

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGIA RESIDENCIA EN ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ANTONIO ALEJANDRO GONZALEZ GONZALEZ

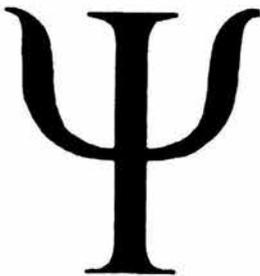
DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

JURADO DE EXAMEN:

TITULAR DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
TITULAR: DRA. MA. ELENA MEDINA - MORA
TITULAR: MTRA. GUILLERMINA NATERA
TITULAR: MTRO. HORACIO QUIROGA
TITULAR: MTRO. CESAR CARRASCOZA
SUPLENTE: DRA. SARA GARCIA SILBERMAN
SUPLENTE: DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

MEXICO, D.F.

2004



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

*A ti Mama, por todo tu amor y cuidados,
sabes que hay distancias que no separan
cuando el amor nos acerca.*

*A ti Papa, por tu callada manera de quererme
Me siento orgulloso de que seas mi Padre
Te quiero mucho*

A ti Alfredo, es bueno saber que estás ahí

*A Miriam y Gerardo, gracias por quererme tanto
Los quiero*

*A ti Nando, sabes que serás Gigante
Nunca abandones tus sueños*

*A mi Tío Ranulfo, Gracias por enseñarme a luchar
Sin ti no lo hubiera logrado*

A mi Tía Rosa, por tu comprensión y apoyo

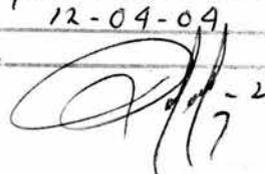
A ti Nacho, por tu amistad hermanada e inquebrantable

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alejandro González

González

FECHA: 12-04-04

FIRMA: 

- 2
7

AGRADECIMIENTOS

A todos mis profesores, en especial al Dr. Héctor Ayala[†] por la oportunidad de aprender, a Leticia Echeverría por haber creído en mí, a la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Mtra. Guillermina Natera, Mtro. Horacio Quiroga, Mtro. César Carrascoza, Dra. Sara García, Dr. Agustín Vélez y Mtro. Fernando Vásquez, por sus observaciones y conocimientos.

A la Dra. Amada Ampudia, mi tutora, por su apoyo profesional, su tiempo y enseñanzas durante mi formación.

A mi compadre Adrián, a Luis, Carlitos, Gabo, Omar y Steven, por ser amigos, cómplices y familia en nuestra casa en México. Nunca olvidaré estos años.

A Paco y Kalina, por abrirme las puertas de su casa y su amistad a mi llegada a México.

A Miguel y Lety, por su amistad y apoyo en momentos difíciles y afortunados.

A Ericka, Bernardo, Laura, Miguel Ángel, Laura L., Silvia, Marcela por compartir ésta etapa de mi vida, la volvería a vivir con ustedes.

A Dalby, Gelasio, Guille y Celeiro, mis hermanos en Cuba, siempre habrá tiempo para encontrarnos.

INDICE

Introducción	1
Reporte del Ejercicio de Experiencia Profesional	
1. Habilidades Profesionales desarrolladas Durante el Programa de Residencia	
A) Competencias Desarrolladas en la Investigación Epidemiológica	4
B) Competencias Desarrolladas en la Atención a Personas con Problemas por el Consumo de Sustancias y en la Sensibilización a Otros Profesionales para la Aplicación de programas Preventivos	10
C) Competencias Desarrolladas en el Diseño de proyectos de Investigación Aplicados al Campo de las Conductas Adictivas	18
Sesión Típica del ejercicio profesional	
2. Antecedentes del Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema	
A) La prevención en el Campo de las Conductas Adictivas en nuestro País	37
B) Las Intervenciones Breves en la Reducción de los Daños ocasionados por el consumo de sustancias	44
3. Caso Clínico	56
4. Discusiones sobre el caso	100
Referencias	104
Anexos	
Anexo 1. Cuestionario de Pre-Selección	
Anexo 2. Forma de Consentimiento	
Anexo 3. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)	
Anexo 4. Prueba PISTAS	
Anexo 5. Formato de Entrevista Inicial	
Anexo 6. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)	
Anexo 7. Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA)	
Anexo 8. Auto-Registro del consumo de alcohol	
Anexo 9. Ejercicios	
Anexo 10. Entrevista de Seguimiento	

INTRODUCCION

El consumo de drogas es una vieja práctica de la humanidad, ya sea para 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 fármaco dependencia 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 cantidad 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.

La situación actual de las adicciones en nuestro país revela diversas carencias tanto en el ámbito institucional como particular en el abordaje de las mismas, esto debido a la complejidad de dicho fenómeno, puesto que se ha observado que éste se lleva a cabo sobre la base de 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.

Las intervenciones, tienen que desarrollar mecanismos que permitan obtener resultados permanentes, para lo cual, se tienen que planear alternativas metodológicas y de evaluación que den cuenta de su éxito o fracaso.

Así, la formación especializada dentro del campo de las adicciones, considera necesario el apoyo institucional a programas de especialización, que permitan que el psicólogo se capacite en ésta área para investigar, medir la magnitud del problema y prepararse en la prevención, técnicas de detección, intervención y rehabilitación de personas con ésta problemática, así como promover acciones que disminuyan las repercusiones.

De éste modo, la posibilidad del desarrollo de programas de residencia para el entrenamiento de profesionales en el ámbito de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, ofrece una alternativa que reta la creatividad del personal docente que se ha dedicado al diseño y desarrollo de éste tipo de programas novedosos, por ésta razón, las sedes en las cuales se desarrolla la Maestría son:

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente, El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se dieron a la tarea de implementar un programa de Posgrado, enfocado a la formación de Profesionales dedicados al estudio y abordaje del fenómeno de las adicciones.

Este programa, busca incorporar todos aquellos 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 éste tema.

De ésta manera, éste documento tiene la finalidad de presentar una descripción de los principales temas abordados, tanto en la teoría como en la práctica, como parte de la Maestría en Psicología Profesional, con Residencia en Psicología de las Adicciones. El documento es un reporte del ejercicio de la experiencia profesional, en el cuál se describen temas como:

1. La investigación epidemiológica y psicosocial empleada en el campo de las conductas adictivas.
2. El desarrollo de programas preventivos en el ámbito individual y comunitario.
3. El desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas.
4. La aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas
5. La Presentación de una sesión típica del ejercicio profesional, donde se describe un caso clínico atendido por el consumo excesivo de alcohol, bajo el Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema.

Cada apartado, incluye una revisión teórica y una descripción de las actividades realizadas con relación al tema a lo largo de la maestría, en cada uno de los escenarios en los cuales se participo, así como el contenido y logros alcanzados a lo largo de la formación. Sin embargo, el eje central del trabajo lo constituye la presentación de una sesión Típica en el abordaje de un usuario de alcohol bajo el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, con el propósito de mostrar la adquisición y manejo de las Competencias Profesionales necesarias en la atención de ésta población.

REPORTE DEL EJERCICIO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

1. COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS DURANTE EL PROGRAMA DE RESIDENCIA

A) Competencias Desarrolladas en la Investigación Epidemiológica

Uno de los ejes principales de la formación de profesionales en el campo de las Adicciones dentro de la Maestría, consiste en un programa de residencia, cuyo objetivo, fue desarrollar las competencias profesionales bajo un método de formación teórica y practica en éste campo, para lo cual, el papel de la supervisión es fundamental, por lo que incluye un mínimo de 1600 hrs. de trabajo supervisado en los diferentes escenarios, en los cuales el estudiante es insertado bajo la dirección de especialistas dedicados a la investigación y abordaje del fenómeno de las adicciones; así como contar con la referencia y formación teórica a través de los diferentes seminarios impartidos.

Por otra parte, El Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema adaptado en México por el Dr. Héctor Ayala Velásquez y cols., (1995) Constituye el principal escenario de formación en el tratamiento de conductas adictivas, así como los diferentes programas que de éste se desprenden, los cuales serán presentados a detalle posteriormente.

Programa de Residencia

En el primer semestre, los alumnos se insertan en un proyecto de investigación en uno de los escenarios participantes; siendo en mi caso particular el Departamento de Vigilancia de enfermedades del Sector Salud, a cargo de la Mtra. Patricia Cravioto, con la participación en el proyecto "LA MAGNITUD Y NATURALEZA DEL FENÓMENO DE LA HEROÍNA EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA; el cual constituía el Proyecto de Tesis Doctoral de la Dra. Cravioto, y que en esos momentos, se encontraba en fase de aplicación en la Ciudad Fronteriza y cuyo Objetivo General era:

Construir un modelo que permitiera estimar el número de usuarios de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua, y describir las características del contexto en que se desarrolla el problema, con el propósito de instrumentar un modelo de Reducción del Daño que apoye el programa de prevención y control de las adicciones.

Dentro de los Objetivos Específicos se encontraron :

1. Elaboración un modelo matemático que permitiera estimar la magnitud del número de usuarios de heroína.

2. Conocer cuál es el desarrollo de la carrera de consumo (inicio, continuidad, patrones de consumo, etc.) de los usuarios de heroína.
3. Describir las características del contexto en que se presentaba el fenómeno del consumo de heroína.
4. Proponer un modelo de atención basado en la Reducción del Daño para los usuarios de heroína.

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó en éste estudio contempló dos enfoques:

El primer enfoque (cuantitativo), correspondió al desarrollo del modelo matemático utilizando el método de captura-recaptura que permitiría hacer una estimación de la magnitud del número de usuarios de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua.

En una primera fase, se utilizó información retrospectiva, que se obtuvo a través de las entrevistas a usuarios de heroína, en los sitios seleccionados para el estudio (instituciones de tratamiento, procuración de justicia y sitios de reunión y abasto para el consumo de la heroína (picaderos)).

La segunda fase, correspondió a la obtención de información prospectiva en la cual, se registró a los usuarios de heroína, que asistieron a un sitio determinado (captura), se dejó pasar un tiempo establecido y finalmente, se registraron los egresos que el mismo usuario tuvo en cada sitio en el periodo de tiempo establecido (recaptura).

Al término de estas dos fases, se hizo un conteo exhaustivo de casos a través de los registros existentes en cada uno de los sitios de interés a donde acudían los usuarios de heroína.

El segundo enfoque(cualitativo) contempló la aplicación de dos técnicas etnográficas, entrevistas a profundidad y grupos focales, con la finalidad de conocer las características y describir el contexto en el que se está dando el problema de la heroína en Ciudad Juárez.

A través de éstas técnicas, se obtuvo información sobre: la carrera del usuario, el contacto con instituciones de salud, asistencia social y procuración de justicia, barreras para el tratamiento, contacto con picaderos de heroína, vías de administración, manejo de aditamentos para preparar la heroína, razones y circunstancias que rodearon el inicio del uso de heroína, antecedentes de delitos, métodos y formas para obtener la droga, antecedentes familiares. Así como, evaluar la percepción del problema y las razones que subyacen al brote

epidémico, su percepción sobre la tendencia futura del problema y de los factores que subyacen al desarrollo probable del fenómeno.

ACTIVIDADES DENTRO DEL PROYECTO

Inicialmente llevé a cabo el proceso de introducción a los dos proyectos que se realizaron en el Departamento, esto bajo la supervisión directa de la M. En C. Patricia Cravioto y de la M. En C. Blanca de la Rosa para conocer en forma detallada el contenido de ambos proyectos, y cuya descripción se refirió anteriormente.

Así mismo, revisé el perfil histórico, geográfico, social y económico de Cd. Juárez para de ésta forma, ubicar el contexto en el cual se desarrollaría dicho proyecto. Esto es importante, ya que permitió conocer desde los aspectos más generales, hasta los objetivos más particulares, lo cual incluyó el conocimiento y análisis del Modelo de Reducción del Daño como alternativa de Tratamiento en el problema de la Heroína, el cual resultaba totalmente desconocido.

Otra de las actividades que realicé a partir de éste primer mes, consistió en buscar Bibliografía complementaria en relación tanto con el Modelo de Reducción del Daño, como de las diferentes investigaciones relacionadas con el mismo, para poder ubicar su utilidad dentro del proyecto, así como su aplicabilidad en otros campos; dicha búsqueda se llevó a cabo en otras instituciones y una vez realizado esto, procedí a entregar un reporte del material allí localizado, así como evidenciar su utilidad para los objetivos del proyecto.

Finalmente, me incorporé a un curso sobre Epidemiología aplicada al estudio de las Adicciones, esto bajo la responsabilidad y supervisión de la M. En C. Guadalupe Gracia de la Torre, quien planteo un programa de los diferentes temas y objetivos a cubrir a lo largo de dicho curso, el cual tuvo la finalidad de que se adquirieran los conocimientos y habilidades necesarias para abordar el problema de las adicciones, bajo una perspectiva epidemiológica.

Durante dicho curso, se me proporcionó material bibliográfico de apoyo con un total de 12 artículos científicos los cuales revise y comenté con el resto del equipo, para posteriormente, aplicar los fundamentos teóricos a la resolución de problemas relacionados con las Adicciones, así como poder identificar e interpretar tanto las medidas de Frecuencia como las de Asociación e Impacto potencial.

Por lo tanto, algunas de las actividades, consistieron en la resolución de problemas, así como las interpretaciones de los diferentes riesgos que resultan de la exposición o no a diversos factores, todo esto en casos hipotéticos, lo cual me sirvió para poder reconocer qué tipo de medidas aplicar y qué es lo que se obtiene con cada una de ellas, lo que me permitió desarrollar estrategias de análisis

relacionados con la incidencia y prevalencia del fenómeno de las adicciones en diversas poblaciones.

Así mismo, logré conocer los diferentes cuestionarios desarrollados en cada uno de los proyectos, los cuales fueron:

- **Cuestionario de Tamizaje del proyecto de Heroína**
- **Cuestionario individual para usuarios de Heroína**

Cada uno de éstos cuestionarios, aún no eran piloteados por lo que la tarea, consistió sobre la base de una revisión, en poder comentar algunas de las observaciones desde una perspectiva psicológica, acerca de la estructura, redacción, contenido, orden y finalidad de cada uno de los apartados de que constan todos los cuestionarios. Revisé la cédula estandarizada de tamizaje, la cual se aplicaba inicialmente para identificar aquellos sujetos que consumen heroína y aceptaron participar en el estudio. Se divide en las siguientes secciones: Identificación del sitio; identificación del entrevistado y del personal; variables sociodemográficas; consumo de drogas alguna vez, últimos seis meses, dos meses y treinta días; gasto en drogas; registro de muestra de cabello y/o orina para examen de laboratorio.

Por otra parte, analicé junto con el equipo, la cédula estandarizada de registro de la carrera de usuarios de heroína (CUH), la cual se aplica después de que los usuarios hayan contestado la cédula de tamizaje. Esta cédula se divide en diferentes secciones:

La primera sección, era un calendario en donde a través de diversas preguntas se trataba de ubicar en fechas a la persona, para que en la siguiente sección del cuestionario, se pudiera construir su historia de consumo desde el inicio.

Se incluían variables demográficas (ocupación, lugar de trabajo, posición laboral); Relaciones personales (familia, compañeros); vivienda actual (lugar y tipo de vivienda); salud(estado de salud, eventos importantes en su vida como boda, muertes, accidentes, separación, enfermedades, nacimientos de hijos; cambios de trabajo, etc.).

La segunda sección se refería al consumo de drogas. La primera parte se refería al consumo de alcohol, incluía: edad de inicio, ebriedad, frecuencia y cantidad. La siguiente parte correspondía al uso de heroína por vía intravenosa, frecuencia, otras formas de consumo, gastos de compra y cantidad; posteriormente se le pedía al usuario que se ubicara en el consumo de heroína

desde 5 años atrás y describiera a través de una serie de preguntas la historia de consumo desde su inicio hasta el último periodo de uso.

Así mismo, continué con la búsqueda y revisión bibliográfica de 9 artículos sobre las diferentes investigaciones en materia de Heroína, para lo cual, asistí a diferentes instituciones donde consulté las bases de datos lo que me resultó útil para desarrollar cada vez más la capacidad de análisis de éste material.

De igual forma, participé en la revisión del resto de los instrumentos utilizados para la recolección de la información en el proyecto de heroína, las cuales consistían en cédulas de registro, que fueron diseñadas con preguntas estandarizadas, y que fueron aplicadas a través de una entrevista directa con los usuarios de heroína que aceptaron participar en el estudio.

Aunado a esto, participé en la revisión de ocho entrevistas que fueron diseñadas para obtener información, las cuales constaron en su fase de conducción aspectos que fueron sometidos al análisis y reflexión para con ello, buscar una mayor riqueza en la información obtenida.

Estas actividades, aportaron elementos fundamentales en el conocimiento y análisis de algunas de las alternativas de abordaje del uso de sustancias en escenarios de alto riesgo, como lo es nuestra frontera norte y de lo cual, se obtuvo un aprendizaje importante y la incorporación a un equipo de investigación profesional.

Seminarios de actualización en Farmacodependencia

Como parte de la formación teórica y de Residencia dentro del programa de maestría y cuya sede principal fue el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente, el estudio de los diferentes campos relacionados con el fenómeno, se hace indispensable para poder adquirir los conocimientos y habilidades requeridas, así como relacionarse con aquellos especialistas en la materia, y fortalecer la formación integral para poder incorporarse a éste campo.

Se refieren por tanto, los diferentes seminarios teóricos cursados durante el primer semestre, los cuales se desarrollaron bajo la Coordinación de la Mtra. Guillermina Natera contando con maestros invitados del Instituto y con catedráticos de la Facultad de Psicología.

1. **Análisis Experimental de la Conducta:** En donde se logró analizar y aplicar los principios de la conducta, así como de diseñar intervenciones terapéuticas a diferentes problemas en escenarios sociales diversos.
2. **Conceptos Básicos:** Se logró adquirir el conocimiento de los conceptos básicos en el campo de las adicciones, así como ubicar el panorama Actual de dicho fenómeno en nuestro país.
3. **Teorías Etiológicas:** Se pudo conocer y analizar las diferentes aproximaciones teóricas en el estudio de las adicciones.
4. **Neurobiología del alcohol y otras drogas:** En donde se abordaron los factores neurobiológicos del uso de sustancias; una visión fisiológica.
5. **Dependencia fisiológica.** Se conocieron las acciones farmacológicas de las diferentes sustancias psicoactivas; y se analizaron los conceptos de dependencia psicológica y dependencia física.
6. **Modelos de Investigación en problemas emergentes:** Con lo que se conocieron las formas de abordaje en el uso de sustancias en poblaciones de difícil acceso.
7. **Diseños Epidemiológicos:** Se identificaron los diseños epidemiológicos utilizados para abordar las adicciones y ubicar su utilidad.
8. **Modelos de Investigación para abordar problemas sociales y adicciones:** Se logró conocer algunos modelos cualitativos que se han empleado para realizar trabajo en el terreno de las adicciones y conocer casos específicos en los que se han empleado.
9. **Modelo Epidemiológico aplicado a la investigación:** Se identificaron algunos de los conceptos principales dentro de la epidemiología, para abordar el trabajo en las adicciones.
10. **Aspectos de Política nacional e internacional de las drogas:** Se llegó a conocer que aspectos se relacionan en los campos de legislación y políticas, así como los diferentes programas nacionales desarrollados para abordar las adicciones.
11. **Ética y adicciones:** En este caso se logró conocer los aspectos en el ámbito ético que implica el estudio y abordaje de las adicciones.

Maestros invitados:

Dra. Maria Elena Medina Mora, Mtro. César Carrascosa V. Dr. Carlos Cruz, Dr. Luis Berruecos, Mtra. Guillermina Natera, Dr. Marco Polo Peña Corona, Dr. Arturo Ortiz, Lic. Eva Rodríguez, Lic. Jorge Galvan, Lic. Rafael Gutiérrez, Mtra. Patricia Cravioto, Dra. Sara Cruz, Dr. Guilherme Borges, Dra. Luciana Ramos, Mtra Jazmín Mora, Dra. Martha Romero, Mtro. Jorge Villatoro, Dr. Luis Solís, Mtra. Haydeé Rosovsky y Mtra. Carmen Millé, Lic. Celia del Toro.

Conclusiones :

El periodo de permanencia dentro del Proyecto “**LA MAGNITUD Y NATURALEZA DEL FENÓMENO DE LA HEROÍNA EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**”, Contribuyó en el desarrollo de habilidades y capacidades de investigación y formación en ésta área, al contar directamente con la experiencia de un grupo de trabajo dedicado a ello, y en donde se pudo constatar la importancia del método científico para el abordaje de una problemática tan compleja como resulta ser la farmacodependencia.

Estas actividades, sirvieron para rescatar los fundamentos teóricos de éste proyecto, así como también, sé continuo y se finalizó el curso de Epidemiología en el cual, se trabajo a lo largo de todo el periodo de la residencia y del que se rescatan valiosas aportaciones en lo referente a la importancia y aplicabilidad de esta herramienta en el campo de las adicciones.

Respecto a los diferentes seminarios cursados, obtuve elementos teóricos respecto al campo de las adicciones, lo cuál, constituyó las bases de formación al adentrarse en el estudio de éste fenómeno y poder ubicarse en el contexto, conocer avances que existen en éste campo y diversas investigaciones desarrolladas en nuestro país, así como diversas propuestas de abordaje, permitió incorporar éstos elementos al tiempo que, plantearse nuevas dudas e inquietudes, ante lo cual, refiero que la capacidad y profesionalismo de cada uno de los responsables de los diferentes seminarios fue destacable, así como el trato recibido por parte de cada uno de ellos; siempre abiertos al acercamiento y a la aclaración de las inquietudes despertadas, así como la orientación y asesoría demandadas para el cumplimiento de las actividades encomendadas.

B) Competencias Desarrolladas en la Atención a personas con Problemas por el Abuso de Sustancias y en la Sensibilización a otros profesionales para la Aplicación de Programas Preventivos

A partir de segundo semestre, me incorporé en diversos programas desarrollados dentro de la Facultad de Psicología, los cuales, incluyen principalmente la adquisición de las habilidades y competencias necesarias para intervenir con usuarios de sustancias, de tal forma, pude realizar cuatro participaciones en diferentes proyectos:

- A) El programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.
- B) Participación en el desarrollo de un programa de Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA), denominado Programa de Intervención Comunitaria para el Consumo de Sustancias Adictivas.

- C) El desarrollo de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Específicas para los Familiares del Consumidor de Alcohol y otras Drogas, dentro de un Modelo de Aproximación de Reforzamiento Comunitario.
- D) Apoyo en la Coordinación de la Etapa de Seguimiento del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

A continuación, se describen las diversas actividades desempeñadas dentro de cada uno de estos apartados, dejando en claro, que éste proceso, favoreció la implementación de la puesta en práctica de las habilidades adquiridas en el campo teórico a lo largo de mi formación.

Programa de Residencia:

Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema

En 1992, se adaptó en la Ciudad de México en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, un programa de tratamiento cognoscitivo- conductual de intervención breve a cargo del Dr. Héctor Ayala Velásquez y cols., el cual, se ensayó con población mexicana, dicha intervención, se derivaba de un modelo desarrollado por los Doctores Mark & Linda Sobell inicialmente en Canadá, denominado 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.

El programa de Auto cambio 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 éstas metas; Identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a ésta situación.

Actividades realizadas por el alumno dentro del Programa de Auto-Cambio

- Incorporación al curso teórico-Práctico en el Modelo de Auto-Cambio.
- Práctica supervisada en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.
- Sesiones de Retroalimentación a cargo de los Supervisores responsables de esta fase, lo cual, incluía reforzamiento de habilidades adquiridas, aclaración de dudas teóricas, rol-playing y análisis de material video grabado de las

diferentes sesiones realizadas; dichas actividades estaban coordinadas por la Lic. Leticia Echeverría San Vicente y por el Mtro. Miguel Ángel Medina.

- Atención de cuatro casos clínicos de usuarios de alcohol dentro del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.
- Participación en la Coordinación de la etapa de Seguimiento del programa de Auto-Cambio con la colaboración de todo el grupo de terapeutas incorporados al Programa.

Programa Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA)

Como parte de la formación en el abordaje de conductas adictivas, a partir del primer semestre, me incorporé al desarrollo del proyecto: Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA) denominado Programa de Intervención Comunitaria para el Consumo de Sustancias Adictivas, desarrollado en la Facultad de Psicología de la UNAM bajo la coordinación del Mtro. César Carrascoza.

Parte de los objetivos de formación del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones, es capacitar al alumno en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema de las adicciones, que permita a los egresados contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones, así como para diseñar y realizar proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental aplicada y de proceso en el área. Los requisitos necesarios para cubrir el perfil de egresado deben ir de acuerdo con las necesidades que la sociedad requiere, y las competencias profesionales indispensables para la atención clínica de usuarios con consumo de drogas, así como el desarrollo de proyectos dentro del área.

La inclusión en el equipo de trabajo que desarrollaría éste programa, implicaba una labor de incorporación de los fundamentos teóricos, y el planteamiento y definición de los objetivos a cumplir a lo largo del desarrollo para de esta forma, poder delimitar los alcances de ésta propuesta. De tal forma, dentro de los referentes teóricos de ésta aproximación cabe señalar los siguientes fundamentos:

La Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA) es una propuesta de amplio espectro para los problemas del uso de sustancias. El CRA reconoce el fuerte papel de las contingencias medioambientales en la animación para beber o en la influencia desalentadora para modificar esta conducta. El CRA combina el modelo operante con sistemas de aproximación social. (Azrin 1995)

Una de las premisas básicas del CRA, es que las personas pueden ser motivadas para cambiar su conducta de abuso de sustancias si ellos son reforzados al momento de no consumir. Para facilitar el proceso, se dedica una atención considerable a la identificación de los reforzadores del cliente.

El CRA, incluye una variedad de componentes de entrenamiento en habilidades pero no todos los pacientes recibirían o necesitarían todos los componentes. El entrenamiento es adaptado a las necesidades de los individuos y los esfuerzos son enfocados para alcanzar las metas planteadas, dichos componentes se encuentran alrededor del esquema central de identificar y establecer las metas que el paciente identifique (aún cuando no reporte su abuso de sustancias como un problema importante). Más que forzar al paciente a aceptar la adicción, el programa de reforzamiento comunitario se enfoca en los problemas percibidos (e.g., conflictos maritales, empleo, etc.). En la mayoría de los casos, lidiar con éstos problemas conlleva inevitablemente al problema de la adicción y se espera que al final el paciente decida enfrentar esta problemática.(George et al. 1997).

Se logró contribuir en el desarrollo de cada uno de estos componentes, los cuales permitieron llevar a cabo El Análisis funcional del programa de reforzamiento comunitario, el cual es una entrevista estructurada que permitiría al clínico y al paciente identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y de la de no beber.

Reforzamiento Comunitario y Modificación conductual

El plan de tratamiento del programa de reforzamiento comunitario involucra al cliente tanto en la identificación de las áreas de la vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas.

La identificación de los reforzadores individuales comienza durante la fase de evaluación anotando el origen de la motivación del cliente para buscar tratamiento en primer lugar. En otras palabras, ¿ es el individuo el que demanda la terapia porque desea introducir un cambio saludable en él o en su vida? Ó ¿ es un cliente común interesado en prepararse ante los problemas del alcohol por presión externa de su esposa o de su jefe?, Independientemente de que el cliente necesite incrementar su conducta de sobriedad para recibir algo placentero o evitar alguna consecuencia aversiva, el trabajo del terapeuta es la identificación de los reforzadores útiles para ese cliente en particular.

El entrenamiento conductual en habilidades, enfatizó una variedad de habilidades que el individuo pudiera necesitar para mantenerse sobrio. Entre otras, se incluyen: habilidades de comunicación, entrenamiento para rehusarse a beber,

manejo de estrés y solución de problemas. El programa de reforzamiento comunitario solo implementa aquellas habilidades relevantes para el individuo.

El programa de reforzamiento comunitario se enfoca también en las habilidades para obtener empleo que ayudan al individuo a obtener uno apropiado, éste programa se llevaba a cabo con los usuarios que así lo requerían.

El programa sobre actividades recreativas y sociales tuvo como objetivo, reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol, con actividades recreativas igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad.

Papel de la Familia

Uno de los componentes centrales dentro del CRA se refiere a la incorporación activa de otras personas significativas relacionadas al cliente, las cuales hayan demostrado ser útiles para proveer reforzamiento social cuando el paciente se abstenga exitosamente en el uso de sustancias.

Dentro de la Aproximación al Reforzamiento Comunitario se pretenden alcanzar diferentes objetivos relacionados con la conducta de no beber, esto se refiere a cuatro áreas las cuales implicaron:

- Relaciones familiares
- Actividades recreativas
- Redes sociales
- Vocación

Se considera que altos niveles de satisfacción en el estilo de vida libre de drogas son necesarios para competir con el reforzamiento derivado del uso de drogas y su correspondiente estilo de vida. Por lo tanto, incrementar la satisfacción en éstas áreas es la meta principal, con lo que se busca reducir la probabilidad de continuar con el uso de sustancias (Alcohol) (Meyers et al. 1997)

El programa de consejo marital, le permitía al compañero del paciente, ser parte de la solución. Se trabaja con los problemas que pudieran llevar a la conducta de beber como una estrategia de enfrentamiento; es decir, problemas como patrones negativos interpersonales que se desarrollan a lo largo de la historia de consumo. El programa de consejo marital tiene un enfoque especial en ayudar a la pareja a incrementar lo atractivo de una vida sobria.

La flexibilidad ya sea en la programación de las citas y elección de metas, resultó importante tanto para la retención en el tratamiento, así como para facilitar el progreso en la consecución de metas, particularmente en los estados iniciales

del tratamiento, los terapeutas debíamos trabajar alrededor de los programas de los pacientes y hacer los consejos tan convenientes para ellos como fuera posible.

Se requería que tanto los terapeutas, como los pacientes adoptaran una actitud de "puedo hacer que ocurra" a lo largo del tratamiento. La resolución activa de problemas era una rutina que formaba parte de la relación terapéutica

Finalmente, el programa de prevención de recaídas consistía en entrenar tanto al paciente como a la otra persona importante para él, a reconocer los signos que indican posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. El programa de prevención de recaídas comenzaba al principio del tratamiento, tan pronto como se realizaba el Análisis Funcional. Por lo tanto, las recaídas eran contempladas como una parte natural del proceso de cambio y se prepara al paciente para entenderlas de esta forma.

los objetivos iniciales de éste proyecto de Aproximación al Reforzamiento Comunitario fueron:

- Fundamentar la implementación en población mexicana consumidora de alcohol y otras drogas
- Analizar los principios básicos de esta aproximación
- Justificar su instrumentación.

Participación dentro de las siguientes actividades realizadas por el equipo de investigación durante la Residencia en este Proyecto:

- a) Revisión teórica y colaboración en la traducción de los manuales del Programa.
- b) Análisis de 14 artículos y material Bibliográfico relacionado con el tema.
- c) Análisis y discusión de cada una de las sesiones correspondientes al Programa.
- d) Revisión, análisis y comprensión de los instrumentos propuestos dentro de la intervención.
- e) Discusión y análisis en la Adaptación de los instrumentos acorde a la población objetivo.
- f) Fundamentación teórica en el desarrollo de nuevos instrumentos complementarios a la intervención.
- g) Participación en todos los roll-playing de cada una de las sesiones.
- h) Sesiones de retroalimentación y análisis de material video grabado.
- i) Diseño de estrategias de Diseminación del Programa.

Conclusiones :

Dentro de los conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo del trabajo dentro de éste proyecto, el poder llevar a cabo el Análisis Funcional tanto de la conducta de consumo, como de la de no consumo, me ofreció una herramienta indispensable en el estudio de la conducta adictiva, el cual puede ser aplicado a cualquier comportamiento y de esta forma, contribuir en el abordaje de ésta problemática; de igual forma, el poder participar en el desarrollo de éste Programa desde su etapa inicial, me permitió conocer los fundamentos y justificantes de dicha alternativa; así como poder poner en práctica los conocimientos y habilidades de investigación desarrolladas en los inicios de mi formación; el poder integrarme a un equipo de trabajo, favoreció el sentido de trabajo responsable en los diferentes aspectos que involucraba, como resultaron ser el análisis y discusión teórica, la elaboración de propuestas de trabajo y la puesta en práctica de las habilidades adquiridas.

Seminarios correspondientes al segundo, tercer y cuarto semestre:

Una vez concluidos los seminarios correspondientes a la etapa inicial el alumno atraviesa y complementa su formación teórica con la asistencia a siete seminarios más, los cuales se describen a continuación:

1) Modelos de intervención para atender conductas adictivas (Modelos cognitivo-conductuales): Titulares : Dr. Héctor Ayala Velásquez; Mtro. Cesar Carrascoza. Cuyo objetivo fue conocer y analizar los diversos modelos de aproximación teórico-práctica al fenómeno de las adicciones desde una perspectiva cognitivo-conductual, así como ubicar la importancia del profesional en el cambio de éstas conductas.

2) Modelos de prevención Primaria: Titular : Mtra Carmen Millé: Se analizaron los elementos propios de los modelos de prevención primaria, así como sus ventajas y desventajas acorde a la población meta.

3) Procesos Básicos en el tratamiento: Titular : Mtro. Fernando Vázquez; Mtro. Cesar Carrascoza. Se establecieron los fundamentos de los modelos de intervención en psicología de las adicciones, a partir del conocimiento observado de manera experimental en la investigación acerca de los procesos básicos.

4) Psicobiología de las Adicciones: Titular : Dr. Felipe Cruz. Se plantearon objetivos que incluyeron: Revisión de los componentes químicos de los diferentes psicofármacos, así como su Psicodinamia y detección de la ingesta de éstas sustancias, análisis de los diferentes campos relacionados con el psicofármaco logia y por último, incorporar la clasificación, usos, efectos y contraindicaciones de las diferentes drogas existentes y su aplicabilidad en el campo del tratamiento de

conductas adictivas, lo cual amplía la perspectiva y el espectro de intervención en dicho fenómeno.

5) Revisión de casos clínicos: Titulares : Dra. Amada Ampudia; Lic. Leticia Echeverría San Vicente. Este seminario teórico-práctico permitió tener contacto con especialistas en la materia desde un punto de vista clínico respecto a la revisión y análisis de los diferentes casos clínicos atendidos por medio de la observación directa y la revisión de material documentado, generando una retroalimentación in situ y posterior a la intervención con la finalidad de corregir deficiencias y adquirir nuevas habilidades en la práctica.

6) Programa de Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA): Titular : Mtra. Lidia Barragán; Mtra. Silvia Morales, cabe señalar, que este seminario, lo curse únicamente con el equipo integrante de este proyecto debido a que se consideró una prioridad en la implementación de dicho programa, destacando la revisión de material documentado y en ensayo de las diferentes sesiones desarrolladas a través de la técnica de roll-playing.

7) Programa de Auto-Control Dirigido para fumadores: Titular : Mtra: Jennifer Lira M. En este caso, se proporcionó un panorama general de éste tratamiento al conocer los fundamentos teóricos y su aplicabilidad con población fumadora y de ésta forma, poder analizar ésta alternativa.

8) Programa para usuarios de cocaína: Titular : Mtro. Roberto Oropeza. Se logró incorporar los fundamentos de dicha intervención, toda vez, que es fundamentado por los principios del Programa de Auto-Cambio, se logró conocer el contenido de las diferentes sesiones e instrumentos desarrollados en ésta alternativa, así como la observación directa de la atención de algunos casos.

Conclusiones :

El hecho de haber adquirido elementos teórico-prácticos en ésta etapa, incluye la experiencia más enriquecedora en mi formación, toda vez que logré tener contacto con diversos investigadores especialistas en el campo de las adicciones, los cuales me brindaron sus conocimientos y experiencia en ésta área, con la finalidad de contribuir en la adquisición de nuevas habilidades en la comprensión y abordaje de éste fenómeno; la diversidad de perspectivas me condujo a poder incorporar diferentes visiones de las adicciones, así como poder plantear inquietudes respecto a esto, obteniendo en todo momento un espacio de retroalimentación a nivel individual y grupal lo cual agradezco y reconozco a cada uno de los Mtros. y Drs. Titulares. Así mismo puedo identificar que logré:

- Incorporar elementos teóricos en el estudio y comprensión del desarrollo de conductas adictivas.
- Analizar y diferenciar las diferentes aproximaciones en el terreno de las adicciones para de ésta forma, poder identificar la efectividad de éstas mismas con relación a la población a la cual están dirigidas.
- Formar parte del equipo de investigación del Mtro. Cesar Carrascoza para de ésta forma aplicar las habilidades adquiridas.
- Realizar propuestas que enriquecieran los diferentes programas en los cuales participé.
- Iniciar la práctica clínica en la atención de cuatro usuarios de alcohol bajo el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.
- Elaborar el protocolo del programa de Entrenamiento para Familiares de consumidores de alcohol y otras drogas.
- Participar en los diferentes espacios de encuentro en éste campo como resultaron ser los diversos Coloquios, Encuentros y Congresos Nacionales e Internacionales a los que tuve la oportunidad de asistir contando siempre con el apoyo de la Facultad de Psicología.

C) Competencias Desarrolladas en el Diseño de Proyectos de Investigación Aplicados al Campo de las Conductas Adictivas

Desarrollo de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Específicas para los Familiares del Consumidor de Alcohol y otras Drogas dentro de un Modelo de Aproximación de Reforzamiento Comunitario.

Otro de los logros durante mi formación, correspondió a la necesidad de desarrollar el componente que incluyera el trabajo con los familiares de usuarios de sustancias que acudían a tratamiento bajo el Modelo CRA, por lo que inicialmente, se llevó a cabo la revisión y traducción del idioma inglés al idioma español del programa de Entrenamiento en Habilidades Específicas para los Familiares del consumidor de alcohol y otras drogas, dentro de un Modelo de Aproximación de Reforzamiento Comunitario denominado (CRAFT) desarrollado por Sisson & Azrin en 1986, con la finalidad de implementarlo en población mexicana como uno de los componentes del Programa Aproximación al Reforzamiento Comunitario (CRA), el cual, se encontraba en fase de piloteo y adaptación, por lo que no se refieren resultados de ambos Programas, cabe señalar que éstas actividades estuvieron insertadas en el trabajo desarrollado por un equipo de investigación de compañeros de la Maestría coordinados y supervisados por la Mtra. Lidia Barragán, la Mtra. Silvia Morales y el Mtro. Cesar Carrascoza, dicho proyecto actualmente se encuentra en fase de franca implementación con población mexicana bajo la dirección de la Mtra. Barragán.

1. Antecedentes del Proyecto

Para ubicar la importancia de éste programa, se considero que existen diferentes razones para considerar el papel de la familia en la manifestación y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol por parte de uno o más de sus integrantes, así como la función que ésta ejerce en la modificación y mantenimiento del cambio en la conducta de consumo. La primera, consistía en la suposición de que cuando el consumo es lo suficientemente excesivo para ser definido como "dependencia", la salud y el bienestar de los familiares cercanos (esposos, padres, hijos) están en riesgo (Orford, 1993).

Otra razón, estriba en el hecho de que la forma en la que los familiares cercanos enfrentan o reaccionan ante el consumo de drogas (ya sea excesivo o no) ejerce una influencia determinante para que el consumo futuro se mantenga estable, o cambie a niveles mayores o menores. A veces el consumo excesivo es detectado antes por los familiares cercanos que por el mismo consumidor. De aquí que los miembros de la familia, además de constituir un grupo de alto riesgo, pueden ser el principal recurso para la prevención y la solución de problemas asociados con el uso de drogas (Orford et al., 1993).

Desde la perspectiva del Aprendizaje social, se considera que la manifestación y mantenimiento de la conducta de consumo de uno de los integrantes de la familia se ve influida por diversos factores, como son la tolerancia de la misma familia ante el consumo, la disponibilidad de alcohol dentro del hogar, aprendizaje observacional o modelamiento de alguno de los integrantes, el reforzamiento social y las expectativas y Creencias que se tienen respecto al consumo de tal forma que una vez que se desarrolla una conducta de consumo excesivo, ésta se ve reforzada o castigada por los mismos familiares los cuales carecen de las habilidades necesarias para poder aplicar correctamente los procedimientos de modificación de conducta apropiados, por lo que se considera necesaria, la implementación de un programa de entrenamiento en la adquisición y manejo de dichos procedimientos por parte de los familiares del consumidor, con el objetivo de que éstos logren aplicarlos adecuadamente ante la conducta de consumo y de no consumo de su familiar.

Actualmente en nuestro país, se pueden ubicar pocas opciones para los familiares de los abusadores de alcohol y de sustancias en general, la mayoría de éstas alternativas fundamentan sus intervenciones bajo la perspectiva de que el consumo excesivo de alcohol es una enfermedad y por tanto las estrategias implementadas, están encaminadas a lograr la abstinencia en el bebedor, sin considerar tanto la severidad del padecimiento como la capacidad del sujeto para desarrollar nuevas habilidades y conductas que le permitan moderar su consumo, de igual forma, dichas alternativas de intervención proponen la intervención en los procesos o problemáticas que se presentan de manera colateral con la conducta de beber, como resulta ser la ansiedad o la depresión, tanto en el sujeto que

consume como en sus familiares, y que si bien éstos síntomas afectan la calidad de vida de ambos, en lo que concierne a los familiares no les permite a éstos desarrollar nuevas conductas ante el consumo o no consumo de su familiar, las cuales influyan en la modificación del consumo de su ser querido, así como en el incremento en la disposición de éste para buscar tratamiento.

Dentro de las alternativas existentes, podemos mencionar a los grupos Al-Anon y los grupos Al-Ateen, provenientes de la filosofía de los grupos de Alcohólicos Anónimos, los cuales se fundamentan en los 12 pasos tradicionales para trabajar con los familiares de los bebedores, pero como es bien sabido no existen datos ni resultados formales que avalen su efectividad.

Otra de las opciones es el Centro de Ayuda al Alcohólico y a su Familia (CAAF), el cual, en sus primeros objetivos, se encontraba el poder establecer los perfiles de aquellos grupos de la comunidad que presentaran problemas con relación a la ingesta excesiva de alcohol, el CAAF busca proporcionar asistencia a personas con problemas relacionados al consumo de alcohol (adicción, abuso, consumo peligroso para la salud) y a sus familias. El servicio es abierto y se propone realizar labores de prevención e investigación.

Por otra parte, existen los Centros de Integración Juvenil (CIJ) cuyos programas están organizados en tres áreas. Prevención, Tratamiento e Investigación.

El campo prioritario es la prevención. El trabajo lo realizan psicólogos, trabajadores sociales y médicos, de forma multidisciplinaria. La prevención se lleva a cabo a través de tres tipos de acción:

1. Información sobre salud en general, a través de las escuelas de la comunidad.
2. Educación para grupos de población- familias, adolescentes y niños- que no tienen problemas de dependencia de drogas
3. Capacitación a personal de salud, grupos de voluntarios y estudiantes es decir, estudiantes de servicio social, vecinos voluntarios y grupos de promotores de prevención organizados y entrenados por el CIJ

Aunado a esto, existen diversas instituciones de asistencia privada o no Gubernamentales que brindan atención a los familiares del consumidor bajo perspectivas y filosofías diferentes, y basadas en la intervención grupal con el objetivo de lograr que dichos familiares sirvan de apoyo en el proceso de rehabilitación del consumidor.

Actualmente, se desarrolla un Programa de Intervención con los familiares de usuarios de alcohol y otras drogas a cargo de la Mtra. Guillermina Natera y la Mtra. Marcela Tiburcio en el Instituto Nacional de Psiquiatría, éste Programa

enseña a los familiares a poder identificar cuales son los estilos de enfrentamiento usados ante el consumo de uno de sus miembros, para posteriormente poder enseñarle el empleo de estilos de enfrentamiento que no les ocasionen daños por medio de un proceso de aprendizaje, con esto se busca la adquisición de estilos adecuados ante el consumo, éste programa lo considero una de las alternativas mas estructuradas y fundamentadas en la investigación, puesto que cuenta con una metodología científica y un método de evaluación definido.

Con la finalidad de ofrecer a los familiares del consumidor de alcohol y otras drogas una alternativa más, que resultara eficaz en ésta área, se llevó a cabo la traducción y elaboración del Procedimiento de intervención para trabajar con los familiares de los consumidores de alcohol basada en la Aproximación de Reforzamiento Comunitario. El entrenamiento a los familiares es un agregado de la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (Azrin, 1976, Hunt & Azrin, 1973).

El Reforzamiento Comunitario ha visto siempre a los familiares del bebedor como colaboradores cruciales en el tratamiento del abuso de sustancias, compañeros en el consejo marital, agentes activos en la socialización y en los programas de reforzamiento, y poder detectar problemas o recaídas. El CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training) se construyó sobre la perspectiva de que los miembros de la familia concierne o amigos tienden a estar emocionalmente involucrados y tienen un gran contacto con el usuario, éstos familiares pueden jugar un poderoso rol en el cambio efectivo en la conducta del usuario. Pero éste no asume que los familiares de alguna forma son los responsables del uso de alcohol o drogas de su ser querido.

De tal forma, La Aproximación de Reforzamiento Comunitario y el Entrenamiento de los Familiares (CRAFT), enseña a los seres queridos del consumidor habilidades para enfrentar e influir en el uso de sustancias de su familiar, está basado en los principios del comportamiento e incluye el enseñar a los otros significativos estrategias para negociar con el consumidor de alcohol o drogas.

El objetivo general de éste programa, considera enseñar a los familiares las habilidades necesarias para enfrentar adecuadamente el consumo de alcohol y/o drogas del usuario, y emplearlos como agentes efectivos en la promoción y mantenimiento del cambio en la conducta de consumo de su familiar, a través de la adquisición y manejo adecuado de los procedimientos de modificación de conducta, solución de conflictos y habilidades de comunicación, en relación con la conducta de consumo de su familiar. El Diseño de investigación propuesto, fue un estudio de caso único a-b con seguimiento, con una muestra no aleatoria por conveniencia; cabe señalar que en el presente trabajo solo se reporta la fase de revisión bibliográfica y desarrollo del marco teórico y metodológico, sin llegar a la implementación debido a las limitantes de tiempo y escenarios para poder llevar a cabo la intervención in situ, esperando que ésta aportación sirva como base y

referente para la aplicación de dicho programa en un futuro; por lo que no se muestran resultados.

los objetivos de éste proyecto fueron:

- Revisión y traducción del Programa de Entrenamiento en habilidades Específicas para los Familiares del consumidor de alcohol y otras drogas
- Fundamentar la implementación en población mexicana
- Analizar los principios básicos de esta aproximación
- Justificar su implementación.
- Desarrollar las sesiones correspondientes a la intervención

los objetivos específicos del Programa buscan :

1. Promover la sobriedad en el consumidor
2. Entrenar en el manejo del modelo de Solución de Conflictos
3. Enseñar habilidades de Comunicación efectivas

Se describen cuatro fases :

- **ADMISION**
- **EVALUACION**
- **TRATAMIENTO**
- **SEGUIMIENTO**

2. Método

Los instrumentos requeridos son :

- **Contrato de Participación**
- **Cuestionario de Conocimientos Aplicados Pre-Test Post-Test**
- **Inventario de Tácticas de conflicto en el Hogar**
- **Escala de Satisfacción Marital**
- **Autoregistro de conductas de comunicación**
- **Registro de conflictos en el Hogar**
- **Análisis Funcional de la conducta de beber**
- **Análisis Funcional de la conducta de No beber**
- **Listas Cotejables**
- **Juego de Roles**
- **Cuestionario de Validación Social de la Intervención.**

3. Procedimiento

Con respecto a la **ADMISION Y EVALUACIÓN** se busca obtener la información necesaria de los Familiares, para poder identificar las áreas y problemáticas que eran susceptibles de intervención y poder elaborar el Plan de Tratamiento correspondiente, dentro de las actividades que se deben desarrollar encontramos :

- Llenar hoja de registro con datos generales
- Informar acerca de la importancia que tiene la participación de ellos en el proceso del incremento en la disposición para asistir a tratamiento de su familiar.
- Mostrar la descripción del programa de intervención
- Establecer el compromiso de participación y cumplimiento de las tareas asignadas durante la intervención.
- Algunas de las habilidades que se deben desarrollar antes de iniciar con la intervención son:
- Dejar que el cliente expresara su frustración ante el patrón de consumo de su familiar y ante los intentos sin éxito previos para cambiar este consumo
- Lograr que el cliente describa algunos de los problemas creados por el consumidor
- Brindar información general acerca de tus experiencias previas que muestren un entendimiento del dilema en el que se encuentra el cliente
- Lograr establecer el rapport necesario para empatizar con el sufrimiento del cliente
- Explorar las estrategias de tratamiento que han sido implementadas en el pasado
- Advertir al cliente que su relación puede tomar cualquiera de estas tres direcciones como resultado de la intervención:
 1. El problema puede volverse peor
 2. El problema puede permanecer igual
 3. Una intervención efectiva puede generar un cambio efectivo

En resumen, la primer sesión es un momento conveniente para transmitir un sentido de esperanza, entendimiento y oportunidad para lograr el cambio. También es un buen momento para ayudar al cliente a que le quede claro que ésta serie de procedimientos promoverán un cambio positivo en la situación que está viviendo.

Se debe establecer una relación de trabajo a partir de la segunda sesión, la cual es una continuación de la primera, ya que ésta debe proveer con más detalle una explicación del Programa de intervención, así como enfatizar en la construcción del rapport. La importancia de desarrollar un buen rapport con los

familiares no suele ser demasiado estresante, y ayuda al proceso de integración de una buena relación de trabajo. Frecuentemente los familiares pueden sentirse humillados, confundidos y frustrados por permanecer demasiado tiempo con el problema de su ser querido que consume. Por ello, es necesario llevar rápidamente al cliente a establecer una confortable relación de trabajo con él. Dentro de ésta relación, el progreso puede ser dirigido hacia el logro de las metas del tratamiento.

El proceso de tratamiento nunca es fácil para el cliente. En muchas ocasiones, el cliente siente como si uno no entendiera los sentimientos de ellos o que ellos han llevado el problema sobre ellos mismos. Esto es simple, hay que escuchar y entender que un cuidado profesional es el primer paso y muy importante en el proceso de terapia.

Se pueden establecer las metas del tratamiento (reducción de la conducta adictiva y mejora del funcionamiento en otras áreas), así como el llevar a cabo una descripción completa de tratamiento a los familiares la cuál debe ser presentada en un principio, para de ésta forma, poder aclarar las dudas y expectativas que en esos momentos está presentando el cliente, la siguiente información es presentada y discutida, es así que se les tiene que dejar en claro que:

- El CRAFT está diseñado para aquellos miembros de la familia y amigos quienes desean mantener una buena relación con el consumidor y que desean motivar a éste para mantenerse en la intervención.
- Esta adquisición de habilidades está basada en que los miembros de la familia que no consumen tienen una visión positiva y una fuerza de acción dentro de la familia.
- Los clientes que se involucran en la intervención debían ser cuestionados acerca de su participación en ejercicios escritos, tareas para casa, juegos de roles, y otras formas de entrenamiento conductual.
- La decisión de usar una técnica en particular del total de los componentes recae en el cliente.
- El terapeuta ofrece un acompañamiento y apoyo durante un periodo de tiempo específico.
- Considerar que un cliente tiene necesidades independientes, debe disfrutar de actividades y organizar su propio tiempo.

Esta información debe presentarse de una manera amena y agradable al cliente, se discutirá con el cliente cómo inicialmente mucho del trabajo puede ser conducido por el miembro de la familia que no bebe. En muchos de los casos solo puede ser uno de los miembros quien desee cooperar con el tratamiento. Explicar que bajo éstas circunstancias, el proyecto de cambio puede parecer pobre pero no

necesariamente tiene que ser así, y que su rol podrá proveer el apoyo y la motivación suficiente y necesarias para tener buenas expectativas de cambio.

Se busca adquirir habilidades específicas para mantener al cliente dentro del tratamiento y para lo cuál se considera, que aunque el llegar a una primera sesión era señal de cierto nivel de motivación para el tratamiento, es bien establecido en la literatura en general acerca de la psicoterapia, que muchos clientes nunca regresan a una segunda sesión y descartan la posibilidad de que pueden alcanzar o llegar a una tercera sesión, esto es importante para incorporar estrategias motivacionales que busquen “enganchar “ al cliente dentro del tratamiento.

Hay muchas formas creativas para motivar a los clientes. Usualmente un buen principio, fue el ofrecer una descripción de los beneficios que se pueden producir por la intervención, así como las ventajas de la misma, éstas son:

1. Ayuda a incrementar la auto-eficacia de los Familiares
2. Ayuda a prevenir los abusos físicos y verbales
3. Con frecuencia guía en la reducción o cesación del uso de alcohol o sustancias por parte del consumidor
4. En muchos casos guía al logro de una estabilidad financiera en el hogar
5. Motiva al consumidor para permanecer en tratamiento y trabajar en una buena relación de trabajo
6. Incrementa el numero de actividades reforzantes para los Otros Significativos, con o sin el consumidor
7. Es un esfuerzo para que el cliente vuelva a disfrutar de conductas que antes de que se volviera severo el problema presentaba y que eran adecuadas.

Los clientes frecuentemente están motivados para continuar en tratamiento si se mantienen acompañados. Se debía preguntar si el cliente confía en un amigo cercano o en otro miembro de la familia acerca de la situación que ocurre, se debía saber si esa persona podría ser un buen recurso, ver si el cliente se sintiese a gusto llevando a esa persona a terapia. En el caso de que el cliente se mostrara a gusto con la idea, se debía buscar que en la próxima sesión asistieran ambos, esto resultaba ser un buen recurso de apoyo para el familiar.

Por tanto, se debe:

- Permitir que el cliente determine quién o quiénes de sus amigos o familiares veían el problema en una forma similar.
- Se debe ser capaz de enlistar la ayuda que podían ofrecer los amigos y familiares al cliente
- Practicar ejercicios y juegos de roles durante la sesión y ejercicios fáciles para la casa ya que ellos podrían enseñar a los amigos y familiares.

- Dejar en claro que los amigos o familiares podían tener ideas útiles que el cliente pudo haber pasado por alto, éstas podían incluir ideas de seguridad en el hogar en caso de violencia doméstica o alternativas en las cuales no esté involucrado el alcohol o drogas y que compitieran con el consumo.

Los familiares tienen que tener en claro cuáles serían los beneficios para ellos una vez que el consumidor decidiera entrar a tratamiento, es así que se considera que si bien, ciertamente uno de los grandes motivadores para que los familiares permanecieran en tratamiento, era el hecho de que el consumidor continuara en tratamiento. Durante el curso de la terapia con el cliente, es de mucha ayuda revisar periódicamente las ventajas de haber iniciado con la intervención una vez que éstas van ocurriendo.

Otros beneficios potenciales podrían ser descritos en una forma individual y también referir la importancia que para el consumidor tiene que el cliente permaneciera en el programa algunas de las cuales son:

- Mejorías en la economía familiar, debido a que el consumidor gasta menos dinero en alcohol o drogas, o es el resultado de una mayor estabilidad en su situación laboral.
- Una mayor satisfacción sexual para la pareja al engrandecer el atractivo físico de su pareja cuando ésta no consume.
- Menores conflictos maritales debido a una mayor cooperación y a una forma más efectiva de resolver sus problemas.
- Pocos problemas con sus niños debido a la capacidad de jugar un rol de mayor responsabilidad ante su educación.
- Un incremento en las actividades que disfrutan familiar y socialmente debido a que su vida se centra menos en el consumo de alcohol o drogas y ocupan más tiempo en otras actividades alternativas más adecuadas.

Se debe recordar a los familiares, que el primer paso para lograr el éxito en la intervención y que el consumidor permanezca en tratamiento, es que continuarán en el programa por ellos mismos.

Con base en los resultados de evaluación y una vez establecido el plan de tratamiento reconociendo las prioridades, se procede a trabajar en cada una de las habilidades requeridas para promover la sobriedad en el consumidor, dichas habilidades consisten en:

1. Enseñar a los familiares los fundamentos del reforzamiento positivo y negativo y la importancia del uso de consecuencias negativas ante la conducta de beber y no beber de su familiar que consume alcohol.

2. Desarrollar junto con los familiares el Análisis Funcional para la conducta de beber y no beber, identificando los precipitadores o disparadores del uso de alcohol así como las consecuencias a corto y a largo plazo de la conducta de beber.
3. Enseñar a los familiares a identificar y usar los reforzadores positivos y negativos ante la conducta de sobriedad, y el uso de consecuencias negativas ante la conducta de beber de modo que disminuya el consumo por parte del bebedor problema.

Se busca enseñar a los familiares a elaborar el análisis funcional de la conducta de beber y de la conducta de no beber de su familiar, algunas de las habilidades que se requieren desarrollar consisten en:

- Enseñar a los familiares el modelo de la triple contingencia:
 - Antecedentes—Conducta--Consecuencias
- Enseñar a los familiares la importancia de utilizar el reforzamiento positivo y negativo ante la conducta de sobriedad.
- Enseñar a los familiares la importancia del uso de consecuencias negativas ante la conducta de consumo de su familiar.
- Identificar cuales son los antecedentes y consecuentes de ambas conductas para poder establecer la relación funcional correspondiente (Análisis Funcional de la conducta de beber y de la conducta de No beber)
- Identificar cuales son los reforzadores que están manteniendo o incrementando la conducta de beber
- Identificar los reforzadores que promueven la conducta de sobriedad
- Iniciar con el registro de ocasiones de consumo de su familiar

En lo que respecta al desarrollo del análisis funcional de la conducta de consumo se pretende:

- Identificar la relación funcional entre las variables ambientales y la conducta de consumo.
- Identificar los precipitadores externos e internos de la conducta de consumo.
- Identificar la frecuencia, duración y cantidad del consumo.
- Identificar las consecuencias positivas a corto plazo
- Identificar las consecuencias negativas a largo plazo

Las destrezas que se requieren buscan llevar a cabo una:

- Identificación de los precipitadores internos y externos del consumo
- Identificación de las características del patrón de consumo.
- Identificación de las consecuencias positivas del consumo.
- Identificación de las consecuencias negativas del consumo.
- Identificación de la relación funcional entre las diversas variables.

Respecto al Análisis Funcional de la conducta de no consumo se pretende:

- Identificar la relación funcional entre las variables ambientales y la conducta de no consumo.
- Identificar los precipitadores externos e internos de la conducta de no consumo.
- Identificar la frecuencia, duración y topografía de la conducta.
- Identificar las consecuencias negativas a corto plazo
- Identificar las consecuencias positivas a largo plazo

Las destrezas que se requieren buscan llevar a cabo una:

- Identificación de los precipitadores internos y externos de la conducta de no consumo
- Identificación de las características de la conducta de no consumo.
- Identificación de las consecuencias negativas del consumo.
- Identificación de las consecuencias positivas del consumo.
- Identificación de la relación funcional entre las diversas variables.
- Identificación de la sustitución funcional de la conducta de consumo por la de no consumo

Se enseña a los familiares el uso del reforzamiento positivo y negativo ante la conducta de no consumo, de ésta forma se busca:

1. Que los familiares manejen adecuadamente el concepto de reforzador y puedan identificarlos apropiadamente.
2. Que sean capaces de utilizar el Análisis Funcional de la conducta de beber en donde se habían identificado los disparadores del consumo así como sus consecuencias.

3. Llevar a cabo la revisión del registro de ocasiones de consumo
 4. Realizar el Análisis Funcional de la conducta de beber y de la conducta de no beber durante la última semana.
 5. Determinar con base en el Análisis Funcional de ambas conductas, las ocasiones en las cuales el familiar aplicó correctamente los reforzadores positivos y negativos ante la conducta de sobriedad, así como el empleo de consecuencias negativas ante la conducta de consumo, para determinar el porcentaje de éxito en el manejo adecuado de éstos procedimientos durante esa semana.
- Se enseña a los familiares el uso de consecuencias negativas ante la conducta de consumo de su familiar.
 - Se enseña a los familiares como no recompensar la conducta de consumo, se muestra por medio del Análisis Funcional de qué forma los familiares pueden estar contribuyendo de manera no intencional a que la conducta de consumo se mantuviera en cierta medida.
 - Para preparar a los familiares a que sean capaces de aplicar consecuencias negativas ante la conducta de consumo se consideraban cinco pasos por medio de los cuales se llegará a:
 - Identificar situaciones en las cuales los familiares estaban contribuyendo a que la conducta de consumo de su familiar se mantuviera a través de otorgar reforzadores ante ésta conducta.
 - Seleccionar las consecuencias negativas útiles ante la conducta de consumo como podría ser el evitar el contacto con el bebedor cuando éste use alcohol, etc.

Explorar todas las posibles reacciones del bebedor ante éstas consecuencias negativas y preparar un plan para negociar con cada una de éstas.

- Revisar del registro de ocasiones de consumo
- Determinar con base en el Análisis Funcional de ambas conductas, las ocasiones en las cuales el familiar aplicó correctamente los reforzadores positivos y negativos ante la conducta de sobriedad, así como el empleo de consecuencias negativas ante la conducta de consumo para determinar el porcentaje de éxito en el manejo adecuado de éstos procedimientos durante esa semana.

- También se enseña a los familiares las conductas necesarias que les permitirán establecer una comunicación efectiva con el consumidor

Este programa permitirá identificar la importancia de poder involucrar a los integrantes de la familia del consumidor en un proceso de entrenamiento que les permitieran adquirir las habilidades necesarias para poder enfrentar adecuadamente la conducta de consumo de su familiar, en busca de influir en éste mismo, puesto que el CRAFT se construye sobre la creencia de que los miembros de la familia conciernes o amigos tienden a ser emocionalmente involucrados y tienen un gran contacto con el usuario, éstos familiares pueden jugar un poderoso rol en el cambio efectivo en la conducta del usuario. Pero éste no asume que los familiares de alguna forma son los responsables del uso de alcohol o drogas de su ser querido.

Por último se señala que el **CRAFT** está basado en los principios de la terapia familiar unilateral; está diseñado para ayudar a los familiares para motivar a los consumidores para que éstos decidan entrar a tratamiento, así como cambiar las condiciones medioambientales que mantienen la conducta de beber y reforzar las conductas de no consumo.

Apoyo en la Coordinación de la Etapa de Seguimiento del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema

A partir del segundo semestre, se logró la incorporación como apoyo en la Coordinación de la etapa de Seguimiento, bajo la supervisión directa de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente, lo cual me ofreció la oportunidad de poder revisar los principios básicos que justifican ésta etapa, iniciando con la revisión teórica de los fundamentos de ésta misma, ya que el término "seguimiento" ha tenido muchos significados; en algunos programas de tratamiento se refiere a la disponibilidad de tratamiento adicional, para reuniones con pacientes que así lo requieren. Otros programas utilizan el seguimiento progresivo para grupos de atención posterior, a los que se invita a pacientes, para que asistan y algunos más en forma de boletines que se envían a los pacientes por correo, o cuestionarios de satisfacción.

El seguimiento ofrece una variedad de beneficios importantes. Puede ayudar al personal a descubrir los aspectos de su tratamiento que son especialmente efectivos, proporcionando la retroalimentación necesaria para ser mejores terapeutas. Puede ayudar a los pacientes a mantener una relación con el programa de tratamiento y evitar recaídas. Puede ayudar a los administradores a documentar los beneficios que se deriven de los servicios de programa y darle forma al programa hacia un tratamiento más efectivo y eficiente. Finalmente,

puede proveer nuevo conocimiento que, beneficie a aquellos que busquen tratamiento en un futuro.

Finalmente, se considera que un seguimiento estructurado permite que los programas compartan nuevos conocimientos entre sí. Cuando se reúne la información de manera sistemática, siguiendo el tratamiento, es posible proporcionar resúmenes de ésta información, de tal forma que puedan ser útiles en otros programas para diseñar propuestas futuras de tratamiento.

De tal forma, existía un número de detalles prácticos para decidir implementar un sistema de seguimiento de pacientes. Uno fue el formato del contacto de seguimiento. Los cuestionarios se utilizan en algunos programas y proveen una determinada cantidad de información. Sin embargo, los cuestionarios enviados por correo, tienen varias desventajas importantes. En primer lugar carecen del contacto personal que pueden ofrecer las clínicas en beneficio de los pacientes. No hay quien responda a preguntas adicionales y a la preocupación que surja, a fin de sugerir nuevas estrategias o un tratamiento renovado.

Se observa que la tasa de regreso suele ser baja, y es escasa la verificación de la exactitud de la información proporcionada. En contraste, una entrevista en persona, permite individualizar las preguntas y la intervención. La intervención telefónica ofrece una opción intermedia, especialmente para aquellos que no pueden o no quieren regresar para una entrevista.

Una segunda propuesta es el tiempo para las entrevistas de seguimiento. La mayoría de las recaídas posteriores al tratamiento de alcoholismo, ocurren dentro de los primeros seis o doce meses. Entonces, el porcentaje de resultados "exitosos" estará fuertemente influenciado por el momento en el que el seguimiento se lleva a cabo. Las entrevistas conducidas poco después de terminar el tratamiento o dar de alta, invariablemente se obtienen mayores tasas de éxito, que aquellas que se completan un año después. (Costello, Biever & Baillargeon, 1977) desde un punto de vista de prevención de recaídas es deseable tener varios seguimientos regulares, durante el periodo de riesgo pico; Por ejemplo, a 3, 6 y 12 meses después del tratamiento.

Para proveer al personal de tratamiento con retroalimentación del último impacto de sus intervenciones, se requería un seguimiento de por lo menos doce meses. Reducir el tiempo de los seguimientos produciría altas tasas de confusión en el resultado, y no diferenciaría correctamente entre aquellos para quienes los efectos del tratamiento persistente y aquellos que recaen.

Una tercera propuesta se refería a quien debía conducir el seguimiento. Existen ventajas y desventajas en que la entrevista sea conducida por un miembro del personal que estuvo involucrado en el tratamiento de la persona. Familiaridad, simpatía y el conocimiento del terapeuta acerca del caso, argumentan

favorablemente ésta propuesta. Una entrevista personal puede también proveer al terapeuta con una sobresaliente y más directa retroalimentación sobre que trabajos utilizar y con quien trabaja. Por otro lado, los pacientes pueden inclinarse más a mostrarse cándidos con un entrevistador independiente, que tenga un interés menos personal cuando escuche un informe positivo. Los terapeutas pueden, igualmente, tener dificultades en conducir evaluaciones objetivas de seguimiento de su propio trabajo

Un cuarto detalle práctico fue la integración del seguimiento en un plan del programa regular de tratamiento. Resulta conveniente que los pacientes sepan desde el principio del tratamiento, que ellos recibirán visitas de seguimiento, y presentar estas como una parte de la rutina de tratamiento. Un uso práctico y útil para localizar a los pacientes para el seguimiento es obtener, los nombres, direcciones y número de teléfono de por lo menos dos personas que no vivan con el paciente y quien pudieran permanecer en la misma dirección, y que pudiesen conocer como ponerse en contacto con el paciente.

Así ésta etapa incluyó:

- Reuniones con la Lic. Leticia Echeverría responsable de la Coordinación general para aclarar las dudas respecto a las actividades desempeñadas
- Revisión de los expedientes sujetos a seguimiento para asignar la fecha de su primer seguimiento
- Elaboración de la relación correspondiente a cada mes con la programación de cada usuario
- Asignación del caso a cada uno de los compañeros responsables
- Entrega de los instrumentos correspondientes para poder llevar a cabo el seguimiento
- Realizar seguimientos al igual que el resto de los compañeros
- Recibir los reportes correspondientes sobre la base del seguimiento realizado
- Integración de resultados
- Organización y concentración de seguimientos realizados durante el semestre
- Aclaración de dudas respecto a la realización de los seguimientos
- Retroalimentación a los compañeros
- Presentación de resultados ante la coordinación y ante el grupo

Esto permitió refinar la intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que respondieran adecuadamente a las necesidades del usuario y de la sociedad.

Falta página

N° 33

Conclusiones :

Parte importante del programa, lo constituyó mi formación en actividades de capacitación a Grupos, investigación y la prestación del servicio como parte fundamental de mi entrenamiento, asimismo, fomentó una capacitación profesional- basada en un modelo de entrenamiento práctico con supervisión, en escenarios de investigación, que me permitieron tomar las decisiones adecuadas y hacer propuestas de intervención efectivas en relación con los problemas y demandas sociales en el área de las adicciones.

Respecto a las competencias adquiridas a lo largo de mi formación, cabe señalar que éstas estuvieron relacionadas con diversos factores, como lo fueron el tiempo de incorporación en las diversas actividades y en diferentes niveles, por lo que dentro del proyecto "LA MAGNITUD Y NATURALEZA DEL FENÓMENO DE LA HEROÍNA EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA, logré el conocimiento de los diferentes Diseños de Investigación, así como pude analizar los estudios cualitativos y cuantitativos en el abordaje de las adicciones para posteriormente desarrollar la propuesta de Intervención de entrenamiento en habilidades específicas con los familiares de usuarios de sustancias.

Por otra parte, logré Identificar la farmacología, psicofarmacología y farmacofisiología de diversas sustancias psicoactivas. Así como los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Pude Identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta, así como la historia natural de la conducta adictiva.

Logré el conocimiento y uso de las herramientas de la epidemiología para hacer investigación de la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de interés, en población general y en grupos especiales.

Así mismo, pude entrenarme en el uso de las herramientas para medir e identificar adecuada y en forma temprana a personas con conductas adictivas o conductas en riesgo (prevención selectiva), así como conocí y utilicé los métodos empíricamente válidos para medir los problemas derivados por el uso de sustancias, logré el Dominio respecto a saber diagnosticar el problema de uso de sustancias y canalizar a los pacientes al tratamiento más adecuado.

Dentro del Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, adquirí el dominio de las técnicas adecuadas de motivación para mantener a los usuarios en el tratamiento, así como logré ayudarlos a establecer las metas del tratamiento (reducción de la conducta adictiva y mejora del funcionamiento en otras áreas), adquirí el dominio en el uso de herramientas para la rehabilitación de personas adictas, modificando hábitos y favoreciendo la readaptación; poder Evaluar la eficacia del programa de atención profesional: detección, intervención y seguimiento.

Pude Supervisar el ejercicio profesional de otros psicólogos y/o profesionistas afines como una estrategia de enseñanza-aprendizaje dirigida al fortalecimiento de competencias profesionales.

Logré el dominio de las habilidades requeridas para llevar a cabo la Coordinación de la etapa de Seguimiento del Programa de Auto-Cambio Dirigido.

Es así, que dentro de los principales aprendizajes, encuentro el desarrollo y aplicación de las diferentes habilidades adquiridas a lo largo de mi formación, las cuales incluyeron, la elaboración de un protocolo de un Programa de intervención como uno de los componentes del proyecto de aproximación de Reforzamiento Comunitario, en donde estuve incluido, ésta oportunidad se dio por necesidades del proyecto al tener que desarrollar cada uno de los componentes del mismo; implicó el poner en práctica los conocimientos incorporados en anteriores etapas y la importancia de trabajar con los familiares de los usuarios de sustancias, lo cuál implicó, considerar y analizar las diferentes alternativas existentes, ubicar los referentes teóricos y metodológicos de cada una de éstas y así, poder enriquecer la propuesta elaborada.

Merece el caso mencionar, que debido a limitaciones de tiempo y espacio, dicho programa solo incluyó la traducción del marco teórico y método de intervención, con la descripción de los instrumentos correspondientes a cada sesión y momento de la intervención, toda vez que la conclusión de éste programa coincidió con la finalización de la maestría y posterior incorporación en el campo laboral en escenarios en los cuales no fue posible implementar dicha propuesta, la cuál está siendo implementada a cargo del actual equipo de trabajo del Programa de Aproximación de Reforzamiento Comunitario, sin contar aún con los resultados requeridos para su publicación, al tiempo que se elaboran y prueban las modificaciones pertinentes para el trabajo con ésta población; razón por la cuál en el presente trabajo no se refieren resultados. Sin embargo, el haber participado en la revisión, traducción y estructuración de cada uno de los componentes de éste Programa, me permitió analizar los elementos del programa, conocer la importancia del papel que juegan los familiares dentro de la intervención con el usuario y proponer alternativas de apoyo a los familiares, apegadas a los fundamentos teóricos del modelo de Reforzamiento Comunitario

Un elemento central del programa de titulación de la maestría en Psicología Profesional, considera la presentación de un caso clínico abordado bajo el Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, por lo que se incluye la descripción de los elementos que comprende cada una de las sesiones correspondientes al tratamiento y sus resultados, para finalmente, mostrar los resultados y conclusiones finales de éste caso atendido en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo la supervisión directa de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente.

SESION TIPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

A) La Prevención en el campo de las Conductas adictivas en nuestro País

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones en México (ENA, 2002); Existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta.

El volumen total de etanol reportado por ésta población alcanzó 2.79 litros per capita cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones.

En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó en 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en éste último grupo de edad

Cerca de tres millones (3'522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en éste grupo.

El consumo en la población urbana alcanza 35% (1'726,518) de la población masculina y 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543,197), 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 Hombres.

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. La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

En la población urbana existen 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. El 44.4% de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, es decir no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio, con una razón

de dos mujeres por cada varón. El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex – bebedores.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos es el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más 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%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo éste patrón. En las poblaciones rurales se observa la misma preferencia por éstos patrones de consumo. (ENA, 2002)

TENDENCIAS EN POBLACIÓN URBANA

Adolescentes

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%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002.

Adultos

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%) (Gráfica 10). En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en éste 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.

En ambas encuestas se reportó aproximadamente el mismo número de varones que nunca habían consumido alcohol, 8.7% y 9.7%, pero se observó un incremento en el número de ex bebedores, ya que mientras que en 1998, 14.4% de los abstemios reportó haber bebido en el pasado, en 2002 ésta proporción aumentó a 18%. (ENA 2002).

A pesar de que el consumo de alcohol no está uniformemente distribuido en la población, los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adicciones mostraron que el 25% de los bebedores consumen el 78% de alcohol disponible. Este consumo no es cotidiano como en otras partes del mundo, pero es excesivo cuando se consume. La ENA 1993 también documentó que el 72% de las personas que consumen bebidas alcohólicas consumen grandes cantidades cada vez que beben.

Debe mencionarse, sin embargo, que éstas cifras, aún cuando son indicadoras de la magnitud del problema, dejan de lado aspectos tales como la producción clandestina de bebidas nacionales, así como el uso de alcoholes sin control oficial, y el consumo de alcohol de 96 grados.

Uno de los daños producidos por el consumo excesivo de alcohol es a la vez también, un indicador del alcoholismo aceptado internacionalmente: la cirrosis. En México presenta una de las tasas más altas de incidencia con relación al continente americano, y algunos países europeos.

En nuestro país la mortalidad por cirrosis es una de las diez causas principales en la población general, y la primera en la población masculina de 35 a 54 años. Este problema, lo mismo que otros asociados se relacionan fuertemente con el patrón de consumo. Numerosas investigaciones acerca del patrón de consumo de alcohol del mexicano, muestran que aún cuando puede beber alcohol de manera infrecuente, cuando lo hace es de forma intensa (el patrón episódico-explosivo)., En comparación con otros patrones, por ejemplo el europeo, donde el consumo puede ser diario, aún cuando en cantidades reducidas. Las implicaciones sociales de este patrón de ingesta son: a) un creciente número de muertes ocurridas en accidentes de tránsito, bajo los efectos del alcohol; b) un aumento en el número de homicidios y hechos violentos (ENA 2002).

Por otra parte, cabe señalar que, si bien, en 1926 el Código Sanitario se refiere en trece de sus artículos a drogas y enervantes, estableciendo restricciones y prohibiciones al comercio, importación, elaboración, posesión, uso, consumo, adquisición, suministro o tráfico de cualquier clase de éstas, y en 1946 surge el primer grupo de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, no es sino hasta el inicio de la década de los 60 cuando el Gobierno Federal, primero en forma incipiente y a partir de los 80 sistemáticamente, considera las adicciones como un problema de "salubridad general".

Efectivamente, fue hasta 1980 cuando se abre el Centro para la Prevención del Alcoholismo (CEPRA), con un equipo interdisciplinario de psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogas y agentes de información; tenía el enfoque tradicional de tratamiento basado en la desintoxicación, con terapias individuales recurrentes y apoyo de AA. Para 1983 éste Centro ya no existía, pues se concluyó

que el alto porcentaje de recaídas y la deserción de tratamientos, no justificaban el gasto presupuestal en una falsa rehabilitación de alcohólicos.

Así, a través de la Dirección General de Salud Mental, se decidió transformarlo en el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM), con énfasis en la prevención de las adicciones y apoyos psicoterapéuticos.

En 1983 se reforma el Artículo 4º Constitucional para establecer que toda persona tiene derecho a la protección a la salud y en 1984 entra en vigor la Ley General de Salud, reglamentaria del Artículo 4º, que aporta el marco jurídico para atender la fármacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo.

Los primeros estudios epidemiológicos y sistematizados en el campo de las Adicciones, fueron realizados por el CEMEF desde 1974 conjuntamente con la creación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y posteriormente el desarrollo de El Programa Nacional de Salud 83-88; En 1985, se instituyen los Consejos Nacionales contra el Alcoholismo y contra la fármaco dependencia y el 8 de julio de 1986, nace el Consejo Nacional Contra las Adicciones, con el objetivo de "promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y al combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la fármaco dependencia.

Con el CONADIC como órgano coordinador, la atención al interior de la República - hasta entonces olvidada por el gobierno- se hizo realidad, cuando menos para las tareas de prevención y educación.

Desde principios de los años noventa se habían establecido los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA) conformados por representantes de las áreas de salud, educación, justicia, seguridad pública, asistencia social, deporte, atención a la juventud, así como voluntarios diversos, miembros de grupos de ayuda mutua y representantes de los sectores privado y social. Así mismo, se instalan numerosos Comités Municipales Contra las Adicciones (COMCA) en localidades consideradas de alto riesgo por sus altos índices de consumo de sustancias, con representantes equivalentes a los de los CECA.

En 1997 se le otorgó presupuesto propio y, una vez adscrito a la Secretaría de Salud, se incluye a las adicciones dentro de los 10 programas prioritarios del sector. Se plantea el continuar con el programa para la prevención y control de las adicciones que la Secretaría de Salud estableció en 1997. Éste "privilegia las acciones de prevención primaria con énfasis en los grupos de mayor riesgo y promueve la detección temprana, el manejo oportuno y la atención especializada de los adictos y sus familiares; busca el trabajo conjunto de los sectores público, social y privado en los ámbitos nacional, estatal y municipal. Tiene como propósito

renovar y reorientar las estrategias en materia de investigación, normatividad, prevención, tratamiento, capacitación, desarrollo profesional e información; además de fortalecer la coordinación con las áreas educativas, alentar la participación comunitaria y reforzar, en el campo de las adicciones, la vinculación interinstitucional, intersectorial e internacional", señala el documento del CONADIC.

En 1998, el gobierno emitió la Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, con el objeto de "ordenar la operación de decenas de miles de establecimientos, así como de especialistas, profesionales, trabajadores y voluntarios que se desempeñan en éste delicado campo, tanto en acciones de prevención, como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social".

Al mismo tiempo, emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refieren, entre otros aspectos, a la prohibición de fumar en instalaciones del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud y en entidades que prestan servicios de nivel federal.

De tal forma, el papel que juega la normatividad del uso de sustancias engloba los diversos aspectos involucrados y las diferentes aproximaciones en su estudio y tratamiento, lo cual lleva a considerar la importancia de la articulación entre todos los esfuerzos realizados por diferentes instancias, en aras del bienestar social, ubicar la evolución respecto a éstas mismas, y los intentos por profesionalizar su estudio, de tal forma, tanto en el abordaje integral, como en la perspectiva socio-cultural, en el fenómeno del consumo de drogas y la fármaco dependencia se deben considerar tres elementos básicos estrechamente relacionados:

Un producto(la droga), el individuo y su contexto sociocultural.

El referirnos al estudio y abordaje de la Prevención, plantea la necesidad de considerar diversos elementos incluidos debido a que existen diferentes modelos preventivos, los cuales abordan éste campo desde perspectivas distintas, podemos pensar que la Prevención es entendida como la protección y promoción de la salud de la población; el mejoramiento del medio ambiente ecológico y social; la prevención de la enfermedad y sus consecuencias; la eliminación de riesgos y la protección de los grupos de alto riesgo. (Medina-Mora, Berruecos & Díaz Leal, 1998).

Si esto es así, se incluye el papel central que juegan los factores de riesgo y protección en el desarrollo y mantenimiento de una conducta; desde el modelo de

salud Pública se proponen tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria (Medina-Mora et al, 1998). La Primaria busca evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de la salud, la secundaria pretende detener los avances de un padecimiento con base en el Diagnóstico e intervención oportuna y por último, la Terciaria busca la franca rehabilitación una vez que algún padecimiento ha sido instaurado.

Si bien ésta clasificación aporta elementos importantes en la comprensión y desarrollo de estrategias, se enfrenta también a diversos cuestionamientos, los cuales incluyen el hecho de basarse en la ausencia-presencia de enfermedad para poder determinar si se habla de prevención primaria o secundaria específicamente, sin reparar en el hecho de que los desórdenes forman parte de un continuo al considerar aspectos tales como la frecuencia y severidad de los síntomas.

Así, el pensar en las condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle conductas de consumo debemos tocar conceptos centrales como los “factores de riesgo”, los cuales son definidos como aquellas circunstancias específicas que pueden propiciar el consumo de alcohol y dentro de los cuales ubicamos características biológicas, psicológicas / conductuales y sociales / ambientales tales como la historia familiar del uso de sustancias, conducta antisocial, disponibilidad y tolerancia ante el consumo; mientras que la presencia de los llamados “factores de protección”, aumenta su resistencia y en consecuencia disminuye la probabilidad del abuso, y dentro de los cuales podemos referir fuertes lazos familiares, presencia de reglas claras dentro de la familia, éxito escolar, relaciones estrechas con instancias pro-sociales y la adopción de normas convencionales sobre el uso de sustancias, de tal modo la comprensión de éstos actores, posibilita el abordaje de éstas conductas y su modificación.

Una de las propuestas de clasificación de las diferentes estrategias de prevención, apela al papel de dichos factores, Gordon (1983) propone tres tipos de estrategias: Universal, Selectiva e Indicada.

La prevención Universal, ubica como objeto de intervención a toda la población en donde se encuentra todo aquel que no ha sido identificado como individuo en riesgo, buscan promover el funcionamiento saludable y/o disminuir la incidencia de un desorden diagnosticable, es posible su aplicación sin contar con asistencia profesional. La efectividad de las estrategias de prevención universal depende altamente, de la comprensión científica de los factores de riesgo y protección, que permiten el desarrollo de un desorden o promueven el funcionamiento saludable (Wayne & Black, 1999)

Las acciones universales, tienen la ventaja de ser de bajo costo en términos individuales, son aceptadas y efectivas para los habitantes y no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación. Buscan el entrenamiento en habilidades de resistencia a pares o habilidades de competencia, se centran sobre habilidades de vida extensas y sobre cambios en las normas sociales, basados en la teoría de la competencia social, tienen un fuerte programa dirigido a un gran número de factores de riesgo primarios para el uso de drogas (Kumpfer, 1999).

La Prevención selectiva, se plantea para aquellas personas que forman parte de un grupo en el que los riesgos individuales o ambientales son mayores y por lo tanto, las estrategias universales resultan insuficientes. Se busca disminuir los factores de riesgo o incrementar los factores de protección, buscan parar y revertir los efectos del padecimiento, así como los problemas relacionados con el consumo los cuales pueden ser familiares, interpersonales, escolares, laborales, etc. (Wayne et al. 1999).

Estas estrategias utilizan aproximaciones de entrenamiento en habilidades sociales, habilidades para la vida, habilidades de comunicación, habilidades de resistencia y habilidades de influencia social (Kumpfer, 1999)

La prevención indicada, se establece en grupos específicos después de que un desorden es diagnosticado y son similares a los esfuerzos de tratamiento, centrándose en la prevención de la progresión posterior de un proceso patológico o síntomas secundarios que pueden desarrollarse a través del tiempo y en un futuro complicar la progresión clínica (Wayne et al. 1999).

Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y son implementados con personas en las que se han identificado problemas académicos o emocionales diagnosticados a través de su conducta, requieren que los que conducen éstas estrategias, tengan un nivel de entrenamiento elevado en el manejo de éstos casos (Kumpfer, 1999).

El manejo de éstos niveles de prevención, lleva en ocasiones a la indiscriminación de éstas mismas y considerar de igual forma a cualquier tipo de estrategia, es común que la palabra tratamiento se utilice como sinónimo de prevención indicada cuando el objetivo del primero es terapéutico mientras que el segundo es preventivo.

El tratamiento brinda beneficios inmediatos, incluyendo el alivio del síntoma; la prevención indicada se apoya en probabilidades, ya que no existe un camino seguro para saber si la enfermedad se va a presentar o no. Los beneficios de la prevención, en todo caso, se presentan a largo plazo (Medina-Mora et al. 1998).

B) Las Intervenciones Breves en la Reducción de los Daños ocasionados por el consumo de sustancias

Las conductas adictivas han sido descritas como problemas de disposición al cambio y, un número de modelos concernientes al papel de la disposición al cambio en la búsqueda de ayuda y tratamiento de entrada, 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 (Ayala & Cárdenas, 1995). La falta de disposición al cambio representa una falta de conciencia de problemas o una función de las relaciones de trabajo interpersonal entre el abusador y terapeuta.

La disposición al cambio 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, mientras que otros buscan ayuda, sugieren que ésta es una buena disposición para cambiar una conducta. En éste contexto, la tarea de incrementar la disposición no es vista como un tratamiento, más bien como una posible tarea de concientización del problema, tarea para percibir que se necesita cambiar, tarea para percibir que se necesita buscar tratamiento o tarea para interesarse en la utilidad de las opciones de tratamiento. (Donovan & Rosengren, 1999).

Saunders et al. (1991) argumentan, el que se diga que los individuos que continúan bebiendo o usando drogas, en vez de escoger salir de esto buscando ayuda, no están motivados; Más 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 así como la fuerza y probabilidad del cambio.

Un tipo de estrategias que resaltan la importancia de trabajar con la disposición de las personas para el cambio, son las intervenciones breves. Las intervenciones breves estimulan 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 mejoría de las habilidades de afrontamiento), y los costos del mantenimiento de la conducta (problemas familiares, legales y de empleo). (Ayala & Echeverría, 1998).

Dentro del campo de abordaje de las conductas adictivas, las intervenciones breves son vistas como un vehículo que dirige o facilita la ocurrencia natural del proceso de cambio como resultado de la motivación del sujeto; éstas aproximaciones ayudan 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 (Miller & Tonigan, 1993)

Las intervenciones Breves, han sido descritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una alternativa terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva, con la oferta de un tratamiento antes de que las personas lo soliciten. El blanco de éstas aproximaciones, son los individuos que aún no han desarrollado una dependencia física o problemas psicosociales severos (Ayala et al, 1998).

La duración de éstas, es de un máximo de cuatro a siete sesiones, aunque en ocasiones pueden superar este número hasta alcanzar un total de diez; en las que se da consejo y apoyo para incrementar la disposición de las personas al cambio, así como la información necesaria para lograr que su consumo sea moderado. Se dirigen a personas que tienen problemas con el consumo, pero que no cubren el diagnóstico de dependencia severa y pueden ser conducidas por personal que no sea especialista en el tratamiento de adicciones. La meta de éstas intervenciones puede ser la abstinencia o la moderación. (Ayala & Cárdenas, 1996).

Las estrategias de intervención específicas, incluyen procedimientos de evaluación conductual como el auto monitoreo y la descripción de recaídas previas; el adiestramiento de habilidades incluye adquisición de respuestas conductuales y cognitivas 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.(Ayala et al, 1996)

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.
- 5) Promover un compromiso para el cambio.

De ésta forma, 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 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 intra familiar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio.

Como resultado de ésta tendencia, se ha incrementado la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento, haciendo evidente la grave carencia de los mismos, por lo que se ha recomendado fortalecer acciones de prevención selectiva 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 severa 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.

Es así, que 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 fármaco dependencia considera a éstas disfunciones como comportamientos adictivos y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable; ésta 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 éste puede ser modificado a través de nuevas situaciones de aprendizaje. (Abrahams & Niaura, 1987). 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 éstas 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. (Abrahams et al 1987)

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

Desde una perspectiva convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva e incurable. En su versión más simple, el modelo de enfermedad progresiva dicta que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol desarrollarán una dependencia severa si no dejan de beber (De la Fuente et al., 1997).

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:

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. (Higgins et al, 1997)

2) Terapias Aversivas: En éstas 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 aparearse con bebidas alcohólicas, se han encontrado tanto resultados positivos como resultados negativos 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 continua 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.

Otra de las Aproximaciones más 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 única 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 ésta aproximación no haya mejorado más allá de lo que ya se sabía: que muchas personas van a su grupo, 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 única de tratamiento. (Ayala et al, 1996).

Por otra parte, un número considerable de investigaciones sobre la progresividad del alcoholismo ha revelado, que sólo 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 (De la Fuente et al, 1997). 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 éstos hallazgos es que el "alcoholismo" es un síndrome específico que sólo es aplicable a una minoría de individuos que muestran progresión y otros atributos estereotípicos de los verdaderos alcohólicos. Bajo ésta 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 (no han experimentado los síntomas mayores de la abstinencia al alcohol; de

éstos bebedores existe un número superior a los bebedores con dependencia severa (Calahan & Room, 1974).

La investigación ha demostrado que el tratamiento más adecuado para los bebedores con dependencia leve o moderada, difiere de los tratamientos tradicionales que se han desarrollado para individuos con dependencia severa; los bebedores con éstos niveles de dependencia parecen beneficiarse más de tratamiento 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 & Edwards, 1976; Babor, Ritson & Hodgson, 1986).

Posteriormente, a finales de los años setenta se inicia la evaluación acerca de la efectividad de las intervenciones con bebedores con dependencia leve o moderada observando que los resultados positivos logrados se mantuvieron durante los seguimientos. Un estudio de Miller y colaboradores empleo una forma de Biblioterapia (manual de auto-ayuda); los resultados mostraron que el uso de materiales de apoyo por escrito podía ser tan efectivo como una intervención más compleja. (Miller et al., 1998).

El estudio de las evaluaciones breves mostraron que éstas caracterizadas por ser sencillas, de bajo costo, basadas en el uso de manuales, auto monitoreo o consejo breve, podrían ser una intervención inicial con aquellas personas que bebían en exceso pero que no presentaban dependencia severa (Ayala et al., 1998)

Dentro de éste modelo, se considera al usuario de alcohol como un "cliente" despojándolo del término "paciente" al no ser considerados alcohólicos severos o enfermos promoviendo con ello la responsabilidad del usuario, se caracterizan por no presentar una dependencia severa ni síntomas de abstinencia, su consumo problemático no excede los diez años promedio y generalmente no se han acercado a alguna intervención, cuentan aun con redes sociales y familiares aunque comienzan a experimentar alteraciones en éstas áreas, su consumo no suele ser diario y en nuestro país se observan en promedio cinco días de abstinencia por dos de consumo, pero la media de consumo por ocasión es elevada, diez tragos estándar. (Ayala et al, 1996)

Metas y Objetivos del Programa:

Un programa de Auto-control para el mantenimiento del cambio conductual debe incluir los siguientes elementos, esto según (Marlatt & Gordón, 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 afrontar.
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 afrontar 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 afrontamiento adecuadas para el futuro.

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.

La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

Se establecen las condiciones de trabajo y se deja en claro, que a partir del cumplimiento de éstas se lograrán los objetivos de ésta intervención, la cuál se proporcionará una vez por semana durante 45 min. Aproximadamente, a través de cuatro 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. (Ayala et al, 1996)

También se les informa de las sesiones de Seguimiento que se llevarán a cabo en periodos determinados una vez concluido el tratamiento, esto con la finalidad de mantener el cambio en la conducta de consumo, así como poder evitar probables recaídas.

La efectividad de ésta intervención una vez evaluada en nuestro País indicó que con una muestra de 177 sujetos adultos, los usuarios permanecieron abstemios en un porcentaje mayor de tiempo, 73 % al término del tratamiento, 84 % al seguimiento de seis meses y 82 % a los 12 meses. Aunado a esto, aquellos sujetos que consumían alcohol, reportaron beber en forma moderada (1 a 4 copas por ocasión) en un mayor porcentaje de tiempo (7 % al inicio del tratamiento, 20 % a los seis meses y 18 % a los doce meses). Respecto a la frecuencia de consumo, se observó una ligera reducción en términos generales (Ayala et al., 1997).

Intervenciones Breves y la Teoría del Aprendizaje Social

La Intervención breve que aquí se expone, está basada en la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) desarrollada por Bandura (Abrahams et al, 1987) la cuál 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. Se fundamenta en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante incorporando procesos vicarios, simbólicos y de autorregulación. Esta teoría busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta e involucra tres elementos claves:

1. La importancia de la experiencia adquirida durante el desarrollo y la vulnerabilidad biológica.
2. La importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta y
3. Los procesos cognoscitivos para explicar las conductas de consumo problemático

El componente central que guía la modificación conductual es la autorregulación, que consiste en un proceso a través del cual el sujeto ocupa el papel principal como agente para dirigir y regular su cambio, ayuda a identificar las razones de éstos para cambiar, aprende a analizar la conducta de consumo y las consecuencias empleando estrategias específicas para superar las situaciones de alto riesgo que incrementan la probabilidad de que use alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida perjudiciales.

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 ésta 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 ésta 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 & 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.

Los Principios de la TAS (Echeverría, Tiburcio, Lima, Cerero & Ayala, 2000) con relación al uso de sustancias consideran 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, éste aprendizaje se dé de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional, del consumo de bebidas alcohólicas.
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.
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 ésta 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 éste 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 afrontamiento a las demandas estresantes o aligerar las consecuencias aversivas, por lo que es probable que ésta conducta se siga presentando, especialmente en aquellas personas en las que sus capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas; es decir, en personas que tiene un déficit de habilidades sociales. El alcohol puede elegirse tanto para reducir estados de afecto negativo como para incrementar estados de afecto positivo.

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 éstos 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.
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.
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 existe 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 ésta 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 inexorable 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 afrontamiento.

El marco de referencia de la Teoría del Aprendizaje Social permite alcanzar una comprensión integral respecto al desarrollo, mantenimiento y cambio de las conductas adictivas y poder de ésta forma ubicar la importancia de la identificación de los elementos que influyen en la aparición y desarrollo de éstas conductas como referíamos a los factores de riesgo y de protección y de qué forma el profesional de la salud puede jugar un rol como agente de cambio en éstas conductas de manera eficaz y confiable.

Intervenciones Breves y las etapas del Cambio



Tomando en cuenta los fundamentos conceptuales de éste programa, se retoma el modelo propuesto por Prochaska & DiClemente en 1992, el cual plantea que el proceso de Cambio de un hábito involucra seis etapas, que de ninguna forma son lineales sino más bien un modelo circular:

a) Precontemplación: En ésta fase no existe la intención o posibilidad de cambiar la conducta, los sujetos desconocen la realidad de su problemática, se observa una resistencia a reconocer o modificar sus problemas, el individuo no logra ver que se requiere un cambio en su manera de consumir a pesar de que otros puedan detectarlo.

b) Contemplación: Es aquí donde los sujetos logran reconocer la existencia de una conducta problemática, quieren modificarla pero aún no desarrollan el compromiso para actuar, saben que requieren de apoyo pero no se muestran listos para iniciar.

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.

c) Preparación: las personas ubicadas en ésta etapa aun no logran un criterio para llevar a cabo acciones efectivas, sin embargo ya existe un componente de intencionalidad para emprender acciones de cambio en un futuro muy cercano, logran después de reconocer su situación evaluar las posibilidades reales de incorporación a alguna forma de ayuda.

d) Acción: las personas logran tener cambios en su conducta, modifican sus experiencias y su entorno. Es la aplicación inicial de estrategias de auto-control para moderar el consumo o lograr la abstinencia. Este es un periodo intensivo que se ubica entre la fase de exploración y mantenimiento. La duración de éste periodo varia de acuerdo al programa en que se inserten las personas. Se considera que éste no es la fase de mayor riesgo para las recaídas, porque las personas generalmente están motivadas y obtienen consecuencias positivas con sus cambios. No obstante, si hay la ocurrencia de situaciones de riesgo; por lo que, en éste tiempo las personas deben adquirir y practicar habilidades para afrontar las recaídas (Marlatt et al, 1985).

e) 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 ésta fase se enfrenta a multitud de tentaciones, estresores e influencia de viejos patrones de hábitos. Es en ésta etapa donde se corre el riesgo de sufrir una recaída, la cual se considera como parte natural del proceso de recuperación (Marlatt et al., 1985; Brownell, Marlatt, Lichenstein & Wilson, 1986).

f) Recaída : La recaída puede tener consecuencias positivas si la experiencia de alguna forma prepara al individuo para el éxito posterior. La persona que recae puede obtener información acerca de sus debilidades y puede aprender formas para prevenir las recaídas en un futuro. Incluso, si la recaída es una experiencia constructiva.

Las recaídas como una oportunidad de aprendizaje permite tener una visión más positiva sobre las mismas y al mismo tiempo, pensar en la posibilidad de emplear estrategias que nos ayuden en su prevención.

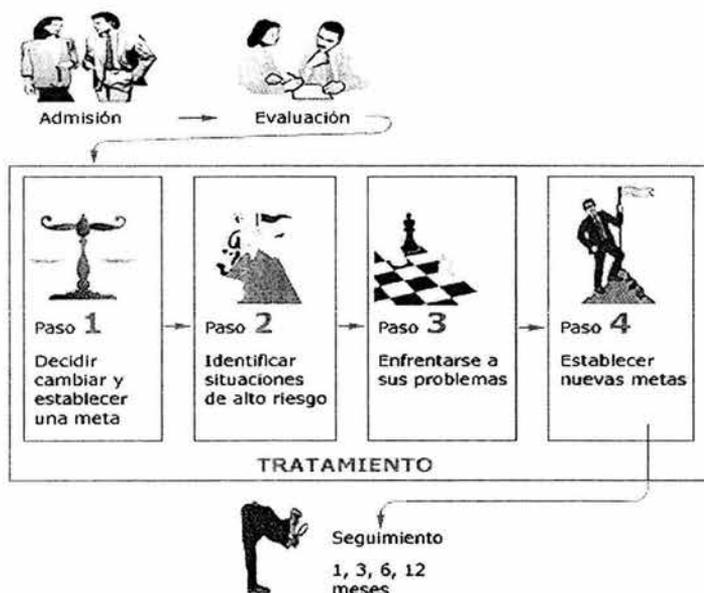
Prochaska et al. (1982) enfatizan un modelo de cambio circular más que un modelo de cambio lineal. Un modelo de ésta naturaleza visualiza a la recaída como el regreso a un estado temprano a partir del cual un individuo puede intentar cambiar nuevamente. De ésta manera, las recaídas proveen una experiencia importante de aprendizaje, por lo que, las personas que recaen deben instruirse de acuerdo a las situaciones en que recaen.

La recaída puede tener consecuencias positivas si la experiencia de alguna forma prepara al individuo para el éxito posterior. La persona que recae puede obtener información acerca de sus debilidades y puede aprender formas para

prevenir las recaídas en un futuro. Incluso, si la recaída es una experiencia constructiva, el experimentar con recaídas programadas puede ser algo deseable (Marlatt et al., 1985, citados por Brownell et al., 1986). Esta propuesta involucra la planeación y ejecución de las recaídas que no podrían ocurrir de otra manera, para enseñar a los pacientes en recuperación con técnicas de auto-manejo.

Como parte final de éste reporte, se presenta el desarrollo de un caso clínico atendido bajo el modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde se describen los referentes teóricos de cada una de las sesiones, el desarrollo de las mismas y los resultados obtenidos dentro del programa.

PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA



ADMISION

Objetivos :

- Identificar si el usuario es candidato viable para el programa de Auto-Cambio
- Que el usuario conozca el panorama general del programa de tratamiento
- Aplicar el cuestionario de Pre-selección
- Aplicar el instrumento BEDA
- Aplicar el instrumento PISTAS

La Admisión es el primer contacto del usuario con el terapeuta y es en ése momento en el que se decide su inclusión al programa o su canalización a otro tipo de intervención, en el caso de inclusión, es el momento para crear una alianza con el terapeuta y motivarlo para continuar, una evaluación inicial permite obtener información sobre el problema de consumo de ésta persona y determinar algunas variables importantes involucradas en éste proceso.

Algunos de los aspectos que se deben cubrir antes de iniciar con la intervención son:

- Dejar que el cliente exprese su frustración ante su patrón de consumo y ante los intentos sin éxito previos para cambiar éste consumo.
- Lograr que el cliente describa algunos de los problemas creados por el consumo.
- Brindar información general acerca de las experiencias previas que ha tenido el terapeuta que muestren un entendimiento del dilema en el que se encuentra el cliente.
- Lograr establecer el rapport necesario para empatizar con la situación del cliente.
- Explorar las estrategias de tratamiento que han sido implementadas en el pasado.

Se debe considerar que los clientes han experimentado consecuencias negativas como resultado de su consumo excesivo las cuales van desde problemas económicos, de comunicación, de violencia hasta consecuencias sociales. Esta primera sesión es una oportunidad para que el cliente exprese sus sentimientos relacionados con éstas áreas, pero se debe tener cuidado en no emplear mucho tiempo en escuchar solo "quejas " por parte de los clientes, se debe guiar al cliente hacia una forma más positiva para explicar su situación.

SUGERENCIAS PARA LA CONSTRUCCION DEL RAPPORT

Aunque algunos terapeutas tienden a desarrollar sus propios métodos para establecer rapport con los clientes, éstos parecen tener algunos aspectos en

común. Algunos puntos que se deben considerar para establecer un buen rapport son los siguientes:

- Ganar la confianza del cliente al escucharlo y asegurarle que se está familiarizado con el problema que él o ella presentan.
- Brevemente referirse a algunos casos similares para ayudar al cliente a que su problema no es inusual o extraño.
- Ayudar al cliente a identificar las áreas específicas que presentan problema y ofrecer apoyo para dirigirlo efectivamente hacia su resolución.
- Continuar demostrando entendimiento y conocimiento de la dificultad de la situación, y reflejar entendimiento acerca de los sentimientos del cliente.
- Mantenerse recordando al cliente que su problema puede tener varios tipos de solución, y que cada una de éstas soluciones no pueden ser perfectas. (Miller & Meyers, 1995)

El proceso de tratamiento nunca es fácil para el cliente. En muchas ocasiones, el cliente siente como si uno no entendiera los sentimientos de ellos o que ellos solos han soportado esta situación. Esto es simple, hay que escuchar y entender que un cuidado profesional es el primer paso y muy importante en el proceso de terapia.

A lo largo del proceso terapéutico se requiere una atmósfera de mutuo respeto, empatía y confianza. Un ingrediente clave en la creación de ésta atmósfera es la confidencialidad para con el cliente. La importancia de la confidencialidad en el tratamiento no puede permanecer más allá, y esto es especialmente cierto con un tipo de proceso de tratamiento "unilateral" como es éste. Una intervención unilateral involucra el proveer de servicio al cliente quien está buscando influir en el comportamiento de otra persona. Generalmente esto es sin la cooperación y en otras ocasiones sin el conocimiento directo y consentimiento de la otra persona. Bajo éstas circunstancias, es crucial que el cliente y el terapeuta discutan las situaciones concernientes al grado de participación o no-participación por parte del consumidor.

Ciertamente suele ser que en algunos casos el cliente no quiera participar en la intervención ni él ni ningún otro familiar y esto debe ser respetado por varias razones y la más importante es la seguridad del cliente.

Tomando en cuenta esto, se debe involucrar activamente al usuario 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 afrontamiento 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 afrontar una recaída para modificar cogniciones y reacciones que puedan prevenirla.

En la Admisión se incluyen los criterios de preselección para ingresar a tratamiento los cuales son:

- Ser mayor de 18 años y menor de 65 años
- Saber leer y escribir en español
- Domicilio permanente
- No haber presentado alucinaciones
- No tener daño orgánico aparente (Prueba Pistas)
- No ser usuario de heroína, ni drogas inyectadas
- No estar bajo otro tipo de Intervención o de salud mental
- relacionado con el consumo de alcohol

Una vez cubiertos los criterios de Admisión se procede a realizar la evaluación correspondiente, para lo cual se aplican los instrumentos propios de ésta fase (Se describen en la siguiente sección) los cuales permiten determinar la inclusión del usuario o en su caso la canalización a otro tratamiento. Estos instrumentos comprenden además de los criterios de preselección, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), desarrollada por Rastrick en 1986, el cual tiene la capacidad de ser sensible a los niveles bajos de dependencia, además de ser sencilla, rápida y fácil de administrar, así como de calificar; consiste en 15 reactivos sobre una escala de 4 puntos, en donde de 0 a 9 puntos indican una dependencia baja, de 10 a 19 se observa moderada y de 20 en adelante se considera una dependencia severa, éste instrumento se aplica en la admisión como parte de los criterios para admitir al sujeto en éste programa o poder descartarlo.

Se debe valorar a los usuarios de drogas acerca de la presencia de algún tipo de daño cerebral o incapacidad neuropsicológica, esto debido a que la literatura sugiere que la ingestión prolongada de alcohol llega a provocar deterioro neuropsicológico (Rastrick et al, 1986), una forma de valorarlo es la SubEscala Pistas que forma parte de la prueba de Inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS), este instrumento ayuda a tener un diagnóstico confiable y rápido sobre probable daño que se pueda presentar.

La incapacidad neuropsicológica es una consecuencia bien conocida del uso abusivo y prolongado de alcohol entre alcohólicos severamente dependientes.

Aunque varios estudios han demostrado una recuperación de funciones en ciertas tareas después de periodos largos de abstinencia, otros estudios han encontrado que en personas que abusan del alcohol por largo tiempo las funciones cognitivas se mantiene con deficiencias, esto es importante para planear el tratamiento, ya que los clientes que tengan deficiencias, por ejemplo de abstracción no son buenos candidatos para tratamientos donde las habilidades cognitivas son necesarias.

Una vez integrada la información obtenida de los instrumentos los cuales son de fácil aplicación y calificación, se determina si el usuario demandante es candidato apto para el programa, en caso de ser así, se le ofrece una explicación del proceso de tratamiento y los compromisos que ambas partes asumen, terapeuta y cliente. En caso de no ser candidato para ésta intervención, se considera la posibilidad de referir al usuario a un Tratamiento alternativo que lo ayude a solucionar su problema de consumo. Por último se le otorga la cita posterior para la sesión de Evaluación.

REPORTE SESION DE ADMISION

El caso que se presenta a continuación forma parte del Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores problema desarrollado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM y del cuál se muestran cada una de las sesiones correspondientes, con la finalidad de mostrar cada uno de los elementos involucrados a lo largo del tratamiento, así como los resultados de éste mismo.

Características del usuario:

Masculino de 28 años de edad, soltero, nivel de estudios hasta cuarto semestre de la Licenciatura en Administración, contaba con empleo estable y bien remunerado, tenía una relación formal de noviazgo desde hace 4 años aunque aún vivía en casa de su madre y con planes próximos de casarse y vivir en una casa propia con su pareja; su peso de 98 Kg, no se observaba daño evidente en su apariencia física ocasionado por el consumo, buen arreglo, su discurso era fluido y congruente, su memoria no se encontraba alterada, no se detectaron deficiencias en el ámbito de pensamiento y juicio, reportaba no haber tenido alucinaciones como resultado del consumo excesivo, su nivel de atención y comprensión eran adecuados, se mostró dispuesto e interesado ante el primer contacto establecido aunque manifestó preocupación y curiosidad por conocer la efectividad de ésta intervención. Su demanda estaba en función de las consecuencias negativas experimentadas como resultado de su patrón de consumo, el cuál se describe detalladamente en la fase de evaluación y que de primera impresión se observa, es de manera frecuente y explosiva, la demanda de intervención no estaba mediada por presiones légalas o laborales que le exigiesen

el ingreso a un tratamiento como una forma de evitar consecuencias severas en estas áreas, si bien existían consecuencias marcadas en cada uno de estos aspectos, así como en su relación familiar y de pareja, estas redes de apoyo aún existían, lo cual fue favorecedor para este tratamiento.

Los datos que arroja la entrevista de Admisión nos muestran que este sujeto presentaba una historia de consumo de siete años y, durante los tres últimos años, este consumo se había convertido en algo problemático; cabe señalar que esta fue su primera experiencia terapéutica relacionada con su consumo de alcohol, aunque existía un dato significativo, y era el hecho de que las personas más cercanas a él eran de profesión Psicólogas; su madre, su pareja y su suegra, razón por la cual el cliente manifiesta cierta actitud defensiva, y de resistencia ante la entrevista; aunque por otra parte se observa una facilidad para poder manejar términos propios del área y un conocimiento de los procesos de tratamiento apoyados por un Profesional de la Psicología, esto es, reconocía que el papel que él jugará en este programa es fundamental resaltando la responsabilidad del cambio en su persona, lo cual pudo ser útil a lo largo de la intervención, lejos de convertirse en un obstáculo.

De forma general, se observó un patrón de consumo caracterizado por una frecuencia de tres veces por semana, con un promedio de medio litro de alcohol por ocasión; preferentemente bebidas destiladas y en una menor cantidad cerveza y vino de mesa; y en su mayoría en ambientes de convivencia y en lugares públicos.

El principal motivo de consulta, estaba relacionado con las consecuencias a nivel laboral, familiar, de pareja y económicas experimentadas como consecuencia de su consumo excesivo, aunque estas aun no eran pérdidas totales, si lograba ver un deterioro en estas áreas, teniendo la capacidad de poder identificar este deterioro y plantearse la posibilidad de modificar su consumo, aunado a las presiones externas, sin fungir como condicionantes en la búsqueda de tratamiento, si actuaron como elementos que incrementaron esta disposición; existían planes realistas a futuro tales como el matrimonio y la superación laboral y académica.

Los datos obtenidos en la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) arrojaron un puntaje de 23; y aunque este corresponde a un nivel de dependencia severo, no existen datos de probable daño neurológico, puesto que los resultados de la prueba de Pistas no arrojan indicador alguno, considerando que su nivel de atención y comprensión de instrucciones fue adecuado, así como el tiempo de reacción y duración para cada una de las partes correspondientes de la prueba, con un tiempo de 1 minuto para la primera parte y 1:4' para la segunda; no mostró dificultad durante su realización, sus trazos correctos y firmes sin cruzar líneas o interrumpir su ejecución, esto se considera como un elemento favorecedor para poder incluirlo en el programa.

El Programa nos sugiere que no son buenos candidatos para ésta intervención, aquellos sujetos que obtengan más de 25 puntos en la escala BEDA. Sin embargo, es posible hacer una excepción con respecto a éste puntaje, puesto que es factible aceptar como candidatos a aquellos usuarios que presenten un puntaje por arriba de 25, siempre y cuando cuenten con redes de apoyo importantes, tales como la familia, un empleo, una pareja, un grupo de amigos diferente a aquel en el cual consumía alcohol. El Modelo representa un tratamiento recomendable para usuarios que obtienen entre 11 y 25 puntos en la escala BEDA. Ejecuten las subescalas de Pistas A y B en un lapso mayor de 60 y 120 segundos, respectivamente. Es importante considerar que la ejecución de las pruebas fuera del tiempo estipulado no es determinante de un daño neuropsicológico, es un indicador, por lo que es necesario analizar otros aspectos de la ejecución del usuario como la planeación y la secuencia con la cual el usuario llevó a cabo la tarea, o bien las capacidades de atención, concentración y comprensión, a lo largo de toda la entrevista.

Aunado a esto, el usuario no presentaba síntomas del síndrome de abstinencia como temblores, sudoración, beber para aliviar la cruda y / o convulsiones. Esta es la característica clínica más confiable para distinguir entre la dependencia severa y el bebedor problema, tampoco se observaban consecuencias de salud severas tales como cirrosis hepática, demencia alcohólica o sangrado.

De tal forma, existieron razones fundamentadas para considerar a éste usuario como candidato viable, a pesar de haber arrojado un puntaje de 23 en la Escala BEDA, se determinó que incorporarlo a ésta intervención encontrando elementos que se consideran como redes de apoyo para éste tipo de usuarios tales como el apoyo de la Familia, un empleo estable, una relación de pareja que se había mantenido durante varios años y amistades que no estaban relacionadas con el consumo de alcohol, por otra parte, se ubico en una etapa de Determinación para modificar su consumo a pesar de ser ésta su primera experiencia respecto a ésta conducta; existen redes de apoyo y capacidad de establecer planes e identificar capacidades propias y posibilidades de éxito, lo cual resulta favorecedor para éste tipo de usuarios a pesar de los datos arrojados por la Escala BEDA.

Una vez determinada su inclusión en ésta intervención, se realizó una explicación general del tratamiento resaltando los beneficios de éste, identificando la responsabilidad de él para lograr las metas establecidas, y el papel del terapeuta, así como dejar en claro el manejo de conceptos básicos como el de Bebedor problema, lejos de aquella concepción de Alcohólico que manejaba el cliente, explicando las características del Bebedor Problema.

Aunado a esto, se le informó de las necesidades del programa al ser éste parte de un proyecto de investigación de la Facultad de Psicología, aceptando participar y otorgando su autorización para poder filmar las sesiones, y ser

observado en una Cámara de Gessell por medio de la firma del formato de consentimiento correspondiente, así mismo, aportó los datos de dos personas que actuarían como colaterales, y de los cuales podríamos obtener información relacionada con el usuario.

Una vez cubierta ésta fase, se programó la siguiente sesión que sería en la evaluación.

EVALUACIÓN

Objetivo :

- Obtener la información necesaria acerca de la historia, patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la auto-eficacia del usuario, con relación a diversas situaciones de consumo, por medio de la aplicación de los instrumentos correspondientes.

El trabajo de evaluación que se realiza con personas que tienen problemas con conductas adictivas, es una labor compleja y difícil que involucra más que la simple calificación de la cantidad de alcohol o drogas, es necesaria una evaluación detallada que permita llevar a cabo un tratamiento significativo con metas útiles y estrategias adecuadas a las necesidades de cada usuario.

Se ha encontrado de gran utilidad para el tratamiento, que en la evaluación, se pueda detectar si el usuario abusa de varias sustancias, o si además del alcohol tiene alguna otra disfunción, como una depresión, o alguna otra alteración conductual ya que en la práctica las personas con calificaciones siquiátricas altas suelen tener un diagnóstico pobre en un tratamiento, (McLellan, Woody, Luborsky, Brien & Druley, 1983).

La mayoría de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias requieren de un diagnóstico, ya que se ha encontrado que las formulaciones del diagnóstico tienen utilidad clínica, algunas investigaciones con consumidores de alcohol han sugerido que la severidad de la dependencia, está asociada con la forma en que responden los individuos a las diferentes metas de tratamiento, abstinencia o moderación y la intensidad del tratamiento (Orford & Keddie, 1986; Annis, 1985). La evaluación debe verse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después de la introducción de los procedimientos del tratamiento.

Para facilitar la planeación del tratamiento se recomienda que cuando menos la valoración del uso de alcohol y drogas incluya las siguientes variables (Marsh & Terdal, 1976):

- Cantidad y frecuencia de uso de alcohol y/o drogas.
- Circunstancias y patrones normales y anormales de uso de sustancias.
- Situaciones y estados de ánimo predominantes que anteceden y siguen el uso de sustancias.
- Historial de síntomas de abstinencia de alcohol y drogas.
- Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias y alcohol.
- Identificación de posibles dificultades a que se puede enfrentar el cliente al abstenerse inicialmente de usar sustancias.
- Severidad y duración de abuso previo de sustancias.
- Uso múltiple de drogas
- Reportes de antojos frecuentes o pensamientos sobre la bebida o las drogas.
- El historial de resultados previos al tratamiento de abuso de sustancias y periodos de abstinencia auto iniciados.
- Revisión de las consecuencias positivas del abuso de sustancias.
- Otros problemas de vida.
- Indicativos de tolerancia
- Finalmente, ya que algunos usuarios de drogas tienen otro tipo de problemas, es necesario determinar con el diagnóstico, si éste es debido al uso de drogas o son manifestación de otro tipo de desorden (Grande, Wolf, Shubert, Patterson & Brocco, 1984; Solomon, 1988).

Dentro de éste proceso de evaluación, se deben considerar aspectos importantes tales como el estilo de la entrevista ante éste tipo de clientes, ya que éstos temen al estigma social y a las sanciones de ser calificados como alcohólicos y pueden estar renuentes a divulgar información sobre su uso de alcohol y/o drogas, algunas personas especialmente aquellas que recientemente han desarrollado problemas de alcohol, pueden ser ambivalentes en cuanto a admitir que tienen dichos problemas y cualquier confrontación puede conducir a que suspendan el tratamiento. Por lo tanto se deben evitar las confrontaciones ásperas a menos que sea absolutamente necesario.

Es importante que los clientes entiendan las preguntas del entrevistador y la terminología empleada, se ha sugerido que la estructura de la pregunta influye al determinar las variaciones en la respuesta.

En resumen, se ha sugerido (Sobell et al.,1979) que el obtener información bajo las siguientes condiciones reduce la posibilidad de que los clientes den auto reportes inválidos o no confiables:

- Cuando el cliente está libre de alcohol; Cuando se desarrolla rapport por el estilo de los entrevistados, que se asegure la confidencialidad de la entrevista, y se haga énfasis sobre la importancia de la información proporcionada;
- Que la terminología empleada por el entrevistador y el cliente sea comprendida por ambas partes, es decir, evitar la terminología subjetiva;
- Que el enfoque de la entrevista sea en la obtención de información en lugar de calificar socialmente;
- Que el auto reporte del cliente sea verificado contra otras fuentes;
- Que la información, sea obtenida en un ambiente de investigación clínica.

Otra de las mediciones que se realizan, es la evaluación del patrón de consumo del usuario. Una de las técnicas más útiles dentro de éste proceso de evaluación se refiere al empleo de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), desarrollada por Sobell et al. en 1992 la cual es confiable para determinar el consumo del usuario los últimos 360 días anteriores a la entrevista. La técnica presenta a los clientes un calendario y se les pide que recuerden su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. Este procedimiento toma entre 20 y 40 minutos para su aplicación. Brinda información sobre porcentaje de días de consumo semanal, mensual, y además brinda una estimación sobre la cantidad consumida anualmente, aunado a datos de eventos relacionados al consumo que pueden servir de antecedentes que posibiliten el desarrollo de medidas para valorar e iniciar el tratamiento. Es un método que ha demostrado ser confiable y válido para medir cantidad, frecuencia y variabilidad del consumo de alcohol (Sobell et al., 1979, 1992), por otro lado se ha encontrado una alta correlación entre los datos del LIBARE y los marcadores biológicos, además de ser una herramienta útil comparada con los datos de los colaterales (Babor, Stephens & Marlatt, 1987; Sobell et al., 1993). En estudios sobre propiedades psicométricas del LIBARE para medir el consumo de alcohol, han mostrado una alta estabilidad temporal, con una correlación test-retest de .85.

Respecto a la identificación de las situaciones de riesgo que preceden el consumo excesivo. Marlatt et al. (1985) desarrollaron un sistema de clasificación para categorizar situaciones que preceden a las recaídas en el cual, encontraron que las situaciones auto reportadas se encontraban en tres de ocho categorías establecidas: estados emocionales negativos (ansiedad, depresión), presión social (presión de amigos para usar alcohol), y conflictos interpersonales (discusiones con otros).

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis & Martin, 1985; Traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997). El objetivo de

éste cuestionario, es medir las situaciones principales de consumo (en una escala de cuatro puntos que va de nunca a casi siempre), para lo cuál se compone de 100 reactivos. Las situaciones medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt et al. (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt et al., 1980), quiénes encontraron que éstas 100 situaciones podían agruparse en: a) Situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir; b) Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada; se subdividen en tres categorías: conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros.

Este Inventario fue adaptado para población mexicana por un equipo de psicólogos que revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Posteriormente fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura.

Otro cuestionario que esta relacionado con las situaciones de consumo, es el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), (Annis et al., 1985; Traducción y adaptación Echeverría et al., 1997). El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Consta de 50 reactivos que corresponden a las áreas evaluadas en el cuestionario de situaciones de consumo. En éste instrumento se le pide al sujeto que indique el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones.

Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de un equipo de psicólogos que revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Enseguida fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, y con un nivel educativo que iba de primaria a licenciatura. Este cuestionario se aplica durante la sesión de evaluación.

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

Otro instrumento utilizado para obtener información es el Cuestionario de Entrevista Inicial (Curtis, Breslin, et al., 1998, Traducción y Adaptación Echeverría et al., 1998) por medio del cual se registra la información correspondiente a diversas áreas del cliente incluyendo una exploración de su estado de salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas así como observaciones hechas por el entrevistador.

Por último, el Auto monitoreo es otra de las herramientas de intervención el cual ha sido utilizado para evaluar la conducta del cliente en determinada situación y para observar los efectos del cambio terapéutico (Kazdin, 1974). Además de proveer al terapeuta de información que de otra forma no sería fácil de obtener. El auto monitoreo pide al cliente recordar su consumo en el momento actual de consumo, minimizando de ésta forma el problema de recordar los detalles. A diferencia del LIBARE éste método es prospectivo.

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

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

Al terminar ésta etapa del proceso, se le entrega al cliente las lecturas y tareas correspondientes a la siguiente sesión, se le explica la finalidad y el manejo del auto monitoreo el cual inicia a partir de ese momento.

A partir de éstos momentos, el usuario inicia un trabajo con el manejo de su propia responsabilidad y en donde a partir de los logros obtenidos de manera mediata e inmediata se reforzará su mantenimiento dentro de éste proceso, así como el contar con las herramientas necesarias que sirvan de guía para definir las

estrategias más adecuadas para el cliente, lo cual es resultado de éste proceso de admisión y evaluación.

REPORTE SESION DE EVALUACION

Durante ésta fase, por medio de la aplicación del formato de entrevista inicial se obtuvieron datos importantes respecto a diferentes áreas tales como su situación general, la cual mostraba a un sujeto con capacidades para iniciar un proceso de modificación de consumo, contaba con redes de apoyo significativas aunque deterioradas debido al consumo; cabe señalar que una de las principales situaciones de riesgo identificadas inicialmente, era su actividad laboral debido a la naturaleza de éste, puesto que trabajaba en el área de relaciones públicas de una empresa razón por la cual, tenía que estar en contacto con diversas situaciones y personas con las cuales había relación con el uso de alcohol de manera frecuente.

No presentaba consecuencias físicas marcadas, no existieron datos de intervenciones previas, se reportaban actividades alternativas al consumo como leer y hacer deporte aunque su frecuencia no era significativa, se observa que existía presión externa para iniciar y mantener el consumo aunque también identificaba personas que lo apoyarían en ésta intervención.

Inicialmente, reportó disposición para cambiar su forma de beber aunque desconocía la posibilidad de aprender a manejar su consumo, lo cual le resultó interesante y comentó considerarlo, aunque manifiesta temores respecto a su capacidad de poder salir adelante.

En el área laboral contaba con empleo estable desde hace 6 años con muy buenos ingresos mensuales, pero de los cuales destinaba aproximadamente un 30 % para el consumo de alcohol, había experimentado ausencias laborales aunque no pérdidas de empleos.

Presentaba tres intentos previos de dejar de beber los cuales solo son por decisión personal sin contar con el apoyo de alguna intervención, éstos habían fracasado logrando un periodo máximo de abstinencia de tres meses, su consumo se caracterizaba por ser un 60 % destilados, un 25 % vino y un 15 % cerveza, no existían antecedentes del uso de algún otro tipo de sustancias como drogas ilegales o tabaco.

Su historia de consumo nos muestra que consumía alcohol de dos a tres veces por semana, aunque identificaba inicialmente que los días de mayor consumo son los jueves y sábados, existían actividades determinadas éstos dos días, su consumo era excesivo en dos de éstos cuatro días reportando un consumo de aproximadamente de ½ ltr. a 1 ltr.

Durante ésta sesión, se aplicó el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (véase Figura 1) explicando la finalidad de éste instrumento y aclarando las dudas correspondientes, ante el cual mostró disposición, comprensión y ejecución adecuada. Los resultados obtenidos con éste instrumento mostraron lo siguiente :

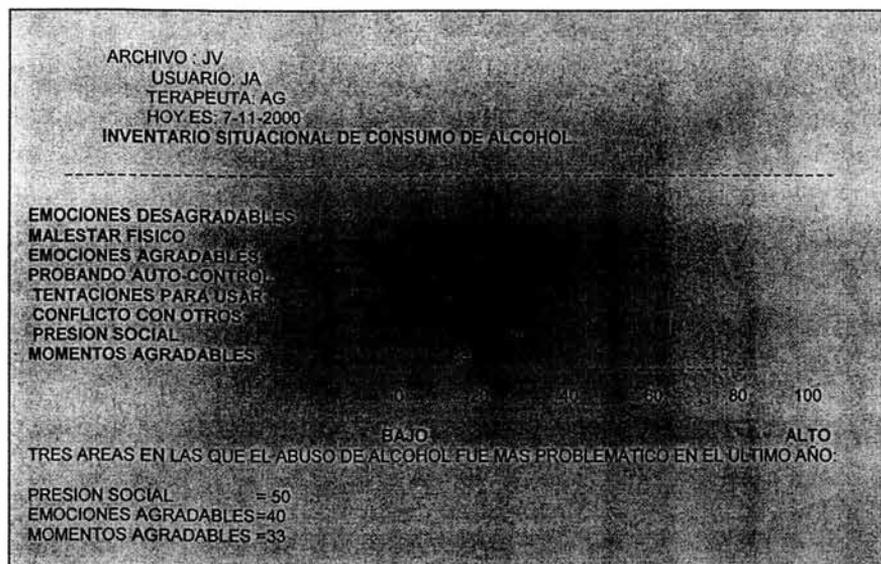


Figura 1. Muestra las tres áreas en las cuales se presentaba un mayor riesgo de consumo de las ocho categorías evaluadas por el Inventario Situacional de consumo de alcohol.

Se observó también, una puntuación significativa en otras áreas tales como tentaciones para usar alcohol y probando su auto-control, de ésta forma, se corroboró la información aportada por él mismo, en donde reportaba que las ocasiones de consumo estaban influidas por la presión social en momentos agradables y en donde él se sentía a gusto a diferencia de momentos desagradables y solo.

Se aplicó el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (véase Figura 2) dejando en claro el propósito de éste, observando disposición y comprensión adecuados durante la ejecución. Y cuyos resultados arrojaron lo siguiente :

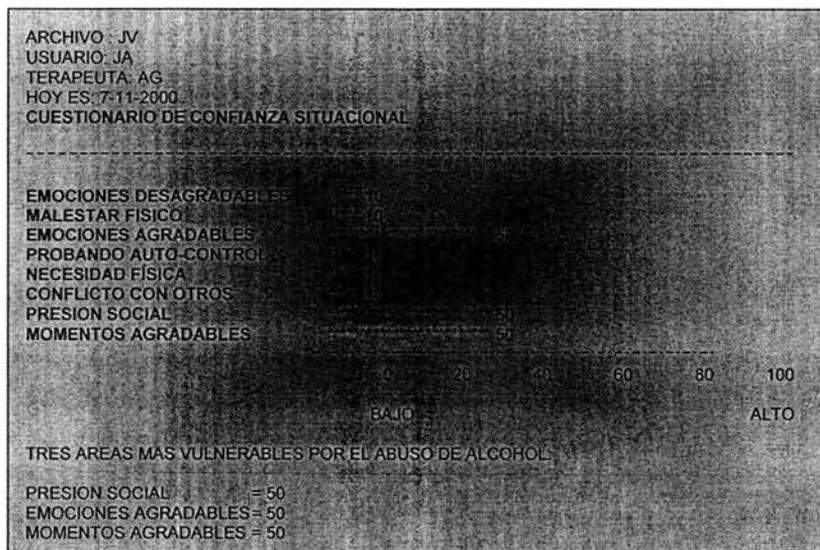


Figura 2. Muestra el porcentaje de confianza reportada por el usuario para resistir la tentación de consumo durante la primer aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Como se logra ver, existió una relación estrecha entre éstas tres situaciones, las cuales confirmaron los resultados obtenidos a partir del ISCA, ésta tríada resultó interesante en el sentido de haberse presentado de manera simultánea en cada consumo, por lo que se consideró conveniente perfilar las estrategias de afrontamiento adecuadas para éstas mismas de forma tal, que se evitara la presencia de un consumo excesivo toda vez que el usuario había elegido la meta de moderación.

Estos resultados fueron entregados al usuario en la segunda sesión, los cuales serían útiles para el desarrollo de estrategias de enfrentamiento adecuadas ante las situaciones de consumo.

Se llenó junto con él la Línea base Retrospectiva explicando también los objetivos de ésta, se cubrió desde en día anterior a la sesión y de manera retrospectiva el año pasado mes por mes, en éste instrumento no se mostraron dificultades significativas debido al patrón característico establecido desde hace dos años de manera regular, razón por la cual existieron solo dos periodos de abstinencia breve, identificados así, como eventos relevantes que mostraban un consumo muy marcado y explosivo. Los resultados se muestran en la siguiente Gráfica.

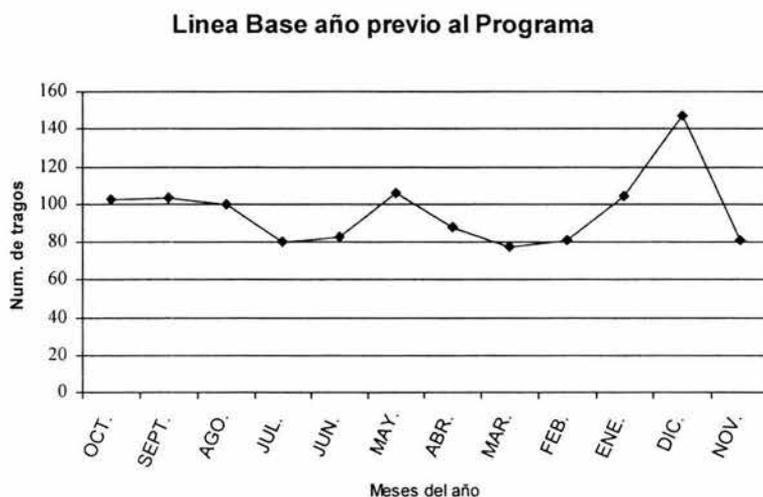


Figura 3. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo durante el año anterior al Programa

Los datos obtenidos muestran la calificación de la Línea Base retrospectiva (LIBARE) (véase Figura 3) en donde se observa que los consumos más elevados se presentaron en los meses de Enero, Mayo, Agosto, Septiembre, Octubre y Diciembre, durante el año se observó un consumo de 1012 tragos en total siendo los días de mayor cantidad de consumo los jueves y sábados aunque en los días viernes y domingo también se observaron consumos excesivos, el consumo promedio diario arrojado fue de 6.4 tragos al día, por su parte, el número máximo de bebidas alcohólicas ingeridas en una ocasión fue de 20, el número máximo de días de abstinencia continua resulto ser de 24 días arrojando un 43.6 % del total de 365 días en los cuales se presentó un consumo de alcohol.

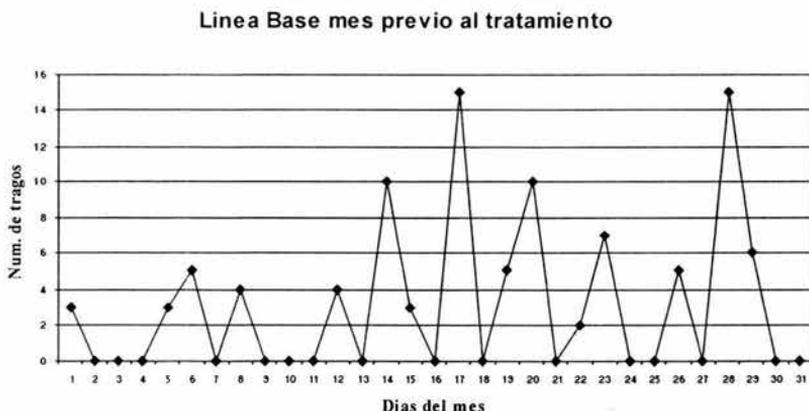


Figura 4. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo durante el mes previo al tratamiento.

A lo largo de ésta sesión, el usuario hizo varias preguntas acerca del proceso de intervención, así como cuestionó la efectividad de éste tipo de programa, ante esto, se hizo necesario retomar las ventajas de éste tipo de intervención y de las posibilidades de éxito remarcando la responsabilidad del autocontrol de él mismo.

Para finalizar se le hizo entrega del auto monitoreo explicando su finalidad y manera de ser llenado, explicando el manejo de copa estándar ante lo cual no existieron dudas y si disposición para realizarlo durante la semana siguiente, se le entregó la lectura 1, que consiste en el ejercicio del Balance Decisional y tarea correspondiente, explicando también sus objetivos y forma de realizar comprometiéndose a llevarla a cabo y traerla la próxima sesión.

PRIMERA SESIÓN

Objetivo :

- El usuario podrá analizar los pros (ventajas) y contras (desventajas) de modificar su consumo o de continuar con el mismo; identificar sus principales razones de cambio, y establecer una primer meta de consumo durante los primeros tres meses (abstinencia o moderación).

Aunque el llegar a una primera sesión es señal de cierto nivel de motivación para el tratamiento, es bien establecido en la literatura en general acerca de la psicoterapia que muchos clientes nunca regresan a una segunda sesión y

descartan la posibilidad de que pueden alcanzar o llegar a una tercera sesión, esto es importante para incorporar estrategias motivacionales que busquen "enganchar" al cliente dentro del tratamiento.

La primera sesión busca incrementar la disposición para el cambio y conocer el nivel de auto eficacia del usuario. Este último concepto juega un rol central en la aplicación de la terapia cognitivo conductual y en el cumplimiento de la meta, Bandura (1995) define la auto eficacia percibida como la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar un curso de acción requerida para manejar una situación prospectiva; Se considera que la eficacia afecta alguna fase del cambio personal, desde el momento de tomar la decisión de cambiar, iniciar el cambio y lo más importante mantenerlo. Existe un número importante de estudios que apoyan la relación que existe entre la auto eficacia y los resultados del tratamiento, se ha encontrado que a menor sentido de auto eficacia, puede incrementar la vulnerabilidad para recaer y en consecuencia el abandono del tratamiento (Bandura, 1995; Annis & Davis, 1988; DiClemente, 1981; McKay, Maisto & O'farrel, 1993).

Esta sesión se realiza 7 días después de la evaluación inicial en la cuál, el usuario establece las razones para cambiar su patrón de consumo por medio del Balance Decisional. El terapeuta discute con el usuario cuáles son los beneficios y costos para cambiar su patrón 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 ésta 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 doce 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.

Se revisan los resultados de la Línea base retrospectiva (véase Figura 3), lo que contribuye a ubicar al cliente en una posición en la que si no había notado la magnitud de su consumo, los resultados de la LIBARE lo muestran. Se revisa el auto monitoreo entregado la sesión anterior lo cual ayuda a tener en claro cuales son los días y momentos en que es más probable que éste consuma y los pensamientos relacionados con cada episodio.

Así mismo, se trabaja sobre el primer establecimiento de metas, ya sea ésta la moderación o la abstinencia según lo prefiera el cliente argumentando las razones para determinar ésta misma, en éste momento el terapeuta debe considerar la pertinencia de respetar la decisión del usuario, esto principalmente en el caso de clientes en quienes se observa un daño físico y los cuales optarían

por la moderación lo que sería perjudicial para su estado, es aquí donde se recomienda dirigir al cliente a la consideración de una meta de abstinencia mostrando las razones de ésta opción.

Se trabaja también con el Balance Decisional (Lectura 1), el cual ayuda a discutir sobre los costos y beneficios de cambiar su forma de beber hacia la meta elegida, ésta herramienta busca hacer reflexionar al usuario sobre las consecuencias que pueden incrementar si no cambia su forma de consumir, así mismo mostrar las ganancias resultado de una modificación de ésta conducta.

Finalmente, se le entrega el material correspondiente a la tarea 1 que consistía en ubicar las razones para cambiar por parte del usuario y para lo cual tenía que haber leído la Lectura del Balance Decisional.

En resumen, la primer sesión es un momento conveniente para transmitir un sentido de esperanza, entendimiento y oportunidad para lograr el cambio. También es un buen momento para ayudar al cliente a que le quede claro que ésta serie de procedimientos promoverán un cambio positivo en la situación que está viviendo.

REPORTE PRIMERA SESION

En ésta sesión, después de haber establecido el rapport necesario se procedió a revisar junto con el usuario el auto-monitoreo, con el objetivo de conocer si se presentaron consumos durante la semana que transcurrió, observando que si existieron y el primer consumo ocurrió precisamente el mismo día en que se realizó la sesión de evaluación, consumió siete cervezas (siete tragos estándar) durante una cena con su padre, el cual no vive con él y se ven pocas veces, ante éste consumo, el usuario reportó no sentirse mal ni física ni emocionalmente ya que lo considera normal, debido a que siempre que se encuentra con su padre conviven y consumen de ésta forma dos o tres veces al año.

Resultó relevante, el hecho de que durante ésta primer semana presentó tres consumos, dos de éstos fueron en días consecutivos, esto fue viernes y sábado, éstos tres consumos son considerados excesivos con más de seis tragos estándar, todos éstos consumos estaban relacionados con situaciones de convivencia social con amigos y asuntos de trabajo, esto es, comidas de negocios en las cuales estuvo presente el alcohol, el cliente manifestó en solo una de éstas ocasiones sentimientos de culpa y arrepentimiento puesto que las demás las asumía como normales considerando el patrón de consumo que venía presentando.

Se analizó junto con él, la frecuencia observada en esa última semana y el usuario llegó a considerar la posibilidad de no continuar con el tratamiento, debido a que se había dado cuenta según su apreciación de que no fue capaz de controlar su manera de beber, ante lo cual se hizo necesario abordar esto como parte del proceso de modificación y que lejos de ver éstos episodios como una evidencia de su incapacidad, se consideraban como experiencias que nos servirán para poder plantear estrategias de enfrentamiento adecuadas ante éstas situaciones, de ésta forma, se manejó el concepto de recaída en éste programa, por otra parte, se rescató el hecho de su honestidad en el registro del auto-monitoreo, se observó en ésta ocasión un factor de inseguridad ante el cambio, el cual es contrarrestado con la identificación de los recursos con los que cuenta el cliente para lograr el éxito.

Como Se pudo observar en la Figura 3, el mes de Diciembre fue el mes en el cual ocurrieron episodios de consumo más frecuentes y en mayor cantidad, a pesar de que en éste mes no laboró totalmente ya que existió una relación muy estrecha entre las situaciones de consumo y sus actividades laborales, tales como comidas y encuentros de negocios, en contraste con esto, existió una mayor cantidad de tiempo libre y situaciones de reuniones con amigos y eventos propios de éste mes.

Mostrar estos resultados, es una herramienta importante en el proceso de tratamiento, puesto que el cliente solo consideraba su consumo como excesivo, pero no tenía pruebas objetivas de la cantidad y frecuencia con la que venía realizando ésta conducta, al menos el último año, de ésta forma, se le planteo la necesidad de continuar con el tratamiento recogiendo las conclusiones que él mismo sacó de éstos resultados, y la posibilidad de remediar esto antes de que comenzara a experimentar consecuencias irreversibles.

El usuario demostró preocupación y asombro ante éstos resultados toda vez que consideraba que su consumo no era tan grave, por lo que manifiesto preocupación y necesidad de mantenerse en el programa, ya que quería darse cuenta si podría manejar su consumo de forma responsable.

Posteriormente, se revisó la tarea 1 (razones para cambiar), observando que si la realizó comentando que no le ocasionó mayor problema para su comprensión y ejecución, en lo que respecta a las razones que manifiesta para cambiar se encontraron:

1. Poder mejorar sus relaciones familiares y de pareja.
2. Mejorar su salud
3. Satisfacción personal, considera que si puede lograrlo.

De ésta forma, se pudieron identificar razones válidas para poder iniciar y mantener un cambio, ante lo cual, se analizó la posibilidad de lograr esto, considerando que contaba con los recursos suficientes y con la capacidad de poder desarrollar las estrategias necesarias para conseguirlo, de ésta forma, se trabajó un elemento motivacional en éste proceso, toda vez que el poder ubicar éstas razones como metas a cumplir, brindó la posibilidad de retomar las capacidades del usuario, enganchándolo en la continuación del tratamiento; esto da paso a poder analizar el ejercicio de Balance Decisional.

Respecto al ejercicio del Balance Decisional (véase Figura 5), se identificaron elementos favorables para fortalecer el mantenimiento del usuario en la intervención, y en éste caso, en particular se pudieron identificar beneficios claves como se observa en la siguiente tabla :

	CAMBIAR MI CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS DE :	<ul style="list-style-type: none"> • Tener control sobre mis acciones • Mejorar mis relaciones • Mejorar mi salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Placer por beber • Relaciones con otras personas (Amigos)
COSTOS DE :	<ul style="list-style-type: none"> • Soportar presión • Cambiar rutinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala salud • Deterioro de relaciones personales

Figura 5. Muestra el análisis de los costos y beneficios de las dos alternativas del usuario, modificar su consumo o continuar consumiendo

Como puede observarse en la Figura 5, el usuario identifica mas beneficios a la opción de modificar su consumo, a pesar de los costos de esto y que al compararlos con los costos de seguir consumiendo cobran relevancia para cambiar su consumo.

En lo que respecta al primer establecimiento de metas, una vez explicado en la sesión anterior, la posibilidad de poder aprender a manejar su consumo de alcohol y las ventajas y riesgos de esto, así como el poder aprender a manejar la abstinencia, mostró que la decisión del cliente se inclinaba a establecer una meta de moderación pretendiendo inicialmente no tomar en mas de tres días durante una semana y no más de seis copas por ocasión, ubicando un nivel del 100% de confianza para lograr ésta meta y un 80% de importancia de ésta misma meta para él.

En éste punto, se consideró necesario dejar en claro cuales eran los parámetros de un consumo moderado, explicándole las razones de esto, ya que el cliente había decidido ubicarlo en una cantidad que rebasaba los límites establecidos, de ésta forma, se buscó negociar con el cliente para que entendiera las razones de esto, aunque en éste caso en particular, existía el antecedente de que las ocasiones en las que la había sido capaz de detener su consumo, este había sido en una cantidad de seis tragos, razón por la cual, el lo consideraba como un logro, si es que lograba respetar ésta meta, en éste aspecto se consideró conveniente experimentar de ésta forma inicialmente, bajo la consigna de poder llevarlo más adelante a la meta de moderación adecuada, se estableció el manejo de ésta meta, al menos para la siguiente semana, a lo cual respondió favorablemente, comprometiéndose a replantear ésta misma en la sesión posterior.

Al final de ésta primer sesión se le hace entrega de la Lectura 2 y los ejercicios correspondientes a la Tarea 2 (Situaciones de consumo excesivo de alcohol) explicando el contenido e instrucciones de elaboración recordándole la necesidad de cumplirla, se le devolvió el automonitoreo y se programo la siguiente sesión.

SEGUNDA SESIÓN:

Objetivo :

- Que el usuario logre identificar cuales son sus principales situaciones de riesgo para el consumo y logre identificar los precipitadores de ésta conducta, así como las consecuencias experimentadas ante su consumo.
- Entregarle al usuario los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación para analizarlos junto con la tarea que realizó.

El abordaje de una población particular requieren del conocimiento de los factores de riesgo y de protección de ésta población. El incremento del conocimiento y el cambio de actitudes no es suficiente. Si se quieren lograr cambios en la conducta de las personas debe buscarse el cambio en los precursores del riesgo. Sin embargo, para la mayoría de las conductas, poco se conoce acerca de los factores psicológicos que permiten la práctica del riesgo. Los estudios preventivos que tienen como base una teoría de la conducta proveen la oportunidad de examinar las variables mediadoras que influyen en la práctica del riesgo. Dado que, la conducta ocurre dentro de un contexto de comunidad, de iguales, familia, y variables individuales, los investigadores usualmente investigan

las interacciones más que los efectos principales, condiciones bajo las cuales la trayectoria de conducta puede ser cambiada (Wayne & Black, 1999).

Es por ello, que el pensar en los factores de riesgo y de protección presentes nos llevan a considerar el estudio de las recaídas una vez iniciado un proceso de tratamiento y para lo cual se hace necesario considerar dentro de los diferentes modelos existentes respecto al papel de las recaídas, al modelo cognitivo conductual desarrollado por Marlatt et al., (1979)), el cual sugiere la presencia de diferencias y aspectos comunes para el desarrollo de las conductas adictivas. Se afirma que los factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales afectan de manera diferente a las personas adictas a una misma sustancia. También, diferentes procesos pueden gobernar la iniciación y mantenimiento de éstos desórdenes (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Terence, 1986).

Marlatt et al. (1985, citados por Brownell et al. 1986) proponen que la recaída puede ser mejor descrita como un proceso, conducta o evento. Puede definirse como un "pequeño error o resbalón, una falla temporal, a partir de un nivel alto a un nivel bajo." Una recaída es un evento singular, la emergencia de un hábito anterior. Cuando un resbalón o error es definido como una recaída, implica que el cambio puede nuevamente retomarse, y no que el control está completamente perdido.

El razonamiento teórico de éste modelo sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio (Marlatt et al., 1999,) y la recaída es definida como un proceso de transición en el cual, los individuos pueden o no regresar al uso habitual de sustancias después de un resbalón. En virtud de lo anterior, se considera importante investigar la historia natural de la recaída pues esto podría responder la pregunta de si la probabilidad de recaída incrementa o decrementa con el tiempo.

Así, en éste contexto adquiere importancia el concepto de un punto "de seguridad". Este es un punto en el tiempo antes del cual la recaída es posible y a través del cual la recaída es poco probable. Algunos estudios han sugerido una curva de recaída que se estabiliza después de los primeros tres meses, es decir, durante éste tiempo, las personas no consumen, lo que incrementa la posibilidad de que no vuelvan hacerlo.

No obstante, evidencia más reciente no apoya la noción de un punto de seguridad en el tiempo (Lichtenstein & Rodríguez, 1977; Wilson & Brownell, 1980, citados por Brownell, 1986). La definición de tal punto podría tener importantes implicaciones conceptuales y prácticas. Por lo tanto, se considera que el primer paso en la comprensión de éste proceso es la interpretación de las curvas de las recaídas.

En los intentos por comprender el proceso de las recaídas, se ha realizado la división del proceso del cambio del mismo en estados o etapas, mismos que convergen en al menos tres estados fundamentales: disposición al cambio, acción y mantenimiento.

Prochaska et al., (1992) han realizado el principal trabajo en esta área a través de evaluar modelos de estados para la cesación y la terapia en general. El trabajo para evaluar la utilidad de diferentes modelos arroja que en el primero de los estados lo importante es la motivación y el compromiso para el cambio, seguido por un cambio inicial y finalmente por el mantenimiento del cambio, haciendo necesario el empleo de éstos tres estados para describir el proceso de recaídas. Las recaídas deben ser consideradas a la luz de los estados o etapas que la anteceden.

Además el modelo de estados ayuda a la recaída en sí misma. El modelo debe incluir el período anterior a la recaída, la recaída en sí misma, y el período en el cual la persona recaerá o no lo hará.

Existen tres suposiciones (Brownell, 1986) en relación con los determinantes y predictores de las recaídas: 1) existen similitudes en el proceso de las recaídas a través de todos los desordenes de las conductas adictivas, 2) existen procesos diferentes que gobiernan el cambio inicial y el mantenimiento (Bandura, 1977) y, 3) el riesgo para recaer está determinado por una interacción de factores individuales, fisiológicos y situacionales.

Los primeros intentos para clasificar las situaciones de recaídas fueron realizados por Marlatt et al. 1979; Cummings, Brownell et al., 1986. De manera general, éstas pueden clasificarse en:

1) Factores intra personales e individuales: en ésta dimensión se deben tomar en cuenta los estados emocionales negativos (estrés, depresión, ansiedad y otros estados emocionales), el grado de motivación de una persona para el cambio, la respuesta de una persona al tratamiento, y las habilidades de afrontamiento con que cuentan las personas.

2) Factores sociales y ambientales: se encuentran las interacciones entre los individuos (apoyo social), eventos ambientales o situacionales, o programas que manipulan contingencias y

3) Factores fisiológicos: al parecer los factores genéticos son importantes para el alcoholismo, el consumo de tabaco y la obesidad, las propiedades de refuerzo de las sustancias, o a las asociaciones condicionadas entre precipitadores específicos y las respuestas fisiológica, y el grado de dependencia física. Es necesario resaltar que si los resbalones o caídas y las recaídas son

vistas sobre una línea en el tiempo, los factores individuales, ambientales y fisiológicos, ejercen su influencia en estados diferentes.

Los factores fisiológicos pueden promocionar las caídas y pueden colocar en juego series de reacciones para una caída inicial que puede aumentar la probabilidad de la recaída. Los factores ambientales y sociales pueden proveer el escenario, el estímulo y el aliento a partir de otros para caer.

Ante éste panorama las aproximaciones de habilidades de afrontamiento pueden prevenir la recaída. Si las caídas se repiten y se convierten en recaídas serán resultado a partir de una interacción compleja de éstos factores, donde cada puede tener más o menos importancia dependiendo del individuo y su medio ambiente.

El poder predecir situaciones de riesgo implica la realización de un análisis situacional y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento pueden detener éstos riesgos de forma tal que la conducta se mantenga.

Lo importante, es poder identificar éstos factores de riesgo que precipitan el consumo a través de métodos específicos, así como poder incrementar la disposición del cliente para permanecer en tratamiento, tomando en cuenta que los bebedores problema no siempre toman en exceso, en ciertas ocasiones pueden mantener un control adecuado sobre su consumo

En ésta sesión, el usuario debe identificar por lo menos tres situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante éstas 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 debe identificar las situaciones que se relacionan con un consumo excesivo, así como las consecuencias tanto positivas como negativas de ésta conducta. Estas situaciones se comparan en ésta sesión con los resultados obtenidos en la evaluación por medio del ISCA; el objetivo de ésta comparación es poder realizar un análisis funcional de ésta conducta identificando los antecedentes y consecuentes de ésta misma y la relación funcional entre éstos y la conducta misma.

En ésta 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.

REPORTE SEGUNDA SESION

En ésta segunda sesión, se procedió a recoger el auto monitoreo, en donde se observó que nuevamente existieron episodios de consumo frecuentes, a pesar de haberse comprometido en respetar la meta establecida respecto al número de días de consumo, así como en la cantidad; en ésta semana que transcurrió ocurrieron cuatro consumos de los cuales tres fueron consecutivos; en éstas ocasiones en dos de ellas, se observa un consumo excesivo de ocho y nueve tragos ubicándose el resto por debajo de la meta acordada de seis tragos respectivamente, preferentemente los sentimientos relacionados con éstos episodios fueron de culpabilidad e impotencia, específicamente en la ocasión en que se disparó el consumo de nueve tragos, se relaciona con un viaje en donde reportaba haber tenido curiosidad por visitar varios lugares, en donde se consumía durante el día, resultando relevante el dato de que ésta conducta de consumo, contrario a su historial, la realizó solo, experimentando culpa posterior y arrepentimiento ante lo cual se retomó el concepto de recaída antes referido.

De igual forma se trabajó la posibilidad de una probable recaída, considerando el nivel de riesgo presente y la historia previa de consumo, por lo que se analizó el concepto de recaída como parte del proceso de aprendizaje y recuperación, y como una oportunidad durante el proceso para poder revisar cuales fueron los factores relacionados a ésta los cuales nos permitirían poder evitar una posterior recaída reforzando los aspectos identificados.

Posteriormente, se le entregaron los resultados del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), y como nos muestra la Figura 1, las situaciones en las que fue más probable que se presentaran consumos eran:

- Presión social
- Emociones Agradables
- Momentos Agradables

Por otra parte, se observó en los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), (véase Figura 2), mostraron las tres situaciones en donde el consumidor percibía un menor nivel de confianza ante el consumo, las cuales fueron :

- Presión social
- Emociones Agradables
- Momentos Agradables

Posteriormente, se procedió a revisar junto con él la tarea 2, correspondiente a las situaciones de consumo excesivo ubicando los precipitadores del mismo y las consecuencias asociadas a cada situación, las cuales fueron :

SITUACIÓN 1

Los viernes por la noche al reunirse con amigos	
La tasa de ocurrencia durante el año pasado fue del 33 % Consecuencias experimentadas :	
Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar experimentado con relación al momento vivido, seguridad al estar con amigos, popularidad, inicio de nuevas amistades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltar a compromisos posteriores, deterioro de relación de pareja.

Figura 6. Muestra la primer parte de la tarea 2 que realizó el usuario.

En ésta ocasión, la cual se presentaba de manera frecuente y regular todos los viernes, puesto que era parte de la rutina establecida por él mismo y por sus amigos, ya que existía un lugar determinado y las personas asociadas con el consumo excesivo eran las mismas.

Por lo regular, éstos eventos estaban relacionados con el uso excesivo de alcohol al considerar que las personas con las que se reunía presentaban conductas de abuso de alcohol.

SITUACIÓN 2

Al recibir visitas de personas a las cuales no ve frecuentemente como es el caso de su padre, la cual inicia regularmente con una cena y el inicio del consumo el cual se convierte en excesivo.	
La tasa de ocurrencia durante el año pasado fue del 33 % Consecuencias experimentadas :	
Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar, alegría por estar con esas personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos excesivos, dificultades para poder controlarse, involucramiento en accidentes o riñas.

Figura 7. Muestra la segunda parte de la tarea 2 que realizó el usuario.

En éstas ocasiones, existía cierta regularidad de viajar, preferentemente solo, por motivos laborales teniendo la posibilidad de conocer nuevos lugares y con disponibilidad de dinero, aunado a la flexibilidad de horarios y responsabilidades que tiene que cubrir; esto traía como consecuencia, que en estas ocasiones presentara consumos excesivos, esta situación se presentó una ocasión durante la intervención la cual, el usuario no logró manejar adecuadamente.

SITUACIÓN 3

<p>Durante viajes ya sea al interior de la República o al extranjero por razones de trabajo principalmente.</p> <p>La tasa de ocurrencia durante el año pasado fue del 33 % Consecuencias experimentadas :</p>	
Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer nuevos lugares y personas, no tener presión de los demás por dejar de consumir como la pudiera ser su pareja o familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos al estar en lugares desconocidos, faltar a compromisos laborales, gastos excesivos

Figura 8. Muestra la tercer parte de la tarea 2 que realizó el usuario.

De ésta forma, se logró ubicar el nivel de riesgo presente en éste usuario, el cuál tenía relación con su trabajo y amistades, aunado a las facilidades encontradas para consumir, esto se aclaró con él para que fuese el mismo quien planteara las alternativas de afrontamiento más convenientes, al evaluar cuales serían las consecuencias para cada una de las opciones, lo que permitiría anticipar la forma en que podría hacer frente a las diversas consecuencias, cabe señalar que el sujeto mostró una buena capacidad de poder encontrar opciones alternativas, identificando claramente cuales serían las consecuencias y de que forma podría afrontarlas.

Finalmente, se le recordó el continuar con el auto monitoreo, se le hizo entrega de la Lectura 3 y la tarea 3, correspondiente a la descripción de las Opciones viables para cada situación, así como los planes de acción para cada opción; reiterando el compromiso y la importancia de tales ejercicios.

TERCERA SESIÓN

Objetivo :

- Que el usuario logre analizar los planes de acción elaborados para cada situación de riesgo en donde describa conductas alternativas al consumo

Durante ésta sesión, se presenta un programa general de solución de problemas en donde el usuario debe describir las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de opción 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 éstas habilidades, el terapeuta sugiere sesiones adicionales.

Existe un problema cuando una persona se enfrenta con la tarea de elegir una alternativa entre varias posibles. Las características de la Solución de Problemas (como proceso de búsqueda) resultan del intento de descubrir las estrategias que puede emplear el que las resuelve, al seleccionar y evaluar las soluciones alternativas.

La mayoría de los problemas tienen una solución, y la tarea del sujeto es descubrirla. Sin embargo, en algunas situaciones los sujetos tienen que producir tantas "alternativas de solución" como puedan, y la variable importante es el número y la calidad de soluciones que se producen. El papel del consejero tiene un rol de mediador, quien facilita acuerdos mutuos entre partes oponentes acerca de intercambios recíprocos de conductas específicas, reforzadores y castigos.

La búsqueda de soluciones de conflicto implica el conocimiento del problema, la elaboración de soluciones alternativas, la toma de decisiones e implementación y verificación de éstas, es decir, comprobar la efectividad de la solución implementada en una situación real.

Por otra parte, se persigue que el cliente sea capaz de ubicar actividades alternativas a la conducta de consumo las cuales sean incompatibles con el uso de alcohol y que ofrezcan los beneficios obtenidos con anterioridad a través del uso de alcohol, esto es, que dichas actividades ofrezcan la posibilidad de activar las áreas que anteriormente no eran consideradas importantes para el cliente y a las cuales no les asignaba tiempo ni calidad tales como escuela, deporte, trabajo, familia, amigos sin consumo, etc.

REPORTE TERCER SESION

En ésta ocasión, nuevamente se observó la presencia de tres consumos de alcohol los cuales se realizaron de manera consecutiva encontrando que uno de los tres rebasó la meta establecida de seis tragos, la cual inicialmente se contemplo como un primer acercamiento a la meta final de moderación de cuatro tragos por ocasión; esta ocasión, ingirió siete tragos, los otros dos fueron de seis tragos cada uno, aquí se consideró conveniente realizar un trabajo de revisión de cada una de las situaciones con él ante lo que refería malestar solo en la ocasión del consumo de siete tragos ya que los demás el los consideró "normales", ante esto, se marcó la importancia de poder respetar la meta establecida de moderación y las probabilidades y capacidades del mismo para lograrlo, esto es, la auto eficacia observada en las ocasiones en las cuales le fue posible mantener la meta, de ésta forma se reforzaron las conductas apropiadas y no únicamente se trabajó sobre la incapacidad de el para mantener la meta.

Cabe señalar, que el cliente mostraba sentimientos de ambivalencia ante los resultados parciales de la intervención, consideraba tener confianza en manejar su consumo excesivo pero reconocía también una gran dificultad de manera práctica y bajo las condiciones prevalecientes de presión social y momentos agradables, en ésta ocasión me pregunta si realmente yo creía en su recuperación, ante lo que yo devuelvo mi apreciación respecto a su capacidad de discernimiento y análisis sin presentar de forma fatalista los consumos excesivos ni tampoco restándoles importancia, logro ver que a pesar de las dificultades que lograba identificar el nivel de auto eficacia percibido por él mismo se mantenía como un elemento central en su permanencia dentro del tratamiento aunado al nivel de honestidad y confianza desarrollado entre ambos.

A continuación, se muestran los resultados de la tarea 3 (véase Figuras 9, 10 y 11), en donde podemos ver cuales fueron las opciones planteadas ante las tres principales situaciones de consumo:

Situación 1	Opciones
consumo los días viernes	<ol style="list-style-type: none">1. Beber más despacio o tomar una bebida sin alcohol entre cada trago2. Pasar menos tiempo con esas personas3. Mentir o ser firme para no consumir

Figura 9. Muestra la primer parte de la tarea 3

Ante éstas opciones, consideraba que la opción de beber más despacio o la de pasar menos tiempo en ese lugar sería las más viables a pesar de las consecuencias contempladas para cada una.

Situación 2	Opciones
Visitas inesperadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beber más despacio y tomar bebidas sin alcohol entre cada trago 2. Hacer planes y programar sus actividades de ese día y planteárselas a sus visitas 3. No consumir

Figura 10. Muestra la segunda parte de la tarea 3

De éstas tres, la mejor opción según él mismo sería, el poder beber más despacio e intercalar con bebidas sin alcohol y en segundo plano el tener actividades alternativas a pesar de contar con visitas.

Situación 3	Opciones
Viajes frecuentes realizados propuso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mas tiempo entre cada trago 2. Destinar menos tiempo y dinero a visitar lugares en donde exista alcohol

Figura 11. Muestra la tercer parte de la tarea 3

En la Figura 11, se observa que solo ubicaba dos opciones y en el mismo orden reconocía su efectividad.

En ésta sesión, fue significativo el dato que muestra que el usuario ubicaba como la principal alternativa de afrontamiento a las diferentes situaciones de riesgo, el poder manejar sus tiempos, esto es, espaciar por una parte el tiempo entre tragos y por otra parte el poder alargar el tiempo en el cual se terminaba un trago, ya que regularmente solo le duraba 15 a 20 minutos una bebida estándar; razón por la cuál, el número de tragos con relación al tiempo invertido en cada situación se incrementaba, aunado a esto, la posibilidad que vislumbraba de intercalar con bebidas no alcohólicas; de ésta forma, se puede identificar que el consumo excesivo estaba influido por los beneficios obtenidos de manera inmediata y, condicionados por el tiempo de permanencia en cada lugar y, la presencia de las personas involucradas, a pesar de las consecuencias negativas identificadas.

Respecto a los planes de acción definidos por el mismo usuario, se logra ver que contaba con la capacidad de poder manejar adecuadamente sus recursos y alternativas encontradas y en ocasiones, lograr considerar pertinente alternar las opciones durante una misma situación, con la finalidad de lograr la meta establecida, aunado a esto, se planteó con el usuario la posibilidad de ser acompañado por su pareja, puesto que en las ocasiones en las que esto sucedió, su consumo decreció, lo cual logró identificar el mismo, de ésta forma, se buscaba contar con elementos de apoyo durante la intervención.

Es en éste momento, en donde se debía plantear el final de la intervención ofreciendo al cliente la pertinencia de continuar con el auto monitoreo aún después de la última sesión, sin embargo, debido a los resultados observados hasta éste momento, se consideró conveniente, la posibilidad de realizar una sesión adicional, con la finalidad de lograr ubicarlo en un consumo moderado, ya que se habían observado dificultades durante el tratamiento para poder respetar la meta de moderación, tanto en cantidad como en frecuencia, ante esto, se propuso una revisión de los logros obtenidos durante la intervención, así como la consideración de una meta de abstinencia la cual determinará el mismo, sin olvidar las sugerencias del terapeuta, en ésta sesión también se recordaron las sesiones de seguimiento y su finalidad por lo que se le entregó el segundo establecimiento de metas, nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) y la evaluación del Programa para que los entregara en la cuarta sesión.

CUARTA SESIÓN

El terapeuta comenta los avances logrados por el usuario con 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 seis meses; el usuario y el terapeuta deben establecer si se requieren sesiones adicionales para revisar los componentes que aún no han alcanzado el

nivel de ejecución esperado, y se realicen planes de acción para otras áreas de la vida que requieren solución.

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. Se debe considerar la importancia de puntos importantes en éstos momentos y su papel dentro del mantenimiento del cambio, uno de éstos es el manejo continuo del auto monitoreo, esto es, que el trabajo con el terapeuta no ha finalizado, el papel del apoyo social y cómo lo percibe el usuario considerando la influencia de éste para lograr mantener el cambio en la conducta de consumo y que relaciona las estrategias de afrontamiento que el usuario ha sido capaz de desarrollar.

Por último, el cambio en el estilo de vida, éste se refiere a los cambios implementados respecto a las diferentes conductas alternativas identificadas y puestas en acción ante la conducta de consumo las cuales traigan una satisfacción al cliente sin la necesidad de relacionarlas con un consumo descontrolado.

En ésta sesión se trabaja sobre un segundo establecimiento de meta, el cual es comparado con el primero con la finalidad de determinar si éstas coinciden o han sufrido cambios que permitan redirigir las estrategias de intervención para poder alcanzar ésta nueva meta, todo esto involucra una discusión de las razones por las cuales se mantiene la misma meta si fuese el caso o pudiese cambiar.

Otro punto importante a tratar en ésta sesión se refiere a la pertinencia de poder programar sesiones adicionales al tratamiento, esto en función de las consideraciones hechas por el terapeuta por un lado y por otro con base en la demanda propia del cliente quien puede considerar necesario realizarlas o aceptar la sugerencia del terapeuta de poder implementarlas exponiendo las razones de ésta decisión.

Se realiza un resumen del tratamiento y se plantea la posibilidad de tener sesiones adicionales lo cual se venía contemplando desde la tercer sesión, se deja en claro la importancia de llevar a cabo los seguimientos correspondientes especificando en que momentos se realizaran y cuál es su objetivo, dejando abierta la posibilidad de que el usuario pueda mantenerse en contacto con el terapeuta, y si lo considera necesario pedir alguna sesión adicional, por lo que el terapeuta se debe comprometer a estar dispuesto a continuar trabajando con él, con la finalidad de mantener el cambio logrado a través de la intervención.

REPORTE CUARTA SESION

Finalmente se llegó a la cuarta sesión, procediendo como en las tres primeras a la revisión del auto registro, observando que en la semana que había transcurrido presentó tres consumos, dos de éstos de manera consecutiva, pero con el dato de que el número de tragos estándar no excedió los cuatro tragos por ocasión, logrando con esto la meta de moderación correcta y no los seis tragos que había considerado al inicio de la intervención; se le reforzó ésta conducta reconociendo su logro en el mantenimiento de la meta establecida, como puede observarse hubo un cambio notable en comparación con las sesiones pasadas, posteriormente se hizo un resumen de toda la intervención reconociendo la permanencia del cliente, así como su disposición para realizar las tareas y llevar el auto monitoreo, todo esto con el objetivo de explicitar el papel y la responsabilidad de él mismo durante la intervención.

En ésta ocasión el cliente reporta que el éxito alcanzado lo atribuye a la implementación de las estrategias propuestas con anterioridad y que fueron, ingerir un trago en un tiempo mayor ya que lo venía haciendo en quince o veinte minutos, y en éstas ocasiones, lo prolongó a cuarenta y cinco min., aunado a esto, el haber intercalado una bebida con alcohol con una sin alcohol había favorecido la moderación ya que reconocía que necesitaba estar bebiendo "algo" para que sus amigos no lo presionaran demasiado, se concluye que éstas estrategias de afrontamiento, arrojaron resultados alentadores en el cambio de conducta por lo que reconocí ésta capacidad reforzando éste logro.

Sin embargo, se consideró necesario abordar el tema de las sesiones adicionales, las cuales no creía necesarias inicialmente, argumentando que sería capaz de mantener la meta de moderación, ante esto, recapitule los resultados obtenidos a lo largo de la intervención así como las dificultades encontradas para manejar responsablemente su consumo sin olvidar el reconocimiento a los logros obtenidos, desde mi perspectiva consideré pertinente la programación de una sesión adicional por lo que la propuse, el cliente vacila en aceptar pero por otra parte reconoce las dificultades que había experimentado, lo que lo lleva a tomar la decisión de programar una sesión adicional y de ésta forma, poder reforzar los elementos necesarios para el logro y mantenimiento de su cambio en el consumo.

En lo que se refiere al segundo establecimiento de metas, se pudo observar que ésta continuaba siendo la moderación, solo que en éste caso, determinada por los parámetros reconocidos, esto es, no más de cuatro tragos por ocasión y no más de tres días a la semana, los cuales no deberán presentarse de manera consecutiva, respecto al porcentaje de importancia de ésta segunda meta al aplicar nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (véase Figura 12) se observa que el porcentaje de confianza ante las situaciones que representaban mayor riesgo en la primer ocasión había incrementado en éstas tres áreas (emociones agradables, presión social y momentos agradables con

otros) de un 50 % a un 80 %, mientras que en el resto de las situaciones se mantuvo estable.

Respecto a la importancia que atribuyó a ésta meta de moderación, reporta un 80%, mientras que manifiesta un 100% de seguridad de alcanzar y mantener ésta misma; se observa nuevamente un nivel de importancia elevado así como un alto grado de seguridad, los cuales eran manifestados al inicio de la intervención, lo cual no se vio reflejado de forma fiel en el logro y mantenimiento de su meta en un inicio, aunque a partir de la tercer sesión se lograron cambios significativos y estables como se observa en la Figura 13.

Confianza ante Situaciones de Consumo

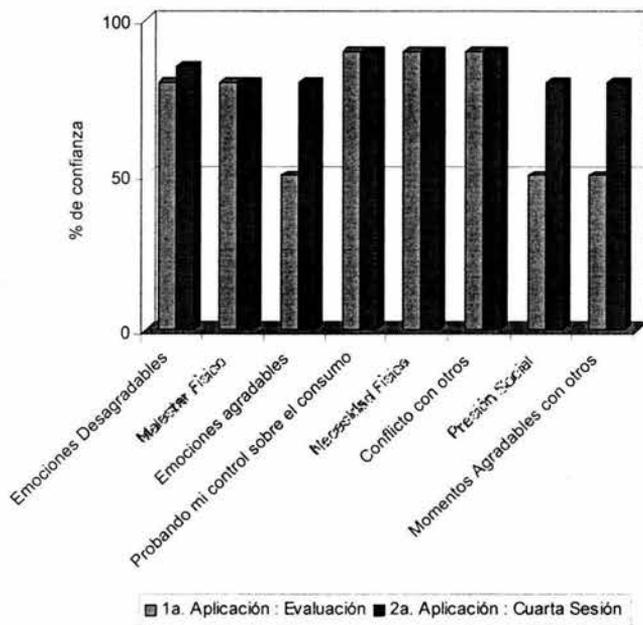


Figura 12. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir la tentación del consumo en respuesta al Cuestionario Breve de Confianza Situacional, antes y al final de la intervención.

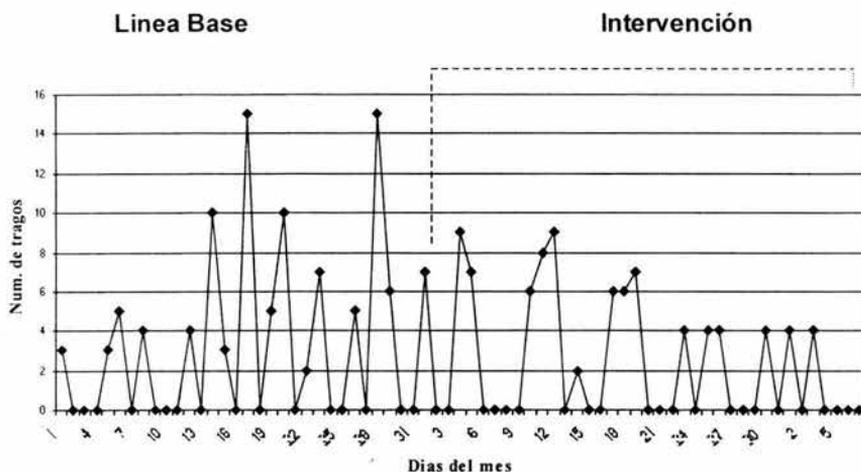


Figura 13. Muestra la frecuencia y cantidad de consumo antes y durante la intervención.

SESION ADICIONAL

Objetivo :

- Reforzar los logros alcanzados durante la intervención, monitorear el logro y mantenimiento de la meta establecida durante la intervención. Se llevan a cabo cuando existieron dificultades en el logro de la meta establecida y a petición del usuario o a sugerencia del terapeuta.

En ésta sesión, se recogió el auto monitoreo nuevamente, en donde se pudo observar que presentó tres consumos durante ésta semana que transcurrió, se logra ver que ninguno de éstos consumos se ubica por encima de la meta establecida, presentó cuatro tragos por ocasión, lo cuál se le refuerza al cliente toda vez que había logrado manejar adecuadamente su meta establecida en lo que respectaba a cantidad y frecuencia ya que no se observaron consumos en días consecutivos, dichos consumos estaban relacionados con situaciones sociales y en donde existió presión por parte del grupo de amigos, ante lo que reportó sentirse satisfecho por haber respetado su meta y que la estrategia de alternar una bebida con alcohol con una sin alcohol junto con el espaciamento en el tiempo de ingesta de un trago a otro le habían resultado efectivas.

Se observó que había sido capaz de manejar adecuadamente éstas situaciones, manteniendo su consumo moderado y experimentando consecuencias favorables como el reconocimiento de su pareja y familia, ésta sesión permitió reforzar los logros alcanzados mostrando la permanencia de su conducta a diferencia de las primeras dos semanas de tratamiento, por lo que el cliente reconoció la importancia de ésta sesión adicional como parte de su tratamiento.

Finalmente, se le planteó un acuerdo de la programación del primer seguimiento dentro un mes, para poder evaluar la intervención e identificar los logros obtenidos, se abordó el aspecto de las probables recaídas y su conceptualización, dejando abierta la posibilidad de establecer contacto conmigo en caso de identificar una probable recaída, o en caso de haberla presentado; lo que nos brindará la oportunidad de revisar algunas situaciones no contempladas o nuevas durante la intervención.

SEGUIMIENTO

Objetivo :

- Evaluar el mantenimiento en el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses después de haber concluido el tratamiento.

Por seguimiento se debe entender intervalos designados, sistemáticos, de contacto individual, posteriores al tratamiento. Desde luego existen beneficios sustanciales que pueden derivarse únicamente de éste tipo de seguimiento, beneficios para pacientes y para aquellos que los tratan. Un sistema organizado de seguimiento proporciona ganancias que son difíciles de obtener de otra manera.

Las ganancias derivadas del seguimiento sistemático, superan por mucho los costos involucrados. Es necesario que el seguimiento no sea costoso y considerar que el tiempo y los esfuerzos invertidos en el propio tratamiento, pueden resultar en una inversión real de costo-eficacia.

El equipo de programas de tratamiento sobre adicciones, a menudo reconoce que podría ser beneficioso realizar un seguimiento sistemático, pero no tienen tiempo. "Nuestra prioridad es el tratamiento, y si podemos contar con más tiempo o equipo, entonces quizás podamos hacer un seguimiento". (Miller et al., 1989).

Sin embargo, una de las razones principales para conducir el seguimiento sistemático, es un compromiso con el tratamiento. El seguimiento es un lazo esencial para la eficacia del tratamiento. Sin la información crucial que el seguimiento puede proveer, el personal de tratamiento está trabajando en el vacío. No tienen una retroalimentación confiable para ayudarles a descubrir y evaluar nuevas propuestas para valorar la efectividad de lo que están haciendo. Otro beneficio igualmente importante del seguimiento sistemático es su impacto directo en los propios pacientes. Los pacientes a menudo aprecian las visitas de seguimiento, percibiéndolas como una preocupación constante y cuidado del centro de tratamiento. (Miller et al., 1985)

Entrevistas planeadas del seguimiento, especialmente a intervalos de riesgo pico en el tratamiento sirven como sesiones motoras, reforzando el proceso de tratamiento. Puede descubrirse una recaída inminente, permitiendo al paciente y al terapeuta renovar sus esfuerzos para prevenirla. Los pacientes que han recaído, pueden ser redirigidos hacia la recuperación. Con esto se revelan nuevos aspectos, sugiriendo pasos adicionales que el paciente necesita tomar para mantenerse sobrio. En una forma real, el seguimiento sistemático es cuidado posterior.

Un tercero, e importante beneficio, es encontrar la documentación del resultado. Sin un seguimiento sistemático, los programas de tratamiento deben fundamentarse en informes anecdóticos, cuestionarios y las impresiones del personal a fin de documentar su eficacia.

Esas formas de evidencia, mientras son útiles, son referidas constantemente como inadecuadas por los responsables de tomar decisiones para fundamentar el tratamiento. En una época de gran preocupación acerca de la disminución en el costo de la salud, la responsabilidad es un aspecto creciente.

De ésta forma, se considera la importancia de llevar a cabo los seguimientos, los cuales se realizan al primer, tercer, sexto mes y al año posteriores a la intervención utilizando los instrumentos correspondientes y ofreciendo una retroalimentación al usuario, cabe señalar que es en éstos momentos donde con base en los resultados de esta etapa, se plantea la necesidad de realizar sesiones adicionales o retomar el proceso de intervención si fuese pertinente, con lo que se busca que el cliente tenga en claro ésta necesidad si existiese.

SEGUIMIENTOS

El primer seguimiento se llevó a cabo un mes después de la sesión adicional, esto se consideró pertinente debido a la probabilidad de poder llevar a cabo un trabajo de reforzamiento de los logros obtenidos durante la intervención, así como el considerar el nivel de riesgo observado en éste caso, lo que llevó a pensar la conveniencia de manejar los seguimientos en intervalos de un mes, durante los primeros tres meses, apoyados en la literatura que nos muestra la necesidad y fundamentos para llevarlos a cabo en éstos tiempos.

Los instrumentos aplicados en éstas sesiones (Entrevista de seguimiento al usuario y al colateral) nos arrojan información importante para poder evaluar la efectividad de la intervención, ya que no solo permite saber si el usuario ha estado consumiendo tanto en frecuencia como en cantidad, ya que para ello se cuenta con el auto registro, sino que aporta información acerca de la funcionalidad del sujeto en otras áreas tales como trabajo, salud física, relaciones familiares e interpersonales.

Los resultados obtenidos en el primer seguimiento (véase Figura 14) muestran que el usuario había sido capaz de mantener en la mayoría de sus consumos, la meta de moderación elegida, así como disminuir el número de días por semana en los cuales consumía, cabe señalar que en el primer mes existen solo dos consumos que excedían la meta de moderación pero estos no se ubicaron como excesivos (seis tragos por ocasión), lo cual resultó interesante; en ésta sesión, se revisaron cuales fueron las situaciones en las que se presentaron éstos consumos, encontrando que nuevamente, estuvieron relacionados con eventos sociales y sensaciones de bienestar, por lo que se revisaron las opciones planteadas por él mismo para éstas situaciones, ante lo cuál, reconoció que era necesario mantenerse firme en ésta decisión.

Respecto a su relación de pareja reportaba una mejoría en ésta, al considerar que su novia reconoció los logros obtenidos a partir de la intervención contemplando aún los planes de matrimonio, los cuales se habían postergado influidos en parte por el consumo excesivo del usuario, en su trabajo reportó un mejor desempeño, así como el no ausentarse por haber consumido, su relación con el resto de su familia también se observaba estable, según el mismo lo refería al hacer comentarios favorables sobre ésta, reconociendo los beneficios experimentados a partir de la modificación de su consumo.

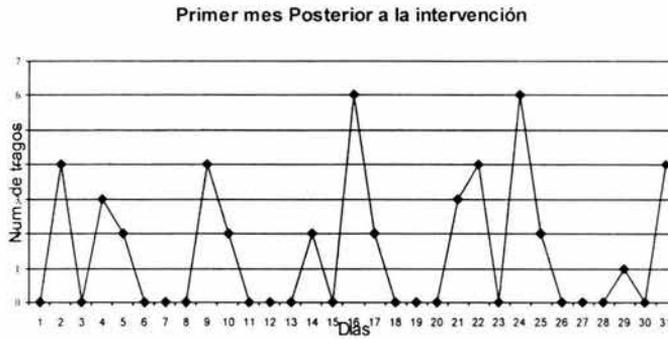


Figura 14. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo durante el primer mes posterior a la intervención.

En los seguimientos posteriores al segundo y tercer mes, (véase Figuras 15 y 16), se observa como constante el hecho de que el usuario fue capaz de mantener la meta de moderación en cantidad de tragos y el número de días a la semana en los cuales consumió, así como los periodos de abstinencia reportados lo cual coincide con los logros en las otras áreas, de ésta forma, se reconoce el éxito de la intervención, lo cual se le hace saber al cliente en cada una de éstas entrevistas corroborando ésta información con el colateral elegido por el usuario quien era su pareja, la cual argumentó que los planes de boda seguían en pie y reconocía los cambios en el consumo de su pareja, lo cual la tenía por una parte sorprendida y por otra parte motivada a apoyarlo en los momentos en los cuales el usuario pretendiera exceder su consumo, lo que confirma la importancia del papel que juegan las personas que rodean al bebedor para poder influir en la forma en la cual éste modificará su consumo.

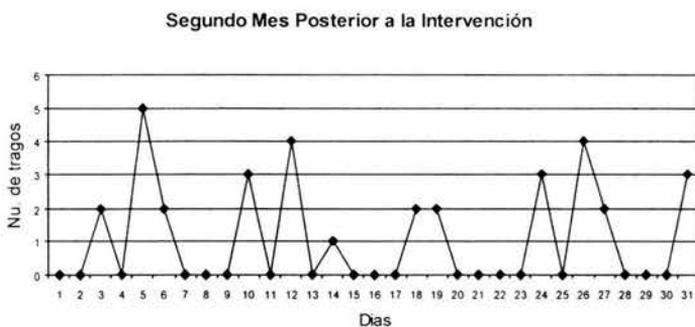


Figura 15. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo durante el segundo mes posterior a la intervención.

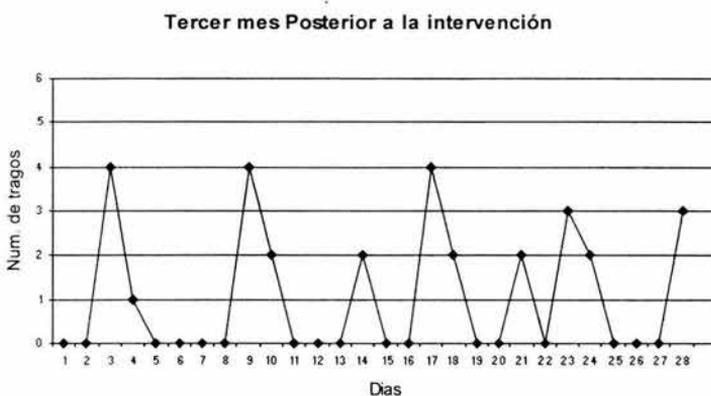


Figura 16. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo durante el tercer mes posterior a la intervención.

Seguimiento a los seis meses

Una vez transcurridos seis meses posterior a la intervención, establecí contacto con el usuario quien se encontraba de viaje fuera del país, razón por la cual, una semana después de la primer llamada telefónica volví a establecer contacto vía telefónica, cabe señalar que el usuario había proporcionado el nuevo número telefónico en donde podría ser localizado, puesto que contraería matrimonio unos meses después de la fecha de conclusión del programa lo cual ya estaba

planeado desde un inicio; una vez establecido el contacto por teléfono, el usuario se mostró dispuesto a acudir a la cita manifestando agrado por recibir mi llamada ya que comento que pensaba que ya no volvería a llamarlo después de los seguimientos anteriores, se programó la cita correspondiente la cual se llevó a cabo en el escenario donde se desarrollo la intervención, el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, se presentó puntual a la entrevista, señalo un dato importante en ésta sesión, el usuario acudió por vez primera acompañado de su pareja y actual esposa a quien solo yo conocía vía telefónica en ocasiones anteriores en las cuales se le aplico el formato de entrevista para el colateral y en donde en cada ocasión se manifestó dispuesta y cooperadora ante la información solicitada.

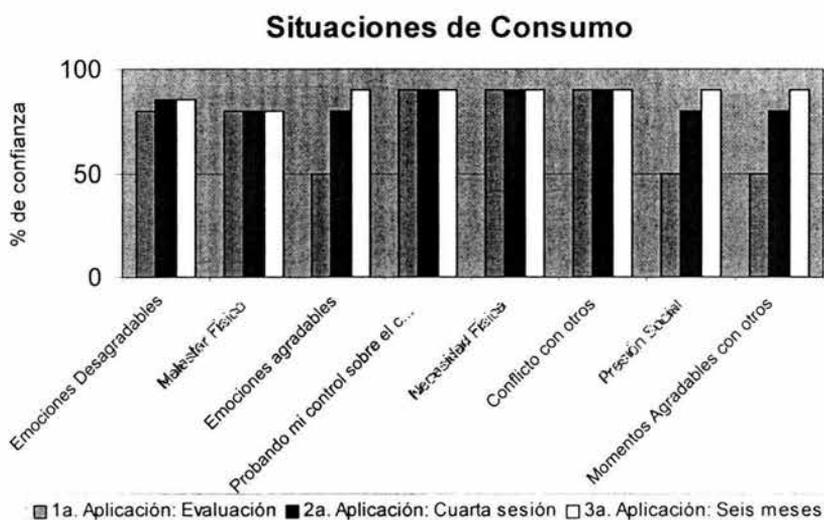


Figura 17. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir la tentación del consumo en respuesta al Cuestionario Breve de Confianza Situacional en las tres aplicaciones..

Los resultados de la aplicación del CCS, muestran un incremento en los niveles de confianza percibidos por el usuario respecto a poder resistir la tentación de consumo ante las situaciones ubicadas al inicio de la intervención (véase Figura 17) y cuya comparación con las dos anteriores aplicaciones, refieren que esto estuvo relacionado con el mantenimiento de la meta de moderación alcanzada.

En ésta ocasión, se procedió a llenar junto con el usuario la Línea Base Retrospectiva de los seis meses anteriores lo cual fue sencillo puesto que el usuario contaba con el registro de su auto monitoreo, el cual aunque tenia ciertas lagunas de información sirvió como referente para el llenado del formato, los

resultados se muestran en la Figura 18, en donde se observa la presencia de consumos caracterizados por encontrarse en su mayoría por debajo de la meta establecida (moderación), y en donde se observa que la frecuencia de éstos mismos, había disminuido ya que en pocas ocasiones presentó consumos en días consecutivos.

El usuario señala sentirse satisfecho con su desempeño y resultados, reconoce que estaba equivocado respecto a su apreciación inicial en éste programa, esto es, las dudas que tenía en ese momento de la efectividad de éste tipo de intervenciones, comentó que se había demostrado a él mismo, a su familia y a su esposa que sí era capaz de manejar su consumo responsablemente a pesar de tener las mismas situaciones de riesgo, resulta interesante el hecho de que refiere que había dejado de frecuentar algunos lugares a los cuales asistía anteriormente debido a las nuevas actividades que llevaba a cabo con su esposa y en donde en su mayoría no existía el riesgo de consumo puesto que su pareja no bebía. Reporta sentirse a gusto con los logros observados ante lo cual refuerzo éstos mismos, reconociendo su capacidad de cambio y estabilidad en su consumo.

Se observó que continuaba aplicando las estrategias de enfrentamiento desarrolladas durante la intervención, agregando una más que consistía en ser acompañado por su esposa a las reuniones de amigos en donde regularmente presentaba consumos excesivos, y a las cuales en un pasado no aceptaba que su novia en esos momentos asistiera.

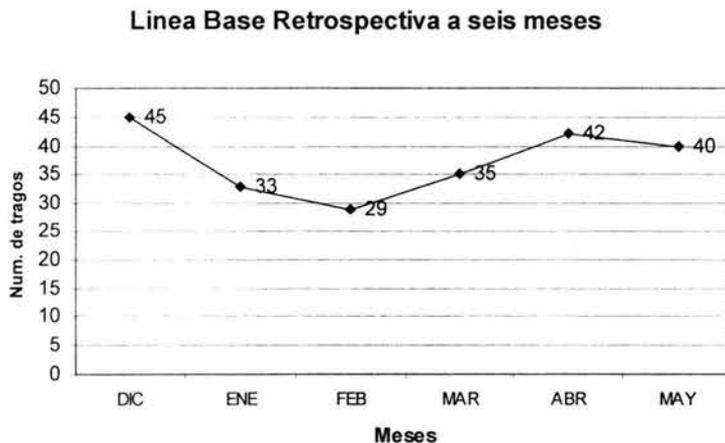


Figura 18. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo durante los seis meses posteriores a la intervención.

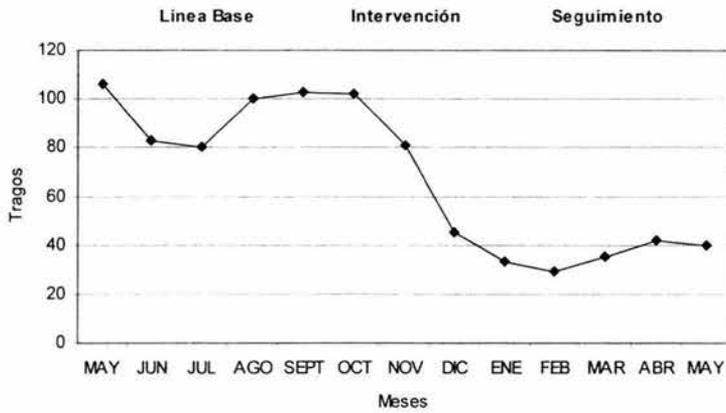


Figura 19. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo antes, durante y después de la intervención.

DISCUSIONES SOBRE EL CASO

El reporte presentado y los correspondientes datos, muestran que la intervención llevada a cabo con el usuario arrojó resultados favorables y puede ser considerada como exitosa, toda vez que se alcanzaron los objetivos planteados en el inicio y como resultado final y permanente, la reducción en cantidad y frecuencia de alcohol por parte del sujeto, así como la reducción de los problemas originados anteriormente debido al consumo y conductas inadecuadas, esto se enmarca dentro de los fundamentos teóricos mostrados en el documento y viene a confirmar los reportes hallados en la literatura que muestran la importancia de las intervenciones breves en el campo de las adicciones, las cuales se caracterizan por integrar un conjunto de estrategias que resaltan la importancia de trabajar con la disposición de las personas para el cambio, estimulan las capacidades de los individuos de auto-evaluación, auto-monitoreo y auto-regulación del comportamiento para inducir el cambio; asumen que el proceso de cambio es activado cuando se perciben los beneficios del uso de alcohol y drogas (aumento de las actividades agradables y mejoría de las habilidades de afrontamiento), y los costos del mantenimiento de la conducta (problemas familiares, legales y de empleo).

La primer observación que se hace en éste caso, tiene lugar en la decisión de incluir a este usuario dentro de este tipo de intervención debido al hecho de haber arrojado un puntaje de 23 en la escala BEDA lo cual lo ubicaba como un bebedor con dependencia severa al alcohol, aunado a la historia de consumo, esto podría ser un elemento de exclusión al programa al recordar que el Bebedor Problema es aquel que no presenta o ha desarrollado una dependencia severa ni reporta síntomas de retiro; cabe señalar que ésta segunda característica no la presentaba el usuario, quien aun contaba con redes de apoyo sociales, familiares y de pareja; reportaba cierta estabilidad económica y laboral aunado a que el mismo no se percibía como un alcohólico con dependencia severa, así como el haber decidido ingresar a tratamiento por propia disposición, razones por las cuales se tomo la decisión de incorporarlo a éste programa no sin antes, haber consultado al supervisor clínico correspondiente argumentando los motivos de su inclusión y los elementos que favorecerían el cambio, sin dejar de lado las posibles dificultades que podrían presentarse a lo largo de la intervención, las cuales se describieron en los reportes de cada sesión y particularmente de las dos primeras, en donde los consumos se presentaron de manera frecuente y excesiva, esto considerando los parámetros de un consumo moderado.

Por otra parte, llamó la atención la permanencia del usuario a lo largo de la intervención, ya que no se ausento en ninguna sesión a pesar de haber presentado recaídas frecuentes y haber manifestado una ambivalencia respecto a su capacidad al creer en un inicio, que no habría dificultades para moderar su consumo y el haberse percatado de que le había resultado complicado moderarse en más de una ocasión; fue en éstas ocasiones, donde el papel que pude jugar

como un elemento que favoreciera la disposición del usuario para permanecer en el programa, cobró relevancia puesto que no hubo un abandono por parte del mismo.

Durante la intervención, se hizo significativo el hecho de observar los resultados de la primer aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), en donde el usuario reporta un nivel de confianza del 50% en su capacidad de poder resistir la tentación de consumo ante tres situaciones específicas (presión social, momentos agradables y momentos agradables con otros) lo cuál coincidió con la presencia de consumos excesivos en éstas tres situaciones a lo largo de la intervención; respecto a la confianza y seguridad de lograr modificar su conducta de consumo, manifestaba un porcentaje elevado ubicado entre 80 y 100% de conseguirlo, lo cuál contrastó con los resultados iniciales de la intervención en donde se pudo observar la presencia de repetidos episodios de consumo caracterizados por ser frecuentes y excesivos en su mayoría, dato que al ser analizado con el usuario cobró relevancia respecto a la capacidad percibida por el mismo por un lado y la falta de estrategias adecuadas para poder enfrentar dichas situaciones de riesgo.

Respecto al patrón de consumo, se pudo observar un cambio significativo en cuanto a frecuencia y cantidad de tragos por ocasión ya que como se refirió, presentaba consumos excesivos y frecuentes (tres a cuatro ocasiones por semana y un promedio de medio litro de alcohol por ocasión, esto es 11 tragos estándar) antes de ingresar a tratamiento, al finalizar la intervención logró reducir el número de ocasiones a dos y un máximo de tres ocasiones por semana, lo cual observamos en el primer mes de Seguimiento, éste patrón de consumo, se mantuvo estable durante los tres y seis meses posteriores a la intervención como se muestra en las Graficas correspondientes.

Respecto al concepto de Auto eficacia, los estudios muestran que ésta es un elemento importante en el éxito de los programas preventivos en conductas adictivas, muestran que una variable importante es la auto eficacia percibida por los consumidores de sustancias para enfrentar las situaciones de riesgo para el consumo y para alcanzar una meta establecida con relación a su consumo (Collin & Garduño, 1996).

De tal forma, el incremento en la Auto eficacia, es otro de los logros obtenidos con relación a la capacidad de enfrentar adecuadamente esos eventos y poder modificar y mantener la moderación como meta elegida por el mismo, lo cual es mostrado en las Gráficas correspondientes en donde se observó un incremento en los niveles de confianza percibidos para éstas tres situaciones en específico (50% vs 80%) , al final de la intervención (véase Figura 17), mientras que en el resto de las situaciones se mantuvo constante el nivel de confianza.

Resulta conveniente, señalar que el programa de Auto cambio Dirigido, al consistir en una intervención motivacional, 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, así como ayudar al paciente a establecer metas; encontrar razones para reducir o dejar de consumir alcohol; incrementar la motivación para lograr éstas metas; identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a éstas situaciones.

Otro de los logros, consistió en la permanencia del usuario dentro del tratamiento a pesar de haber manifestado en mas de una ocasión su deseo de abandonar el programa, a consecuencia de las recaídas experimentadas durante la intervención; lo cual generaba una ambivalencia respecto a los deseos de cambiar versus las dificultades experimentadas en la práctica; por lo que el hecho de haber abordado el tema de la disposición al cambio y el concepto de recaídas justifican la implementación de estrategias motivacionales en busca de la permanencia del sujeto para de ésta forma, enseñarle formas nuevas y adaptativas para manejar experiencias de fracaso, enseñándole que la recaída es un error que aporta información valiosa que puede ser utilizada para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para el futuro.

Esto respaldado por el hecho de que las conductas adictivas han sido descritas como problemas de disposición al cambio y los estudios han revelando 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 disposición al cambio representa una falta de conciencia de problemas o una función de las relaciones de trabajo interpersonal entre el abusador y terapeuta (Ayala et. al. 1998).

Es así, que las estrategias de intervención específicas, deben incluir procedimientos de evaluación conductual como el auto monitoreo y la descripción de recaídas previas; el adiestramiento de habilidades y la adquisición de respuestas conductuales y cognoscitivas necesarias para afrontar situaciones de alto riesgo, fortalecimiento de la auto-eficacia; además de proveer 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 y el desarrollo de planes de acción ante las situaciones de riesgo.

CONCLUSIONES GENERALES

El haber realizado una revisión y análisis de las diferentes aproximaciones teóricas al fenómeno de las adicciones, así como el haber adquirido las competencias necesarias para poder intervenir en éste campo, permitió identificar los principales desafíos en el campo de las adicciones, lo cual se requiere para dirigir y priorizar las estrategias de abordaje y solución, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas de salud que tengan un alcance a nivel de población adolescente, familias, escuelas y comunidades para con ello, poder incorporar los diversos factores que se ven involucrados en el uso de sustancias.

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

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

De igual forma, es de especial importancia la disseminación de la información epidemiológica y de los programas preventivos y de tratamiento, entre los grupos encargados de éstos programas, profesionales de la salud, líderes comunitarios y población en general. Así como, el papel de los profesionales que laboran en el campo de las conductas adictivas, para vigilar la realización de políticas para el control de la disponibilidad y consumo de las sustancias; así como del cumplimiento de las normas o políticas ya existentes.

REFERENCIAS

Abrahams D.B., & Niaura, R.S (1987). Social learning Theory. En: Blane, H.T. & Leonard, K.E (Eds). Psychological Theories of Drinking and Alcohol. N.Y. Guildford Press.

Annis, H.M & Davis, (1988) Self-Efficacy and Health Behaviours. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Annis, H.M. & Martin, J. (1985) Inventory of Drinking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Ayala, V. H., & Gutiérrez, L. M. (1993). Una Revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional Contra las Adicciones. marzo-abril no. 16, pp 1-10

Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L. & Gutiérrez, L. M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. Salud mental. v. 18, (4)

Ayala, V. H., & Echeverría, L. (1998) Detección temprana e intervención breve. en Medina-Mora, M. (comp.) Beber de tierra generosa. ciencias de las bebidas alcohólicas en México. México, D.F. FISAC.

Ayala, H.E., Cárdenas, G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. Psicología Iberoamericana., 4(2), 5-16

Ayala, V.H., Echeverría L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997) Auto Control Dirigido : Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. Revista Mexicana de psicología. 14, 113-127.

Azrin, N.H. (1976) Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. Anna State Hospital, Anna. Illinois.

Azrin, N. H. (1995) improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. Anna state hospital, anna. illinois usa. Journal of substance abuse. Craft engagement procedures

Babor, T.F., Ritson., Hodgson, R.. (1986). Alcohol-related problems in the Primary health care setting. A review of early intervention strategies. British Journal of Addiction.

Babor, T. F., Stephens, R.S., & Marlatt, G.A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization. Journal of Studies on Alcohol, 48, 410-424.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1995) Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press, Conference Proceedings

Barragán, T. L., Cruz, G. B., Fulgencio, J. M., Barragán, T. N., & Ayala, V. H. (1998) Manual de autocontrol del estrés. UNAM, Facultad de Psicología

Bebbington, P.E (1976) The efficacy of Alcoholics Anonymous: the elusiveness of hard data. *The British Journal of Psychiatry* 128: 572-580.

Bien, T., Miller, W. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*. 88

Brownell D. Kelly, Marlatt Alan G., Lichtenstein Edward & Terence Wilson G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*. vol. 41, no. 7, 765-782.

Budney, A.J., Higgins, S.T. (1998) Una aproximación de reforzamiento comunitario: Tratamiento de adicción a la cocaína. Universidad de Vermont.

Calahan D., & Room, R. (1974) Problem Drinking Among American Men. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies Publication Division.

Castro, M. E (1994). "Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas". Las adicciones en México. Editor: Tapia C., R. Editorial El Manual Moderno, México.

Collín, P. A. & Garduño, G. C. (1996). La auto-eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema. Tesis de licenciatura. México D.F. UNAM, Facultad de Psicología.

Collins, A., Marlatt, G.A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1110.

Connors J., Gerard, Maisto A., Stephen & Donovan M., Dennis (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *addiction* 91(supplement), s5-s13.

Costello, R.M., Biever, P. & Baillargeon, (1977) J.Alcoholism Treatment Programming: His-Torical trends and Modern Approaches Alcoholism. *Clinic Exper.*

Donovan, D., & Rosengren, D. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. En: j. Tucker, D. Donovan, A. Marlatt (Eds). *Changing addictive behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. The Guilford Press: New York

De la Fuente, R., Medina-Mora, M., Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. Instituto Mexicano de psiquiatría, Fondo de Cultura Económica, México.

Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., & Ayala, V. H (2000). Manual de capacitación para profesionales de la salud. Programa de autocambio dirigido para bebedores problema, México, D.F. (en prensa)

Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

Gardner E. Stephen, Brounstein J. Paul & Stone B. Deborah (2001). Science-based substance abuse prevention: A Guide. substance abuse and mental health services administration. Center for substance abuse prevention. Division of knowledge development and evaluation.

George, M. Hunt & N. H. Azrin. (1997) A Community-Reinforcement Approach to Alcoholism

Gordon, R. (1983). An operational definition of prevention. Public health reports, 98, 107-109.

Grande, T.P., Wolf, A.W., Shubert, D.S., Patterson, M.B., & Brocco, K., (1984) Associations among alcoholism, drug abuse, and antisocial personality: a review of the literature. Psychol Rep.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & 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 112(1), 64-105.

Heather, N., Orford, J., Keddle, A., & Annis, T., (1986) Treating Addictive Behaviors: Processes of Change. New York: Plenum.

Higgins, S.T. (1977) Departments of psychiatry and of psychology., Budney, A.J. Department of psychiatry., Bickel, W. Departments of psychiatry and of psychology. Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence

Higgins S. T. (1997) potential contributions of the community reinforcement approach and contingency management to broadening the base of substance abuse treatment

Hunt, M.G., Azrin, N.H. (1973) A Community-Reinforcement Approach to Alcoholism Journal of Substance Abuse CRAFT engagement procedures

Kazdin, A. E. (1974). Self-monitoring and behavioral change. In Mahoney, M. V. and Thorsen, C. R. (Eds.) *Self-Control: Power to the Person*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Kumpfer L. Karol (1999). Identification of drug abuse prevention programs. National Institute on Drug Abuse. Resource center for health services research. University of Utah.

Lichtenstein, E., & Rodriguez, M.D. (1977). Long-term effects of rapid smoking treatment for dependent cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 2, 109-112.

McKay, Maisto & O'farrel, (1993). *Issues with Substance Abuse Assessment in Correctional Settings*. New York: Guildford Press.

Manuales de terapia para la adicción a las drogas. (1998) Departamento de Salud y Servicios Humanos, Instituto Nacional de Salud Estados Unidos. Manual 2.

Marlatt, G.A. (1978) Craving for Alcohol, loss control and relapse : A cognitive-Behavioral analysis. En P.E. Nathan, G. A. Marlatt & T. Loberg (Eds), *Alcoholism : New Directions in Behavioral Research and Treatment* Nueva York: Plenum.

Marlatt, G.A. (1979) Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In P.C Kendall y S.D. Hollon (Eds), *Cognitive Behavioral Intervention : Theory, Research and Procedures*. Nueva York: Academic Press. 319-355

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). "Determinans of Relapse: Implications for the maintenance of behavior change". In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Nueva York: Brunner-Mazel. 410-452

Marlatt, G.a. (1999). Effective relapse prevention and harm reduction therapy. AABT Workshop handout February 20.

Marlatt, G., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., Druley, K.A., Druley, C.P (1983) Predicting Response alcohol and drug abuse treatment: Role of Psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.

Marsh, DJ, Ste.Marie., Bradford, M.M., Thiele, T.E., Terdal, E.S, & Crabbe, J.C. (1976) A rapid and sensitive method for the evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*.

Medina-Mora, M.E. et al (1998). El abuso de alcohol e estudiantes ¿ Que podemos hacer padres y maestros ? Instituto Mexicano de Psiquiatría/ Consejo nacional contra las Adicciones, México.

Medina-Mora M.E. (2002). La prevención de las adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría (en prensa).

Meyers, J.R., Thomas P., Dominguez, & Jane Ellen Smith. (1997) Community reinforcement training with concerned others

Miller W.R., Meyers R.J. & Hiller-sturmhofel S., (1995). The community reinforcement approach.

Miller, E. J., Walker D.D., Meyers R.J., Hill D.E., López Viets V.C., Hanlon F.M., & Miller W.R. (1998) Changing substance abuse through the use of Community Reinforcement training

Miller, E. J., Walker D.D., Meyers R.J., Hill D.E., López Viets V.C., Hanlon F.M., & Miller W.R. (1995) A Comparison of Treatment Approaches on the Functioning of Individuals Seeking help for a loved one with an alcohol problem

Miller W.R., Robert J. Meyers, Scott T.J. (1995) Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparasion of three strategies for intervention through family members University of New México

Miller W.R., (1985). Motivation for treatment: A review whit special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin. 98(1).

Miller W.R., (1989). Follow-up Assesment. En Hester, R.K. & Miller, W.R. (Eds.) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches.

Miller, W.R., (1989). Incrementando la motivación para el cambio. En handbook of treatment approach. Cap. 4 p.p. 67-69

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

Miller, W.R., Meyers, R.J., Tonigan, J.S (1993). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members

National Institute on Drug Abuse (1999). Principles of drug addiction tretament. a research-based guide. nih publication no. 00-4180.

Orford, J. (1993) Study of structure of families coping with alcohol and drugs problem in South West England and México City. *Addiction*

Orfor, J., & Keddie, A. (1986). subjective dependence objective dependence. ... *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.

Oxford., Oppenheimer & Edwards (1976) Study of brief contact with a physician for alcoholism vs impatient. *Psychological Bulletin*.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Raistrick, D. & Davidson , R., (1986). The validity of the short alcohol dependence data (SAAD) Questionnaire: A short self – report Questionnaire for assesmente alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222

Saunders, B., Wilkinson, C., & Allsop, S. (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. En: Miller, W.R. and Rollnick, S. (Eds). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford

Sobell, L., Maisto, S., Sobell, M., & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17.

Sobell, L., Sobell, M., Leo, G., & Cancilla (1988). Reliability of a Timeline Meted: Assesing normal drinker´s reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. *British Journal of Addiction*, 83.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1993). *Problem drinkers. Guide self-change treatment*. New York, London. The Guilford press.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B., & Toneatto T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W.R. Miller, and J. Greeley (Eds). *Self-control and the addictive behaviors*. New York: maxwell MacMillan.

Solomon , K. E & Annis, H.M (1988). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. Toronto: *Addiction Research Foundation of Ontario*.

Stephen, T. H. Alan, J.B. Bickel, W.K. Badger, G.J. (1995) University of Vermont, Burlington, Vermont. Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence

ANEXOS

CUESTIONARIO DE PRE- SELECCIÓN

FECHA DE ENTREVISTA: _____ NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES:

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

1. Por lo menos 18 años de edad pero no mayor de 70 años SI NO
2. Sabe leer y escribir SI NO
3. Domicilio permanente SI NO
4. En la actualidad trabaja SI NO
5. En la actualidad vive con su familia SI NO

6. HISTORIA DE CONSUMO

Después de algunas horas o días de haber dejado de beber en exceso, ha experimentado los siguientes síntomas:

- a. Alucinaciones SI NO
(vio, oyó o sintió cosas que no existen)
 - b. Convulsiones SI NO
 - c. Delirio Tremens SI NO
(temblores severos, desorientación o alucinaciones)
 - d. Bebe más de 30 tragos estándar a la semana SI NO
7. ¿Acude a tratamiento porque otros lo presionan? SI NO
 8. Droga primaria de abuso, heroína SI NO
 9. Droga primaria de abuso, inyectada SI NO
 10. ¿Existe alguna contraindicación para el consumo de alcohol? SI NO
 11. 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
 12. ¿Esta dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, 4 sesiones de tratamiento y varias sesiones de seguimiento? SI NO

FORMA DE CONSENTIMIENTO

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

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

1. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
2. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y durante un año. Entiendo que 4 entrevistas están programadas al transcurrir: 1, 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o y las conductas relacionadas. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista inicial.
3. Estoy de acuerdo en proporcionar los nombres, direcciones y números telefónicos de por lo menos uno o si es posible de dos personas que puedan ser entrevistadas por mi terapeuta para que proporcionen información de mi consumo reciente de alcohol y/o uso de drogas así como de algunas conductas relacionadas. Entiendo que esta información se le pedirá sólo a una persona, doy el nombre de dos en caso de que una de ellas no pueda ser contactada o se rehúse a participar. A ambas personas se les enviará una carta la cual yo leeré, y firmaré, informándoles acerca de mi autorización para que sean entrevistadas. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

NOMBRE (INFORMANTE 1): _____
(Nombre) (Apellidos)

DIRECCIÓN: _____
(calle) (número) (Colonia)

_____ (ciudad) (código Postal)

TELÉFONO: _____
(casa) (oficina)

PARENTESCO: _____

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ NOMBRE: _____

INTRUCCIONES: 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.

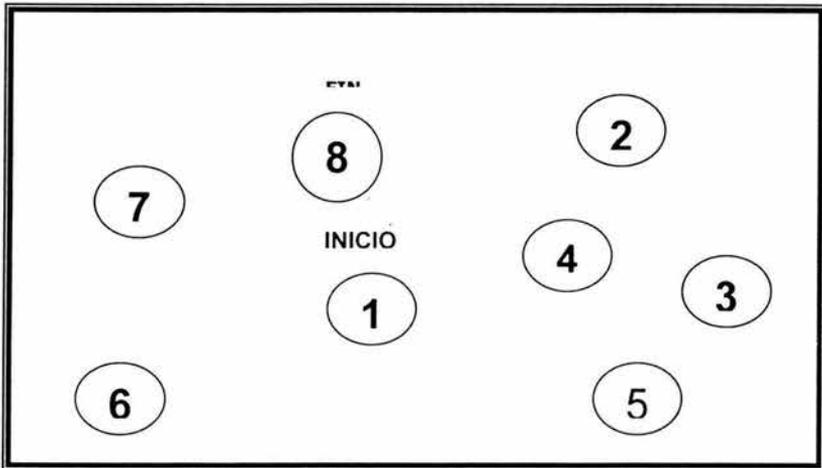
	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuando y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar le qué 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
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 ó 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 la 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

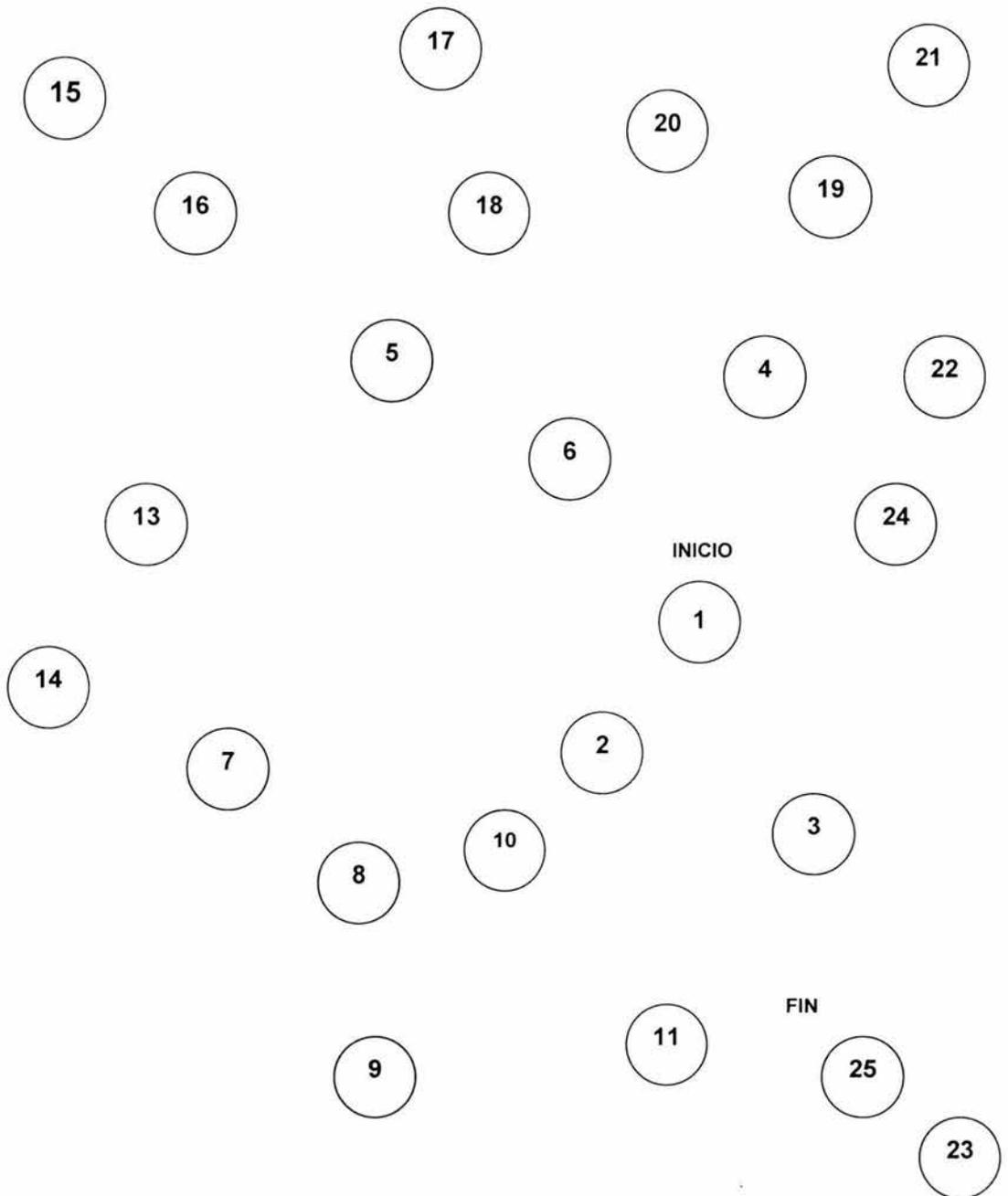
Puntaje: _____

Autor: Raistrick, D. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

PRUEBA
1ª PARTE (A)

EJEMPLO



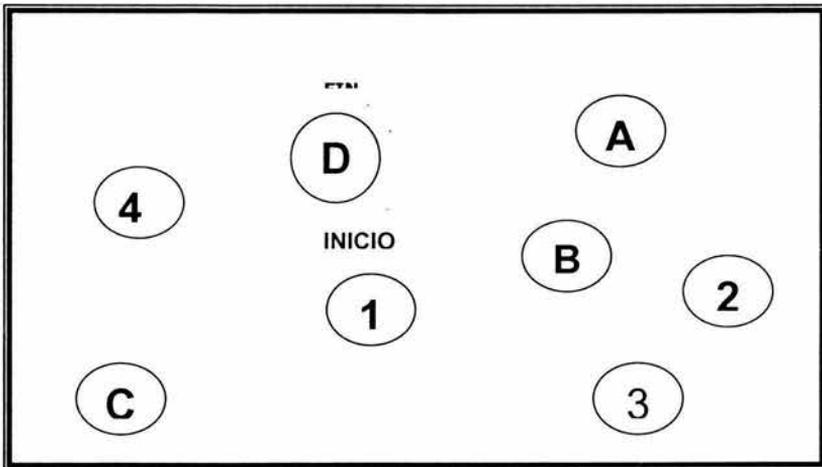


12

PRUEBA

2ª PARTE (B)

EJEMPLO



FIN

13

10

I

9

D

8

B

4

3

INICIO

7

5

H

1

C

12

G

A

J

L

2

6

F

E

ENTREVISTA INICIAL

Nombre : _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

1. Edad: (en años cumplidos) _____
2. Sexo: (1) Masculino (2) femenino _____
3. Escolaridad: (No. de años terminados) _____
4. Estado civil: (marque sólo una opción):
____ (1) Casado(a) ____ (2) Soltero(a) ____ (3) Separado(a)
____ (4) Divorciado(a) ____ (5) Unión libre ____ (6) Viudo (a)
5. Con quien vive actualmente (marque las opciones necesarias):
(1) ____ Esposo (a) (2) ____ Niños (3) ____ Padres (4) ____ Hermanos
(5) ____ Amigos (6) ____ Parientes (7) ____ Solo (8) ____ Otros
6. Lugar de residencia en la actualidad:
(1) ____ Casa propia (3) ____ Cuarto (5) ____ Pensión
(2) ____ Departamento o casa rentada (4) ____ Sin dirección permanente (6) ____ Otra _____
7. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? _____

SALUD FISICA

8. ¿Porqué está buscando tratamiento?

9. Principal problema por el que esta buscando ayuda (Marque solo uno)

- (1) ____ Alcohol (5) ____ Heroína: _____
(2) ____ Tabaco (6) ____ Pastillas. Nombre: _____
(3) ____ Marihuana/Cannabis (7) ____ Otras (drogas) _____
(4) ____ Cocaína (8) ____ Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia: _____

10. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga? (1) ____ No, nunca (2) ____ Si

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas	Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas
(3) Centro de desintoxicación			(6) Tratamiento médico		
(4) Tratamiento de consulta externa			(7) Tratamiento psiquiátrico		
(5) Tratamiento de consulta interna			(8) Grupos de Auto-ayuda		

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

(1) ____ No (2) ____ Si ¿Cuál?: _____

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

(1) ___ No (2) ___ Si ¿Cuál (Cada cuándo, por qué?): _____

13. ¿Cuánto pesa? _____ kg.

14. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

(1) ___ No, ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas

(2) ___ leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro

(3) Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares

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

(1) ___ No (2) ___ Si

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

(1) ___ No (3) ___ Si, pero sólo mi familia

(2) ___ Si, pero sólo mis amigos (4) ___ Si, tanto mis amigos como mi familia

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

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

(1) ___ Muy satisfecho (2) ___ Satisfecho (3) ___ Inseguro

(4) ___ Insatisfecho (5) ___ Muy insatisfecho

SITUACION LABORAL

19. Situación laboral (marque solo una opción):

(1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante

(2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado

(3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado (9) ___ Labores del hogar

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

21. Número de años trabajando en ocupación actual: _____

22. 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): _____

24. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir drogas (0 a 360): _____

25. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o (0 a 360): _____

26. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir drogas (0 a 360): _____
27. Ingreso personal aproximado durante el año pasado: _____
28. En promedio, ¿qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? _____
29. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? _____
31. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? _____
32. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? _____
33. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? _____
34. Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? _____
35. En la siguiente escala, marque la opción 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, una de las cuales puede considerarse seria)
- _____ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

36. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar ó reducir su consumo? _____
37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema ¿cuál es el mayor número de veces 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").
 _____ ¿Cuándo ocurrió? _____
 (mes y año)

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión?

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

- _____ 0-100% Cerveza
_____ 0-100% Vino
_____ 0-100% pulque
_____ 0-100% destilados (ron, ginebra, aguardiente,
vodka, whisky, tequila,mezcal, etc.)
_____ 0-100% coolers

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

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

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

41. ¿Por cuantos años ha consumido drogas? _____

42. Por cuantos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____

43. En la siguiente escala, marca la opción 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, una de las cuales puede considerarse seria)
_____ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

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

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

_____ ¿Cuándo ocurrió? _____

(mes y año)

¿Por qué se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

46. ¿Fuma? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

(1) ___ Nunca he fumado

(2) ___ Actualmente fumo

(3) ___ Ex fumador (menos de un año)

(4) ___ Ex fumador (más de un año), No. de años: _____

47. ¿ Por cuanto tiempo ha sido un fumador regular? _____

48. Promedio de cigarros fumados diariamente _____

49. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde que se despierta en las mañanas hasta que enciendes su primer cigarrillo: _____

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

50. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (si el cuadro “consumo” se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

Tipo de Droga	Consumo ❖ 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral Inyectada Fumada Inhalada Otras	Último año de consumo	⊕ Frecuencia de consumo (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Mariguana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalantes (cemento, solvente, aerosoles)					
Halucinógenos LSD, Polvo de angel, mescalina, psilocibina)					
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

❖ Si el cuadro “Consumo” se contesta “NO” el resto del cuadro debe permanecer en blanco	⊕ CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO		
	0= No consume 1= menos de un mes	2=1 vez al mes 3=1 a 2 veces a la semana	4=3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

	(1) ALCOHOL	(2) ESTIMULANTES	(3) TRANQUILIZANTES	(4) NARCÓTICOS	(5) SEDANTES	(6) SOLVENTES	(7) CANNABIS	(8) OTROS
Droga consumida durante los últimos seis meses 1=Si 2=No								
NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIÉNDOSE A LA DROGA CONSUMIDA								
<u>PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES</u>								
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas								
Daño Cognitivo (agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 ó menos ocasiones 2 = Más de cinco ocasiones								
Daño afectivo (agudo o crónico, incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
Problemas Interpersonales 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones) 2 = Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
Agresión 0 = Ninguno 1 = Abuso verbal cuando está drogado 2 = Violencia física cuando está drogado								
Problemas Legales 0 = Ninguno 1 = Solamente acusación (tramite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto								
Problemas Financieros 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

Nombre del entrevistador: _____
 Profesión: _____ Firma: _____

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA

LINEA BASE RETROSPECTIVA

Nombre: _____ Fecha: _____

2002

ENERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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			

FEBRERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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			

MARZO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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

ABRIL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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					

MAYO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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		

JUNIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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

2002

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

AGOSTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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	

SEPTIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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							

OCTUBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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			

NOVIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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	

DICIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	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						

“CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL”

CCS

Nombre usuario: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

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

❖ En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso ó consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran.....

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas 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

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros)

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro _____ Seguro

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol)

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. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga)

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

“INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL”
ISCA

FECHA DE ENTREVISTA _____ NOMBRE: _____

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:

0. usted **“NUNCA”** bebió en exceso en esa situación
1. Si usted **“OCASIONALMENTE”** bebió en exceso en esa situación
2. Si usted **“FRECUENTEMENTE”** bebió en exceso en esa situación
3. Si usted **“CASI SIEMPRE”** bebió en exceso en esa situación

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
1. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
2. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
3. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
4. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa.	0	1	2	3
5. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
6. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	0	1	2	3
7. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
8. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
9. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
10. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
11. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
12. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
13. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
14. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
15. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3
16. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
17. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
18. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	0	1	2	3
19. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
20. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
21. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	0	1	2	3
22. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	0	1	2	3
23. Cuando pensaba por donde venden bebidas.	0	1	2	3
24. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
25. cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta.	0	1	2	3
26. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
27. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
28. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	0	1	2	3
29. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
30. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara.	0	1	2	3
31. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
32. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3

33. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	0	1	2	3
34. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla	0	1	2	3
35. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
36. Si me sentía mareado ó con nauseas	0	1	2	3
37. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí.	0	1	2	3
38. Cuando me sentía muy presionado.	0	1	2	3
39. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	0	1	2	3
40. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
41. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
42. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
43. Cuando todo estaba saliendo bien.	0	1	2	3
44. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
45. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
46. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
47. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
48. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
49. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
50. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
51. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
52. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
53. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
54. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	0	1	2	3
55. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
56. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
57. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
58. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
59. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
60. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3

61.	Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
62.	Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
63.	Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
64.	Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
65.	Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO				
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
66.	Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
67.	Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
68.	Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
69.	Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
70.	Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
71.	Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
72.	Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
73.	Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
74.	Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
75.	Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	0	1	2	3
76.	Cuando quería probarme a mi mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
77.	Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
78.	Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
79.	Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
80.	Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
81.	Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
82.	Cuando sentía el estomago "hecho nudo"	0	1	2	3
83.	Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
84.	Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
85.	Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3

33. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	0	1	2	3
34. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla	0	1	2	3
35. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
36. Si me sentía mareado ó con nauseas	0	1	2	3
37. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mi.	0	1	2	3
38. Cuando me sentía muy presionado.	0	1	2	3
39. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	0	1	2	3
40. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
41. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
42. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
43. Cuando todo estaba saliendo bien.	0	1	2	3
44. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
45. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
46. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
47. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
48. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
49. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
50. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
51. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
52. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
53. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
54. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaban unas copas	0	1	2	3
55. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
56. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
57. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
58. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
59. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
60. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3

61.	Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
62.	Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
63.	Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
64.	Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
65.	Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO				
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
66.	Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
67.	Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
68.	Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
69.	Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
70.	Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
71.	Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
72.	Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
73.	Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
74.	Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
75.	Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	0	1	2	3
76.	Cuando quería probarme a mi mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
77.	Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
78.	Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
79.	Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
80.	Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
81.	Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
82.	Cuando sentía el estomago "hecho nudo"	0	1	2	3
83.	Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
84.	Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
85.	Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3

Ahora realice el ejercicio de la siguiente página, escribiendo los beneficios y los costos que le implicarán cambiar su forma de beber así como los beneficios y los costos que recibirá si continua bebiendo.

EJERCICIO 1A: DECISIÓN DE CAMBIO

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS		

COSTOS		
---------------	--	--

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por las cuales quiero cambiar mi forma de beber

son:

1. _____

2. _____

3. _____

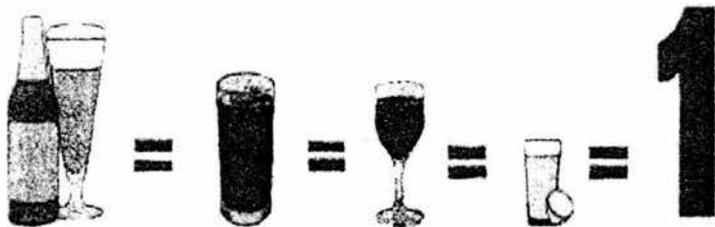
FIJAR UNA META RESPECTO A MI CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora que ha reflexionado sobre los costos y beneficios de su forma de beber y ha identificado las razones para cambiar su consumo de alcohol, deberá fijarse una meta. Pero antes de hacerlo responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto está bebiendo actualmente?

Para contestar esta pregunta de una manera mas objetiva, deberá determinar la cantidad de alcohol que esta bebiendo consultando la siguiente tabla:

Bebida	Equivale a:
1 cerveza de (341 ml) 1 copa de vino de mesa (142 ml) 1 copa de destilado (43 ml)	1 trago estándar
1 botella de vino de 750 ml	6 tragos
1 litro de pulque	3 tragos
1 botella de 340 ml de destilados	8 tragos
1 botella de 750 ml de destilados	17 tragos
Destilado = ron, tequila, mezcal, aguardiente, brandy, ginebra, vodka.	



Tomando en cuenta los resultados de la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (ver Anexo), pida a su terapeuta que le proporcione la información que se le pide en los siguientes cuadros:

	Resultado
Su consumo total anual de tragos estándar es de:	
Su consumo total semanal de tragos estándar es de:	
Su número promedio de tragos en un día de consumo es de:	
El máximo número de tragos que tomó en un día en los últimos 30 días y en el último año fue:	

Durante el año pasado:	Resultado
No bebió el	%
Bebió moderadamente (de 1 a 4 tragos por ocasión)	%
Bebió excesivamente (de 5 a 10 tragos por ocasión)	%
Bebió muy excesivamente (más de 10 tragos por ocasión)	%

2. ¿Debe disminuir su forma de consumo actual o debe suspender su consumo de alcohol?

Conteste las siguientes preguntas:

¿Sufre de temblores por la mañana después de haber bebido? _____

Después de haber bebido en exceso Al dejar de beber ¿Siente angustia por uno o dos días? _____

¿Tiene algún problema de salud severo? (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón hígado etc.) _____

¿Está a punto de perder su empleo? _____

¿Tiene problemas serios con su pareja (amenaza de divorcio o separación) _____

¿Esta seguro de no poder beber más de una a cuatro copas estándar por ocasión?

que se ha fijado. Si encuentra dificultad en alcanzarla o mantenerla, debe comentarlo con su terapeuta a fin de que ambos consideren otras posibilidades.

EJERCICIO 1C. ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Qué meta elegirá? : ¿No beber en absoluto o disminuir su consumo de alcohol?

Ahora marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar

Mi meta es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta inicie el Paso 2. Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso e inicie su Auto registro.

Cuadro 2

DISMINUIR MI CONSUMO

Si contestó que sí a algunas de las anteriores preguntas lo más recomendable es decidirse por no beber en absoluto

Si no tiene ninguno de los problemas antes mencionados, pero está bebiendo más del límite seguro, (ver cuadro de abajo), puede elegir entre no beber en absoluto o disminuir su consumo.

LIMITES DE CONSUMO SEGUROS

- ⇒ No beber más de 2 o 3 tragos estándar (por ocasión.)
- ⇒ No beber más de 12 tragos estándar por semana, si es hombre.
- ⇒ No beber más de 9 tragos estándar por semana, si es mujer.
- ⇒ Beber un trago estándar por hora

RECOMENDAMOS:

Beber menos del límite seguro, si:

- Va a conducir un auto o va a operar alguna maquinaria (*aún una copa puede afectar el tiempo de reacción*).
- Tiene un problema de salud que puede empeorar por el alcohol, por ejemplo: gastritis, una úlcera gástrica o enfermedad hepática (*consulte a su médico*).
- Toma medicamentos contraindicados con el uso del alcohol (*consulte a su médico*).
- Hay embarazo (*beber regularmente pequeñas cantidades de alcohol o beber grandes cantidades en forma ocasional puede afectar al feto*).

AHORA FIJE SU META DE CONSUMO DE ALCOHOL

Complete el ejercicio “Establecimiento de Meta” de la siguiente página. Es importante que a partir de este día compare su Auto Registro (ver Anexo), con la meta

Si usted quiere disminuir su consumo de alcohol, debe continuar leyendo y resolviendo esta sección

Ya que ha decidido disminuir su consumo de alcohol es necesario que revise detenidamente la siguiente información:

1 Trago estándar es igual a:

1 cerveza (341 ml)

1 tornillo de pulque (340 ml)

1 copa de vino de mesa (142 ml)

1 copa de licor o de stilado (43 ml)

(ginebra, whisky, vodka, tequila, ron, aguardiente, etc.)

- ❖ Es importante tener días de no consumo y días de consumo en una semana. Ya que los días de abstinencia ayudan a evitar el desarrollo de la tolerancia al alcohol.
- ❖ Es importante estar descansado, relajado y sin presiones cuando usted decida beber.
- ❖ Saciarse su sed antes de empezar a consumir alcohol.
- ❖ Haber comido antes de consumir
- ❖ Botanear mientras consume alcohol.
- ❖ Tomar una copa por hora (trago estándar).

- ❖ Dejar pasar 20 minutos entre copa y copa, pensando si realmente quiere la siguiente.
- ❖ Poner el vaso lejos de su alcance
- ❖ Tomar como máximo 4 tragos estándar por ocasión si es hombre y 3 si es mujer.

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina como se propone beber de ahora en adelante:

1. En un **DÍA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** ____ tragos estándar durante ese día.
2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** ____ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar) ____.

Recuerde que esta iniciando un cambio, evite por lo pronto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

3. Planeo **NO BEBER EN ABSOLUTO** en las siguientes circunstancias

4. Planeo beber **SOLAMENTE** en las siguientes circunstancias:

Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes meses. ¿Qué tan motivado se siente para cambiar su actual forma de beber? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una X la respuesta que más se acerque a lo que siente:

- 1.- En este momento, ¿ qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

EJERCICIO 2: SITUACION EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquélla que Usted considere como **LA MAS GRAVE**.

2) Describa lo mas específicamente posible los **DIPARADORES QUE FAVORECIERON** el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

3) Describa lo mas específicamente las **CONSECUENCIAS** que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias **INMEDIATAS** y **DEMORADAS** y también las consecuencias **NEGATIVAS** y **POSITIVAS**:

EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describa las opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 1

- A) Describa cuando menos dos, y de preferencia más, **OPCIONES** y **PROBABLES CONSECUENCIAS** para esta situación de consumo excesivo

OPCION 1 _____

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 1

OPCION 2 _____

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 2

OPCION 3 _____

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 3

35 GI Mod III

EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCION

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 1. Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita poner en acción esa opción.

- A) **MI MEJOR OPCION** Opción # ____ (La opción seleccionada como la "mejor")

PLAN DE ACCIÓN:

- B) **MI SEGUNDA MEJOR OPCION** : Opción # ____ (La opción seleccionada como "segunda mejor")

PLAN DE ACCION:

38 GI Mod III

EJERCICIO 4. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Cuál es su meta en éste momento? ¿No beber en absoluto? ¿Disminuir su consumo de alcohol?!

Marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar

Mi meta en este momento es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta, ya no siga completando el ejercicio. Continúe su Auto registro con esta nuevo objetivo en mente. Conteste únicamente las preguntas I y II.

Cuadro 2

DISMINUIR SU CONSUMO

Si usted quiere cambiar su establecimiento de meta para los próximos 6 meses debe contestar las siguientes preguntas, tómese algunos minutos para revisar su forma de beber estas ultimas semanas antes de terminar de resolver el ejercicio y conteste cuidadosamente:

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina como se propone beber de ahora en adelante:

1. En un **DIA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MAS DE** _____ tragos estándar durante ese día.
2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MAS DE** _____ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)_____.

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DIA / MES / AÑO

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar :

- Nombre del terapeuta
- Establecimiento de metas
- Resultados de línea base
- Nombre y dirección del colateral

Recordar al usuario que traiga lo siguiente:

- Registro de auto monitoreo para línea base retrospectiva (si los tiene).

1. Lugar de la entrevista:

- ___ (1) en el centro de tratamiento
___ (2) en la casa o trabajo
___ (3) por teléfono

2. Estado civil:

- ___ (1) Casado
___ (3) Divorciado
___ (5) Viudo
___ (2) Soltero
___ (4) Separado
___ (5) Unión libre

3. ¿Que tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?

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

4. Situación laboral en los últimos 6 meses:

- ___ (1) Tiempo completo
___ (3) Independiente
___ (5) Desempleado
___ (7) Estudiante
___ (2) Medio tiempo
___ (4) Trabajo temporal
___ (6) Jubilado
___ (8) Ama de casa

5. Número de semanas que estuvo trabajando en los últimos 6 meses (0-26) _____

6. Número de días en que no asistió a trabajar durante los últimos 6 meses por abuso de alcohol: _____

7. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: _____

8. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de éste o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas, durante los últimos 6 meses?

- ___ (1) Si. Continúe con la pregunta (9)
___ (2) No. Continúe con la pregunta (10)

9. Describa el tipo de tratamiento y califíquelo:

(Calificación: (a) útil, (b) no tuvo ninguno efecto, (c) inútil)

SUSTANCIAS	CONSUMO NO = 1 SI = 2	FORMA DE CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)
ALCOHOL					
MARIGUANA					
COCAINA					
METANFETA- MINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS, (HEROINA, METADONA, OPIO, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO,,SOLVE NTES, AEROSOL)					
ALUCINOGENOS (LSI POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTIALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

• **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

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcoholismo(1) Drogadicción (2)	Calificación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 6 meses: _____

12. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de drogas durante los últimos 6 meses: _____

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

13. Consumo de alcohol en los últimos 6 meses: (El porcentaje debe dar un total de 100)

- Proporción de consumo de pulque _____%
- Proporción del consumo de cerveza _____%
- Proporción del consumo de vino _____%
- Proporción del consumo de destilados _____%

14. Número de días que estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de abstinencia de la noche anterior (cruda), en los últimos 6 meses: _____

15. Marque (sólo una) la alternativa que mejor describe su manera de **beber** durante los últimos 6 meses:

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) No es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- ___ (3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
- ___ (5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

16. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir **drogas** durante los últimos 6 meses:

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) Ya no es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencias negativas)
- ___ (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)
- ___ (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

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

PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

47. ¿En los últimos 6 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica.
- (1) Auto-monitoreo (de consumo de alcohol o drogas).
- (2) Solución de problemas.
- (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas.
- (4) Establecimiento de metas.
- (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar.
- (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).
- (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol. (ej: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)
- (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas.
- (10) Otras: Describa _____
- (11) Otras: Describa _____
- (12) Otras: Describa _____

LAS PREGUNTAS 48 Y 49 SON SOLO PARA USUARIOS CON LOS QUE SE HA TENIDO UN CONTACTO UNICO DE 6 MESES.

48. Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento:

- | | | | | |
|-------------|------------|---------------|-------------------------|--------|
| (1)___ | (2)___ | (3)___ | (4)___ | (5)___ |
| No fue útil | Ayudó poco | Ayudó en algo | Ayudó considerablemente | |
| Ayudó mcho | | | | |

49. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:

- (1) Si
- (2) No
- (3) Si, pero solo con algunos pacientes o usuarios. Por favor, escriba el tipo de usuario que usted considera el adecuado para mantener esta forma de comunicación:

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLO SE HACEN EN EL SEGUIMIENTO DE 12 MESES.

Estas preguntas se relacionan con el tratamiento en el que usted participó hace 12 meses. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el año después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga, acerca del programa y de la manera que éste fue conducido.

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DIA / MES / Año

50. El tiempo que duró el tratamiento fue :

- (1) Escaso
- (2) Suficiente
- (3) Abundante

51. Si la terapia fue escasa o abundante. ¿Cuántas sesiones hubieran sido las suficientes? _____
52. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema, actualmente su manera de beber es:
- ___ (1) Ya no es un problema
 - ___ (2) El problema es menor que antes
 - ___ (3) No ha cambiado
 - ___ (4) El problema es más grave que antes.
53. En general, como considera que fue su elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?
- ___ (1) Una buena meta. ¿Por qué?
 - ___ (2) Sin comentarios
 - ___ (3) Una mala meta. ¿Por qué?
54. Si estuviera al inicio de su tratamiento preferiría elegir usted mismo su meta de consumo drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta. seleccionara dicha meta por usted?
- ___ (1) Seleccionar la meta por mi mismo.
 - ___ (2) Seleccione el terapeuta.
 - ___ (3) Indiferente.

En la siguiente sección, estamos interesados en saber que características específicas del tratamiento pudieran haber tenido algún efecto en la modificación de su consumo del alcohol y de drogas. Por ejemplo: Si el tratamiento lo ayudó a disminuir o a dejar el consumo de drogas o alcohol, pero posteriormente usted reincidió en el consumo de drogas o alcohol, el tratamiento sería considerado por usted como una terapia útil a pesar de un resultado final, muy desfavorable.

55. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento, por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:
- (1) No recuerdo (2) Nada útiles (3) Sin opinión (4) Útiles (5) muy útiles
- ___ (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos o al IMSS, antes de recibir tratamiento)
 - ___ (2) El nombre de su terapeuta es: _____
 - ___ (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
 - ___ (4) Auto-registro de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso.
 - ___ (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
 - ___ (6) La aproximación hacia resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo planes de acción).
 - ___ (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
 - ___ (8) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el alcohol.
 - ___ (9) Cuando usted lo deseo, saber que este tratamiento estuvo a su alcance en el centro de atención.
 - ___ (10) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
 - ___ (11) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia.

56. Considera usted que el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en México, en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población.

___ (1) Si.

___ (2) No.

___ (3) Si sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento:

57. Con esto concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Resultados de los análisis sanguíneos:

Notas del Entrevistador.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. Expediente: _____

Nombre del entrevistador: _____