

01968
9 2



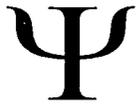
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN ADICCIONES.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ERICKA GONZÁLEZ CARRILLO

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HÉCTOR E. AYALA VELÁZQUEZ
COMITÉ TUTORAL: DRA. MARÍA ELENA MEDINA MORA
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
MTRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
MTRO. CÉSAR A. CARRASCOZA VENEGAS
SINODALES: MTRA. CARMÉN MILLE MOYANO
MTRA. MARÍA ELENA CASTRO SARIÑANA



MÉXICO, D.F.

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**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

Gracias Diosito por estar a mi lado en este proyecto tan importante en mi vida y por darme la fuerza y fe necesarios para hacerlo realidad.

En especial dedico este trabajo a mis padres León y Lolis, agradeciéndoles todo su amor, apoyo, confianza, consejos, enseñanza, porque gracias a ustedes soy lo soy, los quiero mucho.

Gracias a Bere y Lalo por ser unos hermanos maravillosos y por darme el ejemplo de luchar por ser uno mismo.

A ti muñequito por tu paciencia, confianza, apoyo incondicional, amor, respeto; porque todo eso me ha hecho crecer como persona, te quiero mucho.

A mis profesores y Universidad quiero agradecer el brindarme la oportunidad de haber estudiado esta Maestría y por todo el aprendizaje y experiencia adquiridos a lo largo de ella.

A mis amigos Laura, Bernardo y Alejandro, porque con ustedes viví los mejores momentos y porque siempre estuvimos juntos en las buenas y en las malas.

Y quiero agradecer también a todos mis demás familiares y amigos que han estado a lo largo de mi vida apoyándome, compartiendo tantas cosas juntos, los quiero mucho a todos.

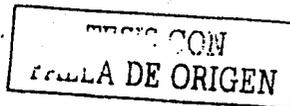
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato digital todo el contenido de mi trabajo profesional
NOMBRE: Ericka González Carrillo
FECHA: 6 - Noviembre - 2023
FIRMA: 

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

→ Reporte de Experiencia Profesional

Introducción	5
Panorama general de las adicciones	7
Reporte de las Competencias Profesionales adquiridas durante la Maestría	12
1.-Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país	12
2.-Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente	14
3.-Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas	16
4.-Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas	23
5.-Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria	30
6.-Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas con conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de este problema	36
Bibliografía	52
→ Sesión Típica del Ejercicio Profesional	
I.- Panorama actual del consumo de alcohol	56
II.- Panorama conceptual	66
III.-Programa de Autocambio Dirigido a Bebedores Problema	71
IV.-Metodología de la Intervención	77
V.-Intervención y Resultados en el Programa de Autocambio Dirigido a Bebedores Problema	87
VI.-Resultados y Conclusiones	99
VII.-Bibliografía	104
VIII.-Anexos	106



INTRODUCCIÓN

El programa de Maestría en Psicología Profesional en el área de Salud con residencia en Adicciones ofrece una alternativa que reta la creatividad del personal docente que se ha dedicado al diseño y desarrollo de este tipo de programas novedosos.

Este programa pretende incorporar los elementos necesarios para el entrenamiento profesional especializado de alta calidad, en el que se reflejen los conocimientos más relevantes y actualizados de la Psicología en lo que a este tema respecta.

Parte importante del programa lo constituyen la formación del estudiante en la docencia, investigación y prestación del servicio como parte fundamental de su entrenamiento, fomentando una capacitación profesional basada en un modelo de entrenamiento práctico con supervisión, en instalaciones de investigación y hospitalarias, que permitirán al estudiante tomar decisiones y hacer propuestas de intervención efectivas en relación a los problemas y demandas sociales en el área de las adicciones.

El objetivo general del programa es formar psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema; proporcionándoles habilidades para identificar, prevenir y solucionar problemas diseñando proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental y aplicada.

La adquisición de estas habilidades permiten al egresado oportunidades de laborar en las áreas de investigación, planeación y evaluación de programas o acciones en cualquiera de los tres niveles de atención.

Para lograr estos objetivos se desarrollan en el estudiante las competencias profesionales de acuerdo a un perfil del egresado. Estas agrupan e integran los conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica profesional de la Psicología. A continuación menciono cada una de las competencias que deben ser adquiridas durante el Programa de Maestría:

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

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

● Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

Lo que pretendo en el presente reporte es mostrar de qué manera y mediante qué actividades adquirí cada una de las competencias aquí descritas, para lo cual incluyo el Reporte de Competencias Profesionales y la Sesión Típica del Ejercicio Profesional.

Para iniciar, comento algunos aspectos de los antecedentes de las adicciones en México como parte introductoria a mi trabajo, con la finalidad de mostrar la situación de esta problemática en nuestro país y justificar mediante esta información, la importancia de estudiar tal fenómeno; posteriormente incluyo el Reporte de Competencias Profesionales que describe las actividades llevadas a cabo durante la Residencia, en un primer momento en el Instituto Nacional de Psiquiatría y en un segundo momento, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. La adquisición de cada una de las competencias está justificada mediante las actividades desarrolladas durante todo el periodo de Maestría.

Por otra parte, en la Sesión Típica del Ejercicio Profesional, describo el caso de un usuario que atendí en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, llevado a cabo mediante el Programa de Autocambio Dirigido a Bebedores Problema, en el cual explico su progreso sesión por sesión, demostrando el por qué es un caso típico en este programa de intervención.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

PANORAMA GENERAL DE LAS ADICCIONES

En la actualidad, las adicciones son un tema prioritario en el ámbito de salud pública en México, motivo por el cual, profundizar en aspectos históricos y socioculturales del consumo de sustancias tóxicas con el fin de tener una visión amplia del fenómeno, se constituye como tarea importante.

El estudio del consumo de drogas en México es un área de investigación reciente; aunque se tiene conocimiento del consumo de drogas con usos mágico-religiosos desde la época precolombina, la información sistemática sobre el tema existe a partir de los últimos años del siglo XIX, principalmente proveniente de datos obtenidos de los expedientes clínicos de hospitales psiquiátricos y cárceles y, desde la década de 1920, de los centros de atención especializados para toxicómanos.

Antes de estas fechas, la información es muy escasa y de difícil acceso. Los archivos pertenecientes al primer siglo de vida independiente de nuestro país se mantienen prácticamente inaccesibles, además de que muchos de ellos fueron destruidos durante la época de la Reforma. (Unikel C., Ortiz A., Guerrero A.L. y Vázquez L., 1993).

Las fuentes principales de información sobre consumo de drogas de este periodo son los expedientes clínicos del Manicomio General de la Castañeda y del Hospital Federal de Toxicómanos, los cuales se conservan en su totalidad hasta la fecha. En general, la información a la que se tiene acceso es bastante detallada; incluye además de las características sociodemográficas de los usuarios, datos acerca de los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como la cantidad frecuencia y problemas asociados al consumo; los diagnósticos, el tratamiento y los antecedentes familiares. (Unikel y cols., 1993).

A principios del siglo XIX, y durante la Revolución de 1910, se observó un incremento importante en el consumo de drogas debido al consumo de marihuana entre soldados como un recurso para evitar el cansancio, y a la adicción provocada por el uso de morfina como remedio para el dolor.

El consumo de drogas era más frecuente entre las personas que cumplían con largas jornadas de trabajo durante la noche, como los panaderos y choferes, y en aquellos que tenían fácil acceso a sustancias tóxicas, como zapateros y carpinteros. (Unikel y cols., 1993).

El problema de las adicciones en nuestro país cobra importancia política y social a partir de la década de 1920 y después, en 1929, el Código Penal prohíbe la importación, elaboración, posesión, uso y consumo en México del opio preparado para fumar; la heroína, sus sales y derivados y la marihuana en cualesquiera de sus formas. Después, en 1932, incluye en el área de delitos contra la salud al "vicioso" no como delincuente, sino como un enfermo al que debe curarse.

Alrededor de los cambios tan importantes que ocurrían en los aspectos legales sobre las adicciones, circulaban ideas sobre la mejoría en los tratamientos y la rehabilitación de estos enfermos, con la finalidad de reintegrarlos a la sociedad en alguna actividad productiva.

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

Entre las principales causas de la adicción se mencionaban la depresión psíquica en forma de psicastenia y el hipofuncionamiento glandular (insuficiencia hepática adquirida o congénita), influencia del medio ambiente, características orgánicas de la persona, falta de cultura o carencia de facultades mentales. (Unikel y cols., 1993).

En los años 70's se hacen las primeras investigaciones con enfoque epidemiológico, etnográfico y de casos sobre el consumo de drogas, realizadas en diferentes instituciones del sector salud, entre ellas, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), hoy Instituto Nacional de Psiquiatría, destinadas a la evaluación de la prevalencia del consumo en diversos grupos de la población, así como dinámica psicológica y social del usuario. Asimismo, de esta época datan también los estudios realizados en Centros de Integración Juvenil (CIJ), básicamente orientados al tratamiento de la farmacodependencia en la población juvenil (Ortiz A., Unikel C., Sosa R y Romano M., 1993).

Actualmente, el consumo de fármacos se ha constituido como un problema que tiene connotaciones sociales, de salud y legales, que ya ha abarcado a varias generaciones e involucrado a la población en general. Conocer el panorama epidemiológico de un país no es una tarea fácil, involucra una infraestructura muy costosa, ya que requiere de personal especializado tanto en investigación y prevención como en tratamiento.

El incremento del problema de abuso de drogas y sus repercusiones en el desarrollo de muchas sociedades en el mundo, entre ellas, la nuestra, es un hecho que preocupa a todos y que es objeto de acciones y programas en amplios sectores.

El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno solo de países desarrollados o subdesarrollados, es un problema que se establece en los sectores más disfuncionales de cada uno de estos países. La pobreza, el desempleo, baja escolaridad, satisfacción consigo mismo, apoyo social, control social, valores, aspectos psicológicos y de convivencia del individuo son factores de riesgo para caer en el problema de la adicción. (Velázquez, 1993).

De acuerdo con Natera G. (1996), para explicar el consumo de fármacos tenemos que:

- a) Conocer la extensión del problema.
- b) Conocer las características del patrón de uso y abuso (cantidad-frecuencia-tipo de droga).
- c) Identificar las características de los grupos más afectados y de riesgo.
- d) Comprender el contexto en el que se da el uso de drogas: social, político, económico, legal y psicológico.
- e) Conocer la disponibilidad y accesibilidad a las diferentes drogas.
- f) Evaluar el impacto que tienen en la comunidad las respuestas de prevención y tratamiento que dan las instituciones.

Asimismo, son numerosos los factores que explican el paso del uso experimental o recreativo de una droga a la adicción en sí misma: (Velázquez, 1993).

↳ **Características personales y antecedentes del individuo:** Los adictos han presentado en su infancia numerosas perturbaciones del carácter y del comportamiento; su historia está

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

marcada por abandonos, rupturas o apegos excesivos, son pocos los que no han tenido fracasos escolares, profesionales o laborales.

☞ **La índole del medio sociocultural y familiar en particular:** Algunas adicciones estuvieron más extendidas en ciertos medios sociales que en otros. Por ejemplo, los disolventes, en un tiempo, fueron inhalados con más frecuencia por jóvenes cuya situación económica era precaria; el uso de la cocaína estuvo reservado a personalidades del mundo de los negocios, artes y espectáculos; sin embargo a partir de 1986, la prevalencia del consumo se extendió a todos los niveles.

☞ **Características farmacodinámicas de la sustancia, teniendo en cuenta la cantidad consumida, frecuencia de su uso y vía de administración:** Si la sustancia es ingerida, inhalada o inyectada.

En la actualidad, el problema de las adicciones va en aumento y las tendencias más importantes aumentan hacia una mayor involucración en el consumo de drogas por parte de los adolescentes, esto, asociado con una menor percepción de riesgo, mayor tolerancia social; incremento alarmante en el caso de la cocaína y aumento en el consumo de inhalables por parte de la población de mayor edad, principalmente dedicada al trabajo eventual y al comercio informal. (Medina-Mora ME, 1996).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), se reporta que en la Republica Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol: 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570 mil personas lo habian hecho en los treinta días previos a la encuesta. La Región Norte del país es la mas afectada (7.45%), le siguen las regiones del Centro (4.87%) y Sur (3.08%).

En el país 215 mil 634 adolescentes entre 12 y 17 años (167 mil 585 varones y 48 mil 49 mujeres) han usado drogas alguna vez; el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al millón 795 mil 577 (1 millón 351 mil 138 varones y 449 mil 439) y entre 35 y 65 años, 1 millón 495 mil 391 (1 millón 177 mil 683 hombres y 317 mil 708 mujeres). El mayor índice de consumo se observa entre los varones de 18 a 34 años.

En cuanto a las drogas de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana. 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385 mil 214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el mas expuesto, la proporción aumenta a 10.01%. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de crack. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años. Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

TRUCES CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto al panorama mundial, la misma encuesta reporta que el índice de consumo en México es inferior al observado en otros países. Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), existen en el mundo 185 millones de usuarios de drogas, que representan 4.3% de la población mayor de 15 años; en México la proporción de usuarios de la población de 12 a 65 años es inferior (1.68%), es decir por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México.

La droga de más consumo en el mundo y en México es la marihuana, por cada usuario de esta droga en México hay 5.8 en el mundo; en nuestro país el índice de usuarios de anfetaminas es 8 veces inferior, y el de heroína es de la mitad. La tendencia opuesta se observa para la cocaína, por cada usuario de cocaína en el mundo hay 1.75 en México.

Como puede verse, estas cifras son alarmantes, es por ello la importancia de trabajar en la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta problemática, para lo cual el programa de Maestría precisamente pretende ayudar en el cumplimiento de estos objetivos.

Hasta este momento he tratado la temática de las drogas ilegales, sin embargo el consumo de alcohol y tabaco también presentan serias repercusiones. En cuanto al alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, puedo decir que son un fenómeno complejo que debe enfocarse en términos de una multiplicidad de factores para poder manejar eficientemente esta problemática.

En nuestro país, el alcoholismo y el consumo peligroso de bebidas embriagantes son motivo de creciente preocupación pública debido a sus profundas raíces y consecuencias sociales, su implicación con problemas médicos y la dificultad que el Estado y las comunidades tienen para contener exitosamente con los problemas que generan, puede decirse, que constituyen uno de los mayores retos de la salud pública.

La producción y comercialización de bebidas embriagantes son actividades económicas de gran volumen, que producen considerables ingresos al Estado y a quienes participan en ellas. Esta industria ha mostrado un desarrollo acelerado a partir de 1960, debido en parte, a que las principales firmas controlan todo el proceso, desde la producción de insumos hasta la distribución, desplazando a las compañías que tienen menores recursos.

Si bien, el consumo de alcohol étílico satisface necesidades legítimas de la población, es potencialmente peligroso: En México, el abuso de bebidas alcohólicas, tanto en las zonas urbanas como rurales, es favorecido por la costumbre, tolerancia cultural, libertad casi completa para su venta y propaganda comercial intensa y efectiva que promueve su consumo. Aunque es necesario admitir la dificultad para interpretar con rigor los efectos de la publicidad sobre las actitudes y conducta de aquellos a quienes va dirigida, no puede dudarse que la publicidad es efectiva para aumentar las ventas, y por lo tanto, el consumo.

Los problemas asociados con el consumo de alcohol están directamente relacionados con la proporción de la población que consume el alcohol disponible y con la práctica de consumo. En México, existen altas tasas de abstinencia, especialmente entre las mujeres; el alcohol disponible lo consume un pequeño sector de la población, principalmente el de los hombres de edad media en donde el patrón típico de consumo es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

episódico, pero se ingieren grandes cantidades de alcohol en cada ocasión. (De la Fuente R., y Medina-Mora ME., 1987).

Sin desconocer que el alcohol y el alcoholismo reflejan las interacciones entre el fármaco, las personas y el medio social, se advierte que para abordar los problemas que plantea el uso excesivo de alcohol y los daños físicos, psicológicos y sociales relacionados con él, se requiere de un modelo que sitúe al alcohol en un papel más prominente en la cadena de eventos patogénicos. (De la Fuente y cols., 1987).

De acuerdo a las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), se estima que existen en el país 32 millones 315 mil 760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12 millones 938 mil 679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta.

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%.

En la población adulta, el número total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, y 1% y 0.7% con dependencia. Sin embargo, se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas (de 2.6 % a 3.7%). En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en este periodo. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente.

Sin duda, las adicciones han impactado de manera importante nuestra vida social, por lo que es indispensable encontrar nuevos caminos que nos permitan dar respuestas adecuadas a los cambios en el panorama epidemiológico y social de las mismas. Las cifras antes mencionadas, dan cuenta de lo alarmante y peligroso que es este problema de salud pública, por ello, considero que como estudiante de esta maestría existe un compromiso social para tratar dicho fenómeno.

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

REPORTE DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS DURANTE LA MAESTRÍA

Como mencioné en la introducción, el Reporte de Competencias Profesionales tiene como objetivo reconocer cómo fui adquiriendo cada una de las competencias profesionales; a continuación describo las actividades desempeñadas a lo largo del programa para cubrir dicho objetivo:

● Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.

El abuso de sustancias psicoactivas puede enfocarse desde el punto de vista epidemiológico, si se entiende como una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de personas a personas susceptibles y en la que juega un papel muy importante la exposición a fármacos.

La Epidemiología puede definirse como el *estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones*, la cual permite: a) evaluar la magnitud del problema, b) caracterizar a la población involucrada, c) identificar las posibles causas del trastorno bajo estudio. (Berruecos Villalobos, Castro Sariñana, Díaz Leal, Medina-Mora, Reyes del Olmo, 1994).

La Epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias. Los estudios epidemiológicos juegan un papel muy importante en la investigación sobre las adicciones, por ello se incluye este apartado dentro del programa de Maestría.

La residencia durante el primer semestre se llevo a cabo en la División de Estudios Epidemiológicos y Sociales del **Instituto Nacional de Psiquiatría** y fue coordinada por la Maestra Guillermina Natera Rey. Las actividades de residencia incluyeron un seminario de conocimientos sobre las adicciones y su aplicación en la investigación psicosocial y epidemiológica, así como la inserción a un proyecto de investigación. A continuación describo el trabajo llevado a cabo dentro de esta Institución:

a) **Seminario de Adicciones y Salud:** Para la implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial se impartió un seminario de Adicciones y Salud en el que se revisó la introducción a la Epidemiología y el estudio epidemiológico de las adicciones, así como los diferentes diseños y su aplicación dentro de grupos especiales; lo cual permitió aprender las bases epidemiológicas para diseñar un proyecto de investigación epidemiológica.

b) **Seminario de Conceptos Básicos:** Este seminario proporcionó los conceptos básicos en adicciones tales como uso, abuso y dependencia; tolerancia, abstinencia, tipos de prevención, resiliencia, políticas de las drogas e incluyó la revisión del Manual para elaborar un diagnóstico del problema de adicciones elaborado por la Secretaría de Salud, el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Consejo Nacional contra las Adicciones y la Organización Panamericana de la Salud. Este manual proporcionó las bases para implementar proyectos de investigación que describan el fenómeno de las adicciones dentro de determinado grupo social.

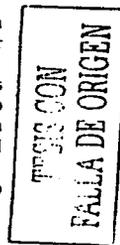
La actividad práctica llevada a cabo ante la revisión del manual fue la elaboración de un estudio de tipo cuantitativo en adolescentes mexicanos, para abordar la problemática del suicidio y abuso de sustancias. El objetivo fue establecer la relación que existe entre la conducta suicida y consumo de sustancias en adolescentes de Educación Media y Media Superior con el fin de identificar los factores de riesgo que desencadenan estas conductas así como los factores protectores que las contrarrestan.

c) Incorporación al Proyecto: "Intentos de suicidio y violencia intrafamiliar: Aspectos culturales, prevalencia, factores asociados y percepción subjetiva en adolescentes. Mi colaboración en este proyecto tuvo la finalidad de llevar a cabo un artículo sobre las conclusiones del mismo en el aspecto relacionado con el consumo de sustancias y su relación con el abuso sexual. La inclusión a esta actividad me permitió conocer las bases para la elaboración de proyectos de investigación psicosocial en el fenómeno del consumo de drogas aunado a una problemática social tal como el abuso sexual. Este proyecto incluye lo siguiente:

- **Descripción:** En adolescentes del Centro Histórico del Distrito Federal, describir, desde la perspectiva de género, aspectos socioculturales relacionados con el intento de suicidio y la violencia intrafamiliar; delimitar la prevalencia de estos problemas e identificar factores protectores y de riesgo en estudiantes de secundaria y conocer la percepción/experiencia subjetiva en quienes han sobrevivido éstas problemáticas.
- **Objetivo:** Conocer las construcciones culturales (percepciones y explicaciones) que existen alrededor del acto suicida y la violencia intrafamiliar, en un contexto geográfico particular; determinar la prevalencia de la ideación e intento suicida, violencia intrafamiliar en adolescentes estudiantes, hombres y mujeres; delimitar factores de riesgo y protección para ambos fenómenos, describir la experiencia subjetiva de los (las) adolescentes que han experimentado estos problemas.
- **Meta:** Desarrollar una intervención adecuada en el escenario escolar y comunitario orientada a apoyar a estos menores.
- **Institución sede:** División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Las actividades que realicé fueron las siguientes:

- Revisión bibliográfica de literatura sobre consumo de drogas en adolescentes y violencia doméstica y sexual, depresión e intento suicida con énfasis en diferencias y similitudes por sexo.
- Sistematización de hallazgos de las encuestas nacionales de estudiantes y otros estudios nacionales sobre consumo de drogas, violencia doméstica y sexual, depresión e intento suicida, con énfasis en diferencias y similitudes por sexo en la República Mexicana (principalmente en el Distrito Federal y en la Delegación Cuauhtémoc) y literatura a nivel internacional.
- Recopilación de información sobre estos temas en centros de atención como CIJ o CONADIC.



- Sistematización de hallazgos empíricos obtenidos en la revisión bibliográfica mediante la elaboración de fichas.
- Definir problema de investigación y objetivos.
- Construcción del marco teórico organizando la información teórica y empírica en formato de artículo.
- Organización del apartado metodológico y análisis estadístico e interpretación de los datos.
- Organización de resultados, conclusiones y discusión.

2) Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.

El contexto preventivo en las adicciones intenta evitar desórdenes, fomentar la salud a través de la educación, sanear el medio psico-social y organizar los servicios asistenciales para la prevención primaria, diagnóstico y rehabilitación. Para lograr el objetivo se requiere conocer la dimensión de los problemas que van a atacarse, conocimiento epidemiológico y la base para el diseño de programas preventivos.

Entonces, definimos a la *prevención* como *la protección y promoción de la salud de la población, protección y mejoramiento del ambiente ecológico y social, prevención y consecuencias de la enfermedad, eliminación de los riesgos identificables y protección de los grupos de alto riesgo.* (Medina-Mora ME, Díaz-Leal L y Berruecos L, 1994).

Se divide en 3 niveles:

- 1) **Universal (Educación para la salud):** Se dirige a todos los miembros de la comunidad o grupo determinado (escuela, colonia) y comprende tantos programas como sean necesarios. El objetivo básico es reducir la demanda de drogas, disminuir nuevos casos de consumo y promocionar la salud.
- 2) **Selectiva:** Se aplica a los grupos que ya han sido identificados como de alto riesgo, con la estrategia principal de contrarrestar los factores de riesgo y de reforzar los de protección contra el abuso de drogas.
- 3) **Indicativa:** Evita las consecuencias y elimina daños y riesgos a través de rehabilitación, reduciendo el nivel general de deterioro del enfermo para reinstalarlo socialmente. (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y drogas, 2002).

La prevención (acción y efecto de prevenir, evitar que algo suceda), prepara, dispone con anticipación lo necesario a un fin, pone en acción los medios o condiciones apropiados para impedir que un problema se dé. Se pretende predecir el riesgo en donde el foco de atención son los factores que afectan la probabilidad de que éste ocurra, para lo cual hay que identificar los factores de riesgo y los métodos a través de los cuales estos factores se promueven o anticipan.

Entre los *factores de riesgo* encontramos las leyes y normas tolerantes hacia las conductas problemáticas, disponibilidad, privación socio-económica, desorganización comunal, factores psicológicos, conducta familiar hacia las drogas, conflictos familiares, etc. Entre los *factores de protección* tenemos el cambio de normas sociales, estrategias de

PREVENIR CON
 FALLA DE ORIGEN

resistencia e influencia social, los cuales median los efectos de la exposición al riesgo. (Rosovsky A., 1998).

→ **Los factores de riesgo del medio ambiente que se asocian al consumo son:** (Hawkins J.D., Catalano, R.F. y Miller J.Y., 1992).

- a) **Normas sociales:** Precios, impuestos y restricciones de venta de sustancias legales.
- b) **Nivel socioeconómico:** Pobreza, hacinamiento, condiciones de vivienda.

→ **Los factores individuales son:**

- a) **Antecedentes familiares:** De transmisión genética o aprendizaje social.
- b) **Contacto con las sustancias tóxicas:** Asociación con pares usuarios; actitudes favorables al uso; inicio temprano el cual lleva a consumir con más frecuencia, involucrarse en la ingesta de drogas más peligrosas, participar en actividades desviadas (venta de sustancias).
- c) **Actitudes:** La percepción de riesgo distingue a los usuarios de los no usuarios y discrimina entre aquellos que abandonan el uso después de experimentar con drogas, de aquellos que persisten en él.
- d) **Problemas psicosociales:** La disponibilidad y la vulnerabilidad propia de cada individuo influyen en la decisión para consumo.
- e) **Migración:** El individuo que migra está en riesgo mayor de presentar problemas psicosociales derivados de la tensión que implica el cambio y como resultado de un fenómeno de aculturación cuando las normas y conductas varían de las observadas en el lugar de origen.
- f) **Problemas escolares:** El pobre desempeño escolar se asocia con consumo de drogas.

Los programas de prevención de abuso de sustancias se dividen en 4 grupos:

- 1.- **Programas de información:** Describen las consecuencias físicas y psicológicas del consumo (comunicación masiva, educación para la salud, panfletos, materiales de difusión, etc.).
- 2.- **Programas de educación para remediar deficiencias en habilidades sociales y psicológicas,** mejorar comunicación interpersonal, promover la autocomprensión y aceptación y dominar estrategias para contrarrestar el ambiente donde hay riesgo de experimentar y usar sustancias.
- 3.- **Programas de alternativas que proporcionan a los individuos en riesgo desarrollar acciones opuestas al consumo de sustancias** (actividades deportivas, culturales, apoyo comunitario, etc.).
- 4.- **Programas de intervención dirigidos a la población en riesgo para evitar el avance de la enfermedad,** buscan diagnóstico temprano y brindan atención a los adictos. (Bukoski, 1991).

Los programas deben incluir medidas para prevenir el inicio del consumo de sustancias, proyectos de identificación e intervención con personas que empiezan a manifestar problemas y poner atención en quien ya manifiesta abuso-dependencia. Debe estar dentro de un programa integral de educación para la salud; dirigido a una población específica; involucrar la participación de la comunidad en la elaboración, aplicación y evaluación de las acciones, objetivos y metas del programa; que exista una política general de salud que apoye la labor de las distintas instituciones; control sobre drogas ilícitas; reglamentación de la oferta y la demanda de drogas lícitas; apego a las normas publicitarias.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Como puede observarse, este apartado es esencial porque me permitió conocer la importancia de la prevención, así como la adquisición de habilidades para el desarrollo de programas preventivos con el fin de evitar el consumo de sustancias. Las actividades llevadas a cabo para la adquisición de esta competencia profesional fueron las siguientes:

a) **Seminario "Modelos de Prevención Primaria"**: Impartido por la Dra. Carmen Millé en el Consejo Nacional contra las Adicciones, en el cual se llevó a cabo un ejercicio sobre la elaboración de un "*Plan de Prevención del Consumo de Alcohol en Adolescentes*". Para la realización de este trabajo propuse un plan de acción para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes; en el planteamiento propuse que fuera de acción viable a la población adolescente, tomando en cuenta, que la adolescencia es una etapa de la vida, en la cual se manifiestan crisis de distinta índole, y además es una población muy vulnerable a experimentar el uso de sustancias.

b) **Seminario "Teorías y Modelos de Intervención"**: Impartido por el Dr. Héctor Ayala V., en el Centro Comunitario "Oswaldo Robles" con el propósito de conocer los Modelos de Intervención en Prevención de las adicciones y el Papel del Psicólogo dentro del área de la Salud Pública. Dentro del Seminario se planteó la elaboración de un programa basado en el Modelo de la Ecología Social para lo cual propuse un modelo sobre la historia de abuso sexual infantil y su relación con el consumo de alcohol en la edad adulta de mujeres entre 25 y 54 años de edad.

❶ **Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.**

La búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir la problemática social que resulta del consumo excesivo de alcohol, ha sido a nivel internacional una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionales del campo de la salud, y ha incrementado su importancia debido a la creciente evidencia de que el uso excesivo de alcohol muestra un incremento en su incidencia y prevalencia, en particular en países en vías de desarrollo que tradicionalmente no mostraban un nivel de consumo per cápita tan elevado, además de la asociación entre el consumo de alcohol y problemas sociales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio. (CONADIC/SSA, 2002).

Como resultado de esta tendencia, se ha incrementado la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento en estos países, haciendo evidente la grave carencia de los mismos, por lo que se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que identifiquen tempranamente los patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo a desarrollar una dependencia al alcohol e instrumenten intervenciones terapéuticas breves que puedan ajustarse en una variedad de escenarios, en diversas culturas y que sean de bajo costo. Esta recomendación se da debido a que la mayoría de los servicios se dirigen a atender a población con una dependencia alta (alcohólicos) y los individuos con dependencia baja o media tienen poca probabilidad de recibir tratamiento, lo cual constituye un desequilibrio en la prestación de servicios en los países occidentales.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

En las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve para bebedores con dependencia baja y media, en particular intervenciones terapéuticas conocidas como terapia cognoscitivo-conductual, cuya efectividad ha sido constatada en poblaciones de bebedores con niveles de dependencia media, en donde los usuarios eligen la meta terapéutica que puede ser tanto la moderación como la abstinencia

La concepción cognoscitivo-conductual del consumo excesivo de alcohol considera a estas disfunciones como comportamientos adictivos y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable; esta visión está basada en la Teoría Psicológica del Aprendizaje Social, la cual sostiene que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos, por lo que al considerar el comportamiento adictivo como patrón de hábito adquirido, se presupone que este puede ser modificado a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Esta visión implica que el individuo que presenta tal comportamiento puede aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación. El componente fundamental que guía estas intervenciones para modificar tales hábitos, se denomina *autocontrol* y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo.

En 1992, el Dr. Héctor Ayala, desarrolló e instrumentó en la Ciudad de México un programa de tratamiento cognoscitivo-conductual de intervención breve, que se ensayó con la población mexicana y se deriva de un modelo desarrollado inicialmente en Canadá que se denomina *Autocontrol Dirigido*, para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo. (Sobell y Sobell, 1993).

Tomando en cuenta los fundamentos conceptuales de este programa, se menciona que el proceso de cambio de un hábito involucra tres etapas separadas:

- 1.- Etapa de motivación y compromiso al cambio
- 2.- Instrumentación del cambio
- 3.- Mantenimiento

En este apartado se citaran las actividades llevadas a cabo en el Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, en el que se estuvo trabajando durante segundo y tercer semestre, como método de intervención secundaria para personas que tuvieran problemas con su consumo excesivo de alcohol. La participación dentro del programa involucro dos etapas; la primera, disseminar el programa de autocambio dentro del IMSS y la segunda, la intervención directa con pacientes en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Las actividades que favorecen la adquisición de esta competencia profesional estuvieron divididas en:

- a) **Actividades en el área de Disseminación:** Difusión del Taller Interactivo en el Instituto Mexicano del Seguro Social con el propósito de sensibilizar a los trabajadores del área de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) ante la situación del consumo de sustancias en nuestro país, de tal manera que se interesaran en participar en el

TESTE CON
 FALLA DE ORIGEN

curso de capacitación para entrenarse en el trabajo con pacientes que tuvieran problemas en su consumo de alcohol, o bien los canalizaran al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM

b) Actividades en el Programa de Autocambio Dirigido a Bebedores Problema: Actividades llevadas a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, las cuales involucraron la atención a pacientes bebedores problema.

Este apartado estará enfocado únicamente en las actividades prácticas desarrolladas dentro del programa de autocambio en lo que respecta a la atención de usuarios con dependencia media al alcohol:

3.1.- Antecedentes del Programa de Auto Cambio Dirigido a Bebedores Problema:

El programa de Autocambio Dirigido consiste en una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. Los objetivos terapéuticos son ayudar al paciente a establecer metas, encontrar razones para reducir o dejar de consumir alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar las situaciones en que es más probable que beba en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esta situación.

El tratamiento se proporciona una vez por semana durante 45 min., aproximadamente, a través de 4 sesiones individuales con un terapeuta y se apoya en lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y las tareas relacionadas con esas lecturas.

Este programa se implementó por primera vez en la Ciudad de México, en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco de la Facultad de Psicología, e incluyó una muestra de 177 individuos (85.9% hombres, 14.1% mujeres; con edades de 12 a 64 años) con problemas relacionados en su forma de consumo de alcohol, que completaron las 4 sesiones en que consiste el programa de tratamiento. Los sujetos fueron expuestos a una evaluación inicial en la que se determinó el nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo en los 12 meses anteriores, situaciones de riesgo para consumo excesivo, nivel de auto-eficacia para controlar su consumo en situaciones de riesgo y problemática asociada a su consumo.

El nivel de dependencia al alcohol se determinó por la Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y Horn, 1984) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Davidson y Raistrick, 1986), adaptadas para la población mexicana.

Escenario: El programa de tratamiento se ofreció en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco de la Facultad de Psicología, que cuenta con 6 cubículos para trabajo individual y 2 salas para trabajo grupal. Las visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses se hicieron en el hogar de los sujetos.

Procedimiento: Las personas con problemas en su forma de beber llegaron al Centro Acasulco de la Facultad de Psicología por primera vez y se les dio una cita donde se les

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

explicaron las características del tratamiento, se les hizo una evaluación inicial; si cumplían con los criterios de aceptación, iniciaban el tratamiento de 4 sesiones de 45 min. cada una, una vez por semana.

Resultados: Los efectos del programa se determinaron mediante los indicadores del patrón de consumo, nivel de problemática asociada a su consumo, auto-percepción de mejoría, nivel de auto-eficacia y satisfacción en su calidad de vida, lo cual se comparo con la fase de pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento.

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

- El 72.9% de los sujetos seleccionaron como meta al inicio del tratamiento la moderación, y el 78.5% seleccionaron la moderación al final del tratamiento.
- El porcentaje de días al mes sin consumo de alcohol (abstinencia) durante las cuatro fases del estudio fueron del 73% en el Pre-tratamiento, 72.5% en el Tratamiento, 84% en el Seguimiento a los 6 meses y 82% en el Seguimiento a los 12 meses.
- En las ocasiones en las que ocurrió el consumo de alcohol, el patrón de consumo de los sujetos se clasificó en 1) consumo de 1 a 4 copas estándar, 2) consumo de 5 a 9 copas estándar y 3) consumo de más de 10 copas estándar. En la etapa de pre-tratamiento el 8.78% de días al mes es de consumo excesivo (más de 10 copas por ocasión de consumo); sin embargo en el seguimiento a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento hay un cambio en el patrón de consumo en donde el porcentaje más alto de días al mes fue de 1 a 4 copas estándar (consumo moderado), lo cual indica que se observó un cambio significativo en el patrón de consumo.
- En la fase de pre-tratamiento el promedio de 9.2 tragos estándar consumidos (27 copas estándar por ocasión), en el Tratamiento se redujo a 4.4 copas por ocasión y en el seguimiento a los 6 y 12 meses se notó un ligero incremento de 5.8 y 6.5 copas estándar por ocasión.
- Al inicio del tratamiento el 62% reportó estar insatisfecho con su estilo de vida, en el seguimiento a los 6 y 12 meses, el 70 y 79% reportaron estar satisfechos con su estilo de vida.
- Decremento en la percepción de la severidad del problema después de haber concluido el tratamiento: en donde el 4.6% no lo consideró como problema, el 2.9% como problema pequeño, el 3.3% como problema mayor y el 1.9% como un gran problema.
- En el seguimiento de 6 meses un porcentaje cercano a 70 calificó su mejoría como buena o muy buena, lo que se incrementó al 80% en el seguimiento a los 12 meses, cuando los sujetos volvieron a calificar su mejoría.
- La satisfacción de los sujetos hacia el tratamiento y la utilidad del mismo se evaluó mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que va de muy satisfecho o útil, hasta muy insatisfecho o inútil; en la cual el 78% de los usuarios estuvo muy satisfecho con los resultados obtenidos, y un 22% estuvieron satisfechos. En cuanto a la utilidad, el 74% lo calificaron como muy útil y el 26% restante como útil.

Conclusión: Los resultados de este estudio muestran cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas de un grupo de 177 bebedores problemáticos con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Estos cambios se reflejan en el número de días en que permanecieron abstemios y un consumo moderado o de poco riesgo en las ocasiones en que ingirieron bebidas alcohólicas, lo cual parece mantenerse a lo largo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

de un periodo de por lo menos 12 meses de haber terminado el programa del tratamiento. Estos cambios en el patrón de consumo se acompañaron de un incremento en el nivel de confianza para controlar la forma de beber (autoeficacia), reducción en el número y tipo de problemas que tuvieron que enfrentar en su vida personal, una sensación de bienestar ante la mayoría en su problema de consumo de alcohol.

3.2.-Actividades prácticas en el Programa:

Las actividades que desempeñe en este programa fueron la atención a usuarios bebedores problema en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM:

1) Usuario CCB.

Edad: 32 años
Escolaridad: Pasante en Letras Hispánicas
Estado Civil: Unión Libre (8 años)

El *Motivo de Consulta* de la usuaria fue el deseo de buscar un tratamiento para recibir ayuda en cuanto a su consumo problemático de alcohol, ella mencionó que su estado de ánimo tiene mucho que ver para emborracharse independientemente de la cantidad de alcohol que consume, hay ocasiones en que con dos copas se siente muy mal. Esto a su vez le ha acarreado graves consecuencias con su pareja a la cual ha intentado pegarle, una vez hasta con una botella rota en la mano. Menciono que en este estado se vuelve muy violenta, rompe y avienta cosas olvidando lo que sucedió y no recordando nada al otro día, razón por la cual el consumo empieza a preocuparla.

En la *Sesión de Admisión* mencionó que desde hace 15 años comenzó a consumir alcohol, pero desde hace 3 o 4 años este consumo empieza a ser un problema, pues se torna bastante agresiva con su pareja. La bebida que consume con más frecuencia es el vodka o tequila, pero refiere consumir de todo, tanto por el efecto como por el sabor. El consumo de las bebidas lo llega a hacer hasta en 5 minutos, y últimamente bebe sola en su casa o llega a meterse a algún bar a tomarse por lo menos dos copas. Refiere que en su familia hacen muchas reuniones familiares en las cuales se consume alcohol en exceso y en especial ella suele intoxicarse. Se encuentra muy preocupada por que cada que bebe riñe con su pareja, lo que ha hecho que la mamá de su pareja se dé cuenta puesto que viven en la misma casa.

En los instrumentos aplicados en esta sesión, los resultados fueron los siguientes: En el BEDA presento una "dependencia severa" al alcohol (29 puntos) y en el de PISTAS tardo un minuto en la prueba de números y 2 minutos en letras y números.

En la *Sesión de Evaluación* comenta que el interés por buscar tratamiento es salir adelante y curarse de los problemas del alcohol puesto que este problema le está afectando en todas las áreas de su vida, sobre todo con su pareja, con la que vive en unión libre desde hace 8 años, y con la cual se porta muy violenta cuando bebe alcohol. La usuaria identifica que lo que le hace consumir alcohol es el hecho de no poder resolver sus problemas, cuando las cosas no le salen como ella lo desea, cuando tiene problemas y cuando acude a reuniones familiares, es cuando más bebe; sobre todo para calmar la ansiedad y nervios que le provocan los problemas con su pareja. Las bebidas que más acostumbra consumir son los destilados (tequila, vodka y whisky (70%), cervezas (20%) y vino tinto (10%)); acostumbra

TRABAJOS CON
 FOLLA DE ORIGEN

consumir cualquier día de la semana, últimamente consume sola en su casa o en algún bar y llega a beber hasta 10 tragos estándar. Refiere que el año pasado estuvo bebiendo más que en el año en curso, pues bebía hasta una botella de destilado ella sola.

Para la siguiente sesión, la usuaria no se presentó: le llame en varias ocasiones y la suegra comentó que no la había visto; el caso tuvo que cerrarlo dado que no puede encontrarla y ella jamás se comunicó. Considero que era una usuaria apta para el programa, en primera instancia porque era una usuaria "bebedor problema", con dependencia media al alcohol, atravesando por la etapa de "contemplación" dado que se dio cuenta de que el consumo de alcohol le estaba acarreado varios problemas, quería controlarlo pero no sabía como, y esa precisamente hubicra sido la función: guiarla para obtener el "autocontrol" de esta conducta. lo cual, a su vez, ayudaría a resolver todos los demás problemas causados por el consumo.

2) Usuario NIII

Edad: 15 años

Estado Civil: Soltera

La usuaria reportó como *Motivo de Consulta* que acudió a tratamiento porque su madre quería que moderara su consumo de alcohol o que dejara de beber, pues sentía que bebía mucho; sin embargo, ella no consideraba tener un problema con el consumo de alcohol. Reporta que desde que tenía cinco años de edad le daban traguitos de cerveza cuando había algún convivio familiar; a los 10 años de edad ya se tomaba una cerveza, aunque era rara vez cuando lo hacía y en la actualidad (15 años) se toma de media a una caguama.

El tipo de bebida que acostumbraba consumir era la cerveza, ingiriendo hasta una caguama (3 cervezas) en dos horas. La frecuencia de consumo era de cada 8 días. Acostumbraba beber con sus amigos en la casa de uno de ellos, refiere que se salían al patio de atrás y que ahí bebían, se reunían para ver la televisión y mientras tanto bebían. Ella comentó que bebía porque le gustaba y creía no beber demasiado, de hecho refirió que el número máximo de tragos estándar que se había bebido eran 6 y que con esto ya se sentía intoxicada, sin embargo, menciona que esta cantidad de alcohol no la ingiere cada ocasión de consumo.

En la aplicación de la *Prueba de Pistas* tardó 45 seg. en responder la primera parte y 1 min. 15 seg. en la segunda parte; la contestó rápidamente y adecuadamente. En la *Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol* reporta 14 puntos, lo cual indica una *dependencia media*.

En la *Sesión de Evaluación* comentó que el daño que le ha provocado el alcohol es no recordar con claridad lo que sucedió al estar bajo los efectos del mismo, tiene muchos cambios de humor durante el día y ha perdido a muchos de sus amigos, pues ahora sólo convive con los que bebe. No presenta ningún problema legal o financiero; para poder comprar alcohol ahorra de lo que le dan para la escuela o su hermana y amigos le prestan.

En el *Cuestionario Breve de Confianza Situacional* la situación en la cual mostró más inseguridad para resistirse a consumir alcohol fue en el malestar físico: No poder

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

dormir, sentirse nerviosa o tensa; en todas las demás situaciones se muestra más segura de resistirse a beber alcohol.

En la *Línea Base Retrospectiva* se muestra que el número máximo de abstinencia continua fue de 34 días, el porcentaje de días en los cuales consumió alcohol fue de 17.8%. El consumo diario fue de 3.3 tragos al día. Los meses de mayor riesgo fueron: Septiembre con un total de 54 tragos, Agosto con un total de 51 tragos y Julio con un total de 27 tragos. En cuanto al consumo diario los días que consumió en mayor cantidad fueron: Viernes con 69 tragos, Sábado con 65 tragos y Jueves con 41 tragos.

La usuaria llegó hasta la *Tercera Sesión* logrando reducir su consumo significativamente puesto que durante la última semana no reportó ningún consumo; sin embargo no llegó a la cuarta sesión, me comuniqué con su familia y no sabían nada de ella, se escapó de casa, posteriormente la tía llamo para avisar que saliendo de un concierto se fue con un chico que conoció a vivir con él y no quiso regresar a su casa, por lo que se dio por cerrado el caso. Considero que era una usuaria que requería atención por su edad (15 años) y por su consumo con respecto a la misma; esto con la finalidad de reconocer los riesgos del consumo de alcohol en exceso y el paso del uso a la dependencia; precisamente por su edad, probablemente el tratamiento más adecuado hubiera sido el programa de bebedores problema para adolescentes.

3) Usuario MMS.

Edad: 20 años
 Estado Civil: Soltero
 Escolaridad: Preparatoria

El usuario reportó como *Motivo de Consulta* el deseo de buscar un tratamiento para recibir ayuda en cuanto a su consumo problemático de alcohol, dijo reconocer tener un problema porque consumía fuertes cantidades de alcohol, lo cual a su vez le acarrecaba problemas con su madre. Otro de los motivos que refiere es el deseo de continuar estudiando para superarse, para lo cual debe primero resolver su problema de consumo.

El usuario comenzó a consumir alcohol aproximadamente a los 12 años, sin embargo desde hace aproximadamente 3 años elevó la cantidad y frecuencia de consumo, pues sus amigos (vecinos) acostumbran reunirse en la calle para consumir, por lo regular cada fin de semana y en ocasiones entre semana. El tipo de bebida que acostumbraba consumir era tequila o mezcal, ingiriendo de una botella de litro a botella y media por ocasión de consumo, variando el tiempo en que la consumía, en ocasiones una copa en 10 minutos.

Acostumbraba beber con sus amigos y amigas en la calle y en alguna reunión familiar, refiriendo que todos terminan intoxicándose; él bebe por los efectos del alcohol, aunque menciona que siente una sensación agradable de relajación y además se siente muy a gusto consumiendo con ellos, sin embargo, al llegar a su casa tiene muchos problemas con su mamá por la misma razón.

TRIC CON
 FAMILIA DE ORIGEN

El usuario finalizó el tratamiento exitosamente logrando la meta propuesta de 2 copas estándar por ocasión hasta el último seguimiento que se le hizo. El caso se describirá detalladamente en la Sesión Típica justificando el éxito del tratamiento.

◆ Asistencia a las supervisiones impartidas por Miguel Angel Medina y Jennifer Lira con el propósito de:

* Relacionarse constructivamente con los usuarios considerando su problemática específica.

* Detectar y diagnosticar conjuntamente con los usuarios los aspectos relevantes a sus necesidades.

* Generar, adaptar y/o seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional, para mantener o mejorar positivamente el funcionamiento y el sentido de bienestar de los usuarios.

* Mejorar la intervención en base a los resultados obtenidos durante la evaluación.

* Crear los mecanismos idóneos para evaluar el proceso de intervención y su seguimiento.

◆ Asistencia a PSICOCIMEQ 2000: Simposio Internacional Encuentro Cuba-México de Psicología y Psiquiatría Clínicas, en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas CIMEQ, La Habana, Cuba (Marzo 2000), para la presentación de la conferencia "Intervención y Detección Temprana con Bebedores Problema en México: Resultados e Implicaciones".

La impartición de esta conferencia tuvo el propósito de dar a conocer en este país el trabajo realizado en México sobre el programa de autocambio y los resultados que se han obtenido en su aplicación, como alternativa de intervención para poblaciones de bebedores problema.

④ Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

Durante segundo, tercer y cuarto semestre se trabajó en el proyecto sobre el Programa de Aproximación de Reforzamiento Comunitario, con la finalidad de adaptarlo y trabajarlo en la población mexicana que tuviera problemas con el consumo de sustancias, presentando dependencia severa a las mismas.

Los supervisores del proyecto fueron en un inicio el Mtro. César Carrascoza V. y la Lic. Silvia Morales Chaine, y, posteriormente, la Lic. Lydia Barragán. Los integrantes del equipo fueron González González Alejandro, Martín del Campo Raúl, Rodríguez Dorantes José Miguel, Romero Guzmán Bernardo y González Carrillo Ericka.

4.1.- Antecedentes

El CRA fue desarrollado como un tratado conceptual del análisis de la conducta el cual considera el uso y abuso de sustancias como una conducta operante que es mantenida por los efectos del reforzamiento que proporciona la droga. El uso de las drogas es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

considerado como una conducta aprendida a lo largo de un continuo, que va desde el modelo que se tiene para usar la droga, los problemas provocados por el uso excesivo, efectos desfavorables y la muerte. (Higgins S., 1998).

La genética y las características adquiridas (historia familiar sobre dependencia de alcohol y otros desórdenes psiquiátricos), afectan en la probabilidad para desarrollar abuso de drogas o dependencia, pero no son condiciones necesarias para que el problema surja. Hay factores sociales o comunitarios que influyen en el uso de drogas tales como la disponibilidad a la droga y aceptación social sobre uso de drogas licitas como tabaco y alcohol.

Los avances científicos recientes sobre el uso de drogas y reforzamiento respondiente, conceptualizan el término de *la teoría de la demanda del consumidor*, en donde el producto disponible es administrado bajo el concepto de *abastecimiento*, el *costo monetario* es el precio de los recursos así como los eventos físicos, sociales o psicológicos adversos experimentados por comprar y consumir drogas y la *oportunidad alternativa de costo* que se pierde por elegir consumir droga antes que emplear el tiempo en hacer algo diferente.

El principio de aprendizaje de reforzamiento en combinación con los principios económicos de abastecimiento, precio y oportunidad de costo, podrían contribuir para entender la localización y movimiento del uso de drogas a lo largo del continuo (explicado anteriormente). Estos principios y el manejo de contingencias son la piedra angular del CRA, el cual intenta reducir el uso de drogas y combinar el costo-beneficio entre el uso de drogas y la abstinencia.

Entre los estudios que se han realizado, uno de ellos se llevo a cabo como tratamiento para la dependencia al alcohol en 16 hombres admitidos en el hospital por dependencia severa al alcohol, quienes fueron aleatoriamente asignados para recibir cuidado estandar - CRA (Mejorar reforzadores vocacionales, familiares, sociales y recreacionales individualizados de acuerdo a situaciones específicas de cada paciente, para operacionalizarlos cuando los pacientes se encuentren sobrios y no estén disponibles para beber) o solamente Cuidado estándar (25 sesiones didácticas de 1 hora, con lecturas y audiovisuales del trabajo de A.A., información básica sobre alcoholismo y ejemplos de problemas medicos relacionados con alcoholismo). La alta del hospital se utilizo como incentivo para los pacientes a participar en este componente de tratamiento; durante la hospitalización y después de la alta se proporciono terapia familiar y marital; se entrenó a pacientes y a los otros significativos en la negociación de contratos para cambiar recíprocamente los reforzadores; se implementó la consulta social para restablecer interacciones sociales con otros amigos, parientes y grupos comunitarios y se les adiestró para resolver los problemas provocados por la bebida. A los 6 meses de finalizar el tratamiento se llevo a cabo un seguimiento y se encontró que el tiempo de consumo de alcohol fue del 14% en el CRA contra 79% del estándar; tiempo de ausencia en la familia del 16% en el CRA contra 36% en el estándar y tiempo institucionalizado del 2% en CRA contra 27% en el estándar. (Higgins S., 1998).

En otro estudio se incluyo la *terapia de disulfiram con monitoreo* para asegurar la obediencia en la medicación y un sistema amigo en el que se incluyó a vecinos para dar la asistencia (en el estándar). Se asignó aleatoriamente a 20 hombres con dependencia severa

TESE CON
FALLA DE ORIGEN

al alcohol para recibir CRA o Tratamiento estándar. A los 6 meses siguientes de la alta del hospital los resultados del CRA fueron significativamente mayores y a los 2 años el CRA consiguió el 90% más de periodos de abstinencia. (Higgins S., 1998).

En otro estudio con pacientes de dependencia media, el tratamiento estándar del hospital incluyó un *club social* que proporciono atmósfera y reforzamiento social en tavernas, en donde los pacientes tenían que estar en abstinencia. El grupo experimental fue animado para incorporarse al club social; el grupo control sólo fue informado de su existencia. A los 3 meses el grupo experimental mostro mejoría significativa en cuanto a cantidad y frecuencia de consumo. (Higgins S., 1998)

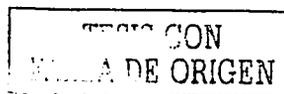
El CRA se adaptó para usarse con *Otros significativos* en individuos resistentes al tratamiento. Se asigno a 12 individuos dependientes al alcohol (que se rehusaban al tratamiento) al CRA (Educación sobre los problemas del alcohol; información y discusión de las consecuencias positivas de la abstinencia; asistencia sobre el compromiso de miembros de la familia que abusaran del alcohol; incremento de actividades recreativas; entrenamiento a los otros significativos sobre como responder ante los episodios de bebida y recomendaciones sobre como entrar al tratamiento) o a un Tratamiento estandar (Modelo de enfermedad del alcoholismo). Los resultados indicaron que en el CRA la frecuencia de bebida disminuyó significativamente. (Higgins S., 1998).

Otros soportes para el CRA son el entrenamiento en habilidades sociales, conducta marital y terapia familiar para decrementar la bebida y los problemas relacionados con ella.

Estudios en la Universidad de Vermont demostraron la eficacia del CRA (los otros significativos proporcionaban reforzadores naturales para estabilizar los problemas de la vida del paciente y reforzar la abstinencia) combinada con manejo de contingencias (los pacientes ganaban vales al entregar la prueba de analisis de orina, cuando los reforzadores naturales ya estaban ahí, se quitaban los vales) en el tratamiento para pacientes externos dependientes a la cocaína, en donde los resultados obtenidos demostraron periodos de tratamiento y abstinencia mas largos. El tratamiento con "vouchers" logró un 75% de abstinencia a la cocaína, contra el 40% de los que no recibieron "vouchers"; además quienes tenían apoyo social lograron periodos de abstinencia más largos. También se llevaron a cabo estudios de CRA ·disulfiram con pacientes dependientes a la cocaína y al alcohol, lo cual logró un decremento significativo en el consumo de alcohol y cocaína. (Higgins S., 1998)

4.2.- Panorama Conceptual

La dependencia a la cocaína se mantiene como un problema de salud pública intratable en los Estados Unidos que contribuye a infinidad de problemas sociales, incluyendo la diseminación de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis, tuberculosis), crimen, violencia, pobreza, daños traumáticos y exposición de drogas ante los neonatos. Aunque el número general de usuarios ha disminuido durante los últimos 10 años, el número de usuarios fuertes ha aumentado junto con otras tendencias, tales como un incremento en el número de admisiones a las salas de emergencia y muertes.



No existe consenso sobre cómo tratar la dependencia a la cocaína; la terapia con fármacos no está disponible, por lo cual, tratamientos psicosociales siguen siendo necesarios para los múltiples problemas en esta población

La intervención CRA+Vouchers es un programa de incentivos (vouchers), donde los pacientes pueden ganar puntos intercambiables por objetos al mantenerse en tratamiento y abstinencia a la cocaína. Este tratamiento ha demostrado ser efectivo en ensayos clínicos controlados llevados a cabo con adultos dependientes a la cocaína en clínicas de pacientes no hospitalizados.

El Reforzamiento Comunitario es un procedimiento conductual utilizado para el tratamiento de la dependencia al alcohol, y que recientemente ha sido combinado con procedimientos de manejo de contingencias para el tratamiento de cocaína y dependencia al opio.

El CRA involucra el manejo de contingencias y el estudio del poder que tiene el reforzamiento en la conducta de beber; su objetivo es enseñarle al cliente un nuevo estilo de vida deseable en el cual no beba, a través del establecimiento de metas y el compromiso motivacional.

Uno de los factores que favorece el consumo de drogas es su disponibilidad y aceptación social, desafortunadamente el uso de drogas está disponible en muchos segmentos de nuestra sociedad, y el uso de drogas licitas tales como el tabaco y el alcohol, son ampliamente aceptadas. Otro factor es el costo monetario; en comunidades donde la droga es comúnmente aceptada, el precio social asociado con el uso de tabaco y alcohol, contra cocaína y heroína es menor. Y la oportunidad de costo referida a las oportunidades que se pierden por elegir el consumo de droga, en vez de utilizar el tiempo para hacer algo diferente.

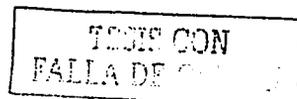
Es importante considerar que los efectos del reforzamiento en las drogas tienen que precisarse para el manejo de las contingencias, es necesario que el reforzamiento aparezca para decrementar el uso de drogas. Se recomienda que para los que apenas inician en el consumo de drogas el objetivo sea una reducción de su uso y para los dependientes severos es necesaria la abstinencia. En las primeras etapas de tratamiento, para los individuos que son severamente dependientes hay que observar la utilidad de combinar el reforzamiento y las contingencias naturales; la intervención debe incluir también a los problemas relacionados con el dependiente y prevenir los factores de riesgo en la comunidad.

El sistema de servicios de tratamiento ha conceptualizado al CRA en 2 partes:

- ① Agencias comunitarias que dan cuidado a la salud, servicio social, educación y agencias de justicia criminal. Estas agencias se enfocan en justificar las intervenciones breves para problemas moderados y refieren los problemas severos para programas de tratamiento intensivo.
- ② Centros de tratamiento de abuso de sustancias donde los problemas severos y los que abandonan el tratamiento, son tratados en los centros especializados.

El CRA toma en cuenta una serie de procedimientos para lograr sus objetivos:

- ① **Análisis Funcional (Wolf y Meyers, 1999):**



- Analizar los antecedentes y consecuentes de la conducta de beber y no beber, identificando situaciones de alto riesgo y sus consecuencias.
- Identificar lo que refuerza la conducta de beber para poder modificarlo.

2 Metas (Wolf y Meyers, 1999):

- Analizar los beneficios de la conducta de beber y los beneficios de la conducta de sobriedad para que pueda fijarse una meta.
- Tomar en cuenta que dentro de los primeros 3 meses puede existir una recaída, por lo cual su meta debe ser razonable.
- Llevar a cabo un análisis funcional para hacer resolución de problemas, que incluya un plan de acción, motivación para el cambio y reforzamiento positivo.

3 Uso de disulfiram y el otro significativo (Wolf y Meyers, 1999):

- Estimular al cliente al uso del disulfiram y a la elección del otro significativo para que forme parte integral del proceso de tratamiento, le recuerde que debe tomar su medicina, le ayude en el monitoreo y lo refuerce.

4 Plan de acción (Wolf y Meyers, 1999):

- El cliente debe de identificar las áreas que debe cambiar en su vida y hacer un plan de acción para saber de que forma va a lograr su meta.
- Utilización de la Escala de Felicidad para evaluar su grado de satisfacción de su vida.

5 Entrenamiento en habilidades del comportamiento (Wolf y Meyers, 1999):

- Enseñanza de habilidades de comunicación, manejo de estrés, resolución de problemas, etc.

6 Asesoría para que encuentre un buen trabajo (Wolf y Meyers, 1999):

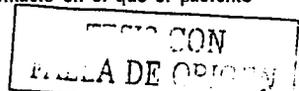
- Enseñanza de los requisitos que debe cubrir para pedir empleo, formas de comportamiento, etc.

(Hunt y Azrin, 1973):

- El consejero ayuda al paciente a encontrar un trabajo satisfactorio, haciéndole ver que un trabajo fijo lo puede ayudar a mantenerse sobrio, sobre todo si el cliente tiene problemas financieros. Dependiendo de las necesidades del paciente se empieza a trabajar con determinada actividad; si el paciente se encuentra feliz en su trabajo, entonces se pasa a la etapa de consejo familiar, y así sucesivamente hasta cubrir los procedimientos
- Se le instruye al paciente para que lea el folleto "Cómo conseguir trabajo"; en llamar a sus amigos y parientes por teléfono para informarles que tiene necesidad de emplearse y preguntarles como puede guiarse para conseguir trabajo; en llamar a las fábricas y plantas del area.; en ensayar una entrevista de trabajo mediante juego de roles. Cuando el cliente haya conseguido trabajo, el consejero lo acompaña en su primer día.

7 Actividades sociales y recreativas (Wolf y Meyers, 1999):

- Estimular al cliente a que participe en nuevas actividades sociales y recreativas y que las disfrute sin la necesidad del alcohol.
- Debe aprender que puede divertirse sin necesidad del alcohol; el terapeuta debe ayudarlo a tener su primer contacto con una nueva actividad social. El CRA debe de irse involucrando mediante 3 componentes: 1)Un juego de roles del primer contacto en el que el paciente



debe llamar por teléfono a la oficina del terapeuta, 2) Conectar al paciente con un contacto personal de actividades organizadas y 3) en la siguiente sesión revisar la experiencia del valor del reforzamiento.

(Hunt y Azrin, 1973):

-Se convirtió una taverna en un club social de auto-ayuda para los clientes, el cual proporcionaba una banda, tocadiscos, juego de cartas, bailes, acompañantes femeninas, fiesta campestre, pescado frito, juegos de bingo, cines y otro tipo de actividades sociales. Se les invitaba a Las esposas de los clientes a que los visitaran frecuentemente. El cliente pagaba su membresía que le duraba todo el mes, al vencerse la tenía que renovar. Los clientes podían invitar amigos sobre todo el sábado en la noche y estar ahí disfrutando de todas las actividades sin consumir alcohol; esto ayudó a que los clientes restauraran y mejoraran sus relaciones sociales.

③ Terapia Marital (Wolf y Meyers, 1999):

-Estimular a que la pareja forma parte de la solución, del proceso mismo que se involucre como parte activa en la resolución del problema.
-Es esencial que la terapia marital se enfoque en ayudar a la pareja a incrementar la atracción por un estilo de vida de sobriedad.

(Hunt y Azrin, 1973):

-El consejo marital intenta proporcionar reforzamiento para que el alcohólico sea un compañero marital en funcionamiento; proporciona reforzamiento a la pareja para que ayude a mantener la relación marital y hacer el consumo de alcohol incompatible con el mejoramiento de la relación marital.

-Se le aplica a la pareja el Inventario de Ajuste Matrimonial, el cual identifica problemas en 12 áreas como: matrimonio, administración de dinero; relaciones familiares, problemas sexuales, niños, vida social, atención, tendencias neuroticas, inmadurez, arreglo, incompatibilidad y dominancia. El consejero les proporciona una lista de actividades que deben seguir para hacer feliz al otro conyuge, en las áreas identificadas como problema, proporcionándose así, beneficios recíprocos mutuos como: preparación de la comida, escuchar a la pareja con total atención, recoger a los niños de la escuela, redistribuir las finanzas, atraer en actividades sexuales de una manera particular, visitar parientes juntos y gastar en una noche juntos

-Para facilitar la interacción sexual, se les proporciona un manual para que sigan instrucciones específicas sobre el sexo.

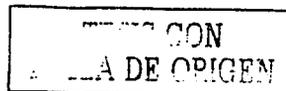
④ Prevención de recaídas (Wolf y Meyers, 1999):

-Reconocer a tiempo los síntomas de una posible recaída y tener estrategias de enfrentamiento adecuadas para superar la recaída cuando se cae en ella, motivando al paciente a que lo vea como un aprendizaje y no como un fracaso.

4.3.- Actividades Prácticas

a) Tiempo dedicado al proyecto:

- ◆ 2hrs. – Seminario de discusión y revisión de la literatura en relación al tema de Reforzamiento Comunitario (Lunes 8:00 a 10:00a.m.)
- ◆ 8hrs. – Búsqueda bibliográfica; lectura y análisis de los materiales y artículos sobre el Reforzamiento Comunitario.



b) Actividades Generales:

- ◆ Participación en un seminario de Reforzamiento Comunitario con el objetivo de revisar la literatura correspondiente al tema para adquirir un mayor conocimiento y análisis del tópico.
- ◆ Búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con el CRA para análisis y discusión.
- ◆ Traducción del "Therapy Manuals for Drug Addiction" para conocer el aspecto conceptual del CRA.
- ◆ Revisión, traducción, discusión y análisis del "Clinical Guide to Alcohol Treatment" con el objetivo de conocer la aplicación del CRA en el área clínica para trabajar con personas que tienen problemas con su consumo de sustancias.
- ◆ Traducción de los instrumentos utilizados en el CRA y cambio de formatos de los instrumentos de auto cambio para poder ser utilizados en el CRA.
- ◆ Participación en la revisión de la ponencia presentada en el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta en Xalapa, Veracruz, titulada: "Programa de Reforzamiento Comunitario para Bebedores Problema", llevada a cabo por la Lic. Silvia Morales Chané.
- ◆ Elaboración de una propuesta de trabajo basada en los aspectos conceptuales del CRA y adaptación a la cultura mexicana, para trabajar con personas que tienen problemas con el consumo de sustancias.
- ◆ Creación del Taller de Diseminación del PICCSA (Programa de Intervención Comunitaria para el Consumo de Sustancias Adictivas) para difundirlo en Centros de Salud.
- ◆ Elaboración del material que se utilizaría en los Talleres de Diseminación.
- ◆ Elaboración de las listas checables para evaluar cada sesión de trabajo del CRA.
- ◆ Ensayos conductuales y retroalimentación de las sesiones del programa de Intervención.
- ◆ Video grabaciones de ensayos conductuales para la presentación de avances del CRA ante el Dr. Héctor Ayala y retroalimentación a cada integrante del equipo.
- ◆ Presentación y Exposición de los avances realizados dentro del Programa de Reforzamiento Comunitario al Dr. Héctor Ayala.
- ◆ Corrección del Taller de Diseminación, material y listas checables de acuerdo a la retroalimentación del Dr. Héctor Ayala.
- ◆ Revisión del Directorio de CONADIC para establecer contactos con diversas Instituciones de Salud para la impartición del Taller de Diseminación.
- ◆ Presentación y Exposición de los avances realizados dentro del Programa de Reforzamiento Comunitario al Dr. Héctor Ayala.
- ◆ Corrección del Taller de Diseminación, material y listas checables de acuerdo a la retroalimentación del Dr. Héctor Ayala.
- ◆ Visita al Centro de Consulta Externa Norte CIJ Av. 1557 No. 36 6ta. Sección, San Juan de Aragón. Se estableció contacto con el Psicólogo Arturo Néstor Lara para proponer el Taller de difusión de PICSSA dentro de su Institución.
- ◆ Visita al DIF "Cristina Pacheco". Av. Las Torres, Col. Jardines de Guadalupe; en el cual se propuso la impartición del Taller de Diseminación del PICSSA.
- ◆ Visita al DIF "Rigoberta Menchú" Valle de Aragón 1ª. Sección para proponer el Taller de Diseminación del CRA.
- ◆ Visita al Grupo 24 Horas A.A. Grupo Lindavista, Gustavo A. Madero 412-A. No. 318 Unidad Habitacional Aragón, para proponer el Taller de Diseminación del CRA.
- ◆ Visita a "la Villa" para contactar cita de difusión del CRA.
- ◆ Revisión del Programa del CRAFT de Alejandro González para retroalimentación del mismo.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- ◆ Visita al Centro Transitorio de Educación y Capacitación Recreativa "El Caracol" Heliodoro Valle No. 337, Col. Lorenzo Boturini para difusión del PICSSA.
- ◆ Visita al Centro Comunitario de Salud Mental. Huanuco No. 323, Col. San Pedro Zacatenco, para proponer el taller de Diseminación del CRA.
- ◆ Visita al Centro de Rehabilitación y Alcoholismo "Dr. Sergio Berumen". Pto. San Blas No. 7 Col. Casas Alemán, para proponer el Taller de difusión del CRA.
- ◆ Impartición del Taller de Diseminación del CRA en el "Centro de Rehabilitación y Alcoholismo "Dr. Sergio Berumen".
- ◆ Entrevista con el Jefe de Trabajo Social del Centro Comunitario de Salud Mental para entregar carta sobre la propuesta para impartir el Taller de Diseminación del CRA.
- ◆ Entrevista con la Directora del Centro Comunitario de Salud Mental para autorización de la impartición del Taller de Diseminación del CRA.
- ◆ Visita al DIF Av. Las Torres, Col. Jardines de Guadalupe para proponer el taller de Diseminación del PICSSA.
- ◆ Exposición del Taller de Diseminación del PICSSA en el Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco.
- ◆ Implementación del CRA con pacientes en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco.
- ◆ Revisión del caso de un usuario atendido por la Lic. Lydia Barragán.

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

La intervención temprana con bebedores problema ha recibido muy poca atención y ha sido comparada con criterios diagnósticos de alcoholismo y dependencia severa. Esta población ha sido ignorada por varias razones:

- 1.-No hay procedimientos o instrumentos que identifiquen las etapas tempranas del bebedor problema.
- 2.-No hay alternativa que defina los diferentes grados de dependencia, se suele clasificar como "alcohólico o no alcohólico".
- 3.-La actitud hacia el alcohólico o bebedor problema es estigmatizante y el profesional es pesimista acerca del diagnóstico.
- 4.-Los centros de tratamiento para alcohólicos no son adecuados para el bebedor problema, pues fijan únicamente como meta de tratamiento la abstinencia.
- 5.-Es necesario un entrenamiento especial para trabajar con el bebedor problema.

Por todo esto en el Programa de autocambio dirigido a bebedores problema se llevó a cabo una primera etapa de sensibilización en el sector salud mediante la implementación de un taller interactivo impartido en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que tuvo como propósito hacer conciencia sobre la importancia del problema de las adicciones en México y los servicios que existen para trabajar con poblaciones que tienen problemas con el consumo de alcohol, presentando una dependencia media y siendo éstos atendidos con programas que no están diseñados a sus propias necesidades.



5.1.-Antecedentes

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

La "Diseminación" es definida por Crosswaite (1994) como un esfuerzo deliberado de divulgar una innovación, aunque en la actualidad no existe una definición del concepto, la nomenclatura tiende a variar dependiendo de la disciplina.

Basch et al (1986) distingue a la Diseminación de la difusión, considerando a la diseminación como la divulgación de nuevos conocimientos o innovaciones dirigidos a una población bien definida a través de ciertos canales a lo largo del tiempo.

La Diseminación es un proceso de comunicar la información que tiene como propósito promover la aplicación de técnicas de intervención clínica validadas experimentalmente. Se realiza mediante: Equipos de investigación, Paneles, Seminarios, Asociaciones de Profesionales, Revistas, Conferencias y Prensa Popular, y esta dirigida a diferentes audiencias (Kanouse, Kallich y Kahan, 1995).

Como ejemplo de lo que es la Diseminación Chris Shanley et. al. (1996) reportaron un estudio en donde de 1989 a 1993 el Centro Nacional de Investigación en drogas y alcohol en Sydney, Australia se encargó de un gran proyecto de investigación llamado "Proyecto de Garantía de Calidad en el Tratamiento de Dependencia a las Drogas" (QAP) el cual fue objeto de desarrollo en tratamiento para aproximaciones de dependencia al alcohol, opio y nicotina. El proyecto básicamente consistió en el desarrollo de un taller cuyo objetivo fue no solamente promover discusiones, compartir ideas y buscar caminos prácticos para que la recomendación de la investigación pudiera ser usada en la clínica; sino que los talleres fueran dirigidos por proyectos oficiales en un número de sitios a través del estado.

El contenido del taller tenía las siguientes características: 1) una sesión interactiva que permitía a los participantes explorar y expresar sus actitudes acerca de la relación entre la investigación práctica clínica y políticas públicas; 2) uso de viñetas y resolución de problemas en grupo dentro de los talleres los cuales exploraron como los participantes podían implementar las recomendaciones dentro de su propio escenario de trabajo; 3) sesiones enfocadas en el papel público de aproximaciones de salud y en los factores clave de la evaluación del cliente y 4) una sesión final que permitiera a los participantes discutir las recomendaciones más importantes para ellos y las estrategias de cambio que ellos necesitaban adoptar.

El proyecto tuvo un gran impacto en su evaluación, ya que se utilizaron 192 formas de evaluación que fueron completadas y regresadas a los 233 participantes en los 15

TRABAJO CON
PALA DE ORIGEN

talleres principales. Concerniente al tipo de agencia de trabajo, 152 (79%) fueron empleados en agencias del gobierno y 34 (17.5%) en agencias gubernamentales. Las conclusiones que se obtuvieron de este estudio reflejan una disposición a que exista una buena comunicación entre investigadores y practicantes dentro del área de servicio, incluyendo el campo de drogas y alcohol.

Muchas de estas estrategias son la inclusión de practicantes en planeación y educación en programas de investigación, incorporación activamente en programas de educación dentro de la investigación de resultados, desarrollo de protocolos de tratamiento basados en investigación y pautas de investigación, hojas informativas de investigación, seminarios, talleres y simposios de investigación. La adopción por medio de los practicantes es un proceso lento ya que estos no están dispuestos en adoptar tan fácilmente un tratamiento novedoso y menos cuando han utilizado un tratamiento que les ha funcionado, el trabajo es en este caso, conocer las creencias y actitudes que pueden tener en el momento de presentar el nuevo tratamiento, a fin de no crear una barrera que impida la posterior adopción o que retarde el cambio conductual.

Hayes (1997) plantea que para lograr la Diseminación de una manera adecuada es necesario un modelo de manejo de mercado para el desarrollo de los tratamientos y su utilización. Tomando en cuenta una serie de elementos principalmente económicos como los costos tecnológicos, de entrenamiento, desarrollo y mantenimiento de competencias; que son evaluados en contra de los aspectos del consumidor en términos de costo-beneficio y que en el sistema de salud se reflejan específicamente en la tecnología y el tiempo que cuesta cada intervención.

El autor sugiere la implementación de procedimientos prácticos y económicos (no solamente teóricos) como: 1.1. satisfacción del consumidor, 2. satisfacción laboral, 3. efectividad en el trabajo, 4. efectividad social, y 5. disminución de necesidades por servicios adicionales. Por lo que el modelo de manejo de mercado para cada paso en el desarrollo del tratamiento tendría que considerar fundamentalmente la Diseminación y estos elementos.

Dentro de las estrategias que Hayes (1998) menciona están la necesidad de hablar con precisión a los pacientes (lenguaje claro, sencillo sin tecnicismos), la importancia por parte de los investigadores de mejorar y tener "buenas" relaciones públicas, la flexibilidad en el entrenamiento clínico, la necesidad del enfoque cognitivo conductual de atraer practicantes y la importancia de centrar la investigación hacia la Diseminación, en el sentido, de estudiar la relación entre la Diseminación y el entrenamiento de nuevas terapias y su impacto clínico en el mundo real.

Linda Sobell (1996) del Addiction Research Foundation de Canadá nos dice que para lograr una integración de la ciencia y la práctica clínica se deben adoptar las siguientes estrategias:

- Involucrar a los practicantes (clínicos) en la planeación, desarrollo e implementación de los ensayos clínicos.
- Adaptar la intervención de acuerdo a las necesidades de la comunidad y de los practicantes.
- Apoyar a los practicantes por parte del equipo de investigación.
- Conducir talleres de entrenamiento.

TRIPIC CON
FALLA DE ORIGEN

● Ilacer relevantes los materiales clínicos a los practicantes y a las agencias de la comunidad.

Enfatiza que la investigación en el estudio de la diseminación de la terapia de la conducta se puede llevar a cabo en dos direcciones: 1) En la transferencia de los procedimientos basados en la investigación a la práctica en la comunidad y, 2) la generación de conocimiento nuevo acerca de cómo diseminar efectivamente nuestros productos. La participación de los clínicos en la formulación de líneas de acción y evaluación de la evidencia científica sobre la efectividad del tratamiento puede ayudar a la credibilidad del mismo, así como el que existan colegas aplicando el nuevo modelo, puede inferir en el cambio de actitud hacia el nuevo tratamiento.

5.2.-Taller de Diseminación.

El supervisor de esta área fue el Mtro. César Carrascoza V. y los integrantes del equipo Jiménez Silvestre Karina, Rodríguez Dorantes José Miguel, Salazar Garza Martha Leticia y González Carrillo Ericka.

Para poder llevar a cabo la Diseminación del Programa de Auto Cambio dirigido para Bebedores Problema se planteó la opción de utilizar talleres interactivos como estrategia de comunicación entre Investigadores y Personal de atención a la Salud para promover la aplicación de procedimientos de intervención clínicos validados empíricamente, con el objetivo de fomentar la participación del personal del sector salud y especialistas en el área de adicciones, ya que se ha observado que los médicos tienen mayor acceso al público en general para identificar, manejar y referir problemas relacionados al consumo de alcohol.

Es por esto que uno de los objetivos primordiales del taller que se realizó fue favorecer la adopción de un modelo de intervención para bebedores en riesgo a través de la promoción del intercambio de ideas, análisis y discusión de los problemas relacionados con el problema de consumo de alcohol en México a fin de facilitar la identificación y canalización de las personas que tienen problemas con su forma de beber.

La estructura del taller permite motivar adecuadamente a los participantes acerca de la investigación clínica y su aplicación en el campo de consumo de alcohol excesivo. La naturaleza interactiva del taller conduce a los participantes a examinar su propia práctica y observar como las recomendaciones de la investigación pueden ser usadas en su labor.

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

La información que se les brindó se basó en los siguientes objetivos:

● Que el participante conozca la incidencia de casos de consumo excesivo de alcohol reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones.

TRABJO CON
FALLA DE ORIGEN

- ➊ Que el participante conozca y analice las políticas de salud en cuanto a la prevención del consumo excesivo de alcohol propuestas por la Secretaría de Salud en el área de adicciones.
- ➋ Que el participante analice el papel que desempeña el médico dentro de un programa de intervención para bebedores problema.
- ➌ Que el participante identifique las diferencias entre alcoholismo y bebedor problema.
- ➍ Que el participante aprenda a identificar a un alcohólico y un bebedor problema.
- ➎ Que a partir de las características de los bebedores problema el participante pueda realizar una correcta canalización
- ➏ Que el participante proponga estrategias a partir de su experiencia profesional que promuevan la identificación, canalización y diseminación de este programa.
- ➐ Que el participante conozca los beneficios de la intervención breve.

De acuerdo a esto las metas del taller fueron las siguientes:

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

Los lugares en donde se llevó a cabo el taller fueron las clínicas de primer nivel de atención del IMSS en los estados de Tlaxcala con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 2; en Apizaco, Morelos en la Clínica No. 20 de la Delegación de Salud Comunitaria; en Querétaro en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en Plaza del Sol; en el estado de Hidalgo y zona norte del Distrito Federal.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- ◆ **Cuestionario de actitudes:** el cual se aplicó antes del taller; consta de 15 ítems en escala Likert, los cuales miden el rol del médico dentro del tratamiento del bebedor problema; la efectividad de los tratamientos para el consumo excesivo de alcohol y una evaluación sobre el bebedor problema y sus características.
- ◆ **Cuestionario de conocimientos:** que se aplica antes y después del taller; consta de 9 ítems en escala Likert y evalúa los conocimientos del personal de salud acerca de las características principales de los programas de intervención breve para bebedores problema.
- ◆ **Cuestionario de Intereses:** el cual se aplica antes y después del taller; consta de 10 ítems en escala Likert, e identifica el grado de motivación de los sujetos que participan en el taller.
- ◆ **Cuestionario de Satisfacción;** el cual se aplica al final del taller; consta de 13 ítems en escala Likert y mide la pertinencia de las actividades desarrolladas en cada apartado del taller.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.3.- Actividades practicas del área de Diseminación

a) Tiempo dedicado al proyecto:

- ◆ 6 hrs. semanales (normal) y 14 hrs. (en etapa de Taller Interactivo).
- ◆ 2hrs. – Seminario de discusión y revisión de la literatura en relación al tema de la Diseminación (Lunes 10:00 a 12:00)
- ◆ 4hrs. – Búsqueda bibliográfica; manejo y actualización de base de datos; lectura y análisis de los materiales y artículos sobre la Diseminación.
- ◆ 8hrs. – Implementación del "Taller Interactivo" en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). – Esta actividad implica tiempo de recorrido hacia las sedes, preparación y revisión de los materiales y la realización de la actividad.

b) Actividades generales como parte del Proyecto de Diseminación:

Segundo Semestre:

- ◆ Desarrollo, evaluación e implementación de un "Taller Interactivo" como estrategia de diseminación del personal de la salud dentro de un programa de prevención secundaria dirigido a bebedores problema en Unidades de Medicina Familiar del IMSS.
- ◆ Participación en un seminario de Diseminación con el objetivo de revisar la literatura correspondiente para adquirir un mayor conocimiento y análisis del tópico.
- ◆ Manejo y actualización de la base de datos correspondiente a los instrumentos aplicados en los talleres interactivos.
- ◆ Evaluación de los contenidos del taller (constante revisión, retroalimentación, adaptación y discusión).
- ◆ Los talleres interactivos impartidos fueron los siguientes:

FECHA	CLINICA	DIRECCIÓN
14/Marzo/2000	UMF #20 IMSS	Vallejo #675 Esq. Pte. 128
15/Marzo/2000	UMF #20 IMSS	Vallejo #675 Esq. Pte. 128
23/Marzo/2000	UMF # 3 IMSS	Oriente 91 y Norte 70-A Col. La Joya
28/Marzo/2000	UMF #41 IMSS	
03/Abril/2000	UMF #5 IMSS	Marina Nacional y Mariano Escobedo
04/Abril/2000	UMF #5 IMSS	Marina Nacional y Mariano Escobedo
05/Abril/2000	UMF #14 IMSS	Boulevard Puerto Aéreo #88 Col. Moctezuma
14/Abril/2000	UMF #14 IMSS	Boulevard Puerto Aéreo #88 Col. Moctezuma

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Tercer semestre:

- ◆ Propuesta de una gaceta que contuviera información sobre el programa de bebedores para llevar a cabo la Diseminación dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México; con la finalidad de dar a conocer el programa y que la gente se interesara en

inscribirse a él. Así mismo este material serviría como material de diseminación en las Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

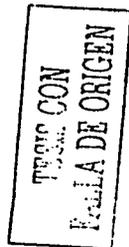
- ◆ Distribución de carteles de diseminación en las diferentes facultades de la UNAM para dar a conocer el programa de auto cambio y de esta manera, captar usuarios para el Centro de Servicios Psicológicos.
- ◆ Propuesta para la conferencia que se llevaría a cabo en el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta en Xalapa, Veracruz, titulada: "Una estrategia para la Diseminación de un Programa de Prevención Secundaria".
- ◆ Asistencia al Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta en Xalapa, Veracruz (Octubre, 2000) para la presentación del Taller Interactivo de Diseminación del programa de auto cambio dirigido a bebedores problema.
- ◆ Pláticas sobre el programa de auto cambio en las salas de espera de consulta externa de la Clínica #14 del IMSS, a cargo de la Dra. Barajas y Dra. Griselda Chargoy.

● Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

Uno de los objetivos más importantes de la Maestría fue el desarrollo de un programa de intervención para lo cual se recibió preparación en metodología de la investigación, con el propósito de llevar a cabo un proyecto de investigación en el que se plasmara una intervención en determinada población y que estuviera caracterizada por el consumo de alguna sustancia.

El propósito de mi proyecto de investigación fue la creación de un método de intervención para entrenar a las mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol en habilidades de enfrentamiento (habilidades interpersonales e intrapersonales), para que aprendieran a manejar procesos emocionales y de solución de problemas de manera adecuada, de modo que al enfrentar eventos de vida importantes para ellas, su bienestar y calidad de vida no se vieran afectados grandemente. Se pretendía que a partir del programa de intervención, la mujer con problemas en su consumo de alcohol adquiriera un aprendizaje de repertorios conductuales que la llevaran a mitigar el impacto del estrés y a utilizar los recursos sociales, familiares y comunitarios de una manera más óptima, de tal manera que el consumo de alcohol no fuera la salida a sus problemas, o la manera de enfrentar los mismos.

Este programa de intervención puede ser aplicado por los profesionales de la salud interesados en trabajar esta problemática, recomendándose que se trabaje con grupos de 8 a 15 mujeres, las cuales deberán tener como mínimo 20 años y ser bebedoras problema. El tratamiento deberá proporcionar una atención adecuada con respecto a las necesidades de cada uno de los clientes.



6.1.-Introducción

Las mujeres en todo el mundo, por el hecho de serlo, están en especial riesgo de desarrollar problemas derivados del abuso de sustancias; estos riesgos se relacionan con factores biológicos, psicológicos y con normas socioculturales que establecen marcadas diferencias en la conducta esperada para hombres y mujeres que tienden hacia mayores sanciones cuando no se ajustan a éstas.

La discriminación contra la mujer sigue siendo parte de nuestra realidad, lo que se manifiesta en la existencia de dobles parámetros apoyados por hombres y mujeres, adultos y jóvenes, quienes consideran que las mujeres no deben de beber o beber menos que el hombre. Como consecuencia ellas beben menos, sin embargo, cuando presentan problemas con su manejo de alcohol son a menudo más rechazadas, experimentan más problemas y con frecuencia lo ocultan, lo que dificulta una detección e intervención tempranas.

Históricamente el consumo de alcohol por las mujeres ha sido estigmatizado. Este hecho ha motivado que durante mucho tiempo los problemas asociados al consumo de alcohol fuesen estudiados básicamente entre la población masculina y que hasta hace poco no se tuviesen datos sobre la magnitud del problema en la población femenina.

Las investigaciones sobre consumo de alcohol se han enfocado principalmente en el género masculino y sostienen que el consumo de alcohol en la mujer es una práctica que en general se niega y oculta, pues como sabemos la mujer controla mas su propio consumo, incluso siendo abstemia, pero además, controla el del hombre; esto se ha dado principalmente porque la sociedad tolera menos un estado de embriaguez en ella, sobretodo por el papel que debe cumplir con los hijos y la familia. La responsabilidad que la mujer tiene en la familia y en la sociedad la obligan a la abstinencia, además tiene que encargarse del cuidado de los hijos todo el tiempo si es que no trabaja fuera de casa, por consiguiente el tiempo libre es menor del que gozan los hombres. los hábitos de socialización de las mujeres no son horarios comunes para beber, mientras que los hombres beben por la noche, vinculando esto a su trabajo. Podríamos decir entonces, que la cultura es la que regula la forma de beber de los generos (Natera y Casco, 1991).

Por su parte Natera, Mora y Tiburcio (1997) mencionan que las normas sociales y la tolerancia cultural permiten que los hombres beban sin preocuparse por las consecuencias, mientras que las reglas son mas estrictas con las mujeres ya que esto se considera como una desviación del rol tradicional de la mujer.

La literatura reporta que existe una mayor prevalencia de consumo de alcohol y niveles más altos de consumo (frecuencia y cantidad) entre los hombres en comparación con las mujeres; y que los patrones de consumo en ambos sexos es distinta: Las mujeres que beben, en general lo hacen en su casa y con poca frecuencia y baja cantidad, mientras que los hombres, lo hacen fuera del hogar y con sus amigos. Además se ha visto que es muy difícil que la mujer acepte que tiene problemas con el alcohol, por lo cual oculta o niega esta conducta, esto a su vez es reforzado por la estigmatización que la sociedad hace de ellas al juzgarlas de no cumplir con su rol tradicional. (Pérez-López, González Rosovsky y Casanova, 1992).

RECIBO CON
FECHA DE ORIGEN

Debido a los patrones de consumo de alcohol que históricamente han acompañado al comportamiento masculino, durante mucho tiempo se ha aceptado que los hombres presentaban mayor riesgo que las mujeres de sufrir problemas relacionados al alcohol; sin embargo, con la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral y la aproximación a los patrones de conducta masculinos, cada vez es mayor el número de mujeres, que comienza a consumir alcohol en forma similar al hombre.

La incorporación de la mujer a la cultura del consumo de bebidas alcohólicas, a nivel mundial, se ha observado principalmente en poblaciones urbanas, hecho asociado con cambio de roles y con mayor disponibilidad de recursos económicos. Sin embargo, este incremento en las tasas de consumo no es igual para todas las mujeres, varía con factores socioeconómicos y culturales; en México, el incremento se ha observado principalmente entre los grupos en los que la ideología feminista ha causado más impacto. (Medina-Mora, 1999).

Las encuestas realizadas en nuestro país, documentan altas tasas de abstención entre las mujeres; un 53% de la población femenina reportó no haber consumido bebidas alcohólicas en el año previo al estudio; el 9% de las mujeres entre 18 y 65 años que habitan en zonas urbanas beben 5 copas o más por ocasión de consumo y el 1% representa dependencia al alcohol, de acuerdo a los criterios del DSM-IV. (Medina-Mora, 1999).

A pesar del incremento en el índice de mujeres que consumen alcohol, la mayor proporción del alcohol disponible es consumida por los varones, quienes beben el 90% de alcohol circulante. A pesar de que las mujeres beben menos que los varones, aquellas que consumen alcohol, tienden hacerlo en cantidades mayores; el 10% de bebedoras más fuertes, se beben el 73% del total de alcohol que consume este grupo, lo cual se observa sólo en el 52% de los varones. (Medina-Mora, 1999).

6.2.- Antecedentes

Habitualmente se admite que el consumo de alcohol se mantiene por los efectos positivos que la sustancia conlleva, pero por otra parte, existe una relación entre la ansiedad y el consumo o aumento de éste, ya que en muchos casos, se explica el consumo de alcohol por la aparición de situaciones de ansiedad en sujetos alcohólicos, los cuales no disponen de habilidades de enfrentamiento (Rodríguez, 1994).

Los estudios de alcoholismo en la mujer, señalan las variables sociales, psicológicas y genéticas como significativas en el desarrollo del alcoholismo. Estos estudios sugieren que la vulnerabilidad genética, la alta ocurrencia de alcoholismo en la familia de origen, las características de los padres en cuanto a su paternidad y maternidad; tales como tener una madre distante y fría, dominante y rechazante; y un padre ambivalente y que establece relaciones donde predomina el hostigamiento físico, verbal y sexual; son factores predisponentes para el desarrollo del alcoholismo en la mujer. (Casco-Flores y Natera, 1993).

Casco (1993), considera que determinados eventos de vida, tales como pérdida de un ser querido, divorcio, pérdida de funciones fisiológicas, abortos, etc., influyen en el inicio del consumo excesivo de alcohol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las mujeres que beben en exceso tienen dos veces más probabilidades de haber sido abusadas sexualmente y dos veces más problemas de depresión que las mujeres que no beben en exceso (Romero M, 1999).

Los hallazgos sobre las características de personalidad de la mujer alcohólica, señalan que ésta posee una personalidad adulta inadecuada que se caracteriza por vivenciar fuertes sentimientos de rechazo, soledad y tensión; intentos de suicidio; parejas inestables y agresivas, etc. (Casco y cols., 1993).

Diversos estudios (Paolino y McCrady, 1977; Billings, 1979 y Jacob, 1981) indican que las parejas alcohólicas son más rígidas, muestran más conflicto, más hostilidad y sobretodo son menos efectivas en afrontar y resolver sus problemas que las parejas no alcohólicas. También Moos y cols., (1981, 1982) han encontrado que las familias de alcohólicos recuperados muestran menos énfasis en el uso de apoyos sociales como actividades recreativas, reuniones familiares, que las familias donde no hay alcohólicos.

El campo particular de investigación sobre alcoholismo ha señalado que el consumo excesivo de alcohol representa una condición estresante en las familias y que los eventos estresantes están asociados con el abuso de alcohol y otros índices de disfunción. (Moos y Moos, 1990).

Por otra parte, se ha demostrado en grupos clínicos de alcohólicos y depresivos que los estresores cotidianos, así como también el empleo de recursos sociales, afectan los procesos de recuperación y recaída (Billings y Moos, 1985; Cronkite y Moos, 1984; Moos y Finney, 1983).

En un estudio de estrés y estilos de enfrentamiento en bebedores excesivos de alcohol (1993) se señala que el estilo de enfrentamiento utilizado por los bebedores es fundamentalmente de evitación y confirma lo reportado en 1988, por Aduna y Ayala, en un estudio realizado con bebedores excesivos y abstemios en la Ciudad de México, el cual menciona que el alcohólico utiliza un estilo de enfrentamiento de evitación, en el que se evita confrontar activamente el problema o reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar, comer en exceso o beber. (Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala, 1993).

Los hallazgos de investigadores de otros países muestran que los bebedores excesivos afrontan un mayor número de eventos negativos en su quehacer cotidiano a diferencia de los no bebedores. De la misma manera se observa que el estilo de enfrentamiento de los bebedores es fundamentalmente pasivo y de evitación. (Cárdenas y cols., 1993).

Por otra parte, los estudios sobre estilos cognitivos y estilos de enfrentamiento sugieren que la percepción de los individuos y su capacidad para enfrentar las situaciones de estrés son mediadoras fundamentales entre el estrés y la adicción, no es tanto el estrés sino la forma de afrontarlo. (Cattanach y Rodin, 1988).

La literatura internacional muestra que las mujeres se inician en el consumo de alcohol con el propósito de manejar sus estados afectivos desagradables y para neutralizar

ERRORES CON
FALLA DE ORIGEN

la tensión, ansiedad y depresión causadas por los problemas de la vida. De hecho muchas adolescentes se inician en el consumo de alcohol a causa de la separación de sus padres, divorcio, fallecimiento de alguno de los padres o ausencia física y emocional de los mismos. (Rojas, 1999).

Por su parte Perales (1995) menciona que las mujeres están sometidas a mayor estrés psicosocial y tienen menos oportunidades para realizar un drenaje social de la tensión, aunado a esto, reciben menor soporte social y tienen menor probabilidad de recreación, lo cual las lleva a consumir alcohol.

El Ministerio de Salud de Colombia (1993) estableció que uno de los factores por los cuales la mujer se inicia en el consumo de alcohol son las deficiencias en las relaciones familiares, mala comunicación entre sus miembros o la desintegración familiar.

Autores como Daskal (1989) proponen como factores psicosociales en el inicio de consumo de alcohol en mujeres: La herencia, sobre todo en la relación madre alcohólica-hija alcohólica; la edad en que se denota a la mujer como alcohólica entre 30 y 40 años; experiencias traumáticas como la pérdida del padre, esposo o hijos; pérdidas como el trabajo, divorcio, enfermedades autolimitantes y sentimientos de culpa, temor a la soledad, búsqueda constante de aprobación, temor a interactuar con otros, necesidad de olvidar los problemas sentimentales, familiares o de la vida cotidiana.

Marlatt (1983) menciona que un tratamiento de estilos de enfrentamiento debe involucrar un proceso de aprendizaje a partir de sus errores iniciales seguido por una mejora gradual en el tratamiento. Por su parte, Moos, Cronkite y Finney (1982) sugieren que todos los efectos del tratamiento son diluidos a causa de las influencias que están alrededor del sujeto, como la familia, el trabajo y el estrés de su vida.

6.3.-Panorama conceptual

El estrés es la experiencia universal de nuestra época. En la historia de la humanidad parece que el estrés ha estado siempre presente, pero es hasta nuestros días cuando se ha profundizado en su estudio y se han definido sus características y efectos, con base en el aumento de las exigencias procedentes del ambiente. Todas las personas tenemos que adaptarnos a una vida que es menos perfecta de lo que nos gustaría, en la cual hasta los placeres parecen acompañados de ciertas complicaciones intrínsecas.

Es hasta principios del siglo XIX cuando se sistematizó el uso del estrés, al que se le hace referencia como una *"fuerza interna generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa, que tiende a distorsionarlo"*. Así, encontramos a Cannon (1932), quien consideró al estrés como una *perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia* y a Seyle (1976) que lo define como un *conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo*, reacción que el llamó síndrome general de adaptación. El estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

TRABAJO CON
FOLLA DE ORIGEN

A partir de la década de los 60's se fue aceptando la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento ofrece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final. Lazarus (1966) propuso que el estrés se considera como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos de importancia en la adaptación humana, sin embargo señaló que en el proceso de adaptación el individuo puede pasar por procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática que no necesariamente significan estrés.

Lazarus y Cohen (1977) distinguieron tres tipos de acontecimientos inductores de estrés o estresores según la denotación de Seyle:

1. Cambios mayores que afectan a la mayoría de las personas.
2. Cambios mayores que afectan a una o pocas personas.
3. Los ajetreos diarios.

Estos cambios pueden ser positivos o negativos y pueden conllevar un efecto estresante (Holmes y Masuda, 1974).

Aunque es importante clarificar la taxonomía de estímulos estresantes, ya sea por el contenido o la duración, es vital considerar que existe una amplia gama de diferencias individuales en el acento otorgado a la vulnerabilidad de los acontecimientos; por lo que Lazarus y Folkman (1984) mencionan que aún ante acontecimientos estresantes extremos u ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para un individuo en un momento dado, no lo es para otro, por lo cual para definir el estrés hay que tomar en cuenta tanto las condiciones individuales como las características individuales.

Lazarus (1990), sostiene que el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo el cual es mejor evaluado en las circunstancias cotidianas, por lo que deben evaluarse las fuentes que lo generan, para poner en marcha respuestas de enfrentamiento con la finalidad de intentar manejar el encuentro estresante entre persona-ambiente (González-Forteza, Villatoro, Piek y Collado, 1998).

En el curso de la vida normal, existe siempre la posibilidad de que los individuos se sometan al estrés que provocan las situaciones difíciles. Un caso común es el de la mujer que, al llegar a la madurez, toma conciencia de su fracaso matrimonial y experimenta continuos episodios de frustración y desesperanza; otro, el de un individuo que trabaja excesivamente bajo presiones de mucha responsabilidad. Pero existen muchas otras situaciones en las que se genera una angustia que no se había experimentado previamente o que por lo menos no se relacionaba con acontecimientos y vivencias de nuevo significado existencial, por ejemplo la jubilación, viudez o divorcio, pérdida de un hijo, etc., lo cual, en algunas personas genera un sentimiento de pérdida de las razones para vivir. En muchos de estos casos, se ha encontrado que algunas personas deciden permanecer en estado de intoxicación alcohólica con el propósito de disminuir la tensión y volverle la espalda a una realidad insoportable.

En 1998, García, menciona que las demandas del medio o los estresores pueden ser *físicos* (ruido, hambre, dificultades económicas, sobreactividad, falta de horas de sueño); *psicológicos* (problemas cotidianos, conflictos, eventos traumáticos de la vida); *intrínsecos*

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

a la situación (pérdida del empleo o de un ser querido) o de atribuciones que hace la misma persona (Creo que.....).

Asimismo menciona que existen tres categorías de las fuentes de estrés:

1.-*Acontecimientos de la vida*: Son cambios importantes en la vida del individuo que conllevan a dificultades que plantean retos e incluso peligros para la persona alterando sus actividades normales: matrimonio, embarazo, nacimiento de los hijos, cambio de empleo, ascensos, enfermedades, pérdidas, etc.

2.-*Contratiempos cotidianos*: Son aspectos del medio que están fuera del control del individuo: embotellamiento de tránsito, devaluación de la moneda, ambiente hostil en el trabajo; estos contratiempos son poco importantes, pero las personas pueden sufrir varios durante el día, lo cual pone a prueba su capacidad de afrontamiento.

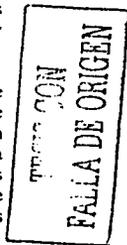
3.-*Dificultades crónicas*: Son situaciones sostenidas durante un lapso muy grande de tiempo: pobreza, relaciones interpersonales problemáticas de pareja o familiares, enfermedades crónicas o frecuentes, contaminación, trabajos de alto riesgo; todos estos problemas requieren una adaptación diaria.

El riesgo de no poder controlar adecuadamente una situación estresante en la vida puede ser especialmente alto cuando se carece de apoyos emocionales alternativos o cuando en el curso de la vida no se encontraron maneras más efectivas para enfrentar infortunios y experiencias negativas. Sería un error, por ejemplo, decir que la causa del alcoholismo de alguien es su fracaso existencial, su divorcio, o cualquier otro acontecimiento doloroso. A partir de esta información, la literatura reporta que todos los seres humanos ocupamos distintos estilos de enfrentamiento ante las situaciones que generan estrés en la vida. Las siguientes aportaciones proporcionan una visión general del surgimiento de este concepto.

En el campo de la etnopsicología, uno de los problemas implicados en el tema del enfrentamiento, es el del significado y conceptualización del término mismo, tanto en el sentido gramatical como en el psicológico, pues existen en el idioma español al menos, dudas si la palabra equivalente más adecuada a la de "coping" del inglés, es confrontación, afrontamiento, enfrentamiento o alguna otra que indique con la mayor claridad posible su naturaleza, lo cual se refleja en la precisión de su significado psicológico. (Góngora-Coronado y Reyes-Lagunes, 1998).

Pero independientemente de cómo se defina y conceptualice el enfrentamiento, su importancia principal radica en que influye en la adaptación, ajuste y calidad de vida, es decir, las formas de afrontar los problemas de la vida están muy relacionadas con la salud y bienestar de las personas. (Lazarus y Folkman, 1984).

El concepto de "enfrentamiento al estrés psicosocial" ha sido ampliamente reconocido en el campo de la Psicología. Los planteamientos tradicionales sobre este concepto provienen de dos aproximaciones metodológicas distintas: La experimentación animal que lo define en función de los actos que controlan las condiciones aversivas, y la psicología psicoanalítica del yo que lo relaciona fundamentalmente con la cognición. Los sistemas de enfrentamiento al estrés basados en la cognición se refieren a una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos hasta mecanismos más complejos y evolucionados.



Fue a partir de la década de 1960/70 que el estudio del enfrentamiento comenzó a sistematizarse en series de investigaciones, aún con una amplia variedad de significados, pero reconociendo siempre la interacción del individuo con su entorno sociocultural.

Murphy fue uno de los pioneros en definir este constructo cognitivo, entendido como *"cualquier intento para dominar una situación nueva que pudiera ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante"*.

Se han realizado diversos estudios con el fin de identificar los recursos personales y ambientales que se relacionan con el hecho de permanecer saludable durante periodos de vida estresantes, ya que para poder comprender la salud psicológica, es necesario desarrollar estructuras predictivas que vinculen el ajuste con la vulnerabilidad y con factores de resistencia. (Folahan y Moos, 1987).

Entre los factores de resistencia, se encuentra precisamente el "enfrentamiento", el cual representa una transacción entre un individuo y su ambiente. Los intentos individuales para enfrentar los eventos de la vida usualmente han sido considerados como una serie compleja de procesos dirigida hacia la moderación del impacto de tales eventos sobre el funcionamiento físico, social y emocional.

Las respuestas de enfrentamiento no solo se centran en la enfermedad, malestar, inhabilidad, etc., sino que la comprensión del modo de enfrentar circunstancias de vida permite conocer también la salud, habilidades, recursos y otros aspectos positivos del funcionamiento humano. (Marsella y Dash-Schauer, 1988).

El modo de enfrentamiento de un individuo se determina por los recursos de que dispone (salud y energía física), creencias existenciales (Fe en Dios), creencias generales sobre control, compromisos que motiven al individuo, recursos para la resolución de problemas, habilidades, apoyo social y los recursos materiales.

Algunas de las definiciones del enfrentamiento que se han encontrado en la literatura son:

- "Cualquier intento para dominar una nueva situación que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, desafiante o gratificante" (Murphy 1962, Cochlo y cols., 1974).
- "Los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante" (Folkman y Lazarus, 1980; Lazarus y Launier, 1978).
- "Conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contiente con los problemas de la vida" (Pearlin y Schooler, 1978).
- "Las conductas que protegen a la gente de ser dañada psicológicamente por experiencia social problemática" (Pearlin y Schooler, 1978).
- "Conducta que modera de manera importante el impacto que las sociedades tienen sobre sus miembros" (Pearlin y Schooler, 1978).

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

- "Intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente" (Billings y Moos, 1981).
- "Esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984).
- "Conductas tanto abiertas como cubiertas, que se eligen para reducir o eliminar el estrés psicológico de las condiciones estresantes" (Fleishman, 1984).
- "Los medios por los cuales la persona afronta las tensiones y hace uso de las oportunidades o la organización singular sugerida por los diversos medios empleados por la persona en sus esfuerzos de adaptación" (Wolman, 1984).
- "Esfuerzos que hacemos tanto cognitivos como conductuales para reducir las fuentes de estrés" (Padilla, 1988).
- "Estrategias conscientes usadas por el individuo, cuando confronta eventos estresantes particulares" (Endler y Parker, 1990).
- "Las diferentes maneras que los individuos pueden adoptar para defenderse, como un intento consciente para tratar con los problemas y dificultades" (Rim, 1990).
- "Esfuerzos cognitivos y conductuales para moderar el impacto de los eventos estresantes sobre el funcionamiento físico, social y emocional" (Nakano, 1991).
- "El uso consciente o inconsciente de estrategias o mecanismos en la adaptación al estrés y a diversos trastornos o demandas ambientales" (Walker, 1991).
- "El afrontamiento es parte de una transacción ambiente-persona que ocurre cuando se evalúa una situación como estresante" (Latack y Havlovick, 1992).
- "Los esfuerzos cognitivos y conductuales usados para confrontar, tolerar o reducir las demandas que complican nuestros recursos mentales" (Senka, Palenik y Kovak, 1993).
- "Esfuerzos por controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés" (Feldman, 1994/1995).
- "Esfuerzos que hacemos para manejar las situaciones que hemos evaluado como potencialmente dañinas o estresantes" (Kleinke, 1998).

Natera y Tiburcio (1997), mencionan que existen diversos tipos de enfrentamiento entre los cuales encontramos: El *emocional* que consiste en expresar las emociones de una manera directa y frontal lo que permite liberar la tensión que produce la situación estresante; el *tolerante* caracterizado por una serie de actitudes y acciones de tolerancia o aceptación de la situación estresante, fingiendo que todo está bien cuando no es así y negando la existencia del problema; el *evitador* que establece una serie de acciones, deseos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

o intenciones para establecer distancia física y emocional en relación con el problema, actuar como si el problema no existiera; el *controlador* manifestado con una serie de acciones e intenciones para controlar la naturaleza y consecuencias de la situación estresante; el *inactivo* que indica falta de acción, es no hacer nada por el temor que le produce involucrarse en el problema, la persona se muestra indiferente, se siente demasiado asustada y sin esperanza para intentar cualquier cosa, es una especie de resignación pasiva ante el problema; el *confrontativo* es cuando se expresan los sentimientos de manera tranquila y abierta lo que ayuda a la persona a sentirse fuerte con respecto a la situación estresante; y el *independiente* que consiste en realizar actividades que fortalezcan su bienestar personal como practicar algún deporte, salir de paseo, salir con amigos, etc., lo que ayuda al individuo a tener confianza en sí mismo, una autoestima alta y a liberar tensión.

Por su parte, Moos (1977) describe 3 estrategias generales de enfrentamiento:

- 1.-**Cognoscitivo-Activo:** Intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- 2.-**Conductual-Activo:** Conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- 3.-**Evitación del Enfrentamiento:** Evitar confrontar activamente el problema o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

Algunas personas hacen frente a los eventos estresantes directamente, mientras que otras personas los evitan minimizando la significancia o quitándose a través de alcohol, drogas o televisión. Las personas que enfrentan minimizando o evitando cuando aparece el estrés, enfrentan la amenaza por corto tiempo; pero si ésta se repite o extiende por mucho tiempo, la evitación puede no ser exitosa, pues los evitadores son incapaces de negociar con las posibles amenazas futuras y pueden no hacer suficientes esfuerzos para anticipar y manejar problemas subsecuentes (Suls y Fletcher, 1985; Taylor y Clark, 1986).

Las funciones del enfrentamiento varían de acuerdo al marco teórico que se este revisando:

- * De acuerdo a la Psicología del yo la función es reducir la tensión y devolver el equilibrio. -White (1974) dice que son 3 funciones básicas: 1) asegurar la información adecuada al entorno;
- 2) mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información y 3) mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según el modelo flexible de expresión.
- * El enfoque socio-psicológico de Mechanic (1974) menciona 3 funciones: 1) afrontar las demandas sociales y del entorno, 2) crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y 3) mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.
- * Sin embargo, la investigación señala que el enfrentamiento tiene 2 funciones principales: 1.- **Afrontamiento enfocado a la emoción (Regulación de la emoción o estrés):** Se utiliza para alterar el significado de una situación y, por lo tanto, realzar el sentido de control del individuo sobre su estrés (Averill, 1973; Silver y Wortman, 1980). Son respuestas cognoscitivas que analizan las consecuencias emocionales de los estresores y ayudan a

RECIBIS CON
 FALLA DE ORIGEN

mantener el equilibrio emocional (expresión verbal y conductual de afecto negativo y esfuerzos indirectos para reducir tensión: comer y beber más).

Los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyen estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. El enfrentamiento dirigido a la emoción aparece cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lasivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

2.- Enfrentamiento enfocado al problema (Búsqueda de información, conductas aplicadas a la resolución del problema que está causando el estrés): Se utiliza para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta (Antonovsky, 1979; Lazarus, 1980; Pearlin y Schooler, 1978).

El enfrentamiento dirigido al problema aparece cuando las condiciones amenazantes resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980).

Kahn, Wolfe y Quinn (1964) hablan de 2 grupos principales de estrategias dirigidas al problema. Las que hacen referencia al *entorno* (modificar presiones ambientales, obstáculos, recursos y procedimientos), y las que se refieren al *sujeto* (cambios motivacionales o cognitivos, reducción de la participación del yo, búsqueda de canales distintos de gratificación, desarrollo de nuevas pautas de conducta, aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos).

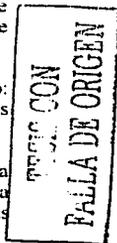
Como podemos ver la función protectora del enfrentamiento se ejerce para eliminar o modificar las condiciones que dan origen a los problemas; controlar perceptualmente el significado de la experiencia de manera que neutralice su carácter problemático y mantener las consecuencias emocionales de los problemas dentro de límites manejables.

Por su parte, Sarafino (1990) postula la existencia de 5 categorías o métodos de como las personas enfrentan situaciones estresantes: acción directa, búsqueda de información, dirección hacia otros, descarga emocional y procesos intrapsíquicos.

Para Díaz Guerrero (1982) existen 2 estilos fundamentales de enfrentamiento: *activo*, el cual busca encarar las situaciones que provocan estrés y *pasivo*, el cual evita estas situaciones.

Ante todo esto, ¿cómo podría determinarse que el enfrentamiento es exitoso?; la literatura reporta que el enfrentamiento se considera más exitoso cuando reduce la alteración fisiológica, cuando el individuo retorna rápidamente a las actividades cotidianas y cuando reduce la angustia psicológica. (Lazarus y Folkman, 1984).

Así como existen estrategias de enfrentamiento, también existen variables que lo pueden afectar como: las variables fisiológicas que sólo indican la presencia, ausencia o grado de estrés, pero no distinguen la calidad del tipo de enfrentamiento; las conductuales que no toman en cuenta los factores individuales y situacionales para hacer un análisis



completo del enfrentamiento; las ecológicas como el ambiente físico, social, características de la población y el problema adaptativo particular y las variables-estímulo que incluyen las actitudes, creencias, motivos, sentimientos y valores.

Lazarus y Folkman (1984), señalan que algunos individuos tienen recursos de enfrentamiento adecuados pero se sienten restringidos para usarlos debido a presiones ambientales o personales; si la comunidad considera ciertas conductas de enfrentamiento inaceptables, lo más seguro es que casi no las utilicen, éstas presiones personales para no usar conductas de enfrentamiento efectivas son adquiridas internalizando valores y normas culturales.

Es por ello que los programas de prevención que enseñen conductas de enfrentamiento deben basarse en valores liberales, humanísticos y realistas; en este sentido deben de exponer a los individuos a diferentes modelos que presenten distintas conductas de enfrentamiento, vincularlos con otros que hayan superado exitosamente la situación y hacer a un lado las barreras socio culturales para la enseñanza o uso de estrategias de enfrentamiento efectivas.

La comprensión y medición del proceso de enfrentamiento puede ayudar a que los individuos manejen procesos emocionales y de solución de problemas de una manera más adecuada, y que su bienestar y calidad de vida no se vean afectados grandemente.

6.4.- Actividades prácticas

- Tercer Semestre
- Lectura, traducción y elaboración del Programa de Estilos de Enfrentamiento dirigido a mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol. Este trabajo se basó en el libro de: Monti, Abrahms, Kaden y Cooney. *Treating Alcohol Dependence, Treatment Manual for Practitioners*.
- Diseño de la sesión de admisión, formato de contrato conductual, formato de la ficha de identificación y listas chequeables para utilizarse durante la sesión de admisión.
- Traducción y adaptación de las sesiones del programa:

Parte 1: Entrenamiento en Habilidades Interpersonales:

SESION 1: Presentación del grupo y evaluación del problema.

SESION 2: ¿Cómo iniciar una conversación?

SESION 3: Dar y recibir elogios.

SESION 4: Comunicación no verbal.

SESION 5: Expresión de sentimientos y Habilidades de Escucha.

SESION 6: Introducción a la asertividad.

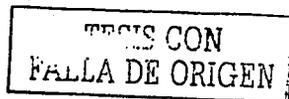
SESION 7: Proporcionar crítica constructiva.

SESION 8: Recibir crítica constructiva/destructiva sobre el consumo de alcohol.

SESION 9: Habilidades y requerimientos para rehusarse a beber.

SESION 10: Entablar relaciones cercanas e íntimas

SESION 11: Aumentar las redes de apoyo social.



Parte 2: Entrenamiento en Habilidades Intrapersonales

SESION 12: Pensamientos acerca del consumo de alcohol.

SESION 13: Solución de problemas.

SESION 14: Incremento de las actividades agradables.

SESION 15: Identificación y manejo del enojo.

SESION 16: Identificación y manejo de los pensamientos negativos.

SESION 17: Enfrentamiento de situaciones de riesgo y despedida.

• Cuarto Semestre:

• Revisión bibliográfica sobre el tema de "Estilos de Enfrentamiento y Consumo de Alcohol en Mujeres" para complementar la justificación y marco teórico del proyecto de investigación.

• Adaptación del Programa de Estilos de Enfrentamiento dirigido a mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol. Este trabajo se basó en el libro de: Monti, Abrahams, Kaden y Cooney. *Treating Alcohol Dependence, Treatment Manual for Practitioners*.

• Ajustes al protocolo de investigación.

• Diseño de la propuesta de investigación que incluyó los siguientes puntos:

a) Tema de investigación: Estilos de enfrentamiento en mujeres bebedoras problema

b) Introducción

c) Antecedentes

d) Marco teórico

e) Pregunta de investigación: ¿Las mujeres bebedoras problema son capaces de adquirir las habilidades interpersonales e intrapersonales descritas en el programa de intervención "Entrenamiento en Habilidades de Enfrentamiento"?

f) Objetivo general: Las mujeres bebedoras problema aprenderán habilidades de enfrentamiento, interpersonales e intrapersonales que las llevarán a mitigar el impacto del estrés y a utilizar los recursos personales, sociales, familiares y comunitarios de una manera más óptima

g) Objetivo específico: Las mujeres disminuirán su consumo de alcohol a partir de la adquisición de las habilidades de enfrentamiento descritas en el programa de intervención

h) Muestra:

Tipo de muestra: Muestra no probabilística

Sujetos: Se trabajará con un grupo de 8 a 10 mujeres bebedoras problema con edad mínima de 20 años

i) Escenario: El programa se implementará en el Colegio Centro Educativo Alpha Omega, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM o en el Centro de Salud en el que se forme el grupo de mujeres

j) Variables:

Variable Dependiente: Habilidades de enfrentamiento interpersonales e intrapersonales.

Variable Independiente: Programa de intervención "Entrenamiento en Habilidades de Enfrentamiento".

k) Diseño de investigación: El diseño de investigación que se llevará a cabo será de tipo cuasi experimental de medidas antes-después. El procedimiento se llevará a cabo con una medición antes de iniciar el programa mediante listas chequeables que evaluarán las habilidades que los integrantes presentan antes de iniciar cada sesión, posteriormente se llevará a cabo la sesión y al finalizar se aplicará nuevamente una lista chequeable para evaluar el aprendizaje y habilidades adquiridas. Al finalizar el tratamiento se aplicará una lista chequeable general para evaluar las habilidades adquiridas a lo largo del programa.

l) Instrumentos: En la sesión de admisión se llevará a cabo una entrevista con la finalidad de evaluar a cada integrante y corroborar que cumplan con los requisitos para ingresar al programa de intervención. Asimismo se llenará una ficha de identificación para obtener sus datos personales, se entregará el reglamento o contrato conductual y se explicará el automonitoreo para registrar su consumo de alcohol a lo largo de todo el programa. Los instrumentos que se aplicarán son los siguientes:

- Ficha de identificación
- Reglamento o Contrato Conductual
- Cuestionario de Pre-Selección
- Cuestionario de Entrevista Inicial

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- Breve Escala de Dependencia al Alcohol
- AUDIT
- Línea Base Retrospectiva
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol. ISCA
- Automonitoreo
- Listas Checables

Dichos instrumentos permitirán corroborar que las mujeres interesadas en ingresar al tratamiento cumplan con el criterio de inclusión de ser bebedoras problema, además es importante monitorear el consumo de alcohol durante el programa para verificar si mediante éste, existió disminución del consumo, el cual es uno de los objetivos de la intervención.

- Se utilizarán listas checables en cada una de las sesiones para evaluar antes y después de llevar a cabo la sesión
- Se aplicará una lista checable general al finalizar el tratamiento para evaluar las habilidades adquiridas.
- Durante todo el tratamiento se evaluará el consumo de alcohol mediante el automonitoreo, con el propósito de verificar si el programa ayudó a las integrantes a disminuir su consumo de alcohol

j) **Desarrollo del programa:** El programa se dividirá en dos partes. 1) *Entrenamiento en habilidades interpersonales*, el cual consta de 11 sesiones y, 2) *Entrenamiento en habilidades intrapersonales* que consta de 6 sesiones, dentro de las cuales se entrenará en habilidades de comunicación. Antes de iniciar el programa se llevará a cabo una sesión de admisión que tendrá el propósito de evaluar a las mujeres para saber si son aptas para ingresar al programa de tratamiento.

- Visita al Centro Educativo Alpha Omega para solicitar el permiso de dar una plática para difundir el programa de Enfrentamiento. Entrevista con el Director René Gomeztrejo para la autorización de la plática
- Preparación de la plática "Consumo de Alcohol en la Mujer" para impartirla en el Centro Educativo Alpha Omega".
- Elaboración de material de difusión para el Programa de Enfrentamiento.
- Elaboración de Material para la Plática sobre el "Consumo de Alcohol en la Mujer"
- Impartición de la Plática "Consumo de Alcohol en la Mujer" en el Centro Educativo Alpha Omega
- Difusión del Programa de Enfrentamiento en: Grupo de A.A. del Fracc. Bosque de Aragón, Grupo de A.A. del Fracc. San Juan de Aragón, Grupo de A.A. de la Villa, Escuelas Preparatorias del Fracc. Bosque de Aragón, Facultades de la UNAM y Consultorios privados.
- Sesión de Admisión para una usuaria que no cubrió los criterios para entrar al Programa, ya que su problema era por consumo de tabaco.
- Sesión de Admisión para una usuaria que no regresó a la cita de Evaluación, y a la cual no pudo localizarse después.
- Visita a la Casa de Mujeres de la "Fundación Dr. Sergio Berumen" Pto. Papantla No. 153, Col. Casas Aleman, para proponer el Programa de Enfrentamiento. Entrevista con la Madrina Blanca Morales para solicitar el permiso de impartir el Programa de Enfrentamiento.
- Entrevista con las mujeres internas de la "Fundación Dr. Sergio Berumen" en la cual se constató que no era una población que cubriera con los criterios de inclusión para entrar al Programa de Enfrentamiento.
- Entrevista con la Dra. Ma. Antonieta González y Ma. Del Socorro González en consultorio privado para solicitar canalización de sus pacientes mujeres con problemas de alcohol al Programa de Enfrentamiento.

**TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN**

- Visita al MUPAC Rivera No. 57 Col. Las Águilas para difusión del Programa de Enfrentamiento.
- Visita al Centro Toxicológico Venustiano Carranza. Ernesto P. Urruchurtu Esq. Prolongación Río Churubusco, para diseminación del Programa de Enfrentamiento.
- Visita al DIF "Cristina Pacheco". Av. Las Torres, Col. Jardines de Guadalupe; en el cual se propuso la implementación del Programa de Enfrentamiento.
- Visita al DIF "Rigoberta Menchú" Valle de Aragón 1ª. Sección en el cual se propuso el Programa de Enfrentamiento en el área de Ayuda a la Mujer.
- Visita al Grupo 24 Horas A.A. Grupo Lindavista, Gustavo A. Madero 412-A. No. 318 Unidad Habitacional Aragón, para proponer el Programa de Enfrentamiento.
- Entrevista con el Mon Señor que esta a cargo del Templo situado en la Villa, al que acuden las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol para solicitar el permiso de difundir propaganda sobre el Programa de Enfrentamiento.
- Visita al Centro Transitorio de Educación y Capacitación Recreativa "El Caracol" Heliodoro Valle No. 337, Col. Lorenzo Boturini para difusión del Programa de Enfrentamiento.
- Visita al Centro Comunitario de Salud Mental. Huanuco No. 323, Col. San Pedro Zacatenco, para proponer el Programa de Enfrentamiento. Entrevista con la encargada de Trabajo Social. Lic. Susana Hernandez Chavez para solicitar autorización de difusión del Programa dentro de la Institución.
- Entrevista con la Lic. Julia Cabrera encargada del Depto. de Previsión Social en ASA para proponer el Programa de Enfrentamiento.
- Elaboración del Cartel "Estilos de Enfrentamiento en Mujeres Bebedoras Problema" para presentarlo en el II Coloquio Internacional de Tratamiento de Conductas Adictivas. Llevado a cabo en el Auditorio Alfonso Caso, en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Semana del 26 de Febrero al 2 de Marzo del 2001.
- Preparación de la presentación sobre el tema "Estilos de Enfrentamiento en Mujeres Bebedoras Problema" a presentarse bajo la Modalidad de Mesa Redonda en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (SMAC), del 19 al 21 de Julio del 2001, en el Centro Cultural Universitario "Casa de las Diligencias", en la Ciudad de Toluca, Estado de México.

6.5.-Resultados

La etapa en la que este proyecto se quedo fue en la difusión y establecimiento de citas con algunas usuarias que no cubrieron los criterios de inclusión o que no acudieron a las citas programadas. Esto corrobora lo referido por la literatura en cuanto al trabajo con población del sexo femenino, puesto que a pesar de la difusión y pláticas impartidas, el grupo no pudo ser conformado. El trabajo que se llevó a cabo en la difusión del programa nos demuestra la resistencia de las mujeres a incluirse a un programa para solucionar el consumo problemático de alcohol, precisamente por la estigmatización que se hace de ellas y la critica social que recibirían al reconocer esta problemática.

El hecho de que el grupo de mujeres no se halla conformado tiene mucho que ver con lo que la literatura refiere puesto que la discriminación contra la mujer sigue siendo parte de nuestra realidad, aunque actualmente son más las mujeres que trabajan y obtienen sus propios ingresos, esta libertad las ha conducido a incluir en su estilo de vida actividades que involucren el consumo de alcohol, sin embargo, cuando presenta problemas con su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manejo de alcohol es rechazada, experimenta más problemas y con frecuencia lo oculta, lo que dificulta una detección e intervención tempranas.

Los esfuerzos por la aplicación del programa y sus resultados van acordes a lo que las investigaciones nos dicen, puesto que el consumo de alcohol en la mujer es una práctica que se niega y oculta porque la sociedad tolera menos un estado de embriaguez en ella, sobretodo por el papel que debe cumplir con los hijos y la familia. La responsabilidad que la mujer tiene en la familia y en la sociedad la obligan a la abstinencia, además tiene que encargarse del cuidado de los hijos todo el tiempo si es que no trabaja fuera de casa. (Natera y Casco, 1991). Esto también tiene que ver con el hecho de que las mujeres que beben, en general lo hacen en su casa y con la dificultad por la aceptación de que tiene problemas con el alcohol. (Pérez-López, González, Rosovsky y Casanova, 1992).

En cuanto a los estilos de enfrentamiento podemos decir que se noto un estilo evitativo por el poco interés que se mostró en acercarse e interesarse en el programa, tal como lo mencionan Cárdenas y cols., (1993), que en los bebedores excesivos se observa que el estilo de enfrentamiento es fundamentalmente pasivo y de evitación.

A pesar de que esta investigación no se haya concluido, estas acciones corroboran parte de lo que las investigaciones nos dicen en relación al consumo excesivo de alcohol en la mujer y las intervenciones.

TRABAJE CON
LA FUENTE DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Angel P. (1987). ¿Es utópica la prevención de la toxicomanía?. Educación y Drogas: Prevención. (pp.1-7).
- Basch C.E. & et. al. (1986). "Diffusion systems for education and learning about health. Family and Community Health". N. 9. (pp.11-26).
- Berruecos Villalobos, Castro Sariñana, Díaz Leal, Medina Mora, Reyes del Olmo (1994). Curso Básico sobre Adicciones. Centro contra las Adicciones (CENCA), Fundación Ama la Vida. Primera Edición, 1994. (pp. 11-13)
- Berruecos L., Castro M.E., Díaz-Leal L, Medina-Mora M.E. y Reyes P (1994). "La Prevención de las Adicciones". Curso Básico sobre Adicciones. Centro contra las Adicciones (CENCA), "Fundación Ama la Vida", I.A.P. México, D.F. Cap. 3 (pp. 132-163).
- Billings, A. G., y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, 4 (2) (pp. 139-157).
- Budney A. and Higgins S. (1998). "Therapy Manual for Drug Addiction". A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. (pp. 1-25).
- Bukoski, W.J. (1991). "A framework for drug abuse prevention research" In: Leukefeld, C.G. y Bukoski, W.J. (Eds.). "Drug abuse prevention intervention research: methodological issues". NIDA Research Monograph, 107, 1991, (pp. 7-28).
- Cárdenas-G., Vite A., Aduna A., Echeverría L. y Ayala H.. (1993). Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 6, Nos. 1 y 2. (pp. 195-205).
- Casco M. y Natera G.. (1993). El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. Revista de Salud Mental. Vol. V., No. 1. (pp. 24-29).
- Crosswaite C. & Curtice L. (1994) "Disseminating research results- the challenge of bridging the gap between health research and health action". Health Promotion International 9(4) (pp.289-296).
- Daskal A (1989). La mujer y su autoestima. "Revista Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe" ISIS Boletín No. 26 (pp. 42-44).
- De la Fuente R. y Medina-Mora ME. (1987). Las adicciones en México: El abuso del alcohol y los problemas relacionados. Salud Mental Vol. V, No. 2 (pp. 3-13).
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). CONADIC, INP, DGE, INEGI.

TRABAJA CON
PALA DE ORIGEN

- García-González EL., (1998). Estrés y cómo afrontarlo. Psicología General. Publicaciones Cultural, México, 1998. (pp. 189-198).
- Góngora-Coronado EA., y Reyes- Lagunes I., (1998). El enfrentamiento a los problemas en jóvenes adultos yucatecos. La Psicología Social en México, Vol. VII (pp. 18-23).
- González-Forteza., Villatoro J., Pick S. y Collado ME., (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al Sur de la Cd. de México: Análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental V. 21. No. 2. (pp. 37-45).
- Hawkins J.D., Catalano, R.F. y Miller J.Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". Psychological Bulletin, 1992.
- Higgins S. (1998). Potential Contributions of the Community Reinforcement Approach and Contingency Management to Broadening the Base of Substance Abuse Treatment. Expanding the range of Behavior change initiatives. Cap. 10 (pp. 283-294).
- Holahan. C. J. y Moos, R.H. (1987). Risk, Resistance and Psychological Distress: A longitudinal Analysis with Adults and Children. Journal of Abnormal Psychology. Cap. 9 (pp. 3-13).
- Hunt G. and Azrin N. (1973). "A Community Reinforcement Approach to Alcoholism". Behavioral, Res. and Therapy. Vol. 11 (pp. 91-104). Printed in England.
- Lazarus RS. y Folkman S. (1984). Stress Appraisal and Coping. Springer, Nueva York, 1984. En español: Estrés y procesos cognitivos, De Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- Marsella A. y Dash-Scheuer, A. (1988). Coping, culture and human development. A research and conceptual overview. En: Dasen, P.R. y cols. (Eds). Health and crosscultural psychology. Estados Unidos de Norteamérica: Sage Publications.
- Medina-Mora ME y Tapia R.(1996). Panorama Epidemiológico del abuso de drogas en la República Mexicana (pp. 1-10).
- Medina-Mora ME. (1999). Las mujeres y el abuso en el consumo de bebidas con alcohol en México. En: "La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios". Cuadernos FISAC, Diciembre, 1999. Año 1, Vol. 1, Num. 003 (pp. 5-12)
- Meyers R. and Smith J. (1995). "Clinical Guide to Alcohol Treatment". The Guilford Substance Abuse Series, New York. (pp. 1-79).
- Natera G. y Casco M., (1991). La mujer frente al consumo de alcohol. Revista de prevención, salud y sociedad. Vol V., Publicación de la Fundación Proyecto de Vida. (pp. 31-39).

- Natera G., (1996). Consumo de drogas en México. (pp. 1-4).
- Natera G., Mora J. y Tiburcio M. (1997). El rol de Las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. XIII, No. 2 (pp. 163-189).
- Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y drogas (2002). Enfoque actual de la prevención. CONADIC/SSA.
- Ortiz A., Unikel C., Sosa R. (1996) Las Adicciones en México: Un enfoque multidisciplinario. (pp. 19-24).
- Paolino, T.J. y McCrady, B.S. (1977) The alcoholic marriage; Alternative Perspectives. New York: Grune and Stratton.
- Perales A., Sogi C., Sánchez, E y Salas R. (1995) Salud mental de una población urbano marginal de Lima. "Monografía de investigación No. 2" I.N.S.M. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima.
- Pérez-Lopez C., González L., Rosovsky H. y Casanova L. (1992). La mujer en el grupo de alcohólicos anónimos. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría Reseña de la VII Reunión de Investigación. (pp. 124-129).
- Persons J. (1997) "Dissemination of Effective Methods: Behavior Therapy's Next Challenge". Center for Cognitive Therapy, Oakland, CA, and University of California, San Francisco (pp. 465-470)
- Rodríguez López J.A. (1994) Ansiedad y estrés en drogodependencias. Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés Octubre de 1994, No. 1.
- Romero M. (1999) Diversidad femenina y consumo de alcohol. En: "La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios". Cuadernos FISAC, Diciembre. 1999. Año I, Vol. 1, Num. 003 (pp. 47-61).
- Rosovsky A (1998). "Herramientas para la acción preventiva". Guía de prevención sobre el consumo de drogas. Juntos por la salud. SSA./CONADIC, México. (pp. 11-48).
- Shanley Ch., Lodge M. and Mattick R (1996). "Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners", Drug an Alcohol Review, 15 (pp. 89-94).
- Sarafino, P. S. (1990) Health Psychology: Biosychosocial Interactions. USA: J. Willey y Sons.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993). Treatment for problem drinkers: a public health priority. In Bear, J.S., Marlatt, G.A., y McMahon, R.C. Addictive behaviors Across the Life Span: Prevention, treatment and policy issues. Newbury Park: Sage
- Unikel C., Ortiz A., Guerrero AL. y Vázquez L. (1993) Un siglo de Historia del uso de drogas en México (1866-1987). Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. México, Secretaría de Salud. (pp. 51-55).

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

➤ Velázquez E. (1993). La calidad de vida y el uso de drogas en Latinoamérica. Las adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. México, Secretaria de Salud. (pp.176-183).

➤ Wolfe B. and Meyers R. (1999). "Cost-Effective Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach" Cognitive and Behavioral Practice 6, (pp. 105-109).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

I- PANORAMA ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002) reporta que existen en el país 32 millones 315 mil 760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12 millones 938 mil 679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta.

Entre los adolescentes de 12 a 17 años de edad, el patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres urbanas y en 0.9% de las mujeres rurales. Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automoviles, mismos que era de esperarse, fueron mas frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema solo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se observó entre las adolescentes rurales). En segundo lugar se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8% en los hombres rurales), solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto, 28 mil 538 adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo reporto haber sido arrestado mientras conducia despues de haberse tomado unas copas. En total 281 mil 907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor indice se observó entre los hombres rurales (4.1%). (ENA, 2002).

En cuanto a la población adulta urbana existen 13 millones 581 mil 107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10 millones 314 mil 325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay 543 mil 197 bebedores más, 357 mil 775 (18.9%) varones y 185 mil 422 (9.9%) mujeres. Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o mas por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o mas al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). El segundo patron de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón. Los problemas mas frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducian después de haber tomado, (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras. En los indices de dependencia el primer lugar lo ocuparon los hombres rurales con 10.5% de la población total que vive en este tipo de comunidades, en segundo lugar, los hombres urbanos con

PROCESOS CON
FALLA DE ORIGEN

9.3%. Los índices en las mujeres son muy inferiores, 0.7% entre aquellas que viven en comunidades urbanas y 0.4% entre quienes viven en comunidades rurales. (ENA, 2002).

El número total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, y 1% y 0.7% con dependencia. Sin embargo se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas (de 2.6 % a 3.7%). En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en este periodo. Se observa también una disminución de 16.0% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente. (ENA, 2002).

En México, los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol que existen, han puesto un mayor énfasis en el tratamiento de un pequeño segmento de la población con dependencia, pero se ha ignorado a aquellas personas que abusan de las bebidas alcohólicas y que representan el segmento más numeroso de la población y con mayor proporción de consecuencias a nivel social derivados de su patrón de consumo. (Medina-Mora, 1991).

A los individuos que constituyen este grupo poblacional se les ha denominado comúnmente "*bebedores problema*". El "*bebedor problema*" es aquella persona que tiene problemas por su consumo pero no ha experimentado los síntomas graves de abstinencia. (Ayala y Gutierrez, 1993).

La mayoría de los servicios de tratamiento que existen en el país están dirigidos a bebedores severamente dependientes (o alcohólicos), en los cuales se instrumentan estrategias apropiadas para esa población, sin embargo, los bebedores con un bajo nivel de dependencia tienen una probabilidad muy baja de recibir un tratamiento adecuado a su problemática, lo que constituye un balance inadecuado en la prestación de servicios a esta población. (Sobell y Sobell, 1993).

Ante esta situación se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo de desarrollar una elevada dependencia al alcohol y en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves, capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse en una variedad de culturas. (Babor, Ritson, Hodgson, 1986).

Las conductas adictivas han sido descritas como problemas motivacionales y, un número de modelos concernientes al papel de la motivación en la búsqueda de ayuda han sido propuestos. Los estudios revelan que el cambio no es típicamente espontáneo, sino un proceso que involucra un número de pasos: Reconocimiento del problema, edificación de la motivación para el usuario molesto con el cuidado de sí mismo y la resolución para parar el consumo. La pobre motivación, falta de interés, minimización, negación, racionalización y resistencia son consideradas rasgos universales entre los abusadores de sustancias. La falta de motivación representa una falta de conciencia de problemas o una función de las relaciones de trabajo interpersonal entre el abusador y terapeuta. Numerosos abusadores de sustancias han sido capaces de resolver sus problemas de abuso de sustancias fuera de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tratamiento formal, los cuales representan únicamente un grupo pequeño de quien tiene problemas con alcohol y drogas; otros, han utilizado recursos como grupos de auto ayuda (A.A.).

La motivación es vista como un constructo multidimensional que tiene múltiples determinantes; algunos abusadores de sustancias que se perciben a ellos mismos como que tienen un problema, son capaces de cambiar fuera de un tratamiento formal, sugieren que hay una buena disposición para cambiar una conducta. En este contexto, la tarea de motivación no es vista como un tratamiento, más bien como una posible tarea de concientización del problema, tarea para percibir que se necesita cambiar, buscar tratamiento o para interesarse en la utilidad de las opciones de tratamiento. Saunders et al. (1996), argumenta que los individuos continúan bebiendo o usando drogas, en vez de escoger salir de esto buscando ayuda, no están motivados; mas bien, la motivación de continuar el consumo es más fuerte que la motivación para parar, piensan más en los aspectos positivos para continuar el uso, que en los aspectos negativos. La *motivación* ha sido definida como *las razones individuales escogidas para cambiar la conducta adictiva y la fuerza del deseo para hacerlo, es un componente esencial del individuo y la fuerza para el deseo y probabilidad del cambio.* (Donovan y Rosengren, 1997).

La agravación gradual de los efectos negativos por el uso de alcohol y drogas en los dominios psico-sociales de la vida de la persona describen la forma clásica de "tocar fondo". La tradicional noción de "tocar fondo" y la percepción de pérdida de control sobre una conducta adictiva, ha sido reportada como un componente necesario para la recuperación, esto representa únicamente uno de los numerosos patrones de eventos que conducen a la conciencia del problema o a la motivación. El proceso de cambio aparece como el resultado de la interacción de las influencias del ambiente, incluyendo eventos negativos y consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias, actitudes para el cambio y reorientación de un comportamiento en relación al abuso de sustancias. (Donovan y Rosengren, 1997).

El proceso "pros y contras" involucra la evaluación de la percepción de los beneficios y consecuencias asociadas con la reducción o paro del uso de drogas. Los "pros" del uso continuo incluye la percepción de beneficios, emociones de alivio o escape, efectos positivos de las drogas, factores de estilo de vida positivos, alivio de dolor psíquico y estrés y beneficios sociales e interpersonales. El uso continuo está asociado con los "contras" como una percepción negativa general del si mismo y la droga, pobre o disminuida calidad de vida, involucración en aspectos criminales, fracasos personales y presión de otros. Sobell y Cunningham et al. (1995) encontraron que el proceso de la evaluación cognitiva del peso de los "pros y contras" del uso continuo estuvo comunmente reportada como una razón dada por quien resolvió su problema de abuso de sustancias sin tratamiento. La razón para cambiar el patrón de uso de alcohol y drogas es motivada en parte, por las consecuencias negativas del uso continuo más que por los beneficios percibidos. Rollnick, et al. (1996) y Cunningham, et al. (1997) encontraron que las medidas de los resultados de las expectativas concernientes a los "pros y contras" para el uso o reducen el consumo de alcohol en relación a los resultados del tratamiento.

Los "pros" son las expectativas positivas que motivan el uso continuo de sustancias y reflexionan la posible razón para su uso (pueden llevar a la recaída). Los "contras" son las expectativas negativas como los pensamientos que sirven para frenar el uso y

TESTES CON
FALLA DE ORIGEN

reflexionar sobre las razones de abstinencia o moderación (pueden llevar a largos periodos de abstinencia o moderación).

Las etapas del proceso de recuperación son: *reconocimiento del problema, soltura, cambio inicial de conductas de uso de sustancias y resolución o mantenimiento*. Las 3 etapas primarias son: *motivación, acción y mantenimiento*. Las etapas de motivación y cambio (Prochaska y DiClemente, 1986) son: *precontemplación* (la persona no está consciente del problema o de que el cambio es necesario), *contemplación* (aumenta la evaluación de si mismo y adquiere conciencia del problema, pero todavía no tienen compromiso para cambiar), *preparación* (incremento en la conciencia de las ventajas de cambio de conducta y disminución de las desventajas) y *acción* (cambio de conducta inicial individual con o sin asistencia de intervención externa).

Röllinck (1996) encuentra relación positiva entre expectativas y resultados de tratamiento, el creer en el tratamiento puede hacer que sea efectivo, evaluar los costos y beneficios percibidos puede reducir el consumo y prepararlo a cambiar.

Hasin (1994) dice que menos del 10% de los abusadores de alcohol que buscan ayuda consultan a médicos, A.A., sacerdotes, ministros, rabinos, hospitales generales y programas de salud mental. La diferencia de generos es fundamental en la búsqueda de ayuda: el hombre es más probable que se acerque a un tratamiento de alcohol, las mujeres buscan ayuda en los médicos profesionales. La búsqueda de ayuda está relacionada con mayor severidad psicológica, interpersonal, social y problemas físicos asociados con el uso de sustancias, la naturaleza de la percepción determina muchos de los problemas y el tipo de asistencia que se persigue. Los hombres es más probable que identifiquen el alcohol como la fuente de los problemas en su vida (legales, financieros, familiares y del trabajo); las mujeres observan sus problemas en términos de salud mental, estrés, ansiedad y depresión.

La búsqueda individual al tratamiento de abuso de sustancias se da sólo después de intentar cambios en si mismos y fallas en otras formas de ayuda. Miller dice que la motivación es la probabilidad de incrementar la búsqueda individual de la admisión y cumplir con el tratamiento. DeLeon y Jainchill (1986) sugieren que los procedimientos intrínsecos y extrínsecos contribuyen a la matriz motivacional.

Los consumidores de sustancias, especialmente los que son obligados a entrar a un tratamiento (por las cortes) no están motivados para el tratamiento y es menos probable que completen las recomendaciones del tratamiento, que sean dados de baja del programa o que tengan resultados pobres.

Watson y cols., concluyen que la presión externa es necesaria para quien busca tratamiento o quiere moderar su forma de beber. Un número de factores internos y externos contribuyen a la decisión de tomar un tratamiento: Varney et al., sugiere que para que un adicto busque ayuda debe valorar las consecuencias de continuar bebiendo o usando drogas en contra de la anticipación de consecuencias positivas de buscar tratamiento. Los que buscan tratamiento formal se caracterizan porque son más dependientes a la sustancia, se perciben como dependientes, usan sustancias más frecuentemente y en cantidades mayores, tienen mas consecuencias negativas, expresan mayor necesidad de ayuda, tienen pocos recursos y funciones psicosociales pobres, perciben su vida como fuera de control y tienen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayor presión social para buscar tratamiento. Entrar a tratamiento puede estar motivado por el interés individual en parar el uso de sustancias, más que por las percepciones de consecuencias negativas del uso y el deseo para resolver problemas con otros significativos.

Otro factor importante en la búsqueda de ayuda es el nivel de conciencia en el adicto y la evaluación de la disponibilidad de los servicios de tratamiento. Las cogniciones individuales, motivación y toma de decisiones, están influenciadas por el conocimiento de las alternativas de tratamiento, percepciones de su utilidad y costos relativos (financieros y psicológicos) de búsqueda de tratamiento. De vez en cuando la falta de información objetiva puede contribuir para que los individuos no busquen tratamiento. Los individuos pueden tener motivación elevada para cambiar, pero abrazan opiniones negativas acerca del tratamiento y su eficacia, o sienten que hay un emparejamiento mal hecho entre un tratamiento particular y sus necesidades y expectativas de tratamiento. En contraste, una valoración positiva del tratamiento y su eficacia se asocia con búsqueda de tratamiento y entrada; el incrementar la motivación para el tratamiento se asocia con las expectativas de lo que sucede en el tratamiento. Las barreras físicas o psicológicas (razones que tienen las personas para no utilizar servicios de tratamiento especializados en la adicción, o la no modificación de su conducta problemática con el alcohol o drogas) pueden moderar la relación entre la motivación para el cambio y la disposición para el tratamiento. La motivación, aptitud para cambiar, búsqueda de ayuda y tratamiento, representan componentes importantes en el proceso de cambio para muchos abusadores de sustancias.

El cambio de la conducta adictiva es un proceso mediado por: 1) panorama característico de la persona; 2) etapa de cambio o motivación para producir cambio positivo de comportamiento y 3) estructura del proceso de toma de decisión que involucra: creencias y valoración de la salud, resultados de expectativas de auto eficacia, razones y barreras para cambiar.

La motivación creciente para el tratamiento se puede asociar a expectativas de éxito de tratamiento; el factor que distingue entre los que se incorporan o no a un tratamiento es la expectativa que tienen del mismo.

Tomando en cuenta las principales teorías de la Psicología Motivacional y autorregulación, la intervención breve fue diseñada para estimular las capacidades de los individuos de auto-evaluación, auto-monitoreo y auto-regulación del comportamiento para inducir el cambio. El *modelo de intervención breve* asume que el proceso de cambio es activado cuando se perciben los beneficios del uso de alcohol y drogas (aumento de las actividades agradables y mejora de las habilidades de afrontamiento), y los costos del mantenimiento de la conducta (problemas familiares, legales y de empleo). Si el uso de sustancias es reducido o eliminado a favor de la conducta adaptativa porque no produce beneficios útiles el uso de sustancias, el equilibrio se reestablece. La intervención breve es vista como un vehículo que dirige o facilita la ocurrencia natural del proceso de cambio; esta aproximación ayuda al individuo a elevar su conciencia de los problemas que le ha creado el abuso de sustancias, proporcionándole la oportunidad de considerar factible, la aceptación de alternativas para cambiar su estilo de vida, puesto que han causado daño y dolor a su familia, han perdido su trabajo o se sienten avergonzados por su comportamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La *auto-eficacia* se refiere a la expectativa o alternativa útil que se tiene para cambiar el estilo de vida; las personas con alta auto-eficacia están más motivadas a llevar a cabo las acciones que sean necesarias para modificar su estilo de vida y creen que poseen las habilidades y recursos requeridos para cambiar.

Otro aspecto de la intervención breve es el énfasis del lugar en que el cliente elige planear e implementar la meta de cambio. El proceso de solución del problema es facilitado por la búsqueda del cliente con respecto al cambio del patrón conductual, el cual implica la negociación de un contrato entre paciente y terapeuta, concerniente al plan de actividades incompatibles a la bebida o uso de drogas, que tendrá que llevar a cabo el cliente para determinar el rol dentro de su familia y pareja y darle dirección al problema. Recientemente se ha involucrado al otro significativo (esposa) dentro del tratamiento, el cual tiene una participación activa dentro de las sesiones de tratamiento, sobre todo si su relación con el cliente es positiva. Este compañero proporciona la evaluación de entrada, retroalimentación y apoyo, mientras el cliente intenta su cambio conductual. Resumiendo, la intervención breve apunta a: *1) incrementar la conciencia de la persona de los costos y consecuencias del uso de sustancias; 2) aumentar su creencia sobre sus habilidades para cambiar (aumentar auto-eficacia); 3) utilizar un sistema de ayuda natural para apoyar el cambio; 4) encaminar a la persona para que acepte su responsabilidad para el cambio y 5) promover un compromiso para el cambio.*

Los procedimientos de intervención breve incluyen evaluación y retroalimentación, contrato y establecimiento de metas, técnicas de modificación conductual y biblioterapia auto-dirigida. Estos métodos son aplicables en general en el cuidado a la salud, pueden ser usados efectivamente por numerosos cuidadores de la salud y salud mental; incluyendo médicos de cuidados primarios, médicos especialistas, enfermeras, enfermeras practicantes, asistentes médicos, dentistas, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas de pareja y familia.

La intervención breve en familia puede ser utilizada en una variedad de escenarios de cuidado y promoción de la salud que no están afiliados con programas de tratamiento especializados en abuso de sustancias. En escenarios de cuidado primario, como consultorios médicos o departamento de urgencia en un hospital, la intervención breve ha sido empleada oportunamente con individuos que tienen problemas moderados con el alcohol, fumadores o personas con sobre peso. La intervención breve ha llegado a ser parte de los programas de promoción de la salud implementada por los practicantes en escenarios del cuidado a la salud primaria.

En escenarios de tratamiento no especializados, los componentes de la Intervención Breve consisten en entrevistas de 15-30 min. que involucran evaluación, retroalimentación de riesgos personales para incrementar su conciencia de las consecuencias negativas del consumo, consejo de como cambiar la conducta problema enfocado a identificar acciones que apunten al cambio en el patrón de consumo de alcohol para reducir el riesgo, estableciendo los puntos de consumo diario o semanal y establecer un plan para llevarlos a cabo; folletos de auto-ayuda y llevar a cabo estrategias que apunten a movilizar la motivación del cliente y sus recursos de enfrentamiento para estimularlo a un cambio conductual positivo.

TRABAJA CON
FAMILIA DE ORIGEN

En escenarios especializados, la Intervención Breve ha sido empleada como un solo tratamiento o como adjunta a un tratamiento convencional en programas de mantenimiento con metadona. Los practicantes en el cuidado de salud primaria son individuos que conducen las intervenciones en escenarios especializados y son identificados como "especialistas" con experiencia en el tratamiento de los desórdenes de la droga y el alcohol. Hay diferencias existentes en la forma de dar la intervención breve en escenarios de tratamiento especializados y no especializados, porque las personas con problemas más serios relacionados al uso de sustancias, buscan ayuda en programas especializados, y la intervención breve es conducida en 4 a 6 sesiones; esto da la oportunidad a los practicantes de establecer situaciones motivacionales en el cliente para alcanzar beneficios óptimos de intervención. La *entrevista de evaluación* es más extensa (3 hrs.) que la entrevista en escenarios no especializados y se conduce separadamente a las sesiones de consejo y retroalimentación. Debe obtenerse información de las diversas áreas de vida afectadas por el uso de sustancias y de los patrones de consumo y síntomas relacionados. La *retroalimentación y sesión de consejo* (90 min.) es más detallada y extensa, aquí se motiva al cliente, se enfatiza en el compromiso para el cambio, se examinan los impedimentos e incentivos para el cambio, se incrementa la conciencia acerca de la severidad de los problemas, se enfatiza en la responsabilidad para el cambio, incremento de la auto-eficacia y se promueve el optimismo para el cambio.

Pasos implementados:

1) **Screening:** La guía médica recomienda 4 preguntas para evaluar a los individuos: 1) qué harán para reducir la bebida, 2) si han molestado a otros por su bebida; 3) si se sienten culpables por su bebida y 4) si al abrir los ojos en la mañana se han preguntado: cuántos días han bebido en la semana, cuantas copas beben, cuál es el número máximo de bebidas por ocasión que han consumido el último mes.

2) **Evaluación:** Los practicantes deben evaluar la presencia de dependencia física, problemas médicos o psiquiátricos, patrones dañinos de bebida, con respecto a la cantidad y frecuencia del consumo, uso de drogas que alteran el humor y problemas psicosociales importantes en las áreas del funcionamiento de la vida. La evaluación comienza preguntándosele al cliente si el consumo de drogas y alcohol le ha causado problemas en su vida (familiares, laborales, legales, sociales, de salud, médicos o psiquiátricos); síntomas de la dependencia al alcohol (ideación suicida, depresión); si el problema es complejo o muy serio se le debe remitir a un especialista en salud mental para que lo evalúe e intervenga.

3) **Consejo:** El consejo tiene un poderoso efecto para motivar al cliente a reducir el consumo; se le da retroalimentación de como el consumo de drogas y alcohol afecta su salud (insomnio, problemas familiares, dolores de cabeza, accidentes y heridas) para motivarlo a cambiar. Algunos clientes necesitarán reducir el consumo, pero otros tendrán que llegar a la abstinencia (por problemas de salud, embarazo, dependencia).

4) **Evaluación de la motivación al cambio:** Hay que preparar al individuo al cambio dependiendo de la etapa en que se encuentre: 1) no interesado en cambiar, 2) considerando el cambio, 3) listo para la acción, 4) iniciar la acción, 5) mantenimiento.

5) **Establecer la meta para el uso de alcohol y otras drogas:** Se proporciona ayuda al cliente para establecer una meta apropiada basada en: 1) naturaleza y severidad de sus problemas, 2) apoyar la meta de acuerdo a sus circunstancias de vida y 3) recursos

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

sociales y personales. La negociación se hace estableciendo un contrato por escrito y ofreciendo al cliente un manual de auto-ayuda y otros materiales de lectura, en su libro de trabajo el llevará tareas a casa para lograr el mantenimiento.

6) Procedimientos de seguimiento: Se hace una llamada telefónica al cliente para apoyarlo en su cambio, revisar otras metas, evaluar si hubo algún problema y ofrecer una visita adicional si se requiere.

Para los clientes que permanecen ambivalentes o inciertos acerca del cambio en el uso de alcohol y drogas, las técnicas de consejo motivacional deben ser aplicadas, las cuales pueden incluir al otro significativo para apoyar el proceso de cambio. Los esfuerzos de abstinencia o control del uso de sustancias deben ayudar a resolver la ambivalencia y a identificar apropiadamente las estrategias y metas del cambio conductual.

A los individuos con dependencia al alcohol se les aconseja que la abstinencia es la aproximación más segura en este momento; los procedimientos de desintoxicación son revisados y se le avisa a su familia que se le está dando la oportunidad de un proceso de reorientación; se les pregunta que piensan de estas recomendaciones y se les invita a regresar en pocos días para discutir preguntas y dudas. Cuando el cliente está listo para el cambio, diversas situaciones son enfatizadas para facilitar la entrada al programa de tratamiento especializado. Se le puede explicar que el abuso de sustancias es un problema complejo de salud con componentes genéticos, neuroquímicos, sociales y conductuales; se discute la relación entre cambios neuroquímicos y anhelos y la pérdida de control sobre el uso de sustancias, los términos de "alcohólico" y "adicto" son evitados, así como la comparación con personas que han muerto por dejar el alcohol o drogas. Si el cliente permanece ambivalente acerca del tratamiento, se emplean las técnicas de consejo motivacional. La depresión, ideación suicida, ansiedad, desórdenes del sueño, y relaciones con otros son monitoreadas en un formato de intervención breve; los problemas de lípidos, nutrición pobre, riesgos de enfermedades de transmisión sexual, uso de cigarrillo y uso de drogas ilícitas son observadas durante el período de recuperación inicial. La desintoxicación médica va seguida por una terapia de auto-control y entrenamiento en habilidades como la cognitivo-conductual.

Los patrones de cambio de conducta adictiva son un proceso a largo plazo, y algunas personas necesitan escuchar las consecuencias negativas sucedidas a otros antes de comprometerse al cambio. Las actitudes y creencias sobre los servicios pueden tener un efecto profundo en la habilidad de identificar y tratar personas afectadas por el uso de sustancias, y es aquí donde el clínico debe intervenir para ayudar a este tipo de personas a cambiar sus actitudes y creencias.

Entre los modelos cognitivo conductuales se encuentra el Modelo de Autocambio Dirigido a Bebedores Problema, el cual se dirige a la atención de personas con dependencia media al alcohol y es un programa de intervención breve fundamentado en la Teoría de Aprendizaje Social y en el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.

El *modelo transteórico* (Prochaska y DiClemente, 1986) propone nuevos caminos para observar el cambio de conducta e incluye lo siguiente:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- El concepto de los estados de cambio hace énfasis en el cambio de conducta para empezar la mejoría en individuos quienes se sienten inseguros (contemplación) o no piensan actualmente en un cambio (pre contemplación).

2.- El modelo sugiere que el número de intentos o interacciones en el ciclo de estados de cambio requiere de una meta conductual a largo plazo.

3.- El modelo propone que los diferentes procesos son relevantes para el continuo del cambio y proporcionan una guía a los practicantes de cómo aumentar la motivación al cambio.

4.- El modelo enfatiza que la evaluación no debe únicamente enfocarse al cambio conductual como un criterio o medida de éxito, pero si debe incluir un criterio comprensivo a lo largo del continuo del cambio.

5.- El modelo es atractivamente atrayente porque aparentemente es muy simple; facilita la incorporación del aumento de la motivación y los conceptos del cambio conductual en la educación profesional.

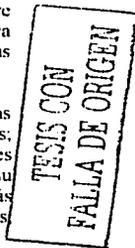
Este modelo describe el proceso de cambio en la conducta de los humanos. Los estados de cambio, proceso de cambio, balance decisional, auto eficacia son constructos interactivos que describen el cambio de conducta y las características del proceso de cambio.

Los estados de cambio sirven para clasificar a la gente de acuerdo a su progreso, se han identificado 5 estados inicialmente en estudios para dejar de fumar, y actualmente se han extendido a otros problemas como abuso de alcohol, control de peso, uso del condón, los cuales son:

- **Precontemplación:** No hay intención de tomar acción dentro de los siguientes 6 meses. No hay intención de cambiar la conducta en el futuro previsible; ignoran o no están conscientes de sus problemas: "No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema, sin embargo, los demás están muy al tanto de que el pre contemplador tiene problemas". Estos se sienten forzados a cambiar su conducta adictiva por la presión de un conyuge, jefe, amigos, etc., pero al acabarse la presión, vuelven a sus viejas costumbres.

Los individuos usan los procesos de cambio significativamente menos que las personas en cualquier otra etapa; tienen menos información acerca de sus problemas; gastan menos tiempo y energía re-evaluándose; experimentan pocas reacciones emocionales para los aspectos negativos de sus problemas; hacen poco por mover su atención o medio ambiente hacia la resolución de sus problemas; en la terapia son los más resistentes hacia los esfuerzos del terapeuta por ayudarlos a cambiar. (Ayala y Cárdenas 1996).

- **Contemplación:** Intentos para tomar acción dentro de los siguientes 6 meses. La gente está consciente de que tiene un problema y está dispuesta a vencerlo, pero no ha establecido un compromiso de emprender la acción y puede permanecer aquí durante



largos periodos. "Sabe a donde quiere ir pero no está completamente listo". Hay una consideración seria de la resolución del problema. Es un periodo de ambivalencia porque se considera el cambio y a la vez se rechaza. El paciente es más abierto a las intervenciones, observaciones, interpretaciones y confrontaciones; usan biblioterapia y otras intervenciones ocasionales; se re-evalúan afectiva y cognitivamente; ensayan valores para actualizarlos, ponerlos en marcha y hacerlos reales; la conducta problema más importante es el centro de ellos mismos. (Ayala y Cárdenas, 1996).

- **Preparación:** Intentos para tomar acción dentro de los 30 días. Proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después de la introducción de los procesos del tratamiento, en donde se observa el problema que quiere modificarse y para lo que hay que tomar en cuenta la vida general del paciente. Es aquí donde debe recabarse información detallada para hacer un análisis funcional de la conducta de beber (antecedentes y consecuentes del uso de sustancias) tomando en cuenta la cantidad y frecuencia de alcohol consumida, circunstancias en que consume, estados de ánimo que anteceden y preceden al consumo, historial de síntomas de abstinencia, problemas médicos asociados, duración del consumo, consecuencias positivas, otros problemas de vida, etc.

Para recabar toda esta información se va hacer uso de instrumentos de medición. Esta etapa lleva al usuario a ir identificando los problemas relacionados al consumo de alcohol, lo cual ayudara a que se vaya dando cuenta de que tiene un problema, pues al hacer el análisis funcional se percata de que la conducta de beber ha tenido factores que la han desencadenado, los cuales le han traído consecuencias negativas y positivas que probablemente le estén provocando ya serios problemas. (Ayala y Cárdenas, 1996).

- **Acción:** Tiene un cambio en la conducta menor a 6 meses. El individuo modifica su conducta, experiencias o entorno con el fin de vencer sus problemas. Cambios conductuales más manifiestos, requiere de una dedicación considerable de tiempo y energía.

El paciente actúa con una sensación de auto liberación; necesita creer que tiene la autonomía para cambiar su vida; si resbala durante la acción lo atribuye a su falta de voluntad; puede experimentar culpa o vergüenza que le impide intentar la acción otra vez; si atribuye todo su éxito al terapeuta o a una relación de ayuda, corre el riesgo de volverse dependiente del terapeuta. Esta etapa es particularmente agotadora, implica experimentar coerción, culpabilidad y los límites de la libertad personal, el cliente requiere fuerza y comprensión de una relación de ayuda, lo cual disminuye la angustia y el miedo de tomar una acción para un cambio de vida. (Ayala y Cárdenas, 1996).

- **Mantenimiento:** Ha cambiado su conducta por más de 6 meses. La gente trabaja para impedir la recaída y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. "Continuación del cambio". Estabilización del cambio de conducta y evitación de la recaída. Puede durar para el resto de la vida. Etapa posterior al inicio de la abstinencia o moderación en la que el individuo debe trabajar con más ahínco para mantener su compromiso de cambiar a través del tiempo, debido a que en esta fase se enfrenta a multitud de tentaciones, estresores e influencia de viejos patrones de hábitos. Se hace una evaluación directa de las condiciones en las que podría haber recaído, evaluando las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alternativas que tienen para hacerle frente. Es importante que el cliente sienta que se está convirtiendo en la persona que desea ser. (Ayala y Cárdenas, 1996).

Este modelo ha sido de gran interés para investigadores, clínicos y educadores y se ha publicado de literatura más de 150 artículos en libros, revistas y monografías entre 1979 y 1995. La mayoría de las publicaciones están relacionadas con el desarrollo y evaluación del modelo en el área de la conducta de consumo de sustancias, en donde el 44% están relacionadas con el uso de tabaco y alcohol, y únicamente el 14% se relacionan con los diferentes procesos de psicoterapia. Sin embargo, el número de artículos publicados relacionados con el desarrollo y evaluación del modelo es pequeño en comparación con los estudios publicados de la aplicación y descripción del modelo transteórico. Son pocos los artículos publicados en 1996, los cuales se refieren a la crítica, pero no incluyen un resumen de los datos de investigación.

II.- PANORAMA CONCEPTUAL

El consumo de drogas es una vieja práctica de la humanidad, y se ha utilizado con fines médicos, religiosos o recreacionales; siempre ha existido una parte de la población que consume drogas. Por diversas razones, el consumo de sustancias ha sido tanto tolerado y fomentado como reprobado socialmente.

Hoy se discute si la dependencia a sustancias adictivas o farmacodependencia constituye un problema de índole jurídico, sanitario, psicológico, social o incluso geopolítico; lo que ha llevado, dependiendo del enfoque adoptado, a la generación de una gran proliferación de información, la cual muchas veces ha resultado parcializada y fragmentada.

En la actualidad la farmacodependencia se presenta como un fenómeno sumamente complejo y de enorme connotación social, lo que denota la importancia de contar con un enfoque integral que abarque todos los aspectos del fenómeno, sin caer en encuadres reduccionistas basados en el énfasis parcial de algún aspecto.

Es así que se enmarca la situación actual de las adicciones en nuestro país, en donde también pueden observarse las carencias tanto a nivel institucional como particular en el abordaje de las mismas, esto debido a la complejidad de dicho fenómeno, puesto que se ha observado que este se lleva a cabo en base a las herramientas y capacidades desarrolladas muchas de las veces a través de la práctica o de la experiencia misma con algún tipo de sustancias lo cual hace que dichos esfuerzos se vean limitados toda vez que no existe una conceptualización integral de todos los factores involucrados en esta problemática.

Desde una perspectiva convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva e incurable (Hill, 1985; Pattison y cols., 1977). En su versión más simple, el modelo de enfermedad progresiva dicta que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol desarrollaran una dependencia severa si no dejan de beber (De la Fuente, 1987).

Este enfoque predominante sobre todo en las Ciencias Médicas, plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento la abstinencia y en él descansan tres aproximaciones fundamentales de abordaje de la intervención:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1) **Uso de medicamentos:** El medicamento más comúnmente utilizado es el Disulfiram (Antabuse), el cual provoca en el usuario una reacción fisiológica antagónica a la ingesta de alcohol y su efecto se mantiene por periodos de tiempo significativos. Los síntomas que provoca son: enrojecimiento y calor en la cara, dolor en el pecho y taquicardia, náusea y vómito, sudoración, dolor de cabeza, vértigo, debilidad, dificultad para respirar y marcado descenso en la presión arterial. Otros medicamentos utilizados son el metronidazol, psicotrópicos, combinación de tranquilizantes y ansiolíticos o antidepresivos; sin embargo, ninguna droga ha demostrado de manera definitiva disminuir el consumo y hay escasa evidencia de que la eliminación de síntomas, decremente las tasas de reincidencia. Aún así, las drogas psicotrópicas siguen siendo uno de los tratamientos más comunes para alcohólicos.

2) **Terapias Aversivas:** En estas terapias se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareadas con la ingesta de alcohol en situaciones controladas en un esfuerzo por establecer una respuesta condicionada negativa a la ingesta de alcohol. Con el empleo de sustancias que provocan náuseas al aparecerse con bebidas alcohólicas, se han encontrado tanto resultados positivos (Weins y cols., 1976) como resultados negativos (Wallerstein, 1958) en tratamientos para alcohólicos. Sin embargo, no existen estudios controlados con poblaciones suficientemente amplias para poder hacer conclusiones definitivas sobre este tipo de tratamiento, que ha dejado de ser de empleo frecuente, por las implicaciones éticas de su uso.

3) **Psicoterapia:** El uso de psicoterapia individual y de grupo con énfasis en el "insight" como base del proceso terapéutico ha sido y continúa siendo la estrategia de intervención más usual con los alcohólicos y bebedores problema a pesar de que no representan un tratamiento de elección efectivo para éstos. (Gomez, Schartz y cols., 1978).

Otra de las Aproximaciones mas utilizadas ha sido *Alcohólicos Anónimos*, pero ha habido pocos hallazgos interpretables para generalizar. Los intentos para evaluar la efectividad han sido infructuosos debido a una gran variedad de problemas metodológicos, como el que no se pueda llevar un seguimiento sistemático, la carencia de grupos control, abstinencia como unica meta de tratamiento y sobre todo la prohibición de ingreso a personas que no se conciben así mismos como alcohólicos. Todo esto hace que el conocimiento acerca de esta aproximación no haya mejorado más allá de lo que ya se sabía: que muchas personas van a sus grupos, que algo hacen bien y que atribuyen su éxito a esa asistencia (Bebbington, 1976).

La carencia de resultados positivos consistentes en la investigación realizada en las áreas señaladas y en las Ciencias Sociales, sobre todo en Psicología, ha resaltado lo controversial de emplear la abstinencia como único indicador de efectividad o como la meta unica de tratamiento.

Por otra parte un número considerable de investigaciones sobre la genología del alcoholismo ha revelado, que solo una minoría de individuos que presenta problemas con su consumo en cierto momento continuará teniéndolos con igual o mayor magnitud en el futuro si continúan bebiendo (Mandel, 1983; Pattison y cols., 1977). El patrón de consumo más típico es el que se caracteriza por periodos de problemas en el beber de variada severidad, interrumpidos por periodos de abstinencia o beber moderado no problemático. Una respuesta a estos hallazgos es que el "alcoholismo" es un síndrome específico que sólo

HECE CON
FALLA DE ORIGEN

es aplicable a una minoría de individuos que muestran progresión y otros atributos estereotípicos de los verdaderos alcohólicos (Hill, 1985). Bajo esta consideración se estima que se ha enfatizado mucho en un pequeño segmento de la población (individuos con dependencia severa al alcohol), mientras que se ha ignorado por mucho tiempo a una población muy grande e importante, que son aquellos que abusan del alcohol (*bebedores problema*). Los bebedores problema tiene problemas con su consumo de alcohol, pero no han experimentado los síntomas mayores de la abstinencia al alcohol; de estos bebedores existen en número superior a los bebedores con dependencia severa (Calahan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich y cols., 1981; Valliant, 1983)

La investigación ha demostrado que el tratamiento más adecuado para los bebedores problema difiere de los tratamientos tradicionales que se han desarrollado para individuos con dependencia severa. Los bebedores problema parecen beneficiarse más de tratamientos breves de consulta externa, que de tratamientos intensos residenciales; por otro lado, éstos se interesan más en moderar que en dejar de beber del todo, sin importar los consejos que reciban durante el tratamiento (Oxford, Oppenheimer y Edwards, 1976; Babor, Ritson y Hodgson, 1986; Heather y Robertson, 1983; Hill 1985; Miller y Hester, 1998).

Otra de las aproximaciones que justifica la implementación de intervenciones breves en esta población es la *Teoría del Aprendizaje Social* la cual asume que la conducta es producto de la interacción de factores personales y situacionales (medio ambiente y conducta) que se encuentran en constante interrelación. Este modelo sugiere que el consumo además de estar influido por factores fisiológicos y farmacológicos, está mediado por procesos psicológicos (expectativas que el individuo posee sobre los efectos del consumo), que modelan la conducta del beber.

La TAS supone al individuo con una orientación adaptativa donde puede elegir al alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines: por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva.

La perspectiva que enfatiza la TAS, es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interrelación de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero así mismo nos permite el reaprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, o que son poco adaptativas.

La TAS en el campo de las adicciones difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad enfatizando la farmacología de las propiedades psicológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983). El énfasis primario de las teorías biológicas es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos.

La **Teoría del Aprendizaje Social** considera que:

1.- Aprender a consumir bebidas alcohólicas, es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte del aprendizaje, tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente, pruebe el alcohol, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias que los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuos tienen acerca del alcohol y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional, del consumo de bebidas alcohólicas. Los patrones de beber se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo cual en las diferentes etapas vitales de desarrollo como infancia, adolescencia y adultez, se encuentra que las creencias que tiene las personas acerca del uso y abuso de alcohol cambian en concierto con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Celucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979). La TAS sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general, las actitudes, estándares y valores hacia el alcohol, así también a modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle y cols., 1980).

2.- Existen factores que predisponen al individuo a beber en exceso, éstos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica; de naturaleza heredada o aprendida; los cuales interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo hacia el alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades como incompetencia social o dificultad a manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en riesgo alto de abuso del consumo.

3.- Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios, como reducir la tensión que le causa la interrelación social; de esta forma el alcohol actúa como un reforzador negativo, porque elimina un elemento desagradable del sujeto, y al facilitar el contacto social, el alcohol actúa como un reforzador positivo y este tiene la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza.

4.- El consumo de alcohol puede ser utilizado como forma de enfrentamiento a las demandas estresantes o aligerar las consecuencias aversivas, por lo que es probable que esta conducta se siga presentando especialmente en aquellas personas en las que sus capacidades de enfrentamiento se encuentran disminuidas; es decir, en personas que tienen un déficit de habilidades sociales. El alcohol puede elegirse tanto para reducir estados de afecto negativo como para incrementar estados de afecto positivo. (Melo, 1968).

5.- Una demanda medioambiental da como resultado una necesidad o urgencia de beber, ya que en el periodo de abstinencia la persona encuentra señales, estímulos que han sido asociados con el consumo de alcohol, y estos disparan una necesidad de consumir alcohol, es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales, que provocará que el individuo busque alivio a través del uso de alcohol; lo que propiciará un fenómeno de pérdida de control (Pomerleau, Fertig, Baker y Cooney, 1983).

6.- La Tolerancia y la Dependencia Física se consideran determinantes del consumo sostenido de alcohol. La *Tolerancia* promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo de uso de alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud. La *Dependencia Física* trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por los efectos del retiro de alcohol que ocurre en periodos de abstinencia agudos. (Hershon, 1977). Es aquí cuando el consumo es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reforzado de manera negativa como una manera de evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, evitación del síndrome de abstinencia.

7.- Las señales medioambientales del olor o la presencia de alcohol en sí misma, producen una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo hace con el comer.

8.- En el abuso de alcohol existen una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacerse presentes: problemas familiares, sociales y medioambientales (pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, deterioro de la salud, pérdida de apoyo social); de esta manera se inicia un círculo vicioso porque el individuo se ve en sí mismo poco capaz de enfrentar su problemática, por lo que para bajar su ansiedad consume; a más consumo aumentan los conflictos, y así sucesivamente.

9.- No hay una combinación de factores que se requieran para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medioambientales específicas, una progresión inexplorable de etapas de alcoholismo; si no que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemático. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir explorar formas alternas de enfrentamiento.

La búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir la problemática social que resulta del consumo excesivo de alcohol ha sido a nivel internacional una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionales del campo de la salud a partir de la década de los cincuenta, y ha incrementado su importancia debido a la creciente evidencia de que el uso excesivo de alcohol muestra un incremento en su incidencia y prevalencia de acuerdo a estudios epidemiológicos recientes. En las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve para bebedores con dependencia baja y media, en particular intervenciones terapéuticas conocidas como terapia cognoscitivo-conductual, cuya efectividad ha sido constatada en poblaciones de bebedores con niveles de dependencia media, en donde los usuarios eligen la meta terapéutica que puede ser tanto la moderación como la abstinencia.

La *concepción cognoscitivo-conductual* del alcoholismo y la farmacodependencia considera a estas disfunciones como comportamientos adictivos y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable. Esta visión implica que el individuo que presenta tal comportamiento puede aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación. El componente fundamental que guía estas intervenciones para modificar tales hábitos, se denomina *autocontrol* y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo.

ESTADO CON
FAMILIA DE ORIGEN

III.-PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO A BEBEDORES PROBLEMA.

Los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol se han enfocado en el tratamiento de casos con dependencia severa, promoviendo como meta final la abstinencia. Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que sólo del 25 al 30% de las personas que acuden a servicios de salud, presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo.

La mayoría de los casos por el contrario, son aquellos que tienen una historia de consumo problemático con variada consecuencias y periodos de abstinencia o consumo limitado en el que no presentan problemas. (Ayala, Cardenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida, los "bebedores problema" superan ampliamente en número a los severamente dependientes. (Ayala y cols., 1998).

Los programas de tratamiento para esta población no han tenido el éxito deseado debido a que utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos; es decir, que la meta de tratamiento tiene una orientación a la abstinencia que los usuarios no están dispuestos a seguir. Debido a que este es un serio problema de salud pública, se vio la necesidad de desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por esta población. Esto se logró a través de la aplicación de programas breves y efectivos que cubren las necesidades propias de los usuarios y que a su vez, son efectivos para los mismos. (Ayala y cols., 1998).

Una aproximación promisoriosa para esta población es la moderación en el consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su ingesta. En este tipo de programas, las personas tienen la oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento conjunto (terapeuta-usuario) de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo. (Ayala y cols., 1998).

El *Programa de Autocontrol Dirigido*, desarrollado por los doctores Sobell en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto, Canadá, ha tenido un particular impacto por su descripción para el desarrollo de planes de tratamiento "efectivo y menos restrictivo" que está diseñado para ayudar al usuario. Su aplicación en México incorpora algunas variaciones de acuerdo con las condiciones y contingencias locales. El programa presenta las siguientes características:

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

TESIS CON
FUELA DE ORIGEN

Se denomina de *autocontrol* porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta, bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Es decir, *el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.* (Ayala y cols., 1998).

Los componentes del Modelo son:

1.- *Involucrar al usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo por las siguientes razones:*

- El usuario puede proporcionar a su terapeuta información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementadas.
- En la etapa inicial de tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante.
- La inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento, a corto y largo plazo, son acordados mutuamente. Las metas a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.

2.- *Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores del entorno son determinantes para obtener resultados exitosos (Ogborne Sobell y Sobell, 1985). La literatura especializada señala que un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así como la planeación del tratamiento considera que los factores del entorno podrían mejorar los efectos del tratamiento y que las acciones individuo-entorno implican un análisis acerca de cómo el individuo codifica y reacciona ante un entorno.* (Mischell, 1973).

3.- *La utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento que permiten edificar habilidades de enfrentamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales. Con este propósito Taylor y cols., (1982) señalan que se debe acumular información evaluativa acerca de:*

- Las maneras en las cuales la persona funciona bien actualmente o en las cuales ha funcionado bien previamente.
- Recursos interpersonales (habilidades de enfrentamiento) y redes de apoyo social (cónyuge, amigos, relaciones).
- Agencias y otras profesiones de ayuda que podrían emplearse en la planificación del tratamiento y su seguimiento después del tratamiento.
- La responsabilidad del usuario al tratamiento.

4.- *El Monitoreo del progreso durante la terapia se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el proceso de tratamiento que proporciona información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que proporcionan un esquema para evaluar el plan de tratamiento.*

TRIC CON
FALLA DE ORIGEN

5.- *El incremento de la motivación para el cambio señala a la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller, 1985). Las estrategias para aumentar la motivación incluyen:*

- Cambio en el consumo.
- Establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos y alcanzables.
- La utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

6.- *El proceso de recaída y recuperación incorpora al tratamiento la prevención de recaídas que enfatiza:*

- La identificación de situación que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones.
- El entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas.
- El enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt y Gordon, 1985).

7.- *El principio de moldeamiento es utilizado para evaluar el mantenimiento de los efectos terapéuticos, así como para facilitar la terminación del tratamiento. Este concepto de terminar gradualmente el tratamiento, extendiendo el intervalo de intercesiones, proporciona un criterio con base en la ejecución para dar por terminado el tratamiento, y la terminación formal del tratamiento en este modelo resulta de la decisión mutua del terapeuta y el usuario.*

Tomando en cuenta los fundamentos conceptuales de este programa, el proceso de cambio de un hábito involucra tres etapas separadas:

1) **Etapas de motivación y compromiso al cambio:** Se presentan los factores inmersos en el deseo que tiene un individuo de abstenerse o moderar su consumo como: reconocer las consecuencias negativas a largo plazo del consumo (efectos negativos sobre su salud, situación laboral, etc), el fracaso de las drogas de continuar proporcionando el mismo efecto placentero aun al incrementar la dosis (aumento de tolerancia), confrontaciones con pares significativos, contacto con ex-adictos exitosos, crisis espirituales y cambios de estilos de vida significativos; ante todo esto hay que desarrollar una motivación en el individuo para cambiar, desarrollando un compromiso en el cual decida comenzar a abstenerse o moderar su consumo en un tiempo y/o lugar específicos.

2) **Instrumentación del cambio:** Es la aplicación inicial de estrategias de auto-control para moderar el consumo o lograr la abstinencia.

3) **Mantenimiento:** Etapa posterior al inicio de la abstinencia o moderación en la que el individuo debe trabajar con más ahínco para mantener su compromiso de cambiar a través del tiempo, debido a que en esta fase se enfrenta a multitud de tentaciones, estresores e influencia de viejos patrones de hábitos. Es en esta etapa donde se corre el riesgo de sufrir una recaída, la cual se considera como parte natural del proceso de recuperación (Marlatt y Gordon, 1985; Brownell, Marlatt, Lichenstein y Wilson, 1986; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992). Se han considerado dos formas para conceptualizar esta etapa:

TRABAJAR CON
FALLA DE ORIGEN

a) Como un periodo que sigue al tratamiento inicial en el que los efectos del tratamiento se desvanecen a través del tiempo; por lo que es más efectivo en las etapas iniciales, sobretudo inmediatamente después de haberlo terminado; así las tasas de recaídas son bajas al inicio y se incrementan al final del tratamiento. (Ejemplo: La terapia aversiva, en donde los efectos de la aversión son más fuertes inmediatamente después del tratamiento, pero a medida que el tiempo pasa, el efecto de la aversión condicionada comienza a desvanecerse y a perder su efectividad en suprimir el deseo de beber alcohol, por lo que la tasa de recaídas aumenta a través del tiempo, a menos que se programen sesiones de refuerzo para volver a incrementar los efectos iniciales del tratamiento).

b) Como una oportunidad más para un nuevo aprendizaje, pues tomando en cuenta a la abstinencia o moderación como formas de control aprendidas, es en esta etapa donde se desaprenden los viejos hábitos y se adquieren las nuevas conductas adaptativas para reemplazar las respuestas previamente dominantes. Se involucra un proceso gradual de nuevo aprendizaje donde el individuo participa en una serie de ensayos de aprendizaje, en los que adquiere gradualmente nuevas formas de responder a viejas tentaciones situacionales; durante las etapas tempranas del mantenimiento se involucra un proceso de ensayo y error a medida que la conducta recién adquirida se establece a través del tiempo, en donde cada error lleva la oportunidad de que ocurra un nuevo aprendizaje.

A diferencia de un desvanecimiento del efecto del tratamiento como en las terapias aversivas, este modelo sugiere que un mayor número de errores (recaídas) ocurrirán en las etapas tempranas de la recuperación del tratamiento a medida que el individuo consolida nuevas respuestas a viejos estímulos y llega a dominar un nuevo patrón de respuestas, por lo que el curso del progreso es gradualmente ascendente a medida que la tasa de errores se estabiliza. La estabilización en la tasa de recaídas comienza aproximadamente 90 días después de la iniciación de la abstinencia o moderación, antes de este lapso la tasa de recaídas es alta, sobretudo durante el primer mes.

El aprender a través de un número de ensayos, coloca al individuo sucesivamente mas cerca del umbral de un cambio de hábitos perdurable; por lo que se debe aprender a evitar ciertas situaciones con un alto nivel de riesgo para las recaídas y adquirir nuevas formas para enfrentar la presión social para beber; al poner en práctica las nuevas respuestas en situaciones reales, el individuo podrá encontrar que el éxito final aumenta con un mayor número de intentos por cambiar.

Es importante mencionar que las creencias acerca del curso que seguirán los resultados del tratamiento juegan un papel determinante en los resultados. Si el individuo cree que una recaída es un fracaso, entonces él dejará de hacer esfuerzos por cambiar resignándose inevitablemente a un curso descendente de recaídas como lo predice el modelo médico. Si por el contrario, el individuo considera una recaída como una oportunidad para nuevos aprendizajes y para crecimiento personal, entonces estará menos dispuesto a perder el control y a rendirse ante las recaídas.

Es por esto que hay que darle a los clientes una visión optimista de la recuperación, que incorpore el hecho de que se cometerán errores y recaídas como parte esperada de un nuevo aprendizaje durante la fase de mantenimiento y no una pesimista donde se asuma

TRICIS CON
FALLA DE ORIGEN

que las recaídas son causadas por mecanismos internos de un proceso de enfermedad sobre el que no tiene control el individuo.

La gran mayoría de los programas tradicionales de tratamiento de conductas adictivas (especialmente los derivados del modelo médico) ignoran la situación de recaídas porque suponen que al discutir este tópico con el cliente se les permite recaer, además de que inician el tratamiento empleando técnicas de confrontación y forzando al cliente a aceptar una etiqueta diagnóstica; contrario a esto, las aproximaciones de auto-control, intentan fomentar un espíritu de cooperación a través del cual los clientes puedan aprender a visualizar su comportamiento adictivo como algo que *hacen*, en lugar de una indicación del *cómo son*, lo cual ayuda a que se libren de sentimientos de culpa y de la actitud defensiva que perjudica la forma de percibir su problemática.

Además se le involucra activamente en la planeación de su tratamiento y en la toma de decisiones alentándolo a asumir una responsabilidad personal durante cada etapa del programa, teniendo como meta general aumentar en el cliente su nivel de conciencia sobre su problema para que desarrolle habilidades de enfrentamiento y capacidades de auto-control que le proporcionen un sentido más grande de confianza y auto-eficacia sobre su vida.

Es recomendable que la aplicación de un programa de tratamiento basado en una aproximación de auto-control sea individualizada, debiendo evaluar la naturaleza del problema del cliente y su estilo de vida para que el terapeuta desarrolle un programa de tratamiento adecuado y efectivo para cada cliente. Asimismo debe enseñársele cómo anticipar y enfrentar una recaída para modificar cogniciones y reacciones que puedan prevenirla.

Las estrategias de intervención incluyen procedimientos de evaluación conductual como el *automonitoreo* y la *descripción de recaídas previas*; el *adestramiento de habilidades* que incluye adquisición de respuestas conductuales y cognoscitivas necesarias para afrontar situaciones de alto riesgo, ensayos conductuales de las recaídas, entrenamiento en relajación, respuestas para el manejo de estrés y fortalecimiento de la auto-eficacia; además *intervenciones de reestructuración cognoscitiva* que provean a los clientes de cogniciones alternativas acerca de la naturaleza de cambio de hábitos, información sobre los efectos inmediatos y a largo plazo del consumo de sustancias, análisis de costos y beneficios de su consumo mediante un procedimiento de balance decisional. Se lleva a cabo un *contrato conductual y empleo de instrumentos* (tarjeta de recaídas) que revisan planes de acción de qué hacer cuando se presenta una recaída; y finalmente las *modificaciones del estilo de vida* como el uso del tiempo libre, hacer ejercicio, etc. que inciden en el efecto volitivo de mantenerse en abstinencia.

El programa de Autocambio Dirigido consiste en una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. Los objetivos terapéuticos son ayudar al paciente a establecer metas, encontrar razones para reducir o dejar de consumir alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esta situación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento se proporciona una vez por semana durante 45 min., aproximadamente a través de 4 sesiones individuales con un terapeuta, y se apoya en lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y las tareas relacionadas con esas lecturas. Todas las sesiones se apoyan con lecturas y trabajos en el hogar y con las hojas de auto-monitoreo que registran su consumo diario.

El programa de auto-control para el mantenimiento del cambio conductual debe incluir los siguientes elementos según Marlatt y Gordon, (1985):

1.- Mantener el cambio conductual después del tratamiento inicial por periodos clínicamente significativos.

2.- Promover y mantener la adherencia del individuo a los requerimientos del programa.

3.- Mezclar técnicas conductuales específicas, procedimientos de intervención cognoscitivos y modificación global de estilos de vida para incrementar la capacidad de enfrentar.

4.- Facilitar el desarrollo de la motivación y habilidades de toma de decisiones a medida que ocurren los cambios que se dan durante la fase de mantenimiento.

5.- Incluir procedimientos de intervención verbal y no verbal para proporcionar una mejor protección a las recaídas.

6.- Reemplazar patrones de hábitos maladaptativos con conductas y habilidades alternativas que tengan consecuencias reforzantes asociadas con el viejo patrón de hábitos.

7.- Permitirle al individuo enfrentar más eficazmente nuevas situaciones problemáticas para reducir la probabilidad de recaídas.

8.- Enseñarle al cliente formas nuevas y adaptativas para manejar experiencias de fracaso, enseñándole que la recaída es un error que puede enseñarle información valiosa que puede utilizar para desarrollar estrategias de enfrentamiento adecuadas para el futuro.

9.- Hacer uso de los sistemas de apoyo social que tiene el cliente para realizar la generalización de los efectos de tratamiento, esforzarse por conseguir la cooperación y apoyo de otras personas que tienen contacto con el cliente.

Para probar el programa de autocambio en población mexicana se llevó a cabo un estudio en la Ciudad de México, en el Centro de Servicios Psicológicos Acazulco de la Facultad de Psicología, de la UNAM, que incluyó una muestra de 177 individuos (85.9% hombres, 14.1% mujeres; con edades de 12 a 64 años) con problemas relacionados con su forma de consumo de alcohol, que completaron las 4 sesiones en que consiste el programa de tratamiento. Los sujetos fueron expuestos a una evaluación inicial en la que se determinó el nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo en los 12 meses anteriores, situaciones de riesgo para consumo excesivo, nivel de auto-eficacia para controlar su consumo en situaciones de riesgo y problemática asociada a su consumo. El nivel de dependencia al alcohol se determinó por la Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y Horn, 1984) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Davidson y Raistrick, 1986), adaptadas para la población mexicana.

Dentro de los resultados encontrados se identificó que en el seguimiento a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento hay un cambio en el patrón de consumo en donde el porcentaje más alto de días al mes fue de 1 a 4 copa estándar (consumo moderado), lo cual indica que se observó un cambio significativo en el patrón de consumo. Estos cambios en el patrón de consumo se acompañaron de un incremento en el nivel de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

confianza para controlar la forma de beber (autoeficacia), reducción en el número y tipo de problemas que tuvieron que enfrentar en su vida personal, una sensación de bienestar ante la mejoría en su problema de consumo de alcohol.

IV.-METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

El Programa de auto cambio es una intervención motivacional para bebedores problema que desean tomar mayor responsabilidad para resolver su problema. El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente. En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo y sus consecuencias y en las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

SESIONES:

El Programa empieza con una sesión de *Evaluación* que tiene una duración de tres horas y que consiste en llenar formatos de investigación para evaluar si el usuario es apto para el programa. Cuando el usuario ya proporcione datos sobre si mismo, se le entrega la Primera Lectura y una tarea que constituye una introducción básica sobre la prevención de recaídas en el problema del consumo excesivo con el propósito de que el usuario realice su propia evaluación del problema. Las tareas tienen como objetivo que los usuarios contesten una serie de instrumentos en los que deben identificar las situaciones anteriores a su consumo para que posteriormente sea capaz de desarrollar sus propios planes de acción ante situaciones futuras similares; por otra parte las lecturas tienen el propósito de informar al usuario de los diversos terminos que se utilizan a lo largo del programa de tal manera que sea comprensible y pueda analizar sus propias situaciones de consumo, informando también sobre las técnicas de solución de problemas hacia su problemática. Se enfatiza al usuario que el programa esta dirigido al autocontrol y que se les ayudará a generar y utilizar estrategias para tratar su problema. El usuario deberá traer la tarea completa para la siguiente sesión, en la cual empieza su tratamiento. Al usuario se le pide que seleccione su propia meta de tratamiento (moderación o abstinencia), para ello se le proporcionan algunas advertencias o consejos acerca de los límites razonables para su ingesta y las contraindicaciones medicas de la misma.

La *Primera Sesión* se realiza siete días después de la Evaluación. El terapeuta revisa el expediente del usuario para conocer los resultados de la evaluación antes de recibir al usuario, quien concluye esta fase con una lectura que describe el tratamiento y una tarea que consiste en un cuestionario que evalúa su propia ingesta. El objetivo del tratamiento es ayudar al usuario a analizar su propio patron de consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo. El usuario establece las razones para cambiar su patron de consumo por medio del Balance Decisional. El terapeuta discute con el usuario cuáles son los beneficios y costos para cambiar su patron hacia la moderación o abstinencia, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo alcohol como lo ha hecho en el último año. Se realiza su Primer Establecimiento de Metas en donde elige, con apoyo del terapeuta, moderación o abstinencia como meta para las siguientes semanas planteando la importancia de esta y el nivel de confianza que tiene para lograrla. Se revisa la Línea Base Retrospectiva de Consumo aplicada en la evaluación inicial, que proporciona información sobre frecuencia y cantidad de consumo en los 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

meses previos al tratamiento y se compara con la meta de consumo que eligió el usuario y el consumo real que tuvo durante esa semana, el cual se determina con base en los registros de auto-monitoreo que realiza diariamente el usuario.

Esta sesión dura 90 minutos y al finalizar se les entrega la Segunda Lectura y tarea, para retomarlas en la Segunda Sesión.

En la *Segunda Sesión* se analiza la Segunda Lectura, el usuario identifica los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo por éste; planteándosele la recuperación como meta a largo plazo. El usuario debe identificar por lo menos 3 situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante estas situaciones, las cuales se comparan con las áreas vulnerables para el consumo excesivo de alcohol, emociones desagradables, presión de los amigos, que el usuario identificó en el Inventario Situacional de Consumo y en el Cuestionario de Confianza Situacional aplicados durante la evaluación inicial. El objetivo es que el usuario haga un análisis funcional de su conducta, identificando antecedentes y consecuentes de su forma de consumo de alcohol. En esta sesión se discute la probabilidad de que ocurran recaídas durante el tratamiento y se le enseña que deben ser consideradas como experiencias necesarias en un proceso de aprendizaje y no como fracasos personales.

En la *Tercera Sesión* se describe una estrategia de solución de problemas que puede ser usada ante situaciones de alto riesgo, para que el usuario desarrolle un plan de acción de conductas alternativas para estas situaciones. El usuario debe describir las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas. El objetivo es que el usuario analice y describa sus propios recursos para que el terapeuta los utilice en un programa de cambio, si el usuario no cuenta con estas habilidades, el terapeuta sugiere sesiones adicionales.

En la *Cuarta Sesión* se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso de que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo. El terapeuta comenta los avances logrados por el usuario en relación a sus planes de acción y realiza un resumen de los resultados de las sesiones anteriores con el propósito de realizar un Segundo Establecimiento de Metas, para los próximos 6 meses. El usuario evalúa el tratamiento a través del Cuestionario de Evaluación del tratamiento y el terapeuta determina el pronóstico de éxito que tiene el usuario con base a la forma de evaluación del usuario.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL PROGRAMA:

1) Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA). (Echeverría L., Oviedo P. y Ayala H., 1980)

a) Introducción: Esta escala fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que esta escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest, pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol.

b) Descripción: Esta escala se derivó de un cuestionario más amplio: "Cuestionario de datos de dependencia al alcohol" desarrollado en 1980. Se buscaba que fuera más sencilla y más rápida para aplicarse que el Edinburgh Alcohol Dependence Schedule, que tomaba 30 minutos para ser contestado.

En la publicación original los autores reportan lo siguiente:

- Idóneo para bebedores problema que buscan ayuda.
- La medida proporciona grado de dependencia.
- Sensible a todo el rango de dependencia.
- Relativamente libre de influencia sociocultural.

La Escala original fue desarrollada utilizando un proceso de ensayo y error para identificar el mejor conjunto de reactivos que midieran el concepto de dependencia delineado por Edwards y Gross (1976). Los 34 reactivos originales fueron reducidos a una versión breve de 15 reactivos. La versión breve correlacionó muy alto ($r = 0.92$) con la versión más larga en la muestra original de 41 bebedores moderados, 30 pacientes psiquiátricos y 174 bebedores problema que asistían a un tratamiento.

Este instrumento está dirigido a población adulta de bebedores problema. El BEDA ha sido utilizado principalmente con pacientes en programas de tratamiento, pero también ha sido aplicado a sujetos que no están en tratamiento. Las muestras incluyen tanto hombres como mujeres, pero en su mayoría fueron hombres de 35 a 40 años.

c) Validez: La Validez de contenido es alta. El BEDA fue desarrollado para medir todos los rangos de Síndrome de dependencia al alcohol formulado por Edwards y Gross (1976). Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber (grado en el que una persona ha desarrollado un estilo de vida donde la principal actividad es el beber). Esta escala incluye sólo un reactivo para medir este constructo, pero análisis estadísticos realizados por los autores apoyaron el uso de un único reactivo.

d) Confiabilidad: En un estudio en donde se utilizó una versión brasileña del BEDA, a 25 clientes de un programa de tratamiento se les aplicó en dos ocasiones. Primero se les dio una versión de autoreporte de esta escala y fueron entrevistados, y posteriormente fue aplicada la misma escala, en una segunda ocasión. La confiabilidad test-retest para ambos grupos fue alta (Grupo 1, Spearman rho = 0.90; Grupo 2, Spearman rho = 0.81). La confiabilidad test-retest para la mayoría de los reactivos en la escala fue muy alta.

e) Administración: Esta escala se diseñó como instrumento de auto reporte, aunque puede ser administrada como entrevista estructurada; requiere de 5 minutos para ser aplicada. Instrucciones:

"Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más apropiada. Si tiene alguna duda ul

ESTACION DE SALA
FALLA DE ORIGEN

contestar, por favor pregunte al entrevistador. Cada uno de los 15 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos. Marque:

- Nunca, si nunca ha estado en esa situación
- Algunas veces, si algunas veces ha estado en esa situación
- Frecuentemente, si ha estado en esa situación con frecuencia
- Casi siempre, si ha estado casi siempre en esa situación."

f) Calificación: Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

- Una respuesta de "nunca" = 0
- Una respuesta de "algunas veces" = 1
- Una respuesta de "frecuentemente" = 2
- Una respuesta de "casi siempre" = 3

Se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0-45 puntos.

g) Interpretación: El puntaje se interpreta de la siguiente manera:

- 1 - 9 = Dependencia baja
- 10 - 19 = Dependencia media
- 20 o más = Dependencia severa

2) Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA): (Echeverría L., Oviedo P. y Ayala H., 1980)

a) Introducción: El alcoholismo es una condición crónica con un alto riesgo de recaídas. Entre personas alcohólicas, dadas de alta en programas de tratamiento orientados hacia la abstinencia, el 80% han reportado que recaen, es decir, vuelven a beber en un lapso de seis meses (Armor, Polish y Stambul, 1978; Goetheil, Thornton, Skolada y Alterman, 1979). No es sorprendente, que la recaída sea reconocida como un punto de interés en la investigación y el tratamiento.

El ISCA (Annis, 1982), se desarrolló como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986). Basándose en microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, el ISCA puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis y Davis; Peachey y Annis, 1985).

b) Descripción: El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1. **Situaciones personales:** El beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando autocontrol
- Necesidad o urgencia de consumir.

TRABJO CON
FALLA DE ORIGEN

2. **Situaciones que involucran a terceras personas:** Se subdividen en 3 categorías:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo de Marlatt, en donde alcohólicos crónicos del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída. Después de haber sido dados de alta en un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia, al hacer un análisis de contenido de las respuestas se derivó un sistema de clasificación de 8 categorías (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Para desarrollar este instrumento se revisaron el Litman's Dangerousness Questionnaire (Litman, Eiser, Rawson, Oppenheim, 1979) Chaney's Situational Competency and Situational Difficulty Tests (Chaney, O'Leary, Marlatt, 1978); Marlatt's Drinking Profile (Marlatt, 1976), Wilkinson's self efficacy Inventory (Wilkinson y Martin, 1979) y Deardoff, Melges, Hout y Savage, 1975). Las sugerencias para el contenido de los reactivos fueron obtenidas de pláticas con especialistas, alcohólicos y pacientes. Un borrador del primer cuestionario fue enviado a cinco especialistas con experiencia en la práctica clínica (tratamiento de alcohólicos) y se les pedía sus comentarios y sugerencias sobre la claridad de los reactivos y si cubrían todas las situaciones de recaída. Retroalimentación similar, durante el piloteo del cuestionario, se solicitó a pacientes admitidos en un programa de tratamiento.

La versión final del ISCA está integrada por 100 reactivos, seis de las ocho subescalas (Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad y momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (emociones desagradables y conflicto con otros) están representadas por 20 reactivos en cada categoría.

c) **Características Psicométricas:** A fin de medir las propiedades psicométricas del instrumento, durante dos años fueron entrevistados 247 pacientes que acudían a tratamiento en la Research Foundation, y que deseaban participar voluntariamente en el proyecto. Sólo se eliminaron aquellos pacientes cuya sustancia de abuso no era el alcohol o que mostraban una inadecuada comprensión del idioma.

- **Estructura interna:** Los puntajes de las ocho subescalas conformaron una distribución normal.
- **Validez de contenido:** Las ocho subescalas demostraron una validez de contenido adecuada y se considera que representan adecuadamente el universo de situaciones de recaída.
- **Validez externa:** El ISCA demostró su utilidad para medir frecuencia de consumo excesivo e identifica situaciones específicas de personas con patrones de consumo excesivo.
- **Confiabilidad:** Cada una de las ocho subescalas tenían confiabilidad para individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema.

ESTE CON
FALLA DE ORIGEN

d) Administración: Se aplica utilizando lápiz y papel o un formato computarizado y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario. Puede ser aplicado individual o grupalmente. No puede ser aplicado bajo los efectos del alcohol o síndrome de abstinencia. Las instrucciones son:

"A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos, lea cuidadosamente cada frase y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con qué frecuencia consumió en exceso ante diversas situaciones el año pasado. Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos:

1. Si usted "nunca" bebía en exceso en esa situación
2. Si "ocasionalmente" bebía en exceso en esa situación
3. Si "frecuentemente" bebía en exceso en esa situación
4. Si "casi siempre" bebía en exceso en esa situación"

e) Calificación: Se calculan 8 subpuntos que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala. Los subpuntos obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado índice del problema, esto se hace dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala y multiplicando por 100.

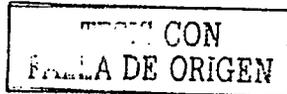
- Respuesta de "1" = 0
- Respuesta de "2" = 1
- Respuesta de "3" = 2
- Respuesta de "4" = 3

f) Interpretación: Se realiza bajo tres perspectivas distintas:

- **Índice del problema:** Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del cliente relacionado con su consumo excesivo en esa escala. Un puntaje de 0 indica que el individuo nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto, es una situación que no representa riesgo para el cliente. En el otro extremo un puntaje entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto, el terapeuta debe considerar esa situación como de alto riesgo. El terapeuta puede analizar cada una de las ocho subescalas, pero un mejor perfil se obtiene del análisis de las ocho subescalas en conjunto. La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos tres puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

- **Perfil del cliente:** El perfil se construye graficando las ocho subescalas en una gráfica de barras: primero se incluyen las cinco subescalas que corresponden a estados personales y después las tres escalas de situaciones que involucran a terceras personas. De esta forma se puede observar si el cliente consume en forma excesiva en situaciones personales o en situaciones de grupo. Otra forma es categorizando las subescalas en situaciones positivas o negativas.

g) Ventajas y limitaciones: El ISCA proporciona una evaluación de las situaciones de alto riesgo para consumir en exceso; es un instrumento breve y de fácil administración. Su marco teórico está basado en una aproximación cognitivo conductual, con base en el trabajo empírico de Marlatt y su grupo, que definieron las situaciones antecedentes que



llevan a un bebedor a recaer. El ISCA tiene confiabilidad y validez; puede ser utilizado como una herramienta de investigación o en la práctica clínica. Hay que tener precaución puesto que muchos clientes intentan minimizar la frecuencia de su consumo, por lo que el perfil resultará de baja elevación, lo cual tendrá que irse corroborando con todas las escalas.

h) Adaptación a México: Para utilizarlo en México un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales y técnicos de cada pregunta; varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple evitando el uso de metáforas y frases coloquiales. Posteriormente se pasó a un traductor para que hiciera una revisión final del trabajo. Una vez terminada esta fase se les pidió a 20 profesionales especialistas en el tema (psicólogos, médicos, antropólogos y sociólogos) que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural; se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos reactivos. Posteriormente se pilotó utilizando una muestra de 55 personas formada por 68% del sexo masculino y 32% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo licenciatura.

3.- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). (Echeverría L., Oviedo P. y Ayala H., 1980)

a) Introducción: Este cuestionario fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan durante el tratamiento la evolución de la autoeficacia del paciente en relación con situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (autoeficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída.

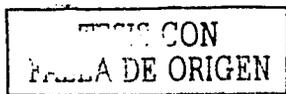
b) Descripción: El cuestionario está diseñado para medir la autoeficacia en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de autoreporte integrado por 8 reactivos. Las situaciones en las que se consume alcohol, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980), quienes agruparon las situaciones de la siguiente manera:

- **Situaciones personales:** El beber involucra la respuesta a un evento de naturaleza psicológico o física; se subdivide en 5 categorías:

- 1) Emociones desagradables
- 2) Malestar físico
- 3) Emociones agradables
- 4) Probando autocontrol
- 5) Necesidad física o urgencia de consumir.

- **Situaciones de grupo:** La influencia significativa de terceras personas está involucrada; se subdivide en 3 categorías:

- 1) Conflicto con otros
- 2) Presión social
- 3) Momentos agradables



c) **Características psicométricas:** Se aplicó a una muestra de 424 clientes admitidos en dos tratamientos de alcoholismo en la Addiction Research Foundation en Canadá, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El 27% eran mujeres y 73% hombres; la mayoría no estaban casados; su edad fue de entre 18 y 76 años. El 44.2% tenían estudios de preparatoria y un 25.5% tenían estudios profesionales. El consumo promedio de la muestra durante el año anterior fue de 9.8 tragos estándar por día y una frecuencia promedio de 4.4 días a la semana. El número promedio de años del problema fue de 8.1 y en la Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y HGorn, 1984) se obtuvo un puntaje promedio 17.5. Todos los pacientes resolvieron el CCS al ingresar al tratamiento.

- **Estructura interna:** Los puntajes de cada una de las 8 categorías conformaron una distribución normal.

- **Validez del constructo:** El constructo de autoeficacia se define como una variable cognitiva que involucra un juicio relacionado con la habilidad que uno tiene para resistir la necesidad de beber en exceso y para identificar el nivel de confianza en cada categoría. (Bandura, 1977). Para obtener la validez se correlacionó cada una de las 8 categorías con medidas de consumo de alcohol y con medidas del contexto social donde se bebe. Los resultados apoyan la validez del constructo del CCS.

- **Validez de criterio:** El cuestionario demostró discriminar significativamente entre personas exitosas en su tratamiento (un año de abstinencia después del tratamiento) y pacientes recién admitidos a un programa de tratamiento; también demostró utilidad para predecir situaciones en donde una recaída puede ocurrir.

- **Confiabilidad:** Cada una de las 8 categorías mostraron confiabilidad para ser aplicadas a individuos que buscan tratamiento por ser bebedores excesivos.

d) **Forma de administración:** El CCS puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar los 8 reactivos. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo; no puede ser aplicado bajo los efectos del consumo de alcohol o bajo los efectos del síndrome de Abstinencia. Las instrucciones que se dan son:

"A continuación se le presentan una lista de situaciones o eventos ante los cuales algunas personas consumen en exceso bebidas alcohólicas; imagínes que en este momento está en cada una de esas situaciones. Indique en la escala de 0 a 100% qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso estando en esa situación; señale 100 si está 100% seguro de resistir la necesidad de consumir en exceso en esa situación y vaya disminuyendo su porcentaje a lo largo de la línea hasta 0 si se encuentra totalmente inseguro de consumir en esa situación".

e) **Interpretación:** Se puede realizar de dos maneras distintas:

- **Puntaje de confianza:** Los puntajes se interpretan en una categoría de 0 a 100% e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación; un puntaje de confianza de 0 a 20% indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo en esa situación, por lo tanto es una situación de bajo riesgo para el paciente. El terapeuta finalmente hace un análisis de las 8 categorías en conjunto.

TRABAJO CON
FOLLA DE ORIGEN

- **Perfil del cliente:** Se ordenan las 8 categorías de acuerdo con los puntajes del cliente: las situaciones que tengan los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el usuario; en las que puede controlar su consumo.

f) Ventajas y limitaciones: El perfil de los niveles de confianza en situaciones específicas puede ser de utilidad para monitorear el progreso del paciente durante el tratamiento. El CCS tiene confiabilidad y validez: puede ser utilizado como una herramienta de investigación o en la práctica clínica. Debe considerarse que algunas personas tienden a maximizar su nivel reportado de confianza, por lo que hay que analizar las respuestas de cada categoría.

g) Adaptación a México: Para utilizarlo en México un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron en grupo los aspectos culturales y técnicos de cada pregunta; se dieron varias opciones a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando uso de metáforas y de frases coloquales. Posteriormente, se pasó a un traductor para que hiciera la revisión final del trabajo y se pidió a 20 profesionales especialistas en el tema que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural. Se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos reactivos. Por último se piloteó el instrumento utilizando una muestra conformada por 55 sujetos, 68% del sexo masculino y 32% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo de primaria a licenciatura.

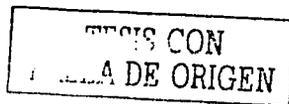
4.- Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE): (Echeverría L., Oviedo P. y Ayala H., 1980)

a) Introducción: LIBARE se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han demostrado que LIBARE es un instrumento de medición adecuado; aunque su reporte en forma retroactiva es vulnerable a errores de memoria de los pacientes.

b) Descripción: Este instrumento sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Este método ha sido probado en periodos hasta de 12 meses. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tiene una severa dependencia.

c) Características psicométricas:

- **Confiabilidad:** Una serie de estudios han sido realizados en Canadá, en donde se ha aplicado la LIBARE con una variedad de bebedores desde dependencia severa hasta dependencia media (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979; Vuchinich, Tucker, Harlee, Hoffman y Schwartz, 1985), bebedores sociales en población general (Sobell y Sobell, Leo y Cancilla, 1988) y estudiantes universitarios (Sobell, Sobell, Klajner, Pavan y Basins, 1986; Connors, Watson y Maisto, 1985).



• **Validez:** La evidencia de la validez de este método se obtiene en su aplicación clínica; ha sido validada utilizando:

1) **Situaciones donde se verifican las respuestas (hospitalizaciones, arrestos):** La LIBARE refleja si el paciente estuvo hospitalizado, en la cárcel o en un tratamiento. Estudios donde se han comparado estos reportes con registros oficiales, indican un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como de incidencia (Cooper, Sobell, Maisto y Sobell, 1980; Cooper, Sobell, Sobell y Maisto 1981; Maisto, Sobell, Sobell y Sanders, 1985).

2) **Medidas de incapacidad física relacionadas con consumo de alcohol:** Estudios bioquímicos sugieren que un funcionamiento anormal del hígado se correlaciona con el reporte de la LIBARE de consumo excesivo (Sobell y Sobell, en prensa). Medidas altas en la Escala de Dependencia al Alcohol y en el Michigan Alcoholismo Screening Test se correlacionaron positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y mayor consumo promedio por día.

3) **Reportes de informantes que confirman el reporte del paciente, en donde se encontraron correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y las de otros informantes (Sobell y Sobell, en prensa).**

d) **Forma de administración:** La LIBARE puede ser administrada por un entrevistador o en forma de autoreporte. Es recomendable que antes de ser administrada, se aplique una prueba de contenido de alcohol en aliento (alcosensor) con el fin de asegurarse que el paciente no haya ingerido alcohol. Si la prueba resulta negativa se le entrega el calendario y se le pide que recuerde su consumo diario en un periodo específico. Se requieren 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un periodo de 12 meses. Para ayudar a las personas a recordar su consumo diario el entrevistador da apoyos como: calendario, días clave (cumpleaños, fiestas, eventos sociales, vacaciones, etc.), tabla con la conversión de copa estándar, días de abstinencia y de consumo, situaciones de riesgo (arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos), límites de consumo (mayor y menor cantidad de consumo) y técnica de la exageración (exagerar sus límites y ayudarlo a que estime sus límites).

e) **Calificación:** Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- Número total de días de consumo
- Número total de copas estándar consumidas
- Promedio de consumo por día
- Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.

f) **Ventajas y limitaciones:** La LIBARE puede ser utilizada para proporcionar al terapeuta medidas directas y precisas de los niveles de consumo individual; para medir cambios en los niveles de consumo durante y después de un tratamiento, ya que la medida de cantidad/frecuencia ha mostrado ser insensible a diferencias individuales en la conducta de consumo o a cambios en niveles de consumo. Se recomienda como una técnica para evaluar el consumo, sin embargo, pueden cometerse errores en la especificación de la cantidad exacta o en las fechas de consumo al aplicar este instrumento.

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

V.- INTERVENCIÓN Y RESULTADOS EN EL PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO A BEBEDORES PROBLEMA

Durante las actividades prácticas dentro del Programa de autocambio dirigido a bebedores problema en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, atendí a tres pacientes; sin embargo para la explicación de la sesión típica me enfocaré en el caso de MDMS por ser un caso típico en este programa.

JUSTIFICACIÓN:

El caso de MDMS es un claro ejemplo de un caso típico del ejercicio profesional, en el que se distingue el éxito del tratamiento y su efectividad. En este caso se identifica cada una de las etapas del proceso de cambio y cómo fue atravesándose cada una de ellas; lo cual, a su vez implica que la meta de tratamiento se fuera cumpliendo. Es un caso que describe a un usuario que llegó preocupado por presentar una problemática con su consumo de alcohol y que sabía que de no cambiarla le traería serias dificultades en su salud, familiares y sobre todo a largo plazo, pues su consumo excesivo ya estaba interviniendo con sus actividades escolares. Cada una de las sesiones muestra el éxito y la motivación presentada por el usuario desde la sesión de admisión hasta el último seguimiento.

Definitivamente considero este caso como representativo de la efectividad de las intervenciones breves, desde la llegada a la sesión de admisión en la que se planteo la problemática, como el trabajo que le costo al usuario ir avanzando en las etapas de cambio, sobre todo el enfrentar las situaciones de riesgo que tienen mucho que ver con la convivencia con sus amigos, hasta llegar al mantenimiento en el que la meta establecida (moderación) se cumplió, y que a pesar de haber presentado una recaída durante el primer seguimiento, el usuario continuo con su meta, comprobando que las recaídas son un proceso de aprendizaje y no un fracaso en su proceso de tratamiento. Esto permite corroborar lo referido por la literatura, en donde las recaídas se presentan en los primeros 90 días de haber empezado con la moderación o abstinencia, y en este caso se presentó durante el primer mes de moderación. Asimismo, en el análisis del caso se corrobora que la conducta de beber fue modificada y que los factores de riesgo y las actividades que giran alrededor de ellos fueron enfrentadas adecuadamente, puesto que el usuario continuo conviviendo con sus amigos, continuo yendo a los antros y organizando campamentos, sin embargo, las herramientas adquiridas en el programa le permitieron enfrentarse a estas situaciones sin caer en el consumo excesivo de alcohol, el mismo refirió sentirse bien al llevar a cabo estas actividades sin vivir la "cruda" al día siguiente. Cabe mencionar que parte de la ética profesional se distingue en el momento en el que el programa se lleva tal como es, sin modificaciones y respetando cada una de las sesiones basadas en un sustento teórico.

A continuación describo el caso, la forma en que se trabajó con el usuario y un análisis de las etapas de cambio que fue viviendo el usuario.

DESCRIPCIÓN:

MDMS es un joven de 20 años quien acudió al Centro de Servicios Psicológicos acompañado por su madre, quien estableció la cita por contacto telefónico. Ella es trabajadora de la UNAM y se enteró que en la Facultad de Psicología se estaban llevando a cabo programas en adicciones, por lo que llamo para pedir informes, otorgandosele una

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

cita para el día 29 de septiembre del 2000. Durante la llamada la madre solicito informes y refirió la preocupación que le producía la forma de beber de su hijo, así como el temor de que dejara de estudiar a consecuencia del consumo.

MOTIVO DE CONSULTA:

El usuario reporta buscar tratamiento para solucionar su problema con respecto al consumo problemático de alcohol, el cual le ocasionaba serios problemas con su madre, con la que vive actualmente. Además desea seguir estudiando la Universidad para superarse, y, con la cantidad de alcohol que está bebiendo duda mucho poder lograrlo. Actualmente se encuentra cursando las materias que debe de la Preparatoria para poder ingresar el año que entra a la Universidad; solicita ayuda refiriendo que él sólo no puede cambiar y esta dispuesto a colaborar en el tratamiento.

El usuario comenzó a consumir alcohol aproximadamente a los 12 años, sin embargo desde hace 3 años elevó la cantidad y frecuencia de consumo, pues sus amigos (vecinos) acostumbran reunirse cada fin de semana (o entre semana) en la calle para consumir alcohol. La bebida que acostumbra consumir es tequila o mezcal, ingiriendo de una botella de litro (22 tragos estándar) a botella y media por ocasión de consumo (34 tragos estándar), variando el tiempo en que la consume, aproximadamente una copa en 10 minutos.

El usuario refiere que en dos ocasiones ha tratado de dejar de consumir alcohol; la primera porque al ir con sus primos en un carro en estado de intoxicación le pegaron a otro carro, a un buen taxi y finalmente se estrellaron contra otro auto; afortunadamente las consecuencias no fueron tan graves, hubo golpes pero no heridas fuertes; la segunda ocasión intento ir a A.A., sin embargo de nada le sirvió, asistió durante dos semanas y volvió a beber, también refiere haber probado algunas otras drogas como la cocaína y pastillas, sin embargo no le gustaron y jamás las volvió a consumir.

SESIONES:

Durante las sesiones se estableció rápidamente el rapport, pues el usuario es muy colaborador y se notó gran disposición para cooperar con el tratamiento. Se trabajó un total de 9 sesiones: Admisión, Evaluación, 4 sesiones de tratamiento y tres sesiones de seguimiento.

Ante la aplicación de instrumentos se encontraron los siguientes resultados:

Cuestionario Breve de Confianza Situacional: La situación en la cual mostró el 0% de inseguridad para resistirse a consumir alcohol fue en los momentos agradables con otros, puesto que la situación de riesgo más común para el usuario en cuanto al consumo es estar con sus amigos.

Línea Base Retrospectiva: El 86% de tiempo el usuario permanece en abstinencia, pero el 13% de tiempo que consume lo hace en exceso, encontrándose este resultado dentro de la categoría de consumidor muy alto. El número máximo de bebida alcohólica consumida es de 44; el número máximo de días de abstinencia continua es de 59 días; el consumo es de 20.6 tragos al día y el total de tragos consumidos de octubre 1999 a octubre del 2000 es de 1030.

**TRIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ISCA: Las situaciones de consumo más elevadas fueron: Probando auto control (50), Presión social (43) y Momentos agradables (40).

CCS: Momentos agradables con otros representaron el 0% de inseguridad para resistirse al consumo de alcohol.

Durante su elaboración de tareas se estableció lo siguiente:

Establecimiento de metas: Eligió como meta para las primeras tres semanas la moderación: consumo de 2 a 3 copas estándar, una sola vez a la semana; con sus amigos y no beberá en fiestas. El porcentaje de importancia que representa su meta es del 100% y tiene un 90% de confianza en que la va a cumplir.

Razones principales para cambiar su consumo: 1.-No dar mortificaciones a su familia, 2.-No afectar su propio cuerpo y 3.-Dejar de andar en boca de todos.

Balance Decisional: Beneficios de cambiar su consumo: Obtener un mejor aprovechamiento de todo en su vida cotidiana; **Beneficio de continuar consumiendo:** Sentirse contento cuando bebe; **Costos de cambiar su consumo:** Dejar de convivir de igual manera con sus amigos, y los **Costos de continuar consumiendo:** Rotundo fracaso en su vida a nivel familiar, escolar y económico.

Situaciones de riesgo:

a) **Situación 1:** Ir a la disco fuera de la Ciudad a Cuernavaca o Oaxtepec, en donde se la pasaban bebiendo hasta quedarse sin dinero; los precipitadores fueron el ambiente, el estar con sus amigos y amigas. Las consecuencias positivas es que a través de estas actividades conocían gente nueva, las negativas quedarse sin dinero para regresar a sus casas y el castigo de sus padres.

b) **Situación 2:** Ir a acampar a la montaña en donde consumían mínimo una botella de litro de tequila cada uno de los amigos. Los factores precipitadores fueron los amigos y la libertad que representaba estar en este lugar tomando sin que nadie les dijera nada. Las consecuencias positivas son: sentirse relajado, libre, contento, desahogado; las negativas: caídas, fracturas, convulsiones, el regaño de sus padres al volver a casa

c) **Situación 3:** Fiestas familiares en las que se consume alcohol en exceso, los factores precipitadores son los primos que presionan para que la gente beba; las consecuencias positivas son sentirse contento, divertirse y las negativas que al estar tomados haya riñas familiares.

Planes de acción:

1) Ir a la disco dos veces al año, salirse temprano y beber sólo una copa, o bien permanecer en la disco tomándose una copa y el tiempo restante consumir únicamente refresco

2) Cuando vaya a acampar no llevar alcohol o bien, consumir únicamente tres copas en tres horas.

3) En las reuniones familiares llegaría al final de la fiesta para no consumir, en dado caso de que exista presión enfrentaría a la familia diciéndoles que sólo tomaría una copa, la cual se tomaría en una hora.

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

Segundo establecimiento de metas: Decidió tomar de 1 a 2 copas estándar por ocasión, una vez a la semana, teniendo mucho cuidado de no beber cuando lo presionen los demás. La importancia de su meta es del 100% y se siente 100% capaz de poder cumplirla.

A continuación se comenta lo sucedido en cada una de las sesiones y la forma en que se trabajó con el usuario:

SESIÓN DE ADMISIÓN (Septiembre 29 del 2000).

El objetivo de esta sesión es establecer el rapport con el usuario, conocer el motivo de consulta y toda aquella información relacionada con su problemática. Se le explica el número de sesiones que se trabajaran con él y se dará una breve explicación sobre el tratamiento.

El usuario asiste puntual acompañado por su madre, me presento con ellos explicándoles que seré yo quien trabajará con él durante su tratamiento, entramos el usuario y yo al cubículo, la madre lo espera en la sala. El usuario en un inicio se muestra un poco nervioso, sin embargo, se establece rápidamente el rapport, a lo largo de la sesión se va sintiendo más relajado, coopera y platica ampliamente sobre su problemática.

El usuario reportó como motivo de consulta el deseo de buscar un tratamiento para recibir ayuda en cuanto a su consumo problemático de alcohol, él comentó reconocer tener un problema porque consume fuertes cantidades de alcohol, lo cual le ha ocasionado serios problemas con su madre. Otro de los motivos que refiere es el deseo de continuar estudiando para superarse, para lo cual debe primero resolver su problema de consumo de alcohol, comenta que él solo no puede hacerlo, por lo cual necesita de la ayuda de alguien para lograrlo, su madre ante la preocupación del consumo del usuario le propuso acudir a este tratamiento, del cual se enteró por ser trabajadora de la UNAM y el usuario aceptó.

El usuario refiere que comenzó a consumir alcohol aproximadamente a los 12 años, sin embargo desde hace aproximadamente 3 años elevó la cantidad y frecuencia de consumo, pues acostumbra reunirse con sus amigos (vecinos) en la calle para consumir cada fin de semana, sin embargo comenta que le preocupa que ya empiezan a reunirse también entre semana a consumir y que cada vez consume mayores cantidades.

El tipo de bebida que acostumbra consumir es tequila o mezcal, la cantidad ingerida es de una botella de litro a botella y media por ocasión de consumo, variando el tiempo en que la consume, aproximadamente una copa durante 10 minutos.

El usuario comenta que acostumbra beber con sus amigos en la calle y muy rara vez en alguna reunión familiar, bebe con amigos y amigas, refiriendo que todos terminan intoxicándose; él bebe por los efectos del alcohol, aunque menciona que siente una sensación agradable de relajación y además se siente muy a gusto consumiendo con ellos, sin embargo, al llegar a su casa tiene muchos problemas con su mamá por la misma razón.

Actualmente comenta estar preocupado porque siente que cada vez toma más y además siente mucho que sus amigas beban de la forma en que lo hacen, siente que ellas tienen un serio problema y no quiere que le pase lo mismo a él, quiere que se le ayude y reconoce que esta conducta ya le está acarreado problemas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Menciona que intentó dejar de beber yendo a A.A., sin embargo de nada le sirvió, asistió durante dos semanas manteniéndose en abstinencia pero volvió a beber, también refiere haber probado algunas otras drogas como la cocaína y pastillas, sin embargo no le gusto y jamás las volvió a consumir.

El usuario se siente con verdaderos deseos de cambiar y mencionó que le echaría muchas ganas para salir adelante, quiere volver a la escuela, pues actualmente se encuentra regularizándose en la materia de Cálculo para ingresar a la Universidad.

Se procede a la aplicación de los dos primeros instrumentos en donde se encontró lo siguiente:

Cuestionario de Pre Selección: Los resultados permiten constatar que el usuario presenta cada uno de los criterios de inclusión:

- 1) Es mayor de 18 años, tiene 20 años de edad.
- 2) Sabe leer y escribir
- 3) Tiene domicilio permanente
- 4) No ha experimentado alucinaciones, convulsiones ni delirio tremens después de haber bebido en exceso; no acude a tratamiento porque la ley se lo exija; su droga de inicio no fue la heroína; su droga primaria de abuso no fue inyectada.
- 5) No acude actualmente a ningún tipo de tratamiento
- 6) Está dispuesto a formar parte del tratamiento que incluye una sesión de evaluación, 4 sesiones de tratamiento y varias sesiones de seguimiento.

Pistas: El usuario entendió bien las instrucciones, respondió el test adecuadamente, el trazo de líneas fue correcto no cruzando ninguna ni despegando el lápiz del papel. En la primera parte se tardó 2 minutos en responder y en la segunda parte 3 minutos.

Breve Escala de Dependencia al Alcohol: El resultado es de 21 puntos, lo cual indica una Dependencia Media que nos permite corroborar que el usuario es ideal para el programa de auto cambio.

Finalmente el usuario firma la hoja de consentimiento y se le da cita para la sesión de Evaluación.

Durante la sesión el usuario se mostró atento, tranquilo, cooperativo y con deseos de asistir al tratamiento, se nota motivado para establecer un cambio en su vida.

SESIÓN DE EVALUACIÓN (Octubre 3 del 2000)

Los objetivos de esta sesión son que el usuario lleve a cabo la evaluación de su patrón de consumo por medio del llenado de instrumentos, realizando un compromiso con el terapeuta para participar en el programa por medio de la firma de una carta de consentimiento. Durante la sesión se entrega la Tarea 1 de Balance Decisional, se explica el establecimiento de metas para que la realice en casa y se revise en la Primera Sesión: se le entrega y explica el automonitoreo pidiéndole que lo llene diariamente y que lo traiga cada sesión; y se resuelven los instrumentos correspondientes.

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

El usuario asiste puntual, se pasa al cubículo y se inicia la Entrevista Inicial de la que se obtienen los siguientes datos: MDMS es un muchacho de 20 años, término la Preparatoria en la cual debe la materia de Cálculo por lo que la está cursando una regularización para pasarla y terminar la Preparatoria; vive actualmente con su madre en casa propia.

Comenta que está buscando tratamiento para superarse, continuar con sus estudios y ya no tener problemas con su madre a causa de su consumo excesivo de alcohol. Refiere que en dos ocasiones ha tratado de dejar de consumir alcohol; la primera porque yendo con sus primos en un carro en estado de intoxicación le pegaron a un carro, a un bici taxi y finalmente se estrellaron contra otro carro; afortunadamente las consecuencias no fueron tan graves, hubo golpes pero no heridas fuertes; la segunda ocasión intento ir a A.A., en donde estuvo dos semanas y no aguantó, por lo que terminó saliéndose. Comenta también que en otras 3 ocasiones intento mantenerse en abstinencia sin ayuda de nadie y no pudo lograrlo.

Otro de los problemas que ha tenido por el alcohol fue en su empleo anterior por faltar dos domingos a causa de su consumo de alcohol, el usuario trabajó aproximadamente 8 meses durante los fines de semana en Seguridad en una empresa, en muchas ocasiones su jefe inmediato lo invitaba a tomar cubriendo sus gastos por lo que él no invertía dinero en alcohol, sin embargo a causa de sus faltas tuvo problemas y se salió, dedicándose únicamente a la escuela. El usuario menciona que ahora verdaderamente quiere solucionar este problema y por eso decidió acudir a tratamiento. Refiere que la única persona interesada en ayudarlo es su madre, cree que a sus amigos no les interesa si tiene un problema o no, pues todos consumen en exceso; comenta que no lo presionan a consumir cuando esta con ellos, el consume sin que los demás le digan nada.

Actualmente se encuentra en buen estado de salud, su tiempo libre lo utiliza para jugar fronton durante 3 horas cada tercer día, comenta que le gusta mucho hacer deporte y en esta actividad no involucra el consumo de alcohol.

En cuanto al consumo de sustancias comenta que consume alcohol desde los 12 años, actualmente consume de 1 a 1 1/2 lts., por ocasión de consumo. El porcentaje de su consumo y de tipo de bebida es el siguiente:

30 % cerveza lts.

70 % destilados: tequila y mezcal

Refiere que hace 4 años en una ocasión probó una pastilla y no le gusto, también consumió cocaína aproximadamente 15 veces pero también decidió dejarla. Desde hace 7 años consume tabaco, fumándose un cigarro al día.

Durante esta sesión se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos utilizados en el programa de auto cambio en donde se encontraron los siguientes resultados:

1) **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS):** La situación en la cual mostró el 0% de inseguridad para consumir alcohol fue en los momentos agradables con otros, puesto que la situación de riesgo más común para el usuario en cuanto al consumo es estar con sus amigos. En todas las demás situaciones se siente 100 % seguro de no consumir alcohol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2) Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Arrojó resultados significativos en cuanto al consumo de alcohol. El 86% de tiempo el usuario permanece en abstinencia, pero el 13% de tiempo que consume lo hace en exceso, encontrándose este resultado dentro de la categoría de consumidor muy alto. El número máximo de bebida alcohólica consumida es de 44; el número máximo de días de abstinencia continua es de 59 días, el consumo es de 20,6 tragos al día y el total de tragos consumidos de octubre 1999 a octubre del 2000 es de 1030. Ante esta problemática se sugiere que el paciente alcance la meta de 12 tragos máximo de consumo durante la semana o la abstinencia, puesto que es un problema muy fuerte que puede ir incrementando hacia una dependencia severa.

3) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA): Las áreas más altas en las cuales tuvo problemas con el consumo de alcohol fueron las siguientes:

1) Probando auto control	50
2) Presión Social:	43
3) Momentos Agradables:	40

Las situaciones en donde consumió alcohol frecuentemente fueron:

- 1) Cuando decidió mostrar su fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.
- 2) Cuando sus amigos llegaban de visita y se sentía emocionado.
- 3) Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.
- 4) Cuando le entristecía recordar algo que le había sucedido
- 5) Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para él.
- 6) Cuando veía algo que le recordara la bebida.
- 7) Cuando parecía que nada de lo que hacía le salía bien.
- 8) Cuando se sentía contento con su vida
- 9) Cuando pensaba que una copa no podía hacerle daño.
- 10) Cuando se estaba divirtiendo con sus amigos y quería aumentar la diversión.
- 11) Cuando se estaba divirtiendo en una fiesta y quería aumentar la diversión.
- 12) Cuando quería probarse a si mismo que podía beber copas sin emborracharse.
- 13) Cuando disfrutando una comida con sus amigos pensaba que una copa lo haría más agradable.
- 14) Cuando su jefe le ofrecía una copa.
- 15) Cuando se sentía feliz al recordar algo que le había pasado.

Las situaciones en donde consumió alcohol casi siempre fueron:

- 1) Cuando comenzó a pensar que nunca conocería sus límites con la bebida a menos que los probara.
- 2) Cuando salió con sus amigos a divertirse y quiso disfrutar más.
- 3) Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.
- 4) Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo
- 5) Cuando se reunía con un amigo y sugería tomar una copa juntos.
- 6) Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.
- 7) Cuando estaba a gusto con una amiga y quería tener mayor intimidad

Finalmente se le dio la explicación del automonitoreo para que registrara diario su consumo de alcohol a partir de este día y se le entregó la primera lectura, pidiéndole que

CON
FALLA DE ORIGEN

trajera resuelto el ejercicio para trabajarlo durante la primera sesión. La conducta del usuario durante la sesión fue muy participativa, contestó todas las preguntas y cooperó durante la aplicación de los instrumentos.

PRIMERA SESIÓN (Octubre 17 del 2000)

Los objetivos de esta sesión son:

- El usuario conocerá el panorama general del programa de tratamiento.
- El usuario establecerá el Primer Establecimiento de Metas.
- El usuario identificará las razones por las que solicitó ingresar al servicio terapéutico.
- El usuario realizará un Balance Decisional sobre los costos y beneficios de continuar consumiendo o cambiar ese patrón por moderación o abstinencia.

Durante esta sesión se habla acerca de los motivos del usuario para solicitar el ingreso al tratamiento; se le explica el número de sesiones que se trabajaran con él, el objetivo de cada una de ellas, la importancia del automonitoreo; la forma en que se llevarán a cabo los seguimientos y las sesiones adicionales. Posteriormente se entregan resultados de los instrumentos y se procede al análisis de la Primera Lectura y el Establecimiento de Metas.

Durante esta primera sesión el usuario entregó el automonitoreo en el cual reportó haber consumido 2 veces: la primera ocasión 5 tragos estándar (mezcal), la segunda ocasión 5 tragos estándar (1 cerveza y 4 tequilas) del periodo del 3 al 17 de octubre (2 semanas), estando con sus amigos y con la idea de que era para convivir un rato. Mostró entusiasmo por haber reducido su consumo, refiriendo que no se quedó con ganas de consumir más.

Se revisó la Primera Lectura sobre el **Establecimiento de Metas**, en el cual eligió como meta para las próximas tres semanas la **moderación**. El paciente eligió consumir de 2 a 3 copas estándar, una sola vez a la semana; el consumo lo llevará a cabo con sus amigos y no beberá en fiestas. El porcentaje de importancia que representa su meta para él es del 100% y tiene un 90% de confianza en que la va a cumplir.

Las razones principales por las cuales desea cambiar su consumo de alcohol son:

- 1 - No dar mortificaciones a su familia.
- 2 - No afectar su propio cuerpo.
- 3 - Dejar de andar en boca de todos.

El paciente comentó que en su familia tienen muy mala fama, refiere que sus tías le dicen que es un borracho, lo cual inquieta mucho a su mamá, provocándole serios problemas. El menciona que ya no quiere seguir viviendo esta situación.

En cuanto al **Balance Decisional** refirió que los beneficios de cambiar su consumo son: Obtener un mejor aprovechamiento de todo en su vida cotidiana; el beneficio de continuar consumiendo sería sentirse contento cuando bebe; los costos de cambiar su consumo son: dejar de convivir de igual manera con sus amigos, menciona además que a pesar de que con ellos son con quienes consume, no lo presionan, por lo cual cree que no le

TRAFIC CON
FALLA DE ORIGEN

costaría mucho trabajo estar con ellos sin consumir y con respecto a los costos de continuar consumiendo refiere que sería el rotundo fracaso en su vida a nivel familiar, escolar y económico.

Durante la sesión se mostró participativo y motivado para lograr su meta durante las siguientes tres semanas. Se le recuerda continuar con su automonitoreo y se le entrega la Segunda Lectura.

SEGUNDA SESIÓN (Octubre 24 del 2000)

El objetivo de esta sesión es que el usuario reconozca las situaciones de riesgo en las cuales consume alcohol excesivamente para que pueda identificar sus precipitadores principales y vaya formando una idea de lo que debe hacer al encontrarse en estas situaciones

Durante esta segunda sesión el paciente entregó el automonitoreo en el cual reportó haber consumido únicamente una vez, 2 tragos estándar en una hora (1 cerveza, 1 destilado), al encontrarse con sus amigos en una discoteca; con lo cual demostró haber logrado su meta. Refiere sentirse muy bien de haber logrado su meta; enfatizó que en la disco estuvo tomando refresco y se dio cuenta de que aún sin beber puede divertirse.

Se revisaron las **Situaciones de Riesgo** en las cuales identificó lo siguiente:

a) **Situación 1:** Ir a la disco con sus amigos fuera de la ciudad a Cuernavaca o Oaxtepec, en donde se la pasaban bebiendo hasta quedarse sin dinero; los precipitadores fueron el ambiente, el estar con sus amigos y amigas y el gusto de seguir bebiendo. Las consecuencias positivas fueron que a través de estas actividades conocían gente nueva, las negativas quedarse sin dinero para regresar a sus casas, para lo cual tenían que llamar a sus padres para que fueran por ellos y el castigo al regresar a casa.

b) **Situación 2:** Ir a acampar a la montaña de 4 a 6 días con sus amigos en donde consumían mínimo una botella de litro de tequila cada uno de ellos. El usuario comenta que se llevaban las botellas escondidas en los sleepings para que nadie se diera cuenta. Los factores precipitadores fueron los amigos y la libertad que representaba estar en este lugar tomando sin que nadie les dijera nada. Las consecuencias positivas fueron: sentirse relajado, libre, contento, desahogado; las negativas: caídas, fracturas, convulsiones, el regaño de sus padres al volver a casa.

c) **Situación 3:** Acudir a fiestas familiares en las que se consume alcohol en exceso, los factores precipitadores son los primos que presionan para que la gente beba; las consecuencias positivas son sentirse contento, divertirse y las negativas que al estar tomados haya riñas familiares, problemas con su madre y críticas por parte de la familia que hasta la fecha no se han terminado, pues lo catalogan como un borracho.

Como se puede observar estas situaciones están relacionadas con la convivencia con sus amigos, al analizar estas situaciones se relacionaron con el consumir cada fin de semana con sus amigos en diversas situaciones, esto ayudo para que el usuario identificara que las situaciones de riesgo para que consuma alcohol son las actividades relacionadas con sus amigos. Esto a su vez se relacionó con los resultados del ISCA, en donde las situaciones de consumo mas elevadas fueron probando auto control (50), presión social

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(43) y momentos agradables (40); y los resultados del CCS en donde los momentos agradables con otros representaron el 0% de inseguridad para resistirse al consumo de alcohol. Todos estos resultados se englobaron de tal manera que el usuario identificara precipitadores, consecuencias positivas y negativas para explicar la tarea 3.

En general la sesión fue muy agradable, el usuario se mostró muy contento, participativo y motivado. Se le recuerda continuar con su automonitoreo y se le entrega la Lectura 3.

TERCERA SESIÓN (Octubre 31 del 2000)

El objetivo de esta sesión es que el usuario realice su propio Plan de Acción por medio de conductas alternativas a un consumo excesivo.

Durante la tercera sesión el usuario demostró por medio de su auto monitoreo haber logrado su meta puesto que reportó haber consumido una copa estándar de vino tinto, la cual consumió con sus amigos en la calle en un tiempo de media hora; refiere haberse sentido muy bien por el logro obtenido y además sin el deseo de seguir consumiendo.

Durante la sesión se revisaron sus **Planes de Acción** para cada una de las opciones propuestas en las cuales comentó lo siguiente:

- 1) Ir a la disco dos veces al año, salirse temprano y beber sólo una copa, o bien permanecer en la disco tomándose una copa y el tiempo restante consumir únicamente refresco.
- 2) Cuando vaya a acampar no llevar alcohol o bien, consumir únicamente tres copas en tres horas y durante toda la noche.
- 3) En las reuniones familiares llegaría al final de la fiesta para no consumir, en dado caso de que exista presión enfrentaría a la familia diciéndoles que solo tomaría una copa, la cual se tomaría en una hora.

Se analizaron los pros y contras del plan de acción, se le recordó continuar con su automonitoreo, se le entregó la Tercera Lectura y se habló del segundo establecimiento de metas.

Durante la sesión el usuario se mostró muy contento porque siente estar logrando su meta y refiere que una de las cosas más importantes es que no se ha sentido con ganas de consumir, sino que se ha dado cuenta de que también sin el alcohol es capaz de disfrutar los momentos que pasa con sus amigos.

CUARTA SESIÓN (Noviembre 7 del 2000)

Los objetivos de esta sesión son:

- El usuario identificará situaciones probables de alto riesgo que se le pueden presentar en el futuro.
- El usuario establecerá su Segundo Establecimiento de Metas y solicitará sesiones adicionales si lo cree necesario.
- El usuario realizará un resumen del programa proporcionando su opinión sobre el mismo.

**TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN**

Durante la sesión el usuario refiere haber bebido 3 copas estándar en el campamento del sábado con su primo y unas amigas, la duración del consumo fue de 4 horas en total y no se quedó con ganas de seguir consumiendo, mencionó sentirse muy contento de haber logrado su meta estando con su primo, pues esta es una de las situaciones de mayor riesgo para él.

Se revisó el **Segundo Establecimiento de Metas** en el que decidió tomar de 1 a 2 copas estándar por ocasión, una vez a la semana, teniendo mucho cuidado de no beber cuando lo presionen los demás. La importancia de su meta es del 100% y se siente 100% capaz de poder cumplirla.

Debido a que logró cumplir su meta no se requirieron sesiones adicionales, se le felicitó por el resultado logrado y se llevó a cabo un resumen general de cada sesión, retroalimentándolo con los resultados de su automonitoreo, él mencionó sentirse muy contento y agradecido porque después de varios intentos no había podido dejar de consumir, y ahora lo ha logrado, dándose cuenta de que sin alcohol también puede divertirse y pasársela bien.

Se le explicó el procedimiento de los seguimientos y se le dio cita para el primer seguimiento el día 5 de Diciembre del 2000.

PRIMER SEGUIMIENTO (Diciembre 5 del 2000)

El propósito de los seguimientos es conocer lo que ha sucedido durante este tiempo a partir de la última sesión, saber si se ha cumplido el establecimiento de la segunda meta, si ha existido alguna recaída y si surgieron situaciones de riesgo que no se hayan podido manejar. En caso que sea necesario pueden brindarse sesiones adicionales, de nos ser así, se da fecha para los próximos seguimientos.

Durante la sesión el usuario refirió haber leído la primera lectura y haber continuado con el registro de su consumo de alcohol; al respecto comentó que tuvo una recaída el sábado pasado en una disco, comentó haber visto a algunos amigos que tenía como 7 años de frecuentar por lo que se sentía muy contento y tomó 15 copas estándar de mezcal en 3 horas. Refiere no haberse emborrachado, pero sí se sintió muy tranquilo y feliz por la convivencia, sin embargo toma en cuenta que a pesar de la recaída, su meta no la cambiará y cree poder llegar a la abstinencia.

Durante este mes fue a la disco un fin de semana y durante el tiempo que permaneció ahí bebió únicamente refresco, con esta experiencia se dio cuenta que no necesita el alcohol para divertirse, pues se la paso muy bien sin necesidad del alcohol.

Otro de los factores de riesgo que se analizaron durante el tratamiento fueron las excursiones, ante esto menciona haber ido a una de ellas y bebió únicamente 2 copas, a pesar de que sus amigos bebieron en exceso, él se mantuvo al margen y después de las dos copas decidió no beber más.

En general refiere sentirse muy bien y se ha percatado de que los problemas con su mamá han disminuido y que la familia se ha dado cuenta de que ya no toma: situación que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

le hace sentirse muy bien. El segundo seguimiento se programó para el 5 de marzo a las 3:00 p.m.

SEGUNDO SEGUIMIENTO (Marzo 5 del 2001)

Durante el segundo seguimiento el usuario reportó que de vez en cuando ha leído sus tareas, sobre todo cuando se le ha antojado consumir alcohol; menciona que en algunas ocasiones, como fiestas familiares y cuando llega a ir a la montaña se le ha antojado, sin embargo no ha consumido nada; recuerda que aunque su meta fue de 1 a 2 copas estándar, hasta la fecha no ha probado una sola copa, esto lo ha hecho sentirse muy bien; dice que se ha dado cuenta de que no necesita el alcohol, que por fin sabe lo que es despertarse después de una fiesta y no estar crudo; ir a la montaña y no ponerse mal, dice que de esta manera disfruta muchísimo más sus actividades y que sus factores de riesgo los ha sabido manejar muy bien. Los planes de acción los ha llevado a cabo; de hecho menciona que su primo y él se han ayudado mutuamente para no consumir, se fijaron 2 años y medio para no consumir absolutamente nada y después de ese tiempo continuar con su meta de 1 a 2 copas estándar. En general refiere sentirse muy contento de estarlo logrando, aunque menciona que los problemas con su mamá continúan, porque ella sigue echándole en cara el pasado, pero comenta que trata de no darle importancia y de que esto no sea motivo para tener una recaída; por otro lado comenta que ya sacó su certificado y que en cuanto se lo entreguen se va a meter a estudiar. Se fijó la fecha para el tercer seguimiento el día 3 de Septiembre del 2001.

TERCER SEGUIMIENTO (Septiembre 4 del 2001)

El Tercer seguimiento se estableció vía telefónica con el usuario, se le preguntó como se había sentido durante este tiempo y si su meta la seguía manteniendo, comentó que se ha sentido muy bien, refiere que ya tiene novia y que ella lo ha ayudado mucho, él le platicó sobre el programa al que había asistido y ella lo ha motivado mucho para continuar con su meta, ha ido a la disco con ella y con sus amigos y comenta pasársela muy bien pues no ha consumido bebidas alcohólicas, refiere que se la pasa muy bien con ella, no requiere del alcohol para divertirse.

Refiere que con su primo se ha sentido con ganas de consumir, sobre todo en tres ocasiones en las que se ha reunido toda la familia y están presentes todos los primos; el usuario le comentó a su primo la opción de que ellos llegaran tarde a las reuniones para no sentir la presión de los demás a consumir y su primo ha aceptado; sin embargo comentó que en esas tres ocasiones los dos consumieron, el usuario se consumió dos copas y su primo 4, sintió haber roto el pacto que tenía con su primo de no consumir en dos años, pero se dio cuenta que finalmente su meta en el programa la ha mantenido.

Con respecto a su madre comenta que ella se ha dado cuenta del cambio pero que en estas reuniones se molesto con él porque creyó que esto iba provocar que recayera; comenta que su madre quisiera que él no volviera a beber una sola copa nunca más, a pesar de que él le explica que su meta fue de moderación ella se desespera creyendo que una lo llevara a otra y que llegara el día en que vuelva a consumir como antes; esta situación lo entristece pero comenta que trata de no involucrarse mucho en ello. En general comentó sentirse muy bien, se percibe muy contento sobre todo por su relación de noviazgo, se le

retroalimenta y se le sugiere que lea sus lecturas, que practique su automonitoreo y que si lo requiere se le puede tender por si llega a sentirse mal o llega a tener una recaída.

El usuario se muestra muy agradecido y comenta que se siente muy bien de haber acudido a este tratamiento porque ahora se da cuenta de que sin dejar de consumir alcohol por completo puede ser feliz, ya que cuando acudió a A.A. creyó que verdaderamente la única opción sería la abstinencia, pero dice que no hay mejor opción que la moderación.

SUPERVISIÓN

La supervisión fue llevada a cabo por Miguel Angel Medina y Jennifer Lira, los cuales comentaron que el desenvolvimiento con el usuario fue adecuado, Miguel Angel comentó que el rapport se estableció rápidamente porque tuvo la facilidad de darle confianza al usuario; las recomendaciones fueron que adoptara una postura más relajada durante las sesiones y que no cruzara las piernas para darle mayor ética al trabajo con el usuario.

NOTA: Los resultados de cada sesión se muestran en los Anexos.

VI.-RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como puede observarse en el desarrollo de las sesiones, el caso del usuario MDMS fue exitoso, a lo largo de la intervención y con ayuda del automonitoreo y las estrategias conductuales de consumo moderado logró cumplir su meta y mantenerla hasta el momento de los seguimientos (6 meses después de la intervención). A continuación se muestra el resumen de los resultados obtenidos durante el programa.

El motivo de consulta se enfocó en la solicitud de recibir ayuda para solucionar de alguna manera el consumo problemático de alcohol, en donde el usuario comentó reconocer tener un problema por consumir fuertes cantidades de alcohol, lo cual, a su vez, le ha ocasionado serios problemas con su madre.

El usuario refirió que comenzó a consumir alcohol aproximadamente a los 12 años, y que desde hace 3 años elevó la cantidad y frecuencia de consumo, al reunirse con sus amigos (vecinos) en la calle para consumir cada fin de semana y hasta entre semana. El tipo de bebida consumida es tequila o mezcal (70%) Y Cerveza (30%), la cantidad ingerida es de una botella de litro a botella y media por ocasión de consumo, variando el tiempo en que la consume, aproximadamente una copa durante 10 minutos, y las razones del consumo son los efectos que el alcohol produce y las ganas de socializar. Hubo un intento de dejar de beber yendo a A.A. durante dos semanas manteniéndose en abstinencia, sin resultado alguno, pues recayo; posteriormente intento tres veces por si mismo dejarlo y no pudo lograrlo.

En la aplicación de instrumentos se encontró que presenta Dependencia Media al alcohol (BEDA); la situación en la cual mostró el 0% de inseguridad para no resistirse a consumir alcohol fue en los momentos agradables con otros, siendo la situación de riesgo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

más importante para el usuario (CCS); en cuanto al tiempo de consumo se encontró que el 86% de tiempo el usuario permanece en abstinencia, pero el 13% de tiempo que consume lo hace en exceso, encontrándose este resultado dentro de la categoría de consumidor muy alto. El número máximo de bebida alcohólica consumida es de 44; el número máximo de días de abstinencia continua es de 59 días; el consumo es de 20.6 tragos al día y el total de tragos consumidos de octubre 1999 a octubre del 2000 es de 1030 (**LIBARE**). Las áreas más altas en las cuales tuvo problemas con el consumo de alcohol fueron Probando auto control (50), Presion Social (43) y Momentos Agradables (40) (**ISCA**).

En el *Primer Establecimiento de Metas*, eligió como meta la **moderación**, decidiendo consumir de 2 a 3 copas estándar, una sola vez a la semana; con sus amigos y sin beber en fiestas. El porcentaje de importancia de la meta fue del 100% y tuvo un 90% de confianza para cumplirla. Las razones principales para cambiar fueron: 1.-no dar mortificaciones a su familia, 2.-no afectar su propio cuerpo y 3.-dejar de andar en boca de todos. En el *Segundo Establecimiento de Metas* decidió tomar de 1 a 2 copas estándar por ocasión, una vez a la semana, teniendo mucho cuidado de no beber cuando lo presionaran los demás; la importancia de su meta fue del 100% y la seguridad para cumplirla fue de 100%.

En cuanto a la forma en que fue moderando su consumo de alcohol, el automonitoreo muestra lo siguiente: En la *Primera sesión* reportó 2 consumos, el primero de 5 tragos estándar (mezcal) y el segundo de 5 tragos estándar (1 cerveza y 4 tequilas) estando con sus amigos y con la idea de convivir un rato con ellos; en la *Segunda sesión* reportó haber consumido una vez, 2 tragos estándar en una hora (1 cerveza, 1 destilado), con sus amigos en una discoteca, con lo cual demostró haber logrado su meta; en la *Tercera sesión* reportó un consumo de una copa estándar de vino tinto, con sus amigos en la calle en un tiempo de media hora; en la *Cuarta sesión* reportó un consumo de 3 copas estándar en el campamento del sábado con su primo y unas amigas, la duración del consumo fue de 4 horas en total y no se quedó con ganas de seguir consumiendo. El usuario refirió sentirse muy contento por haber cumplido su meta, principalmente porque en situaciones de mucho riesgo para él, tuvo la fuerza para resistirse a consumir en exceso.

En el *Primer Seguimiento* el usuario reportó que tuvo una recaída en una disco al haber visto a algunos amigos que tenía como 7 años de no frecuentar por lo que se sentía muy contento y tomó 15 copas estándar de mezcal en 3 horas; sin embargo, comentó que a pesar de la recaída, su meta no la cambiaría para poder llegar a la abstinencia. En este mes fue a la disco un fin de semana y durante el tiempo que permaneció ahí bebió únicamente refresco, con esta experiencia se dio cuenta que no necesita el alcohol para divertirse, pues se la pasó muy bien sin necesidad de él. En otra ocasión fue a una excursion en donde bebió 2 copas, a pesar de que sus amigos bebieron en exceso, él se mantuvo al margen y después de las dos copas decidió no beber más. En general refiere sentirse muy bien, se ha percatado de que los problemas con su mamá han disminuido y que la familia se ha dado cuenta de que ya no toma, situación que le hace sentirse muy bien.

En el *Segundo seguimiento* el usuario reportó que no ha consumido nada; recuerda que aunque su meta fue de 1 a 2 copas estándar, hasta la fecha no ha probado una sola copa, esto lo ha hecho sentirse muy bien; dice que se ha dado cuenta de que no necesita el alcohol, que por fin sabe lo que es despertarse después de una fiesta y no estar crudo; ir a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

montaña y no ponerse mal, dice que de esta manera disfruta muchísimo más sus actividades y que sus factores de riesgo los ha sabido manejar muy bien.

En el *Tercer seguimiento* reportó que ha ido a la disco con su novia (quien le ha ayudado mucho a mantener su meta) y con sus amigos y no ha consumido bebidas alcohólicas, refiere que se la pasa muy bien con ella, y no requiere del alcohol para divertirse. En cuanto a las reuniones familiares ha consumido en 3 ocasiones 2 copas estándar en cada una de ellas, manteniendo de esta forma su meta.

Como puede observarse, los resultados de los instrumentos y del automonitoreo muestran el éxito del programa, puesto que el usuario encontró un tratamiento muy adecuado para él, en el que se decidió aprender a moderar su consumo sin tener la necesidad de dejar de consumir por completo alcohol, en cada sesión se muestra un progreso, que a pesar de la recaída en el Primer Seguimiento, la superó y continuó con su meta hasta el Tercer seguimiento.

Este es un caso en el que podemos darnos cuenta de cómo va habiendo un progreso a través de las etapas de cambio que mencionan Prochaska y DiClemente (1986); a continuación lo ejemplifico:

En la *Sesión de Admisión* se define en qué etapa de cambio se encuentra el usuario, (Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento) pues es el primer contacto que se tiene con él, en el cual, el terapeuta recibe toda la información valiosa que será útil para el tratamiento (problemas asociados al consumo, tipo de bebida consumida, frecuencia, cantidad, tiempo, control o pérdida de control, lugar en el que bebe, por qué bebe, etc.) Es muy común que los usuarios se encuentren aquí en la etapa de *Pre contemplación*, porque no consideran que tienen un problema y únicamente acuden a terapia por presión de terceras personas; por lo que es necesario que el terapeuta muestre profundo interés en las razones por las que llegó con él. La manera en que se proporcione información del consumo excesivo y se retroalimente al usuario (para que reconozca que tiene un problema), determinará en gran medida el compromiso a realizar su propio programa de auto cambio. En el caso de MDMS lo que se hizo fue recabar toda la información referente a su consumo puesto que él si reconocía tener un problema, es decir, la Etapa de Precontemplación ya había sido superada.

En la *Sesión de Evaluación* se mide el patrón de consumo; se observa el problema que quiere modificarse, para lo que hay que tomar en cuenta la vida general del paciente. Es aquí donde debe recabarse información detallada para hacer un análisis funcional de la conducta de beber (antecedentes y consecuentes del usos de sustancias) tomando en cuenta la cantidad y frecuencia de alcohol consumida, circunstancias en que consume, estados de ánimo que anteceden y preceden al consumo, historial de síntomas de abstinencia; problemas médicos asociados, duración del consumo, consecuencias positivas, otros problemas de vida, etc. Para recabar toda esta información se hace uso de los instrumentos de medición. El usuario va identificando los problemas relacionados al consumo de alcohol, lo cual ayudara a que se vaya dando cuenta de que tiene un problema, pues al hacer el análisis funcional se percata de que la conducta de beber ha tenido factores que la han desencadenado, los cuales le han traído consecuencias negativas y positivas que probablemente le estén provocando ya serios problemas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es aquí en donde empieza la etapa de *Contemplación*; en este caso el usuario está consciente de que tiene un problema y está dispuesto a vencerlo, pero no ha establecido un compromiso de emprender la acción y puede permanecer aquí durante largos periodos. "Sabe a donde quiere ir pero no está completamente listo" Hay una consideración seria de la resolución del problema. Es un periodo de ambivalencia porque se considera el cambio y a la vez se rechaza. El usuario es más abierto a las intervenciones, observaciones, interpretaciones y confrontaciones. Como pudo observarse MIDMS al llegar al Centro de Servicios se encontraba en esta etapa puesto que solicitó ayuda por el reconocimiento del problema que tenía, el mencionado tener un problema con el consumo de alcohol, el cual le estaba acarreado problemas con su madre, por lo que quería cambiar, pero no sabía cómo y mucho menos creía poder lograrlo sólo.

La *Primera Sesión* refuerza la etapa de Contemplación al ayudar al usuario a encontrar las razones para reducir o suspender su consumo por medio del balance decisional; en el cual se analizan las ganancias y pérdidas de seguir consumiendo o de cambiar el consumo. Es aquí donde se aclaran ambos lados de la ambivalencia, lo que lleva al usuario a decidir el cambio, sobre todo cuando se dan cuenta que los costos de su comportamiento pesan más que los beneficios recibidos. En esta etapa el usuario ya está consciente de que tiene un problema y decide cambiar pero todavía no sabe como, por lo cual, se le orienta para que elija la meta de moderación o abstinencia y se establecen los límites en el consumo de alcohol (número de tragos y frecuencia, situaciones en las que beberan y en las que no beberan). Con la elección de meta se le esta preparando para el cambio.

Aunado a esto en la *Segunda Sesión* se le orienta para que identifique las situaciones de riesgo que lo llevan a consumir alcohol de manera problemática y las consecuencias ocasionadas por el exceso en el consumo, esto ayudará a que el individuo conozca los antecedentes y consecuentes de su consumo de alcohol, de tal manera que se encuentre motivado para el cambio y pueda pasar a la etapa de acción.

En la *Tercera Sesión* el usuario desarrolla estrategias para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo a fin de evitar nuevamente el consumo problemático, ante esto desarrolla un plan de acción para enfrentarse a los problemas de manera constructiva, debe definir lo que llevará a cabo paso por paso en esas situaciones de riesgo. Se le debe motivar mucho con respecto a que las recaídas son parte del proceso de aprendizaje y no un fracazo (lo cual podría a llevarlo a no tener éxito en el tratamiento). En esta etapa el individuo ya tiene todas las herramientas para encontrarse en la etapa de acción. En esta etapa el individuo modifica su conducta, experiencias o entorno con el fin de vencer sus problemas, hay cambios conductuales más manifiestos, se requiere de una dedicación considerable de tiempo y energía.

El usuario actúa con una sensación de auto liberación; necesita creer que tiene la autonomía para cambiar su vida; esta etapa es particularmente agotadora, implica experimentar coerción, culpabilidad y los límites de la libertad personal; el cliente requiere fuerza y comprensión de una relación de ayuda, lo cual disminuye la angustia y el miedo de tomar una acción para un cambio de vida. En cuanto a Mauricio se notan claramente las acciones que emprendió a través de su Plan de acción en el que estableció las circunstancias en las que bebería y con quien bebería; además con el Establecimiento de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Metas y con ayuda del automonitoreo fue dándose cuenta de su progreso, lo cual lo fue motivando, logrando un buen resultado en su intervención.

Con las sesiones de *Seguimiento* Son llevadas a cabo al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses posteriores al tratamiento se retroalimenta al usuario y se analiza el cumplimiento de su meta, así como las posibles recaídas. Esta etapa pertenece ya a la etapa de *Mantenimiento* pues es el momento en que el usuario se topa con diversidad de factores que lo podrían llevar a una recaída, por lo cual es la etapa en que más esfuerzos deben hacer para mantener su meta con éxito. En esta etapa el usuario trabaja para impedir la recaída y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. "Continuación del cambio".

Es la estabilización del cambio de conducta y evitación de la recaída. Puede durar para el resto de la vida; es la etapa posterior al inicio de la abstinencia o moderación en la que el individuo debe trabajar con más ahínco para mantener su compromiso de cambiar a través del tiempo, debido a que en esta fase se enfrenta a multitud de tentaciones, estresores e influencia de viejos patrones de hábitos. Tal como el usuario Mauricio lo comentó, se enfrentó a una serie de situaciones de riesgo como reuniones familiares, campamentos, salidas a la disco, en donde venció la tentación de consumir en exceso respetando su meta y motivando a su primo a cambiar. En el último seguimiento se aprecia como el usuario fue capaz de lograr su meta. Con esto se observa el paso de una etapa a otra dentro del Proceso de Cambio en la conducta adictiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Annis H., Graham M., y Davis C. (1982). *Inventory of drinking situations*. Toronto, Addiction Research Foundation of Ontario. *"A relapse prevention model for treatment of alcoholics"*. En Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F. (pp. 123-132).
- Ayala Velázquez y Georgina Cárdenas (1996). *Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas*. Psicología Iberoamericana, Vol.4 No.2 (pp. 17).
- Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). *Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México, D.F. (pp. 7-18).
- Bandura A. (1977). *Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review. En Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F. (pp. 145-156).
- Cooper, A.M., M.B., Sobell, Maisto, S.A. y L.C. Sobell (1980). *Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation"* Journal of Studies on Alcohol. En Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F. (pp. 167-173).
- Dennis Donovan y David B. Rosengren. *Motivación para el cambio de conducta y tratamiento entre los abusadores de sustancias*. The Addictive Behavior Change Process. (pp. 127-152)
- Edwards, G. y M.M. Gross. (1986) *"Alcohol Dependence: Provisional description of a clinical syndrome"*, en British Medical Journal, I. En Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F. (pp. 105-110).
- *Encuesta Nacional de Adicciones* (1998). Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salubridad y Asistencia y Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Maisto, S.A., M.B. Sobell, A.M. Cooper y L.C. Sobell (1979) *"Test-retest reliability of retrospective self reports in three populations of alcohol abusers"*. Journal of Behavioral Assessment. En Ayala Velázquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F. (pp. 167-173).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Marlatt, G.A. (1978) *Craving For alcohol, loss of control and relapse: A cognitive behavioral analysis*. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (eds.) Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment, Plenum Press, Nueva York, 1978. En Ayala Velásquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F (pp. 145-155).
- Marlatt, G.A. (1979). *Alcohol use and problem drinking A cognitive behavioral analysis*. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (eds.) Cognitive behavioral interventions: Theory, research and procedures, Academic Press, Nueva York. En Ayala Velásquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F (pp. 145-155).
- Marlatt G.A. y J.R. Gordon (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. En P. Davidson y S. Davidson (eds.) Behavioral medicine: Changing health lifestyles. Brunner-Mazel, Nueva York. En Ayala Velásquez, Cárdenas López, Echeverría San Vicente y Gutiérrez Lara (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México, D.F (pp. 145-155).
- Prochaska y DiClemente. (1986) *Toward a Comprehensive Model of Change* en William R. Miller y Nick Heater (eds.) *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York: Plenum. (pp. 3-26).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE PRE-SELECCIONFECHA DE LA ENTREVISTA: 29 Oct 2000

DIA / MES / AÑO

NOMBRE: MDMS**INSTRUCCIONES:**

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SECRETARÍA DE SALUD
 VERAPAZ NACIONAL
 SISTEMA DE MÉDICO

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

4
 FACIL
 DE PACE

FORMA DE CONSENTIMIENTO

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

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

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

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

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

NOMBRE (INFORMANTE 1) SATS
 apellidos nombre
 DIRECCIÓN Ciudad de Bellavista Minapet, Cde. Hues
 calle número
Ato. Madero
 colonia ciudad CP
 TELEFONOS. (015) 7 2117
 casa oficina
 RELACION O PARENTESCO Mamá

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOLFECHA DE LA ENTREVISTA: 29 Sept 2000NOMBRE: MDMS

DIA / MES / AÑO

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

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

AUTOR: RAISTRICK, D.
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

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

PUNTAJE 21 puntos
 Dependencia media, ideal
 para el programa.

TEST CON
 FALLA DE ORIGEN

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL. (29-09-2000)

Debe a tomar y al otro día beber lo que ocurrió la noche anterior?				
Después de una sesión de beber en exceso se cree que la mañana siguiente después se de cuenta de que uno exageró?				
A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso uno se le gana?				
Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y no sabe?				
A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con resaca en los brazos?				
A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?				
Trata de controlar su forma de beber, después de tomar algunas (dos o tres) cervezas?				
Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?				
Sabe en exceso sin saberlo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?				
Sabe la cantidad que bebe independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?				
Debe por efecto del alcohol sin importar que bebido es lo que toma?				
Bebe por la mañana, tarde y noche?				
Organiza su día de acuerdo a cuándo y cuánto puede beber?				
Es más importante beber en exceso que su próxima comida?				
Tiene facilidad para dejar de pensar en el alcohol?				

Casi siempre

Frecuentemente
Nunca

FUENTE: Raistrick, D. Facultad
de Psicología, UNAM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL

FECHA: 3-09-2000

DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre: MDMS

2. Edad: (en años cumplidos) 20 años

3. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino 1

4. Escolaridad (No. de años terminados): Preparatoria terminada

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

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

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

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

7. Lugar de residencia en la actualidad:

- (1) Casa propia
- (2) Departamento o casa rentada
- (3) Cuarto
- (5) Sin dirección permanente
- (6) Pensión
- (7) Otra: _____

8. ¿En los últimos 12 meses cuantas veces ha cambiado de casa? Ninguna

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SALUD FÍSICA

9. ¿Por qué está usted buscando tratamiento?

Para seguirlos, continuar con sus estudios ya no tengo problemas con su mamá a consecuencia del consumo de alcohol

10. Principal problema por el que está buscando ayuda:

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| (1) <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol | (7) <input type="checkbox"/> Otras (drogas) |
| (2) <input type="checkbox"/> Tabaco | _____ |
| (3) <input type="checkbox"/> Marihuana/Cannabis | (8) <input type="checkbox"/> Tengo problemas con varias drogas |
| (4) <input type="checkbox"/> Cocaína | _____ |
| (5) <input type="checkbox"/> Heroína | _____ |
| (6) <input type="checkbox"/> Pastillas (Nombres): _____ | |

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

- | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> No, nunca | (2) <input checked="" type="checkbox"/> Si A.A. (Durante 2 semanas, hace mes y 1/2) |
| Tipo de tratamiento / ayuda | Alcohol Drogas |
| (3) Centro de desintoxicación | _____ |
| (4) Tratamiento de consulta externa | _____ |
| (5) Tratamiento de consulta interna | _____ |
| (6) Tratamiento médico | _____ |
| (7) Tratamiento psiquiátrico | _____ |
| (8) Grupos de auto ayuda | <input checked="" type="checkbox"/> A.A. _____ |

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

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------|
| (1) No <input checked="" type="checkbox"/> | (2) Si <input type="checkbox"/> |
| Cual? _____ | |

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

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------|
| (1) No <input checked="" type="checkbox"/> | (2) Si <input type="checkbox"/> |
| Cual? (Cada cuánto, para qué): _____ | |

14. ¿Cuánto pesa? 73 kg.

15. ¿Qué actividades realiza en tu tiempo libre?

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> No, ninguna | (2) <input type="checkbox"/> Leer |
| <u>Jugar pñenten (cada tercer día hasta 3 hrs).</u> | |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

(1) No

(2) Si

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

(1) No

(2) Si, sólo los amigos

(3) Si, Sólo la familia

(4) Si, tanto amigos como familia

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

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

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

SITUACIÓN LABORAL

20. Situación laboral (Marque sólo una opción).

(1) Tiempo completo

(3) Trabaja por su cuenta

(5) Sin empleo *mezo de trabajar en seguridad*

(7) Estudiante

(9) Labores del hogar

(2) Medio tiempo

(4) Trabajo ocasional

(6) Incapacitado

(8) Jubilado

21. Ocupación actual u ocupación desempeñada con más frecuencia:

estudiante

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22. Número de años trabajando en ocupación actual: _____

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

23. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos días no trabajó, como resultado de consumir bebidas alcohólicas? (0 a 360) 2 veces en domingo
24. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos días no trabajó, como resultado del consumo de drogas?
25. (0 a 360) _____
26. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces perdió el empleo, como resultado del consumo de alcohol? (0 a 360) _____
27. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces perdió el empleo, como resultado del consumo de drogas? (0 a 360) 1 vez en los 7 meses por el consumo
28. Ingreso personal aproximado mensualmente: \$ 300.000 v. s. D.
29. En promedio ¿que porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? no se le utiliza a beber
30. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas?

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

31. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? Nunca
32. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? Detenido de drogadicción por patrulla
33. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? 7 años
34. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? 3 años (1 año después de entrar a la fuerza)
35. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? 3 años
36. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su CONSUMO DE ALCOHOL durante el año pasado (marque sólo una opción):
- (1) Sin problema
- (2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
- (3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
- (4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria) los 27 meses he tenido la sequedad de la boca, a veces náuseas y dolores de cabeza
- (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo? 0 veces - 4 abstención
1 A.A.
38. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cual es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). 5 meses
¿Cuándo ocurrió? Mayo 1996
Mayo 96
mes año
¿Porque se abstuvo en esa ocasión?
accidente automovilístico
-
39. En caso de consumo de alcohol ¿en qué porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?
- (1) 0 - 100% 30 cerveza
(2) 0 - 100% 0 vino
(3) 0 - 100% 0 pulque
(4) 0 - 100% 70 destilados¹ → tequila, mezc
(5) 0 - 100% 0 coolers
40. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? Ninguno
41. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado (detenido) por el consumo de drogas?
Ninguna
42. ¿Por cuántos años ha consumido drogas? pastillas 1 vez (una)
10 días cocaína (hace 4 años)
43. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas?

44. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su CONSUMO DE DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):
- (1) Sin problema
(2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
(3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
(4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)

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

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

SUSTANCIAS	CONSUMO SI = 1 NO = 2	FORMA DE CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO (DI RITMO EN ULTIMOS 90 DIAS)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA (DI RITMO EN ULTIMOS 90 DIAS)
ALCOHOL	2	1	2000	4	
MARIJUANA					1 1/2 l mes a 1 vez a la
COCAINA					
METANFETAMINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS (HEROINA METADONA OPIO MORFINA DEMEROL)					
INHALABLES (GLICERINA SOLVENTE SALICILATO)					
ALUCINOGENOS (POLVO DE ANGI MISCALINA PSILOCIBINA)					
DRUGAS ANFETAMINAS COMPOS					

• CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

	A L C O H O L	MA RI GUA NA	C O C A I N A	ME TAN FE TA MI NAS	DE PRE SI VOS	NAR CO TI COS	IN HA LA BLES	O T R A S
51. DAÑO FISICO								
0 = Ninguno								
1 = Aviso preventivo del medico	0							
2 = Tratamiento medico por enfermedad o accidente								
52. DAÑO COGNITIVO								
(incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusion, dificultad de pensamiento)								
0 = Ninguno	1							
1 = 1 o menos ocasiones	cuatro							
2 = Mas de 5 ocasiones								
53. DAÑO AFECTIVO								
(incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad)								
0 = Ninguno								
1 = Menor (con consecuencias en el comportamiento diario)	1							
2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
54. DAÑO INTERPERSONAL								
(Nivel NO)								
0 = Menor (solamente discusiones)	1							
1 = Relaciones tirantes con otros								
2 = Mayor (perdida de relaciones o punto de perdidas debido al consumo)								
55. AGRESION								
(Nivel NO)								
0 = Agresion verbal	R							
1 = Agresion fisica								

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

El usuario parece muy interesado y receptivo, con
alguna dificultad para ver lo suficientemente motivado con
el tratamiento

RECOMENDACIONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO:

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

CCS¹

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o con su consumo de drogas. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistir beber en exceso, como en el ejemplo.

Me siento ...

0 % _____ X _____ 100%
Inseguro Seguro

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

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

Me siento ...

0 % _____ ~~100%~~
Inseguro Seguro

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

Me siento ...

0 % _____ ~~100%~~
Inseguro Seguro

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

Me siento ...

0 % _____ ~~100%~~
Inseguro Seguro

¹ Annis, H.M., Ph.D.
Derechos Reservados:

Facultad de Psicología, UNAM.
Addiction Research Foundation, Canadá.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10

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

Me siento ...
0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

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

Me siento ...
0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

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

Me siento ...
0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

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

Me siento ...
0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

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

Me siento ...
0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO: _____ MDMS

NOMBRE DEL APLICADOR: Enita González Laville

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11

FECHA DE APLICACIÓN 30 de
DIA / MES / AÑO

NOMBRE DEL USUARIO MDMS

1999

5	6	7	11	2	13	4
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

12 tirajes = 12 tirajes
 12 tirajes = 12 tirajes
 6 tirajes = 6 tirajes
 12 tirajes = 12 tirajes

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2000

LUNES	MARTES	MIERCOLES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
3	4	5	6	7	17 <i>open 2</i>	18
10	11	12	13	14	15 <i>22</i>	16
17	18	19	20	21	22 <i>22</i>	23
24	25	26	27	28	29 <i>22</i>	30
31						

LUNES	MARTES	MIERCOLES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	
8	9	10	11 <i>2</i>	12	13	
14 <i>7</i>	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29					

LUNES	MARTES	MIERCOLES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	2	3 <i>22</i>	4 <i>22</i>	5		
8	9	10 <i>22</i>	11 <i>22</i>	12		
13	14	15	16	17 <i>22</i>	18 <i>22</i>	19
20	21	22	23	24 <i>22</i>	25 <i>22</i>	26
27	28	29	30	31		

LUNES	MARTES	MIERCOLES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
3	4	5	6	7 <i>18</i>	8	9
10	11	13	14	15 <i>18</i>	16	17
18	19	20	21	22 <i>18</i>	23 <i>2</i>	24
25	26	27	28	29 <i>18</i>	30 <i>2</i>	

LUNES	MARTES	MIERCOLES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10 <i>21</i>	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26 <i>12</i>	27	28
29	30	31				

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
				11	2 44 hrs	3	4
5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16 31 hrs	17 27 hrs	18	
19	20	21	22	23	24	25	
26	27	28	29 24 hrs	30 27 hrs			

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1 34 hrs	2 38 hrs
3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	
24	25	26	27	28 18 hrs	29	30	
31							

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

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1	2
3	4	5	6	7	8 37 hrs	9	10 30 hrs
11 17 hrs	12 17 hrs	13	14	15 23 hrs	16	17	
18	19	20	21	22 34 hrs	23 28 hrs	24 21 hrs	
25	26	27	28	29	30 14 hrs		

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARA EL USUARIO # 031000, SESION # 01:
 RANGO DE LA LINEA BASE: DE Octubre 10, 1999 A Octubre 3, 2000

CATEGORIA:	1	2	3	4
DE :	<-	1	5	10
A :	0	4	9	->

RANGO: 30 Dias				
DE : Sep 4	21	1	0	8
A : Oct 3	63%	0%	0%	2%

RANGO: 60 Dias				
DE : Ago 5	48	1	0	11
A : Oct 3	13%	0%	0%	3%

RANGO: 90 Dias				
DE : Jul 6	77	1	0	12
A : Oct 3	21%	0%	0%	3%

RANGO: 120 Dias				
DE : Jun 6	101	1	0	18
A : Oct 3	28%	0%	0%	5%

RANGO: 150 Dias				
DE : Abr 7	152	1	0	27
A : Oct 3	42%	0%	0%	7%

RANGO: 270 Dias				
DE : Ene 8	227	1	0	42
A : Oct 3	63%	0%	0%	12%

RANGO: 360 Dias				
DE : Oct 10	310	1	2	47
A : Oct 3	86%	0%	1%	13%

CATEGORIA ETIQUETA:

- 1. ABSTINENTE.
- 2. CONSUMIDOR BAJO.
- 3. CONSUMIDOR ALTO.
- 4. CONSUMIDOR MUY ALTO.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CONSUMO DIARIO: 20.6 TRAGOS AL DIA.

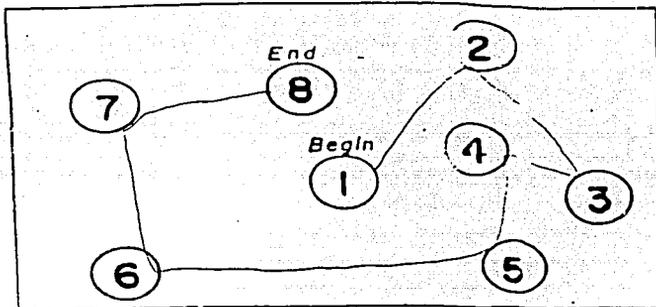
EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MANANAS NO HA OCURRIDO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

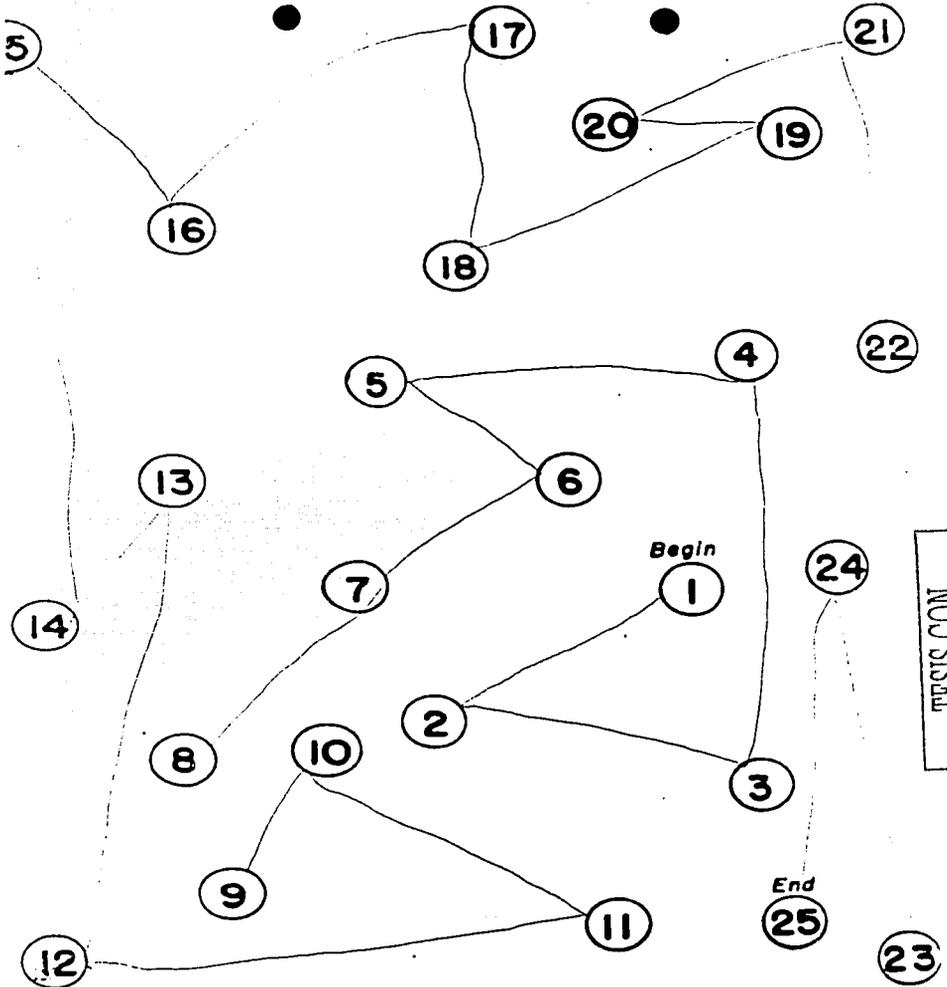
PRUEBA

1ª PARTE

EJEMPLO



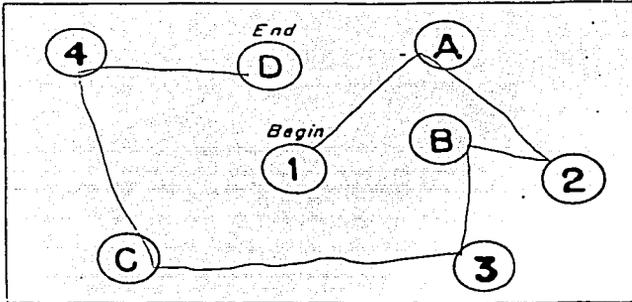
TFESIS CON
FALLA DE ORIGEN



PRUEBA

2ª PARTE

EJEMPLO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Terapeuta		1. No de exp.										
Día	consumo	# de copas por tipo de bebida.		# total de copas		Situación relacionada			Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo			
Mes y día	1-sí 2-no 3-no necesidad	Ce- r- ve- za.	Des- tita- dos	in- du- n	Si no consume es 0	S o L o s	1	2				
22/01	1	2	1	0	0	0	0	0	0			
23/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
24/01	1	2	0	0	0	0	0	0	0			
25/01	1	0	1	0	0	0	1	0	0	convivir un rato		
26/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
27/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
28/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
29/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
30/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
31/01	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
01/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
02/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
03/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
04/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
05/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
06/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
07/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
08/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
09/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
10/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
11/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
12/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
13/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
14/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
15/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
16/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
17/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
18/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
19/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
20/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
21/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
22/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
23/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
24/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
25/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
26/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
27/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
28/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
29/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
30/02	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
01/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
02/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
03/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
04/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
05/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
06/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
07/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
08/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
09/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
10/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
11/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
12/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
13/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
14/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
15/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
16/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
17/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
18/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
19/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
20/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
21/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
22/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
23/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
24/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
25/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
26/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
27/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
28/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
29/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
30/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
31/03	1	0	0	0	0	0	0	0	0			

1. Lugar público

2. Lugar privado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**"INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL"
ISCA**

FECHA DE LA ENTREVISTA: 17 oct 88
DIA / MES / AÑO

INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

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

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

Annis, H.M. Ph.D.

Derechos Reservados:

Facultad de Psicología, UNAM.
Addiction Research Foundation, Canadá.

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
14 Cuando me sentia muy contento.	1	2	3	4
15 Cuando volvia a estar en reuniones en donde siempre bebia	1	2	3	4
16 Cuando me intrinsecia al recordar algo que habia sucedido	1	2	3	4
17 Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mi	1	2	3	4
18 Cuando algunas personas a mi alrededor me ponian tenso	1	2	3	4
19 Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	1	2	3	4
20 Cuando pensaba que fresca y sabrosa podia ser la bebida	1	2	3	4
21 Cuando queria estar mas cerca de alguien que me gustaba	1	2	3	4
22 Cuando alguien en la misma habitacion estaba bebiendo	1	2	3	4
23 Cuando sentia que no tenia a quien acudir.	1	2	3	4
24 Cuando sentia que me estaba deprimiendo.	1	2	3	4
25 Cuando me sentia rechazado sexualmente.	1	2	3	4
26 Cuando estaba aburrido	1	2	3	4
27 Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	1	2	3	4
28 Cuando la gente era injusta conmigo.	1	2	3	4
29 Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	1	2	3	4
30 Cuando me sentia rechazado por mis amigos.	1	2	3	4
31 Cuando me sentia seguro y relajado.	1	2	3	4
32 Cuando veia algo que me recordaba la bebida.	1	2	3	4
33 Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	1	2	3	4
34 Cuando estaba confundido y necesitaba pensar mas claramente	1	2	3	4
35 Cuando me sentia solo	1	2	3	4
36 Cuando me podia convencer que era una nueva persona que podia tomar unas cuantas copas	1	2	3	4
37 Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	1	2	3	4
38 Cuando pasaba por donde venden bebidas.	1	2	3	4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
64 Cuando tenia miedo de que las cosas no me iban a salir bien	①	2	3	4
65 Cuando me sentia satisfecho por algo que habia hecho	1	②	3	4
66 Cuando sentia envidia por algo que habia hecho otra persona	①	2	3	4
67 Cuando pasaba frente a un bar	1	②	3	4
68 Cuando me sentia vacio interiormente	1	②	3	4
69 Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaban unas copas.	1	②	3	4
70 Cuando me sentia muy cansado	①	2	3	4
71 Cuando todo me estaba saliendo mal	①	2	3	4
72 Cuando queria celebrar con un amigo (a)	1	②	3	4
73 Cuando alguien me presionaba a demostrar que podia tomar una copa	1	②	3	4
74 Cuando me sentia culpable de algo	1	②	3	4
75 Cuando me sentia nervioso y tenso	①	2	3	4
76 Cuando estaba enojado respecto al curso que habian tomado algunas cosas	①	2	3	4
77 Cuando me senti muy presionado por mi familia	1	②	3	4
78 Cuando algo bueno sucedia y queria celebrarlo	1	2	3	④
79 Cuando me sentia contento con mi vida.	1	2	③	4
80 Cuando pensaba que realmente no dependia de la bebida	1	②	3	4
81 Cuando pensaba que una copa no podia hacerme dano	1	2	③	4
82 Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y queria aumentar la diversion	1	2	③	4
83 Cuando me sentia confundido respecto a lo que debia de hacer	①	2	3	4
84 Cuando me reunia con un amigo(a) y sugeria tomar una copa juntos.	1	2	3	④
85 Cuando queria celebrar una ocasion especial como la Navidad o un cumpleaños.	1	2	3	④
86 Cuando tenia dolor de cabeza.	①	2	3	4
87 Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	①	2	3	4
88 Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y queria sentirme mejor.	1	2	③	4
89 Cuando de repente tenia urgencia de beber una copa.	1	②	3	4

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
90. Cuando pensaba en las oportunidades que habia desperdiciado en la vida	1	(2)	3	4
91. Cuando queria probarme a mi mismo que podia beber pocas copas sin emborracharme	1	2	(3)	4
92. Cuando habia problemas (pleitos) en mi hogar	(1)	2	3	4
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haria mas agradable	1	2	(3)	4
94. Cuando tenia problemas en el trabajo	(1)	2	3	4
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y queria tener mayor intimidad	1	2	(3)	(4)
96. Cuando mi jefe me ofrecia una copa	1	2	(3)	4
97. Cuando sentia el estomago "hecho nudo"	(1)	2	3	4
98. Cuando me sentia feliz al recordar algo que me habia pasado	1	2	(3)	4
99. Cuando necesitaba valior para enfrentarme a alguien	(1)	2	3	4
100. Cuando sentia que alguien estaba tratando de controlarme y queria sentirme mas independiente y poderoso.	1	(2)	3	4

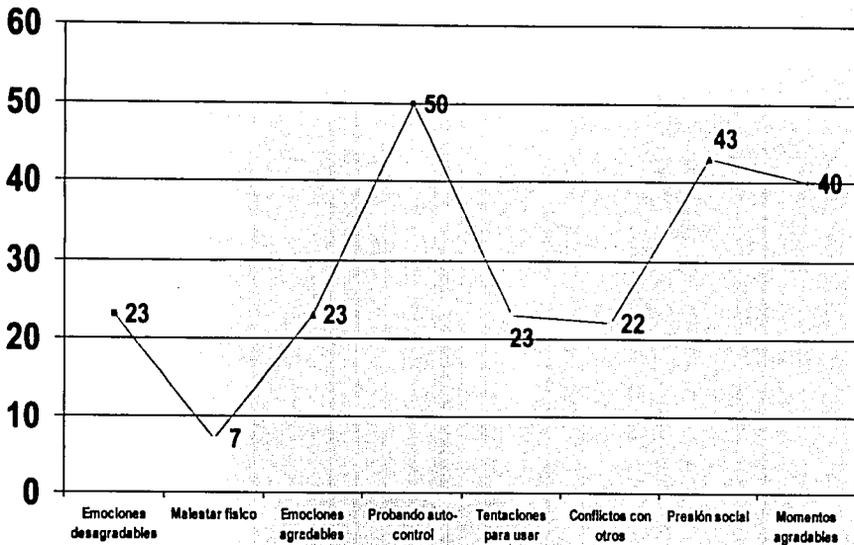
GRACIAS POR SU COLABORACION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOMBRE DEL USUARIO: MDMS

NOMBRE DEL APLICADOR: Olivia Gonzalez Carrillo

INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL
(ISCA)
17-11-2000



FUENTE: Annis, H.M. Ph.D.
Facultad de Psicología, UNAM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

1
SESION

17-Oct-00
FECHA

Núm. de expediente: _____

BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR MI CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS DE:	tener mejor aprovechamiento en mi vida cotidiana de todas las cosas	El caso toda la mi vida - estar contento
COSTOS DE:	Dejar un poco de convivir con mis amigos	problemas familiares problemas escolares + problemas económicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1
SESION

17-6-85 10
PUNTO

Num de expediente: _____

TAREA 1

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

RAZONES PARA CAMBIAR.

RAZONES PARA CAMBIAR.

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

1.- hacer afectar mas a mi propia cuerpo. (2)
dejar de andar en boca de todos (5)
y hacer modificaciones a mi familia. (1)

2.-

3.-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4
SESION

17-0chire-cc
FECHA

Num. de expediente: _____

ESTABLECIMIENTO DE META

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

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

Me propongo esta meta para mi consumo de alcohol:

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

A.- _____ No consumir nada (codificar 1)

Si marco esta meta, pase a la siguiente página.

B.- 2 Solo tomare de cierta manera (codificar 2)

Si marco esta meta, conteste las siguientes preguntas.

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

2.- Yo planeo tomar no más de 2-3 copas estándar durante el día de cualquier día. Este será mi límite

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

4.- Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:

Con amigos

5.- Yo no tomare bajo las siguientes condiciones:

Fiestas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

Escriba el puntaje de importancia de su meta aquí ----- 10.0 ----- %

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

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

Escriba su puntaje de confianza (de 0% a 100%) aquí ----- 90 ----- %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2
SESION

24-01-00
FECH.

Num. de expediente _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

SITUACION NO. 1 DE CONSUMO EXCESIVO

1 - Describa brevemente una de sus tres situaciones mas graves de consumo excesivo de alcohol
Cuando vamos a una disco fuera de la
ciudad y nos quedavamos los dias -manch.
en la disco

(Continue al reverso de la hoja si necesita mas espacio).

2 - Describa, tan especificamente como sea posible, los tipos de factores precipitadores que existen generalmente asociados con esta situacion de consumo excesivo.

mis amigos y el ambiente, las chicas
a el gusto de seguir tomando

(Continue al reverso de la hoja si necesita mas espacio).

3 - Describa tan especificamente como sea posible, los tipos de consecuencia generalmente asociada con esta situacion de consumo excesivo. Recuerde considerar tanto consecuencias inmediatas como a largo plazo asi como consecuencias positivas y negativas.

las llamadas: conocer otras personas y las
negativas peleas, presiones de dinero,
que llamo teniamos para el regreso y
teniamos que llamar para que fueran
por uno.

(Continue al reverso de la hoja si necesita mas espacio).

4 - ¿Que tan frecuentemente ocurrio esta situacion durante el año pasado? De todos sus episodios de consumo excesivo durante el año pasado, ¿que porcentaje de estos sucedio en este tipo de situacion? (Por ejemplo: si uno de cada tres veces bebio excesivamente bajo esta situacion, usted debe anotar 33%).

Escriba su respuesta aqui _____%

Suces en 1 año

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

2
SESION

24-09-00
FECHA

Núm. de expediente: _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

SITUACION NO. 2 DE CONSUMO EXCESIVO

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

Cuando vamos a a campar todas los
amigos de la 6 días en la montaña

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

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

los amigos, los días que nos quedabamos
acompañada solos y el ambiente tan
libre que teníamos

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

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

positivas: conocer parejas en compañía
de los amigos y negativas: caídas, fracturas
y mucho asco por tanta alcohol ingerido

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

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

Escriba su respuesta aquí _____ %

15 veces en 1 año

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13

2
SESION

24-01-00
FECHA

Núm. de expediente: _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

SITUACION NO. 3 DE CONSUMO EXCESIVO

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

En las fiestas familiares era
excesivo. Siempre por suite de las fiestas.

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

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

la presión de todos los primos de
embutecerse de alcohol

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

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

casí siempre me divertíase
negativos: altercados familiares, problemas
con mi familia y críticas por largo
tiempo

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

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

Escriba su respuesta aquí _____ %
2 veces

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14

Terapeuta		Nº de esp.		Situación relacionada	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
Día	consumo	# de copas por tipo de bebida.	# total de copas		

Mes y día	1-si 2-no 3-no necesidad	Ce- re- ve- za.	Des- tila- dos	V i n o	Si no consume es 0	S o l o s		1	2	
						1	2			
1-7	3	3	2	0	3	1	2	0	0	
11	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
17	3	3	3	2	3	1	2	0	0	
18	3	3	3	1	3	1	1	1	0	
20	3	3	3	0	3	1	2	0	0	12/11/92 120
21	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
22	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
23	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
24	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
25	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
26	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
27	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
28	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
29	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
30	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
31	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
1	3	3	3	0	3	1	2	0	0	
2	3	3	3	0	3	1	2	0	0	

1. Lugar publico 2. Lugar privado

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SESION 3
Num. de expediente: _____

FECHA 31-oct-00

OPCIONES

Situación Problema No _____

Breve descripción _____

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

OPCION#1 _____

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

OPCION#2 _____

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

OPCION#3 _____

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

OPCION#4 _____

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

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

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

- 1) ¿Qué opción seleccionaria como la mejor?
- 2) ¿Qué opción seleccionaria como su segunda mejor elección?

Opción # 4
Opción # 2

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16

3
SESION
Num. de expediente: _____

31-01-00
FECHA

PLAN DE ACCION

Situacion Problema # 1

Usted ya selecciono sus dos mejores opciones para esta situación problema. Para cada opcion, describa un plan de accion que le ayudaria a lograr esta opción..

A) MEJOR OPCION: Opción # 4

Breve descripción: cuando vamos a la discoteca por las
11 a la noche para ir a bailar
llegamos con tranquilidad de irse de la casa
para ir a salir temprano de la discoteca

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # 2

Breve descripción: le da la taca una taca en el ojo
PLAN DE ACCION
si a la discoteca vamos con la taca en el ojo
llegamos a casa y nos quedamos en casa
para descansar

¡ SI NECESITA MAS ESPACIO, CONTINUE EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA!

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SESION 3
Num de expediente _____

FECHA 31-oct-cc

OPCIONES

Situación Problema No 2

Breve descripción

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

OPCION#1

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

... ..

OPCION#2

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

... ..

OPCION#3

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

... ..

OPCION#4

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

... ..

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

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

1) ¿Que opcion seleccionaria como la mejor?

Opción # 2

2) ¿Que opcion seleccionaria como su segunda mejor elección?

Opción # 2

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18

5
SESION
Núm. de expediente: _____

31-oct-00
FECHA

PLAN DE ACCION

Situación Problema # 2

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

A) **MEJOR OPCION:** Opción # 3
compresión

Breve descripción: Crear un manual para el taller

PLAN DE ACCION:

revisar y e de llevar veridas a los talleres
revisar manual herramienta y la que se usen

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

Breve descripción: El arreglo por los 2 ejes frontales

PLAN DE ACCION:

El eje 2 llevar para al cal para distribuir
los dos ejes los parbreros y una capa por eje
como se 3 en la noche

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19

SESION 3
Num. de expediente: _____

FECHA 31-01-00

OPCIONES

Situación Problema No. 5

Breve descripción:

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

OPCION#1 no hacer ninguna lista suscripción

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

no se gana de ahí y manipulación

OPCION#2 El grupo se a sea sin hacer

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

no se gana de hacer de la lista y perder recursos

OPCION#3 si a las listas y tomar mercado real

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

no se gana de hacer y así manipulación tiempo

OPCION#4 hacer una lista y utilizar de la lista

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

hacer suscripción con cada y seleccionar lo

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

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

1) ¿Qué opción seleccionaría como la mejor?

Opción # 4

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

Opción # 3

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20

3

SESION

Num. de expediente: _____

31-ctto

FECHA

PLAN DE ACCION

Situacion Problema # 3

Usted ya selecciono sus dos mejores opciones para esta situacion problema. Para cada opcion, describa un plan de accion que le ayudaria a lograr esta opcion..

A) MEJOR OPCION: Opcion # 4

Breve descripcion trabaja familiar

PLAN DE ACCION

Hacer mas al nivel del nivel
de la familia de trabajo de trabajo
de trabajo para ser un buen profesional

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opcion # 3

Breve descripcion trabaja familiar

PLAN DE ACCION

trabaja en la familia y ser un buen profesional
de trabajo de trabajo de trabajo de trabajo
de trabajo de trabajo de trabajo de trabajo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

21

Terapeuta		Nº de exp.			Situación relacionada	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
Día	consumo	# de copas por tipo de bebida.	# total de copas			

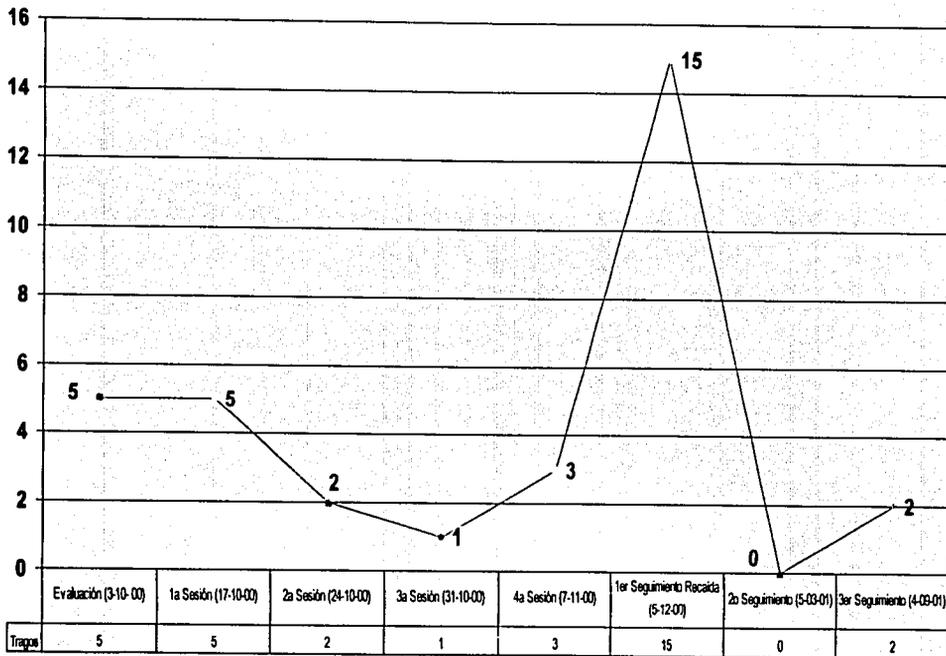
Mes y día	1-si 2-no 3-no necesidad	Cere- ve- za.	Des- tila- dos	Vino	Si no consume es 0	SOL O S	Situación relacionada		Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
							1	2	
2	0	2	1	0	0	0	0	0	0
3	0	2	1	0	0	0	0	0	0
4	0	2	1	0	0	0	0	0	0
5	0	2	1	0	0	0	0	0	0
6	0	2	1	0	0	0	0	0	0
7	0	2	1	0	0	0	0	0	0
8	0	2	1	0	0	0	0	0	0
9	0	2	1	0	0	0	0	0	0
10	0	2	1	0	0	0	0	0	0
11	0	2	1	0	0	0	0	0	0
12	0	2	1	0	0	0	0	0	0
13	0	2	1	0	0	0	0	0	0
14	0	2	1	0	0	0	0	0	0
15	0	2	1	0	0	0	0	0	0
16	0	2	1	0	0	0	0	0	0
17	0	2	1	0	0	0	0	0	0
18	0	2	1	0	0	0	0	0	0
19	0	2	1	0	0	0	0	0	0
20	0	2	1	0	0	0	0	0	0
21	0	2	1	0	0	0	0	0	0
22	0	2	1	0	0	0	0	0	0
23	0	2	1	0	0	0	0	0	0
24	0	2	1	0	0	0	0	0	0
25	0	2	1	0	0	0	0	0	0
26	0	2	1	0	0	0	0	0	0
27	0	2	1	0	0	0	0	0	0
28	0	2	1	0	0	0	0	0	0
29	0	2	1	0	0	0	0	0	0
30	0	2	1	0	0	0	0	0	0
31	0	2	1	0	0	0	0	0	0

1. Lugar publico

2. Lugar privado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUTOMITOREO
Tragos Promedio al día de la Sesión
(3 de Octubre 2000-4 de Septiembre 2001)



23

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

4^a
SESION

Núm. de expediente: _____

7-Nov-00
FECHA

ESTABLECIMIENTO DE METAS

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

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

Me propongo esta meta para mi consumo de alcohol:
Para las siguientes 3 semanas, mi meta es (marcar solo uno):

A.- _____ No consumir nada (codificar 1)

Si marco esta meta, pase a la siguiente página.

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

Si marcó esta meta, conteste las siguientes preguntas.

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

2.- Yo planeo tomar no más de 1.2 copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.

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

4.- Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:

5.- Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24

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

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

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

Escriba el puntaje de importancia de su meta aquí 100 %

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN