-cambio Dirigido en usuarios con dependencia leve y media a diferentes sustancias con la finalidad de trabajar de manera coordinada con el usuario en la reducción del patrón de consumo y los problemas asociados.
- El manejo terapéutico de familiares de usuarios de alcohol y/o drogas a partir de la metodología de la intervención breve.
- La posibilidad de brindar capacitación a profesionales afines sobre los diferentes modelos de intervención breve, así como supervisar la puesta en práctica de los conocimientos, habilidades y destrezas por parte de dichos profesionales.

REFERENCIAS

- Abbott, W. & Mitchell, E. (1993). Antidepressants versus psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. En: Lilienfeld, L & Kaye, W. (1996). The link between alcoholism an eating disorders. *Alcohol Health & Rsearch World*, 20(2): 94-99.
- Abrahams, D.B., & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. En: Blane, H.T. & Leonard, K.E. (Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*. N.Y. Guilford Press.
- Annis, H. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction Research Foundation.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. México, Masson.
- Ayala, H. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En: H. Ayala y L. Echeverría (Comps.). Tratamiento de Conductas Adictivas. México, UNAM. Facultad de Psicología.
- Ayala, H. (2000). El alcoholismo: una perspectiva psicológica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. México, 5(1): 131-140.
- Ayala, H., y Echeverría, L. (1998) Detección temprana e intervención breve. En Medina-Mora, M. (comp.) *Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México*. México, FISAC.
- Ayala, H., Echeverría L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14: 113-127.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. 18 (4).
- Berg, I. (1995). Solution-focused brief therapy with substance abusers. En: A. M. Washon (Ed.) *Psychotherapy and Substance Abuse*. New York: Guilford Press

- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Tupker E. & Pearlman S. (1999). *First Contact a brief treatment for young substance users*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Brownell, D. Kelly., Marlatt, Alan G., Lichtenstein, Edward., & Terence, Wilson G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 765-782.
- Campos, E., Martínez, K. & Ayala, H. (2000) *Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cooper O. J., Heron E. T. & Heward L. W. (1987). Auto-control. En *Applied Behavior Analysis*. Columbus Ohio: Merrill Publishing Company.
- Curtis, Breslin, Kathy, Sdao-Jarvie., Elsbeth, Tupker., & Shelly, Pearlman (Eds.) (1999). *First contact: A brief treatment for young substance users*. Centre for Addiction and Mental Health.
- D'ector, D. (1999). Diferencias Biológicas de género y susceptibilidad. *La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios*. Cuadernos FISAC. Vol.1
- Díaz-Leal, L. (1998) Prevención En: *Beber en Tierra Generosa*, México, FISAC.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., y Ayala, H. (2000). *Manual de capacitación para profesionales de la salud. Programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema*, México, (manuscrito para prensa).
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1997). Auto-registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación. México, UNAM. Facultad de Psicología.
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1997). Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación. México, UNAM. Facultad de Psicología
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1997). Inventario de Situaciones de Consumo y Alcohol: traducción y adaptación. México, UNAM. Facultad de Psicología
- Escotto, V.J. (1999). Epidemiología. En: *El alcohol y sus enfermedades*. Jorge Escotto V. (Ed). JGH Editores, 111-116.
- Gordon, R. (1983). An operational definition of prevention. *Public Health Reports*, 98: 107-109.

- Grilo, C., Sinha, R. & Malley, S. (2002). Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 151-160.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2000). En Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México: SSA-INER.
- Janis, I. & Mann, L. (Ed.). (1977). *Decision making: A Psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.
- Jessor, R. (1992). Teoría de la conducta problemática. En: *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS, 2001.
- Jones, L. & Smith, D. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. En: Medina-Mora, M.E.; Rosovsky, H., Natera, G., Mariño, M.C., Cravioto, P. y Rojas, G. (1996). *Drogas, alcohol y tabaco durante el ciclo reproductivo*. En: *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. The Population Council. México, Edamex.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kellner, R. & Sheffield, B.F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88-100.
- Kersenobich, D., y Vargas, F. (2001). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Roberto Tapia Conyer (comp.). México, Manual Moderno.
- Kumpfer, K. (1999). *Identification of drug abuse prevention programs*. national institute on drug abuse. Resource Center for Health Services Research. University of Utah.
- Lilenfeld, L. & Kaye, W. (1996) The link between alcoholism and eating disorders. *Alcohol, Health & Research Word*. 20 (2), 94-99.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría, México, UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Mariño, M.C., Romero, M. y Medina-Mora, M. E. (2000). Juventud y adicciones. En: Islas, A. J. (coord.) *Jóvenes una evaluación del conocimiento. Tomo II: la investigación sobre juventud en México* (pp. 86-99) México.

- Mariño, M.C. (1997) Validez del Cuestionario de Tamizaje de problemas en el adolescente (POSIT). Tesis de Maestría. México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Marlatt, G.A, Barret, K. & Daley, D.C. (1999). Relapse prevention. *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*: 393-407.
- Marlatt, G. (1996), Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse. *Addiction*, 1991 (Supplement), S37-S50.
- Marlatt, G., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, K., & Ayala, H. (2002). Manual de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (marihuana, cocaína e inhalables). México, (manuscrito en prensa).
- Martínez, K. & Ayala, H. (2000). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (marihuana, cocaína e inhalables)*. Proyecto de Doctorado, México, UNAM. Facultad de Psicología.
- Martínez, K. (2000). *Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV*. UNAM, México.
- Martínez, K., Carrascoza, C., & Ayala, V. H. (2002). *Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos*. (artículo para prensa)
- Medina-Mora, M.E. (1999). Las mujeres y el abuso en el consumo de alcohol en México. La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios. *Cuadernos FISAC*. Vol.1
- Medina-Mora, M.E.; Rosovsky, H., Natera, G., Mariño, M.C., Cravioto, P. & Rojas, G. (1996). Drogas, alcohol y tabaco durante el ciclo reproductivo. En: *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. The Population Council. México, Edamex.
- 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.
- Menéndez, P. R. (1980) *Diccionario Durvan de la Lengua Española*. Durvan S.A. de Ediciones.

- Miller, W. R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Treatment Improvement (TIP) Series 35. U.S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1989). Incrementando la motivación para el cambio. En *Handbook of treatment approach*. cap 4. p. p.67-69.
- Monti, M. P., Colby, M. S. & O'Leary A. T. (2001). *Adolescents, alcohol, and substance abuse. reaching teens through brief interventions*. The Guilford Press. New York, London.
- 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*. Secretaría de Salud-Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2000). *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2000a). *Make a difference: talk with your children about alcohol*. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- 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 drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96, 761-774.
- Orford, J., Guthrie, S., Nicholls, P., Oppenheimer, E., Eger, S. & Hensman, C. (1975). Self-reported coping behaviour of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1254-1267.
- Organización Mundial de la Salud (1997). Salud de los adolescentes. *Programa provisional del Plan de Acción de Salud del Adolescente en las Américas*. OMS/OPS.
- Oropeza, R., y Ayala, H. (2001). Resultados del piloteo de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*. 19-21 Julio, Toluca, Edo. de México.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. & Pastor, M.A. (1988). *Salud comunitaria*. Madrid: Visor.
- Salazar, L., Martínez, K. y Ayala, H. (2001). *Adaptación y Validación de la Escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)"*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud (1998). *El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones*. SSA-CONADIC, México.
- Secretaría de Salud (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones*. SSA-IMP.
- Secretaría de Salud (1994). *Construye tu Vida sin Adicciones*. Modelo de prevención. SSA-CONADIC, México
- Sloboda, Z., & David, L. (2000). *Previendo el uso de drogas entre niños y adolescentes. Una guía basada en investigaciones*. División de Investigación Epidemiológica y Preventiva. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA).
- Sobell, L.C., & Sobell, M. B. (1993). *Problem drinkers. guided self-change treatment*. New York, London. The Guilford Press.
- Sobell, L., Maisto, S., Sobell, M., & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Tapia, Conyer; Medina-Mora, M.E. & Cravioto, P. (2001) Epidemiología del consumo de alcohol. En: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Roberto Tapia Conyer (comp.) México, Manual Moderno.
- Villatoro, J., Medina Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. & Blanco, J. (2001). *Encuesta de la Ciudad de México sobre uso de drogas entre la comunidad escolar. Reporte Global*. INP-SEP. México.
- Wayne, Holden E., & Black, M. (1999). Theory and concepts of prevention science as applied to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, (4): 1-401.
- Winters C. K. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art. En *Adolescents, Alcohol, and Substance*

Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions. The Guilford Press. New York, London.

Yahne, C.E. & Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for treatment and change. En B.S. McCrady and E. E. Epstein (Eds.). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*, New York: Oxford University Press.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN