

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

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

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA
PRESENTA: MARIA DOLORES JANINA RODILES HERNANDEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MAESTRA GUILLERMINA NATERA REY

COMITE TUTORIAL:

- REVISOR: DOCTOR AGUSTIN VELEZ BARAJAS
DOCTORA MA. ELENA MEDINA MORA ICAZA
MAESTRO HORACIO QUIROGA ANAYA
MAESTRA HAYDEE ROSOVSKY T.



Rodiles Hernández
Maria Dolores Janina
Presente - 2009
[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INDICE

Introducción
Agradecimientos

Capítulo I

El ejercicio profesional del psicólogo en el Sector Salud

1.1 Áreas de oportunidad del Psicólogo

Capítulo II

Problemática de las adicciones en México

- 2.1 Problemática por sustancia
- 2.2 El Enfoque de los Factores de Riesgo y los Factores de Protección. Los modelos preventivos
- 2.3 Tratamientos en adicciones

Capítulo III

Competencias Profesionales y actividades por Semestre

Capítulo IV

Modelos de Intervención en conductas adictivas

4.1 Antecedentes

- a) Perspectiva Cognitivo Conductual en las Adicciones
- b) Características de Intervenciones Breves desarrolladas en la Facultad de Psicología

4.2 Descripción de dos programas de tratamiento

- a) El Modelo de Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema

--Descripción de caso clínico

- b) El Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA)

--Descripción de caso clínico

Conclusiones Generales

Bibliografía

Anexos

INDICE DE ANEXOS

1. El Centro para la Ayuda del Alcohólicos y sus Familiares
2. Productos elaborados para el Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas y para el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
 - a) Sociodrama sobre sensibilización de la población de la problemática de adicciones
 - b) Qué hacer si tienes un familiar con problema de adicciones
 - c) Difusión del Modelo de Bebedores Problema
 - d) Folleto de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo
 - e) Lista checable de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo
 - f) Folleto de Prevención de Recaídas (daños asociados al abuso del alcohol)
 - g) Spots para radio (ejemplos)
3. Expediente del Usuario-Caso del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
4. Manejo de la Problemática Sexual En Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (presentación en Power Point)

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sentido agradecimiento a mi hermana Rocío quien me impulsó a estudiar esta maestría y seguir adelante en el camino de los anhelos más auténticos de nuestro ser. A mi hermana Sofía por acompañarme en el sendero del estudio, la especialización y la amistad. Muy especial agradecimiento a mi Madre, Maria Teresa Hernández González quien reconoció e impulsó mi capacidad para servir y apoyar el deseo de recuperación de los demás.

Al Doctor Héctor Ayala Velázquez,¹ por impulsarme a integrarme a la maestría y apoyarme para ser parte del esfuerzo universitario de prevención y atención a la problemática de las adicciones en nuestro país, con una formación sólida y científica.

A la Maestra Guillermina Natera Rey por su orientación y apoyo siempre objetivo y profesional, por su actitud de apertura y exigencia, por su compromiso en el campo de las adicciones y por su experiencia y rectitud. Al doctor Hugo González Cantú por sus consejos, apoyo y sinceridad.

Expreso mi agradecimiento a mis maestros y supervisores clínicos: Miguel Ángel Medina y Lydia Barragán Torres, quienes no escatimaron ni tiempo ni recursos para apoyarme en mi formación clínica.

A mis amigas Norma Roquet Covarrubias y Guadalupe Granados de Tello por echarme porras en lo que emprendo.

Abril 2004

¹ Que en Paz Descanse

Dedicatoria

AllAhmado EL Único Viviente

A Rocío Rodiles por abrir la puerta

*A la Sheikha Amina Teslima Al Yerraji
por su amor, guía y entrega*

*A la comunidad Sufi Jalveti Yerraji
por abrazarme en el giro del corazón secreto*

Abril 2004

INTRODUCCIÓN

Si bien en las sociedades prehispánicas el uso del alcohol estaba restringido a varones mayores y sacerdotes y el abuso de pulque para la población en general, era reprendido con castigos severos, excepto en festividades especiales, decir que el alcoholismo fue un problema que inició con la conquista no es exacto.² “Existen antecedentes que en las antiguas culturas prehispánicas el uso de alcohol estaba muy difundido... Se interpretaba el calendario adivinatorio, el cual marcaba el destino de los individuos de acuerdo al signo del día de su nacimiento. Así los que nacían bajo el signo Ometochtli (“dos conejos”), serían afectos a la embriaguez. (Rosovsky, 1982) No obstante, es verdad que la llegada de los españoles trajo consigo el aumento de la cantidad y tipos de bebidas destiladas de la caña de azúcar y de la uva, así como también la liberación del uso y abuso de destilados, es decir el levantamiento de los castigos, lo que, aunado a la intensa problemática socioeconómica que se derivó de la conquista, incrementó sustancialmente el consumo de alcohol (Lozano T, 1998). Durante los siglos XVI y XVII a los ebrios se les castigaba con el encierro o el manicomio, siglos posteriores prevaleció un modelo moral, que a través de la Unión de Mujeres Pro Temperancia y otras organizaciones conservadoras, ofrecían consejos y un programa

² En el México Prehispánico, el consumo y abuso de pulque estaba estrictamente regulado. La borrachera solo era permitida en fiestas rituales, así como para viejos. La embriaguez era castigada incluso con pena de muerte y el acceso al pulque estaba limitado a los sabios. *Viesca Treviño, Carlos. Bosquejo Histórico de las adicciones. En Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Tapia, Conyer, Roberto. Manual Moderno, México, 2001.*

espiritual para las personas con problemas de consumo.³ En la Constitución de 1917 se establece la obligación de las entidades estatales de realizar campañas antialcohólicas. Para la década de los 60s el alcoholismo había sido tipificado como una enfermedad a nivel internacional, gracias a los estudios de Jellinek E.M. (1960). Sin embargo, en México, no es sino hasta 1986, cuando el gobierno federal consideró a las adicciones como un problema sanitario de alta prioridad. Como antecedente tenemos en 1972 la creación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia CEMEF, cuya finalidad fue realizar las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el uso y abuso de sustancias adictivas en nuestro país; posteriormente, en 1986, se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones. Así en 1986 surge el primer programa nacional contra las adicciones, siendo incorporado a la Ley General de salud, como un tema prioritario. "El Programa Nacional de Salud 83-88 dio origen al primer programa contra las adicciones; en 1985 se instituyen los Consejos Nacionales contra el Alcoholismo y contra la Farmacodependencia 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 farmacodependencia"⁴.

³ Rosovsky. Op. Cit. Pag. 51

⁴ Memoria de la Secretaría de Salud 2000. Informe del CONADIC

En el Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000) el gobierno asumió a las adicciones como uno de los nuevos problemas de salud e incorporó dentro de los doce programas sustantivos del Sector Salud. A través del CONADIC el gobierno ha diseminado campañas y proyectos a lo largo del país, como, *Construye Tu Vida sin Adicciones* que opera en el nivel nacional y el *Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Secretaría de Salud (PPCA)*, que opera exclusivamente en el Distrito Federal.

Las encuestas llaman la atención sobre un incremento importante del uso de sustancias ilegales en la década de los 90s. Esto se explica, en parte, a un importante crecimiento de la oferta de cocaína y otras sustancias en nuestro país, quien pasó de ser un país de tránsito a un país consumidor e incluso productor de drogas ilegales. Al mismo tiempo, la apertura comercial que inició en 1985 y que culminó con el Tratado Trilateral de Libre Comercio (1992), propició que el mercado se inundará de marcas de alcohol, y, simultáneamente la publicidad y otros productos trajo aparejado cambios en el estilo de vida, incluyendo una mayor tolerancia social para el uso experimental con sustancias ilegales.

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, atendiendo a las necesidades y prioridades del país, instrumentó desde 1998 un Programa de Residencia con especialidad en Adicciones, dentro de las opciones para obtener el grado de maestría y doctorado en Psicología.

El presente reporte describe justamente las competencias profesionales que adquirí a lo largo de cuatro semestres, durante los cuales cursé materias con énfasis en lo teórico, que incluyó mi

asistencia a seminarios de investigación, congresos, simposios nacionales y binacionales y por otro lado y de manera muy importante, práctica terapéutica en pacientes con problemas de adicción, con diferentes niveles de dependencia y consumo de distintas drogas (alcohol, cocaína y mariguana.) Es importante acotar con tuve la oportunidad de haber sido asignada a diferentes centros para mi práctica terapéutica, tanto en el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares, (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría como en los Centros de Servicios de la propia Facultad de Psicología y el Centro Acasulco.

También fui asignada a varios programas de intervención, destacando el Modelo de Intervenciones Breves para Bebedores Problema; el Programa de Intervenciones Breves para Usuarios de Cocaína y el Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA.)

Este reporte comienza con un capítulo sobre la importancia creciente del psicólogo en la salud pública, tanto en el nivel de prevención como de atención terciaria. Además presento un panorama sobre la problemática de las adicciones en el país. Posteriormente me centro en las actividades y competencias profesionales desarrolladas y adquiridas semestre a semestre y finalmente, presento dos casos clínicos que elegí para este reporte, uno dentro del Modelo de Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema y otro del Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA). Sin embargo el caso que someteré a consideración durante el examen para ser evaluado como requisito para la obtención

del grado de Maestría es el Bebedores Problema- debido a que es un modelo ya validado.

Previamente a la presentación de los casos clínicos, expongo los elementos teóricos que sustentan estas intervenciones de corte cognitivo-conductual.

Finalmente incluyo como anexos algunas investigaciones y trabajos realizados a lo largo de la maestría, que los considero de importancia como registro para las personas y/o alumnos interesados en el tema.

Capítulo I

El ejercicio profesional del psicólogo en el Sector Salud

A pesar de que el psicólogo tuvo una importancia especial en la reintegración de los enfermos mentales a su comunidad que se dio en la década de los 60s y que gracias a la aparición de la psicofarmacología rompió con el paradigma de los psiquiátricos como campos de concentración para estos enfermos, es verdad que hasta la década de los 80s el papel del psicólogo en los servicios de salud⁵ fue revalorado; hasta entonces las políticas públicas en materia sanitaria eran dictadas por médicos, epidemiólogos y administradores. Entre la década de los 50 a 70s los psicólogos con orientación clínica no tenían áreas de especialidad y eran formados bajo una orientación psicoanalista.

Aunado a la falta de oportunidades laborales con puestos bien remunerados, prevalecían deficiencias académicas. Algunas de ellas reportadas en una encuesta (Urbina 1989) son: falta de práctica, bases teóricas débiles, desvinculación de lo aprendido con los problemas reales, el ser psicólogo general y desconocer las áreas de especialidad, no tener conocimiento para manejar la capacitación y selección de recursos humanos y, el desconocimiento de las

⁵ De acuerdo con informes de la Secretaría de Salud, el sector está conformado por: Instituto Mexicano de Seguridad Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado; la Secretaría de Salud y, los hospitales y clínicas de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Marina, de PEMEX y del Departamento del Distrito Federal, con un total de 62,837 médicos, 17,109 unidades de atención médica, 754 hospitales generales y 161 hospitales de especialidades, con un total de 76,214 camas. Existen en el país 113 médicos por cada 100 mil habitantes. Fuente: SS-DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I -1999.

relaciones laborales del desarrollo organizacional y del análisis y evaluación de puestos.

En 1976 apenas algunos psicólogos destacados habían logrado ubicarse en el nivel institucional ya sea como orientadores vocacionales o como investigadores. El perfil profesional general ofrecía un mapa en el que el 80% de los psicólogos se dedicaba a la psicoterapia y al psicodiagnóstico (Urbina,1988); La imagen pública del profesional residía en muchas ocasiones en un aplicador de pruebas psicométricas, proyectivas y de personalidad. Los usuarios de los servicios psicológicos eran básicamente personas físicas de la clase media, algunas empresas y algunas escuelas.

Hasta entonces, la figura del psicólogo y las unidades hospitalarias eran percibidas como entidades no relacionadas.

Montoya, E., Arauz, J., Ortiz, G., Pina, J., Gamiochipi, M.; Rojas, M., Ramos, B. & Figueroa C., (1998): ubicaron tres problemas básicos del perfil profesional del psicólogo:

- 1.- Falta de claridad en los conceptos de salud y prevención
- 2.- Ausencia de un modelo psicológico capaz de abordar los problemas de salud integralmente (investigación, prevención e intervención)
- 3.- Carencia de descripción del rol del psicólogo en el sector salud.

Para 1988 los psicólogos eran más requeridos en áreas de psicología de trabajo y como contratadores de personal, que vistos en el área clínica. La mayoría de ellos trabajaban en empresas publicas, básicamente en el sector educativo, seguido por los sectores de

Salud, producción y consumo, organización social y vivienda, y por último, en el sector de ecología (Urbina, 1988.)

1.1 Áreas de oportunidad del Psicólogo

El psicólogo ha contribuido en la evolución de los conceptos de salud pública y en la comprensión del proceso salud-enfermedad. Cuando se estableció el estigma de las enfermedades infecciosas predominó el concepto de Agente/Huésped, más tarde las autoridades sanitarias establecieron el reto de atender las enfermedades crónicas en el cual la exposición al agente era más distante, posteriormente se habló de las enfermedades causadas por estilos de vida y desde entonces la conducta del sujeto fue también un eje en la atención de la salud pública y en la investigación epidemiológica.

De hecho desde 1980 muchas investigaciones hicieron evidente la implicación de los problemas psicológicos y de los estilos de vida en la etiología de una gran cantidad de padecimientos. Por otro lado, a comienzos de los 80s inició un decidido movimiento teórico que buscó acuñar el término de psicología de la salud en el nivel internacional. En México y Brasil y después en Venezuela, Colombia y Cuba, comenzó el abordaje psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, (cardiovasculares, cáncer y dolor crónico), así como de las adicciones. Para ello se dispusieron postgrados con especializaciones en salud reproductiva, prevención primaria, adicciones, psicología comunitaria y atención de pacientes crónicos, bajo perspectivas teóricas psicofisiológicas y cognitivo-conductuales. Simultáneamente, algunos informes epidemiológicos reportaron en las

últimas dos décadas un insólito incremento de problemas emocionales, conductuales, cognoscitivos y psicofisiológicos en México. Todo ello como resultado del llamado síndrome de la crisis (mala nutrición, contracción económica, contaminación ambiental, desintegración familiar y niveles educativos decadentes).

En 1981 la Asociación Americana de Psicología (APA) revaloró el papel del psicólogo en el sector salud, reconociendo áreas específicas de acción en:

- 1.-Promoción y mantenimiento de la salud,
- 2.-Prevención y tratamiento de la enfermedad,
- 3.-Identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud-enfermedad y disfunciones relacionadas,
- 4.- Investigación
- 5.- Análisis y mejoramiento de los sistemas de salud y diseño de políticas de salud. (Rodríguez, G. & Palacios J. (1989).

Actualmente existen programas psicológicos en el ámbito mundial, destinados a la promoción, cuidado y mantenimiento de la salud, que se aplican en los tres niveles de atención, con énfasis en el nivel comunitario y en la atención de pacientes desahuciados, en grupos poblacionales de acuerdo a su género y etapa de desarrollo (niños, jóvenes, ancianos, mujeres y madres.)

Los programas enfocados a los pacientes desahuciados han resultado de gran ayuda para acompañar los procesos psicológicos

resultantes de la confrontación con la muerte, la incapacidad y el proceso degenerativo violento.⁶

Otro foco de la psicología de la salud se orienta a los programas preventivos, correctivos, rehabilitatorios y de apoyo, que están propiciando la identificación y erradicación de prácticas de riesgo, la promoción de prácticas de protección, así como el cambio de ciertos patrones conductuales autodestructivos.

En el estudio teórico de los factores de riesgo para la salud, se establece como metas del campo de la psicología:

1. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.
2. La evaluación de programas implementados
3. El mantenimiento de la salud a través de las conductas de protección
4. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
5. La comunicación para el estilo de vida (toma de decisiones y adherencia terapéutica) y,

⁶ La consejería a personas con VIH es, según David Alvarado, consejero encargado de atender a personas recién diagnosticadas como seropositivas, un modelo de prevención definida como acompañamiento las personas que deben aprender a vivir con una enfermedad letal. Un buen consejero debe tener la capacidad de tener un contacto personal con el paciente, los conocimientos sólidos para dar la información necesaria que requiera el enfermo y estos puedan considerar su situación y tomar decisiones al respecto y tener una visión más clara sobre su enfermedad. El consejero debe ser también alguien con disponibilidad de escuchar, reflejar, y reconocer una gama muy grande de sensaciones y sentimientos, debe reflexionar acerca de las necesidades del paciente e incluso tomar decisiones importantes. Las características de los consejeros son: confidencialidad, privacidad, voluntariedad, imparcialidad y objetividad. (Tomado del Seminario de Consejería para enfermos de SIDA, en la Facultad de Psicología, al cual se asistió como parte de las actividades académicas de la Maestría)

6. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyendo las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas que requieren los pacientes.

Actualmente los psicólogos de la salud se ubican en tres escenarios:

- 1- Instituciones de enseñanza superior, (docencia e investigación)
- 2- Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación.
- 3- Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

Diekstra (1991, citado en Montoya y cols, 1998)) en propuso cinco categorías de problemas susceptibles de intervenciones psicológicas en el nivel primario de atención:

- 1- Problemas de ansiedad y estrés; ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias y enfermedades inducidas o agravadas por el estrés –migraña, asma, enfermedades cardiovasculares.
- 2- Trastornos de los hábitos, los que incluyen: varios comportamientos habituales que conducen al estrés personal; y problemas sociales y de salud (por ejemplo, el hábito de fumar,

la obesidad, la bulimia, el alcoholismo, la enuresis, la encopresis y la adicción a las drogas.)

- 3- Dificultades y decisiones educacionales y ocupacionales. Decisiones en el proceso de transición en las diferentes etapas de la vida, terminación de la escuela, cambio de trabajo, y jubilación. Problemas que surgen en el contexto educacional-ocupacional (problemas en los estudios y falta de confianza en las habilidades sociales.)
- 4- Problemas interpersonales, sociales y maritales, (timidez, falta de asertividad, discordias conyugales, problemas psicosociales, conducta agresiva y antisocial.)
- 5- Ajuste psicológico a la enfermedad física y a otros acontecimientos significativos de la vida. Adaptación al trauma de la enfermedad y la hospitalización, a las incapacidades crónicas, al nacimiento de los hijos, accidentes, enfermedades terminales y muerte.

Es evidente que ha habido un desarrollo creciente de la problemática de las adicciones en el país por lo que se ha configurado en un área de la salud que requiere la participación intensiva del psicólogo. De hecho, como veremos en el siguiente capítulo, este rubro es ahora una de las prioridades del sector salud.

Capítulo II

Problemática de las adicciones en México

El mapa de las adicciones en México se ha vuelto alarmante en los últimos 30 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones **2002**, un total de 6 millones de mexicanos tienen problemas con el consumo de alcohol, casi 3 millones cumplen el criterio de dependencia (DSM IV) y otros tantos son bebedores excesivos; 3,5 millones de mexicanos tienen consumo de drogas ilegales, aproximadamente 570 mil mexicanos cumplen cuando menos con tres de los criterios de dependencia a drogas ilegales; unas 210 mil personas consumen drogas médicas sin receta y 14 millones de mexicano son fumadores.

Si comparamos los resultados de las últimas dos encuestas nacionales (1998-2002) se observa una estabilización del consumo tanto de alcohol como de drogas ilegales, e incluso una disminución en algunas sustancias (como se verá más adelante); no obstante, también se observan algunas señales epidemiológicas que es necesario atender, tales como un mayor número de jóvenes que están cumpliendo los criterios de dependencia de alcohol, así como el incremento del consumo de heroína y de drogas de diseño, especialmente en zonas fronterizas.

Debido a los datos epidemiológicos, en el quinquenio 1995-2000 el gobierno federal, por primera vez en la historia, asume a través del Plan Nacional de Desarrollo a las adicciones como uno de los retos básicos de salud, atribuyendo una parte de la inquietante problemática

a los cambios en los estilos de vida provocados por el proceso de globalización del país.

Así, a partir de 1997 el Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Secretaría de Salud se incorporó a los doce programas sustantivos del Sector Salud, encabezado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC.) Entre las estrategias básicas establece:

- 1- Reducción de los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción
- 2- Detección y atención oportuna a adictos y
- 3- Abatimiento de los problemas de salud pública relacionados con el consumo.

Aunque han surgido una infinidad de programas, clínicas y grupos de autoayuda especializados en adicciones, éstas son insuficientes y en muchos casos carecen de un esquema de supervisión y seguimiento profesional que se adapte a los mínimos del control sanitario, tanto en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación. Por ello, tanto las instituciones gubernamentales y de educación superior han hecho esfuerzos serios por abordar el problema desde una perspectiva realista, profesional y abarcadora. El CONADIC desarrolló el Modelo Preventivo *Construye tu Vida sin Adicciones*, que comprende cursos de capacitación, manuales y otros auxiliares didácticos para población preadolescente, adolescente temprana, adolescente, joven y adulta; además una campaña en medios, concursos y una Red de Asociaciones Estudiantiles. Este

modelo se aplicó en los Servicios Estatales de Salud y en la SEP (donde se incluyó su aplicación como obligatoria en el nivel de educación secundaria), además del DIF, del Gobierno del DF y de varios estados. La aplicación de dicho modelo quedó a cargo de Centros de Integración Juvenil, dentro del proyecto Reforzamiento del Programa Nacional contra las Adicciones.⁷

Simultáneamente la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, ha decidido formar profesionales especializados en adicciones a través de una maestría con enfoque cognitivo conductual. “Es importante que los profesionales conozcan las posibles causas del uso de drogas, aprendan a analizar las tendencias que se muestran en los estudios epidemiológicos, para que desde cualquier ámbito puedan “prevenir” este problema, desarrollar iniciativas para disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el uso y/o abuso de estas sustancias y proveer de información y tratamiento a los consumidores problema, con miras a su rehabilitación y reinserción en la sociedad. En otras palabras, resulta en este momento indispensable preparar especialistas que puedan prevenir, intervenir e investigar sobre las adicciones. Este esfuerzo conjunto de universidades, sociedad y gobierno sin duda permitirá avanzar en el control de este problema. (Se trata de un Programa de Maestría) que implica una capacitación profesional basada en un modelo de entrenamiento práctico con supervisión, en instalaciones de investigación y hospitalarias que permitirán al estudiante tomar decisiones y hacer propuestas de intervención efectivas con relación a los problemas y

⁷ Informe 2000 del CONADIC presentado a la SS

demandas sociales en el área de las adicciones y en última instancia en Salud”⁸

2.1 Problemática por sustancia

Alcohol

En México 32 millones 315 mil 760 personas consumen alcohol, con un promedio per cápita de 2,79 litros al año (ENA 2002.) Si nos referimos exclusivamente a varones, el promedio per cápita sube a 7,129 litros, de hecho el 66 % de los hombres entre 12 y 65 años consumen alcohol en nuestro país, para la población urbana de edades entre 12 a 65 años de edad, el consumo es de 3,484 litros.⁹

A pesar de que, comparado en nivel internacional, el consumo per cápita de alcohol en México es bajo, y de que existe una tasa alta de abstinencia, -de 42% entre la población de 18 a 65 años-- (ENA 1998; la ENA, 2002, reporta una tasa de abstinencia de 44% población urbana y 62,7% en población rural (Medina y cols, 2004), decíamos, a pesar de ello, se registra un consumo inmoderado en fines de semana, particularmente entre varones, lo que se traduce en altos costos la salud. Este patrón de consumo es coherente con las Encuestas anteriores (1998) donde se establece que el consumo inmoderado de alcohol, deriva en una alta tasa de accidentes, violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios y en general exposición a situaciones de riesgo. (Medina Mora, 2001. citado Tapia Conyer et.al.)

⁸ Programa de Residencia en Adicciones, presentado al CONACYT. Facultad de Psicología, UNAM.

⁹ Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Resumen Ejecutivo. CONADIC pág. 15

El 25,7% de los adolescentes (población entre 12 y 17 años) consumió en alcohol en el último año, cuando menos una copa completa; en el caso de los varones urbanos el patrón de consumo es moderado alto, es decir, entre 5 a 7 copas por ocasión¹⁰. Según la ENA 1998, en el ámbito urbano uno de cada tres hombres entre 12 y 45 años bebe inmoderadamente o sufre problemas de alcoholismo. En México las tasas de muerte por cirrosis del mundo y ocupa el lugar número uno de causa de muerte entre la población adulta. (*Tapia Conyer, Medina Mora, et.al. 2001.*)

La ENA (2002) indica un incremento significativo y constante del consumo entre la población joven (especialmente en fiestas) y no sabemos si estos consumidores adolescentes tienen permiso de los padres para ejercer el consumo lo que denotaría que hay una mayor permisividad social. Los datos reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes de 27% (ENA 1998) a 35 % (ENA 2002), entre los varones y de 18% a 25% respectivamente, entre las mujeres.¹¹

Con base en la Encuesta Nacional de Adicciones 1993 se detectan importantes diferencias de patrones de consumo y niveles de dependencia al alcohol por regiones, siendo las zonas noroccidental y el DF y zona metropolitana las de mayor dependencia, (*Medina Mora, 2001.*) Situación que se confirma en las encuestas posteriores.

¹⁰ La Organización Mundial de la Salud, ha establecido como consumo moderado 3 y 4 copas por ocasión, no más de tres veces por semana y bebiendo a razón de una hora por copa, para el caso de mujeres y hombres respectivamente y con base en criterios de metabolización del etanol en la sangre.

¹¹ Encuesta Nacional de Adicciones 2002 CONADIC. Resumen Ejecutivo.

“En las ciudades del país 1,318,027 personas entre 12 y 45 años requieren tratamiento”¹². Esto nos lleva a la pregunta de si gran parte de la población que tiene problemas de consumo carece de información para entender su problema, o bien la permisividad social diluye los esfuerzos de las campañas y programas de prevención. Como sea, la necesidad de tratamientos eficaces es algo para tomarse en cuenta en las políticas de salud pública (Ayala y Carrascosa, 2000). Además, no todos los tratamientos para el alcoholismo y para personas con problemas de abuso de alcohol, son igualmente efectivos para todos. Frente a esta problemática se hacen necesarias medidas de prevención y educación, que deben instrumentarse básicamente para disminuir la disponibilidad de alcohol, a través de restringir las cantidades y medios de entrega. Y es que el alcoholismo y los problemas derivados del consumo abusivo de alcohol, están directamente relacionados con la gran permisividad social.

La efectividad de las medidas de salud pública que hasta ahora se han instrumentado puede ser la causa de un ligero decremento de la población consumidora y el aumento de los ex-bebedores. La ENA 2002 reporta que: “En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en este periodo (1998-2002). 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. Estos resultados nos llevan a considerar que probablemente los programas de prevención tanto en el nivel primario como secundario, incluido los

¹² Citado en la presentación Power Point del CAAF.

tratamientos breves para bebedores problemas han mostrado su efectividad más que los tratamientos para usuarios crónicos. La ENA 2002 reporta que el número de ex-bebedores se incrementó con relación a la encuesta inmediata anterior (1998), de 14.4% a 18%. De cualquier forma parece ineludible la necesidad de llevar cifras sobre la efectividad de los tratamientos que se ofrecen en México.

CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO		
Población adulta varones urbanos	1998	2002
Consumo per cápita	5.5 litros	7.1 litros
Porcentaje de población dependiente	9,6%	9,3%
Índice de abstinencia	42%	44%
Porcentaje de ex- bebedores	14.4%	18%

Otro aspecto importante relacionado al uso del alcohol es la violencia intrafamiliar, de acuerdo con un estudio de *Natera (2000)*, se encontró una prevalencia del 38.4% de presencia de algún tipo de violencia ejercido contra las mujeres que tienen maridos que abusan del alcohol. Aunque la relación entre alcohol y violencia intrafamiliar ha sido reportada en varios estudios de diversos países, también es verdad que hay reportes de agresión intrafamiliar, no relacionados con el alcoholismo. En México se ha documentado esta correlación, tanto en índice de suicidio (uno de cada tres), abuso sexual contra mujeres (66%) y agresión a niños (3,6%.) (*Natera, 2000*)

Algunos estudios epidemiológicos (*Guadalajara, Ramírez, 2000*) indican que la proporción de mujeres maltratadas por un agresor ebrio es de 20,3% y 25,8% en áreas rurales y urbanas, en el primer caso la violencia es ejercida por el padre y en el segundo por el esposo. Un estudio del *Centro de Orientación a Mujeres Violadas (COVAC, 1996)* indica que el uso de alcohol es uno de los impedimentos más grandes para el cese de la violencia intrafamiliar; *Kauffman (1995, citado en Natera 2000)*, señala en su estudio *machismo drinking*, que el abuso periódico del alcohol es un mecanismo bastante socializado como forma de afrontamiento del macho ante la frustración económica y el estrés cotidiano. La encuesta de *Natera (en INP, 2000)* encontró que existe mayor grado de violencia entre las personas que reportan bajos recursos y carecen de instrucción escolar y una correlación significativa, entre alcohol y violencia ya que el 11% de las que sufren violencia dijeron que su marido estaba tomado, mientras que en las familias donde no hay presencia de alcohol (apenas 1,8%) tampoco existe violencia. La mayor parte de la agresión se refiere al control que el hombre ejerce sobre las actividades de la mujer (20,9%) y a golpes (14%); otro porcentaje (8,8%) se refiere a forzar a la mujer a tener sexo y a agredir a los niños. Aplicando diversas pruebas estadísticas se establecieron varias predicciones, una de ellas es que tanto la edad del bebedor como la frecuencia del consumo son factores que predicen la presencia de actos violentos y los celos. Los resultados de esta encuesta son compatibles con otros estudios que relatan una cadena de actos de violencia que causan daños de largo plazo en los individuos y en los que el alcohol juega una parte importante y señala la necesidad de marcos teóricos que permitan la

comprensión de los factores culturales e individuales para conocer cuáles son las variables psicológicas que determinan la relación entre abuso del alcohol y violencia marital.

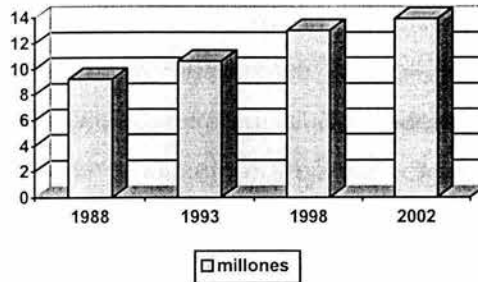
Todo ello nos lleva a considerar que los tratamientos para usuarios de alcohol deben incluir tratamientos alternos o de apoyo a la familia, que requiere formas de afrontamiento efectivas para generar herramientas que las empoderen a transformar estas situaciones en propulsoras de cambio intrafamiliar.

Tabaco

De acuerdo con la ENA 2002, en el país hay casi 14 millones de fumadores, 9,6 millones de ex-fumadores y 29,3 millones (casi la mitad de la población urbana adulta) no fumadora. Las cifras son contrastantes en el ámbito rural, donde el 70,7% son no fumadores, 14,3% fumadores, esto es unos 2,4 millones y 15% ex-fumadores, unos 2,5 millones.

Revisando las encuestas anteriores tenemos, sin embargo, una problemática especial. Según datos de la SS, aunque el consumo per cápita de cigarrillos disminuyó en 33%, el número de fumadores creció en casi 60% entre 1980 y 1996. Para el año 2000 se estima que había en el país 13 millones de fumadores (SS). Obviamente la ENA 2002 revela que esa estimación era conservadora, ya que el total de fumadores en el país es de 16,3 millones de habitantes (incluyendo población urbana y rural)

CONSUMO DE TABACO EN MÉXICO (población urbana)



Las autoridades del CONADIC muestran alarma ante el vertiginoso aumento del consumo de cigarrillos entre la población joven. De hecho la edad de inicio, actualmente, es de 15 años, contra los 18 años de la generación anterior. Lo que los jóvenes desconocen es que tanto el tabaco como el alcohol son puerta de entrada a otras drogas, como la cocaína y la marihuana y que por el hecho de fumar serán candidatos potenciales a crisis depresivas y, si llegan a ser fumadores compulsivos, a desarrollar cáncer o infartos pulmonares y del corazón.

Otra situación preocupante es la incorporación de las mujeres a los círculos de fumadores. La ENA 1998 señala que el 43% de los varones son fumadores y 16% mujeres. En 1993 por cada 4 hombres había una mujer fumadora, para 1998 la proporción era de 2 a 1. La ENA 2002 confirma esta tendencia de ubicar una creciente y mayor problemática de tabaquismo entre la población femenina, ya que entre los ex-fumadores hay un mayor porcentaje de hombres 23% contra 14,3% de mujeres, en números absolutos significa que 5,4 millones de

hombres abandonaron el hábito de fumar, frente a 4,6 millones de mujeres.

Año	Consumo Aparente	Cajetillas/ habitantes	Cigarros/ habitantes	% Crecimiento
1980	2,725,185,750	83	1658	
1985	2,749,721,400	73	1463	- 11,7%
1990	2,731,979,850	64	1271	- 13.1%
1996	2,924,625,400	56	1122	-11,7

Fuente: Elaboración del CONADIC con datos del INEGI.

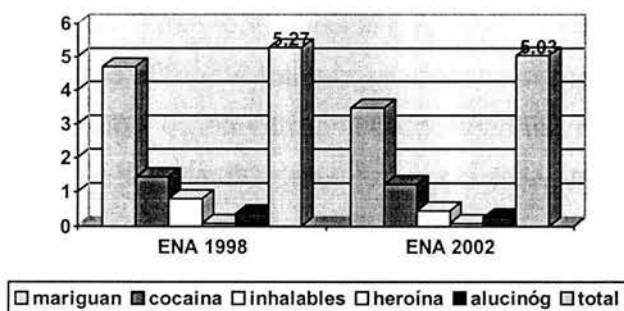
Un aspecto importante a considerar en cuanto a la necesidad de tratamientos para fumadores es que la ENA 2002 indica que un 6,3% de la población fumadora consume más de 20 cigarros diarios, y un 10,7% entre 11 y 20 cigarros. Los tratamientos breves cognitivo conductuales son una herramienta necesaria para incrementar el número de ex-fumadores. Además de que las cifras indican que dada la edad de inicio, es necesario impulsar más campañas de prevención entre jóvenes.

Drogas psicoactivas

En cuanto al consumo en México de drogas ilegales la ENA 2002 indica también una estabilización del consumo con una prevalencia en el último año de 5,03%, (unos 3,5 millones de mexicanos) muy similar a la encontrada en la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) con una tasa de prevalencia de 5,27% entre la población de 12 a 65 años de edad. La ENA del 2002 indica que el número de usuarios que cumplen criterio de dependencia supera los 569 mil por lo que se sugiere que es la población que requiere tratamiento.

La marihuana sigue siendo la droga de mayor uso afectando a 2,4 millones de personas, de los cuales 216 mil se estima tienen adicción; el segundo lugar se refiere a la cocaína con 858 mil usuarios y 132 mil personas con consumo consuetudinario.

Consumo de drogas en México (porcentajes)



Con base en la ENA 1998, se observa que aunque la marihuana sigue siendo la droga de preferencia su consumo disminuyó en el periodo 1998-2002 al pasar de 4,7% a 3,48%; lo mismo ocurrió con la

cocaína que pasó de 1,45% a 1,23%. No obstante, comparando con encuestas anteriores, (1998, 1993) el consumo de cocaína se ha incrementado a niveles preocupantes, identificándose dos grupos de usuarios: los tradicionales con consumo consuetudinario desde los 70s y que pertenecen al grupo de altos ingresos y, un nuevo grupo de usuarios que son jóvenes de bajos ingresos y que muchas veces venden droga.¹³ Entre 1993 y 1998 el consumo de cocaína en México se incrementó en 258% (ENA 1998) "Si bien la prevalencia legal del consumo de drogas en México es aún baja al compararla con otras sociedades, registra incrementos y tendencias preocupantes. La cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población, se ha extendido actualmente a diversos sectores como los jóvenes y los de menos recursos."¹⁴ Datos de la Procuraduría General de la República indican que el gramo de cocaína se llegó a vender hasta 37 pesos en el Municipio de Tepatlán, Jalisco, (2000) la baja de los precios aunado a la mala calidad ha extendido el consumo en México, pero también la peligrosidad clínica. El Sistema de Reporte de Información de Drogas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (2000), indica que: "La alta disponibilidad de cocaína, así como la introducción de derivados ha precios aún más accesibles ha traído como consecuencia que su uso se haya extendido a casi todos los sectores de la población rompiendo el patrón clásico del usuario en nuestro medio que se consideraba era de los sectores de mayor poder adquisitivo, artistas, políticos, etcétera."

¹³ Memoria de la SS 2000, Informe CONADIC.

¹⁴ Rosovsky, H. Cravioto Q. y Medina Mora, compiladoras. El Consumo de Drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones. CONADIC, SS, 2000. pag. 84

Además de la cocaína, la heroína está apareciendo más frecuentemente como droga de uso entre jóvenes y aunque sigue siendo un problema de las ciudades fronterizas, se advierte la necesidad de tener en monitoreo de su consumo, básicamente debido a que México ha pasado a ser un productor de drogas químicas. (SSA, CONADIC 2000).

Otra tendencia preocupante es la incorporación de mujeres jóvenes que debido a que viven en la calle, se han vuelto consumidoras de drogas, con consecuencias de promiscuidad y explotación sexual, lo que deriva en embarazos de alto riesgo no deseados. Por ello es que la SS ha incorporado líneas de investigación y tratamiento para ofrecer respuestas a estas adolescentes que viven en la calle.¹⁵

Como señales de alarma las autoridades sanitarias indican la alta tolerancia al consumo y la disponibilidad de las drogas. “Es importante reforzar las variables ambientales que protegen a los adolescentes: aumentar la percepción de riesgo y reforzar la poca tolerancia social e identificar a los menores que requieren intervenciones más intensivas por ejemplo aquellos con problemas emocionales o de adicciones en la familia”.¹⁶

En lo que respecta a los patrones de consumo de drogas en jóvenes preparatorianos en México, se tiene que el consumo de drogas fue más alto en jóvenes que habían trabajado durante el último año, lo que se tradujo en un alta presencia de problemas depresivos acompañados con ideación suicida (Villatoro A. Jorge, Medina Mora,

¹⁵ Rosovsky. et.al. pag. 153

¹⁶ ENA 1998

Ma.)Elena, 2000. La mayoría de las veces las drogas son conseguidas en bares y discos, la ENA 2002 reporta que la mayoría de las veces los usuarios consiguen la droga a través de un amigo, (69,57% en el caso de la cocaína y 57,3% en el caso de la mariguana) y en segundo lugar en la calle (26,55% en el caso de la cocaína y 34,2% en el caso de la mariguana.) Asimismo indica que la droga que mayor número de usuarios fuertes tiene es la cocaína, la heroína y los estimulantes tipo anfetamínico que por primera vez es reportado en las encuestas nacionales, debido a que el consumo de drogas de diseño es recientemente nuevo, con una prevalencia de 0.08%

En síntesis el panorama de las adicciones en México y los problemas asociados nos insta a actuar con decisión tanto en la prevención como en la atención especializada ofreciendo intervenciones que se sustenten con bases científicos-experimentales y en el conocimiento epidemiológico específico por sustancia, y características de la población.

Asimismo es importante saber cuáles son las medidas y los modelos preventivos que ya han probado su eficacia, así como conocer los factores que potencian el riesgo a una adicción y los factores que pueden impedir su desarrollo, para lo cuál veremos en el siguiente apartado una breve revisión de este tema.

2.2 Factores de riesgo y factores de protección

Después de un largo proceso y cambios en las políticas de atención y prevención del uso de sustancias, los expertos y las autoridades de salud pública coinciden en que la atención y

prevención en el campo de las adicciones debe basarse en un enfoque integral que incluya aspectos sociales, psicológicos y físico-químicos.

MODELOS DE PREVENCIÓN

Década (año)	ENFOQUE
1960	Ético-Jurídico
1970	Médico Sanitario
1980	Sociocultural
1990	Psicosocial
2000-2003	Factores de protección y factores de riesgo

Fuente: Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos.

Como vemos en el cuadro anterior, existieron diferentes políticas públicas para abordar el problema de las adicciones en nuestro país. En el caso del enfoque ético jurídico, prevalecieron las aproximaciones moralistas básicamente buscando la abstinencia y el uso de la ley y la religión para prohibir el abuso de alcohol. Posteriormente se establece que el alcoholismo es una enfermedad, de manera que las teorías genéticas, endocrinológicas bioquímicas y de disfunción cerebral, se diseminaron como plataformas para abordar este padecimiento que era atendido por psiquiatras. Más adelante las teorías de la personalidad intentaron ofrecer una tipología característica del enfermo alcohólico y/o adicto, que incluyeron bajo autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento, baja tolerancia a la frustración, dependencia emocional e inmadurez en las relaciones personales. (Rosovsky, 1982). Estas teorías perdieron fuerza cuando una corriente sociológica emergió como parte de la etiología del

alcoholismo, explicando que el ambiente sociofamiliar puede predisponer e incluso formar una personalidad alcohólica. Para el siglo XXI era claro que la complejidad del problema requería incluir la diversidad de enfoques, además los reportes epidemiológicos instaban la necesidad de aclarar diferencias entre una población y otra, antes de proponer intervenciones preventivas o terapéuticas. Esto derivó en la conceptualización de los mecanismos de protección y riesgo para cada grupo social.

“Los conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector, se definen como la capacidad que tienen las personas de modificar situaciones de riesgo” (Medina Mora, 2001.) De manera que a partir del año 2000, se hizo insoslayable detectar los factores de protección y riesgo en poblaciones específicas. Ello sin eliminar el esfuerzo que las autoridades políticas y sanitarias mantienen en el ámbito del combate de la oferta, y que para algunos, ha sido el eje de la atención al problema de consumo de estupefacientes. En el cuadro que sigue se pueden apreciar los ejes de las políticas públicas, que en términos generales se han presentado en el ámbito mundial (MacCoun y Reuter, 1998.)

POLÍTICAS DE DROGAS	
Control de oferta	Reducción del daño
Reducción de la demanda	Programas de consumo moderado (en alcohol y tabaco)
Reglamentación del consumo	Campañas Preventivas
Tratamientos con enfoque de abstinencia.	Educación sobre el consumo responsable
Suprimir la disponibilidad de drogas (Lucha contra el narcotráfico)	Tratamientos de sustitución de drogas
Penalización del consumo	Delimitación de áreas de consumo controlado para drogas ilegales
Alcoholímetro	Programa de conductor designado
Anexos obligatorios y detenciones policíacas	Sustitución de jeringas y programas de prevención de SIDA para heroinómanos

Podemos decir que en los Estados Unidos se han instrumentado más políticas orientadas al control de la oferta, mientras que en Europa (Holanda y España), prevalece el enfoque de reducción del daño. En México ha prevalecido una política mixta, no obstante los recursos económicos asignados al control de la oferta superan con mucho a los asignados a los programas orientados a la reducción del daño. (CONADIC, 2000)

Regresando el tema de los factores de riesgo y protección, es menester preguntarse ¿cuáles son estos?, lo que nos lleva directamente a revisar las condiciones socio-económicas, demográficas y culturales de una comunidad determinada; una vez establecida permitirá a los diseñadores de programas de prevención usar los factores de riesgo y protección para desarrollar diferentes

estrategias y conocer los periodos de más alto riesgo para el uso de drogas entre los jóvenes y otras poblaciones vulnerables.

Es claro que, ahora, cada programa y modelo de intervención requiere una pre-evaluación y diagnóstico epidemiológico y una post evaluación que permita conocer si, efectivamente se incrementaron los factores de protección y disminuyeron los factores de riesgo. Para ello se requieren instrumentos de medición eficaces y estandarizados, que permitan a los líderes de una comunidad determinada saber si esos programas satisfacen necesidades particulares de la comunidad. Los programas se estructuran por ámbitos de acción, así tenemos Programas Comunitarios, Programas Escolares, Programas en Centros de trabajo y los Programas Familiares.

De acuerdo con las necesidades de cada comunidad, que puede ser: comunicación, organización solidaria, búsqueda de recursos, incremento de servicios básicos, aumento de escolaridad, atención a la violencia familiar, etc., estos programas de prevención deben entrelazarse de manera que permita a los líderes motivar a su comunidad para que tomen acción y ejecuten nuevos programas de prevención propios. A esto se le llama transferencia de tecnología del Programa, que implica el hecho de que la comunidad tome el modelo de un programa prometedor y lo implemente eficazmente, incluyendo la posibilidad de que los líderes de la comunidad observen y evalúen su propio progreso y el progreso de la comunidad en la lucha contra las drogas.

ADICCIONES: RIESGO Y PROTECCIÓN¹⁷

<i>FACTORES DE RIESGO</i>	<i>FACTORES DE PROTECCIÓN</i>
Paternidad Ineficaz y/o pobre	Paternidad positiva y responsable
Lazos afectivos pobres	Lazos afectivos fuertes
Hogares caóticos (violencia intrafamiliar)	Hogares con normas y reglas claras
Abuso de sustancias de los padres, pares o familiares cercanos	Normas y reglas claras respecto a drogas
Familiares con problemas psicopatológicos como depresión o cuadros de ansiedad	Familiares que gozan de buena salud mental
Niños con bajo rendimiento escolar	Niños motivados para el estudio y el logro de metas
Niños tímidos o agresivos	Niños con habilidad de comunicación asertiva
Conducta antisocial	Capacidad para socializar
Experiencia sexual negativa o abuso sexual	Iniciación al sexo positivo y con afecto
Cambios constantes domiciliarios (inestabilidad de espacio, familiar y escolar)	Adherencia comunitaria (domiciliaria y escolar)
Eventos traumáticos en noviazgo y relaciones de amigos	Eventos afortunados en noviazgo y relaciones de amistad.

Como veremos, muchos de los programas de prevención consideran la importancia de desarrollar la **RESILIENCIA** tanto en el nivel individual como de grupo, debido a que este factor es ya en sí protector y un impermeabilizante contra los factores de riesgo. La base teórica proviene de un documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Kotliarenco, 1997), La Resiliencia es la capacidad del individuo y de su medio ambiente para reaccionar exitosamente ante la presencia de estresores, que pueden ser contextos intra familiares y escolares agresivos y caóticos o eventos

¹⁷ Con base en estudios del NIDA, y del Inventario de Riesgo-Protección del Modelo Chimalli.

traumáticos de la vida (como un accidente o una violación.) Kotliarenco, indica que la Resiliencia, no es un factor de invulnerabilidad, sino más bien una capacidad que se desarrolla en la interacción con un medio ambiente adverso y que implica capacidad de aprendizaje y de respuesta positiva del sujeto o comunidad en cuestión. Tanto en Estados Unidos como en México, se cuentan con programas de prevención y tratamiento que ya han recorrido el proceso de la instrumentación, evaluación y seguimiento y por lo cual son programas certificados.

Algunos de ellos en Estados Unidos son:

- 1- **PATHS Promoting Alternative Thinking Strategies.** Es una intervención universal, ofrecida en escenario de oportunidad, (escuelas) e impartida a maestros de kinder, los cuales la implementan posteriormente como parte de la curricula. Su enfoque es ofrecer competencia en habilidades sociales y emocionales, incluyendo lecciones de autocontrol, entendimiento emocional, habilidades para solución de conflictos, autoestima y relaciones interpersonales. Las lecciones se ofrecen usando técnicas de juego de roles, modelamiento, socio drama, biblioterapias, de manera que los educandos practiquen las habilidades para expresar sentimientos, y resolver conflictos con pares o amigos de manera no violenta.
- 2- **Life Skills Training (LST).** Es un programa de adiestramiento para enfrentarse a la vida (Botvin, competencia social.) Este programa está enfocado en prevenir el uso de tabaco, alcohol y marihuana en población joven; buscando crear resiliencia en adolescentes en

riesgo. Durante 15 sesiones se le dan a los alumnos de 6 y 7 grado, entrenamiento en habilidades sociales como: solución de problemas, toma de decisiones, técnicas de autocontrol y técnicas de afrontamiento de la ansiedad y habilidades para autoeficacia. En una segunda etapa, se les dan habilidades de comunicación y al final sesiones sobre los riesgos del consumo de sustancias, habilidades para rechazar ofertas (de los medios de comunicación y de los pares) y expectativas de normas. Este modelo ha demostrado su efectividad en jóvenes de 10 a 14 años

3- **Functional Family Therapy.** Se trata de una intervención breve de 12 sesiones de una hora, que intenta dar soporte a familias que tienen jóvenes con problemas de delincuencia. Este programa reconoce que las familias con alta desesperanza y enojo se resisten a recibir ayuda y en ocasiones, prefieren los programas punitivos para jóvenes infractores que usan drogas; estos programas, sin embargo, han demostrado su ineficacia y en muchas ocasiones las consecuencias son peores. El programa incluye tres fases. La primera se centra en modificar las percepciones negativas y de desesperanza, impulsando cogniciones adaptativas para mejorar expectativas y esperanza al cambio. La segunda fase incluye un plan de tratamiento por cada familia, en donde se establecen metas y acciones concretas para el cambio. La tercer fase, se concentra en la generalización y mantenimiento del cambio, así como en la prevención de recaídas.

Y en México:

- 1- **OIT/OMS. Cuenta tus copas.** Intervención Breve de 4 sesiones para cambiar patrones de consumo enseñar a los trabajadores a moderar su consumo y conocer las consecuencias negativas del consumo excesivo. Un modelo aplicado y avalado tanto por el Instituto Nacional de Psiquiatría como por el CONADIC.
- 2- **Yo quiero, yo puedo.** Es prevención primaria (Suzane Pick.) Aunque su enfoque es psicosocial, maneja técnicas cognitivo-conductuales. Taller dirigido a docentes, con 40 horas de entrenamiento para que puedan darlo a los estudiantes de primaria. Se basa en conocimiento de riesgos sobre el consumo de sustancias psicoactivas y habilidad para la vida: toma de decisiones, comunicación y negociación; rechazar ofertas y desarrollo de autoestima favorable; control de impulsos, posposición de la gratificación y habilidades para manejar sentimientos de frustración, ansiedad y tensión.
- 3- **El Modelo Chimalli**, está basado en la teoría de la Resiliencia social. Desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, incluye 15 sesiones, con intervenciones repetidas cada año. Se trata de un programa de organización comunitaria para que ésta descubra sus recursos (factores de protección) y los active y que encuentre formas alternativas y solidarias de organización para disminuir los factores de riesgo. El modelo implica cambiar el paradigma de la comunidad, y motivarla para que descubra y practique herramientas para que cada individuo de la comunidad procure tener salud en mente, cuerpo y espíritu. Las sesiones incluyen tanto modelamientos y técnicas de reestructuración cognitiva como habilidades sociales y solución de

conflictos. Plantea la necesidad de crear una RED social que garantice el empoderamiento de la comunidad. (INEPAR)

- 4- **Para Vivir sin drogas.** Intervención diseminada por los Centros de Integración Juvenil, destinada a población de alto riesgo y que busca disminuir los factores de riesgo e incrementar los de protección.
- 5- **Programa de Educación Preventiva contra las adicciones. (1992.)** Programa de enfoque psicosocial centrado en los valores y afectos de los jóvenes. Lo institucionalizó la Secretaría de Educación Pública y busca generar cogniciones en los adolescentes de pensamiento y expectativas positivas. (Solo para el DF)
- 6- **Construye tu Vida sin Adicciones.** Intervención breve desarrollada por el Sector Salud, (CONADIC) centrado en el individuo y no en la comunidad. Es un programa pensado para que los médicos y las enfermeras lo impartan en población abierta y les den elementos para cultivar estilos de vida sanos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Investigaciones sobre el Abuso de Sustancias, de los Estados Unidos, el NIDA, los programas de prevención deberían contener los siguientes principios/objetivos:

1. Incrementar "factores de protección" y avanzar hacia la reversión y la reducción de los "factores de riesgo".
2. Incluir a todas las formas de consumo de drogas, incluyendo el tabaco, el alcohol, la marihuana e los inhalantes.

3. Incluir la habilidad para rechazar ofertas de drogas
4. Incrementar la intolerancia social del uso de las drogas
5. Incrementar las habilidades y la competencia social, como por ejemplo, en comunicaciones, relaciones de compañeros, la auto-eficacia y agresividad en tomar decisiones.
6. Los programas comunitarios que incluyen campañas publicitarias y cambios en política, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones familiares y escolares.
7. Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el uso de drogas en todos los escenarios preventivos del abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
8. Las escuelas ofrecen oportunidades que llegan a toda la población y también sirven como escenarios importantes para subpoblaciones específicas con riesgo de abuso de drogas. Estas subpoblaciones incluyen niños con problemas de conducta o dificultades para aprender y aquellos con el potencial de dejar la escuela.
9. Los programas de prevención deberían ser adaptados para enfocarse en el carácter específico del problema del abuso de drogas en la comunidad local.
10. Mientras más alto sea el riesgo de la población señalada, más intensivos deberían ser los esfuerzos de prevención y más temprano deberían comenzar.

11. Los programas de prevención deberían ser dirigidos a edades específicas, apropiados para el período de desarrollo del joven y deben tener sensibilidad cultural.
12. Los programas de prevención eficaces proveen costos eficientes. Por cada dólar gastado en la prevención del uso de drogas, comunidades pueden ahorrar de 4 a 5 dólares en costos de tratamientos y terapias dirigidas a combatir el uso de drogas.
13. En el caso de los programas de prevención para adolescentes, el NIDA recomienda los siguientes objetivos:
14. Incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de únicamente técnicas didácticas.
15. Incluir un componente paternal o tutelar para así reforzar el aprendizaje de los niños en cuanto a la realidad acerca de la droga y sus efectos nocivos. Esto daría la oportunidad para charlas familiares acerca del uso de sustancias legales e ilegales y la actitud familiar acerca del uso de drogas.
16. Planearse para un impacto de largo plazo, a través de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, los esfuerzos escolares dirigidos a estudiantes de escuelas primarias e intermedias deberían incluir sesiones que refuercen las transiciones críticas entre las escuelas intermedias y las secundarias.
17. Incluir una estructura de trabajo familiar, ya que los esfuerzos preventivos enfocados en la familia tienen mayor

impacto que las estrategias enfocadas únicamente en padres o hijos.

Como conclusión diremos que los factores de riesgo y protección, son un enfoque de prevención que involucra la precisión de elementos epidemiológicos y socioculturales y permite actuar discriminadamente, y con base en ello saber si es necesario ofrecer intervenciones breves o tratamientos de largo duración a grupos vulnerables. En el ámbito de los problemas de salud generados por el consumo de sustancias, esto es de vital importancia porque se trata de una situación sanitaria multifactorial.

2.3. Tratamientos en adicciones

Desde la década de los 50s cuando el alcoholismo fue diagnosticado como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud, los conceptos en torno al uso de sustancias (legales o ilegales) comenzaron a cambiar, de una perspectiva punitiva que veía al consumo como una problemática moral, a otra que le consideraba un padecimiento, como la diabetes. Desde entonces se ha recorrido un largo camino en el que los tratamientos en adicciones se han diversificado, concretándose una amplia gama de enfoques y técnicas. En esta sección daremos una breve revisión a los tratamientos más validados en el campo de la salud mental y de la ciencia.

TERAPIAS MÉDICAS (BIOLÓGICAS) Y PSICODINÁMICAS			
Enfoque Clínico	Referencia Teórica	Tratamientos	Resultados
Enfermedad Progresiva e Incurable. Crónico degenerativa	Hill, 1985, Pattison y Cols, 1997. De la Fuente, 1987	Medicamentos Carbamide Citrato de Calcio Metronidazol Litio	Todos con excepción de Litio, que francamente reporta resultados negativos, reportaron resultados positivos para alcanzar una abstinencia en el corto plazo pero que no se mantiene como factor de cambio en la conducta de beber. Doce Pasos, AA.
		Terapias Aversivas (medicamentos Antiabuse, choques eléctricos)	Resultados básicamente negativos. Sus efectos son de muy corto plazo.
		Psicoterapias psicodinámicas	Resultados positivos (en psicoanálisis) pero con perfiles de pacientes de coeficientes de inteligencia altos.

Terapias conductuales

<u>Terapia aversiva</u>	<u>Contrato de contingencias (REFORZAMIENTO POSITIVO)</u>	<u>Exposición con prevención de respuesta</u>
Establecimiento de una respuesta condicionada negativa al consumo de alcohol.	Plan de reforzadores (premios) y castigos que se dan dependiendo del logro de metas de las conductas adaptativas y los castigos se aplican a las conductas mal adaptativas.	Busca propiciar la DESENSIBILIZACIÓN para disminuir el CRAVING. Figuración del escenario clásico de consumo, proveyendo al usuario todos los estímulos o reforzadores inmediatos y, simultáneamente proveyéndolo de una respuesta alternativa al consumo. Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo-consumo siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada.
Técnicas: Uso de fármacos o Reestructuración cognoscitiva o aplicación de castigos como: Choques eléctricos o provocación de vómitos	Uso de cheques, o vales de dinero o vales para regalos	Uso de escenarios naturales o simulados. A veces se usa la reestructuración cognoscitiva para inducir al individuo a darle un valor negativo o antireforzante a la conducta de consumo

Es importante anotar, que dependiendo de la base teórica desde la cual se conceptualice a la adicción o al consumo de sustancias es que se diseñará el tratamiento específico. No obstante, vale la pena anotar que la mayoría de los tratamientos y sus bases teóricas consideran a la problemática desde una perspectiva bio-psico-social. De acuerdo con R. Monasor, M. Jiménez, T. Paloma (2001)¹⁸, las terapias más citadas en la literatura, son aquellas que reportan algún grado de eficacia y se agrupan en terapias:

- 1- Terapias cognitivo-conductuales (prevención de recaídas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática),
- 2- Terapias conductuales (terapia aversiva, contrato de contingencias, exposición con prevención de respuesta) y,
- 3- Terapias psicodinámicas, (psicoanalíticas, e incluso AA y terapias familiares y grupales.)
- 4- Los tratamientos médicos, se centran en la perspectiva biológica, cuyo interés ha sido desarrollar productos farmacológicos que reduzcan el *craving*, es decir, la apetencia irresistible de beber o ingerir drogas. En el mercado están productos como la Naltrexona y el Disulfiram entre otros.

A continuación haremos una breve descripción de cada uno de los tratamientos, con base en la revisión de los siguientes textos Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; and Gawin, F.H.(1991); Jiménez M, Monasor R, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Rubio G. (2001); Kort E. (2000) y Flannery B, Roberts A, Cooney N, Swift R, Anton R, Rohsenow (2001)

¹⁸ De la Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, 2001

Terapia Farmacológica

Los tratamientos farmacológicos para atender problemas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, deben de estar siempre acompañados de psicoterapias de cualquier orientación. Se ha demostrado que la administración de naltrexona (psicofármaco antagonista opiáceo) durante las doce primeras semanas después de la última ingesta, mejora la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de días continuos de consumo y en el aumento de porcentaje de días de abstinencia. Otros medicamentos usados para provocar reacciones negativas fisiológicas con el consumo de alcohol son: Antabuse, Carbamide de Calcio, Metrodinazol e incluso algunos psicotrópicos para contrarrestar los efectos provocadas por las intoxicaciones mayores que se reflejan en cuadros de psicosis de ingesta, como delirium tremen.

Terapias conductuales

Éstas se basan en el aprendizaje de conductas sustitutivas de la conducta de consumo, es decir de un modelo desadaptativo a un modelo conductual adaptativo. Los antecedentes teórico-experimentales los encontramos en los trabajos del fisiólogo ruso Iván P. Pavlov, sobre el condicionamiento clásico que dieron origen a la psicología de la conducta. Desde los años veinte se vienen utilizando, especialmente en Estados Unidos, técnicas de modificación de conducta aplicadas a diversos trastornos o sintomatologías, sin embargo a partir de los años cuarenta se comenzaron a documentar terapias que aplicaban los principios clásicos del condicionamiento a

los problemas del alcoholismo. Estas técnicas se centran en la conducta observable y medible, y por lo tanto registran cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia.) Se ha documentado el grado de éxito de este enfoque, reportándose uno de los más altos logros en cuanto a mantener la abstinencia del sujeto.

Terapias de orientación cognitiva

La finalidad de estas terapias es modificar tanto pensamientos como conductas asociadas al consumo de sustancias, reemplazándolas por conductas alternativas y adaptativas. Las más utilizadas son las siguientes: técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades y desensibilización sistemática, con componentes específicos de prevención de recaídas. De hecho podemos hablar de tratamientos con enfoque cognitivo-conductual que como veremos reportan un alto grado de éxito. La perspectiva cognitivo conductual de las adicciones considera que los patrones de consumo adictivos representan una categoría de "hábitos maladaptativos", tales como el fumar, usar drogas, beber y comer en exceso y apostar compulsivamente, que pueden ser reestructurados con base en intervenciones breves. (Ayala, 2000) El componente fundamental que guía estas intervenciones para modificar tales hábitos, se denomina autocontrol y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo.

Terapias psicodinámicas

Este enfoque se basa fundamentalmente en la teoría del psicoanálisis de Sigmund Freud, que explica la conducta del consumo de alcohol como resultado de traumas o fijaciones inconscientes, que afectaron el desarrollo de la personalidad en un marco de conducta autodestructiva. Buscan propiciar la concientización del individuo de sus mecanismos de defensa, miedos y aberraciones (en los que se encapsula la conducta del consumo de alcohol.) Para que desarrolle formas de interrelación intra e interpersonales menos destructivas. Se consideran también en aspectos psicodinámicos relacionados con la pérdida de control (estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia y aspectos psicodinámicos de la recaída.) No está muy documentado su éxito en pacientes adictos y/o alcohólicos y se presume que cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad o deterioro cognitivo, su pronóstico de rehabilitación con éstas técnicas es bajo.

Intervenciones psicosociales

Terapias familiares

Como es sabido la familia ocupa un lugar central en la conducta del adicto, sea como facilitador del consumo o como factor motivante para la adherencia a algún tratamiento. Muchas veces el cambio de roles y funciones al interior del núcleo familiar desencadena efectos motivantes para que el usuario deje de consumir, no obstante, la

mayoría de las veces la familia no cuenta con herramientas eficaces para enfrentar las consecuencias negativas generadas por el miembro que consume sustancias. Por ello se hace necesario diseñar intervenciones para que las familias cuenten con la información y la ayuda profesional necesaria. Desde el punto de vista de la prevención, cada vez más se difunden intervenciones breves para transferirle a la familia habilidades específicas para afrontar adaptativa y activamente la conducta del familiar consumidor.

Terapias grupales

Desde los años veinte y a través de la red mundial de grupos de autoayuda Alcohólicos Anónimos, las terapias grupales para atender problemas adicción se han diseminado prolíficamente. Se trata de un programa estructurado de 12 pasos centrados en principios éticos morales, y metas de abstinencia irrestrictas que es dirigido por adictos en abstinencia. Aunque su eficacia no está documentada científicamente, el proyecto MATCH (*Matching alcoholism treatments to client heterogeneity*): reportó similitud de resultados positivos en relación con intervenciones de tipo cognitivo-conductual. "Hasta el momento, el Proyecto MATCH (1997), llevado a cabo en Estados Unidos, ha proporcionado la información más completa sobre este aspecto; 1,726 pacientes fueron asignados al azar a tres diferentes tipos de tratamiento: i) modelo de atención profesional basado en los 12 pasos, ii) intervención cognitivo-conductual y iii) programa de incremento de la motivación; 952 de estos pacientes recibieron solo tratamiento en forma externa y 774 recibieron tratamiento en consulta externa, posterior a un tratamiento más intensivo en un programa de

internamiento, los resultados para estos dos grupos fueron analizados por separado, en ambos grupos los tres programas de intervención (cognitivo/conductual, 12 pasos e incremento de la motivación) tuvieron resultados similares. los pacientes con niveles altos de *dependencia* se beneficiaron más del programa de los 12 pasos que con orientaciones cognitivo conductuales; lo contrario sucedió con los pacientes con bajos niveles de dependencia. En el programa de consulta externa los pacientes sin *psicopatología* se beneficiaron más del programa de 12 pasos que con el programa cognitivo conductual y aquellos con altos niveles de *irritabilidad* se beneficiaron más con la aproximación de incremento de la motivación que con los otros dos tipos de intervenciones. Los pacientes cuyas *redes sociales* daban menos apoyo a la abstinencia tuvieron mejores resultados en el programa de 12 pasos que en la aproximación de incremento de la motivación" (Medina Mora, y cols. 2001) La ventaja de los grupos de autoayuda es que ofrecen al paciente la posibilidad de identificarse con otros que tienen su problema, en comprender el trastorno y aprender estrategias para evitar las recaídas y de contar con un padrino o madrina que le enseñen el camino hacia la abstinencia. La técnica grupal, puede usarse en casi todas las terapias y enfoques explicados antes, y su beneficio especial es el costo-beneficio. Existen estudios que indican la mayor eficacia de esta terapia en mujeres que en hombres y en algunos casos mayor adherencia terapéutica.

Terapias e Intervenciones breves

Al hablar de los tratamientos para adicciones es importante hablar de las intervenciones y terapias breves. La importancia de ambos han ido en aumento dado la necesidad de optimizar recursos y obtener resultados concretos **en poco tiempo**. Heather, N.. (1989), establece algunas diferencias entre las terapias y las intervenciones breves, además del tiempo, es decir que las intervenciones son más cortas, se diferencian de los objetivos.

Intervenciones	Terapias
Son motivacionales y buscan propiciar un cambio en el cliente. Se enfocan en el cambio de pensamientos y de conducta.	Atienden problemas de la personalidad. Buscan mantener el cambio. Modelan conductas nuevas y alternativas y se enfocan en los déficits conductuales

Las Terapias Breves son un modelo efectivo para usuarios que no caigan en la categoría de “dependencia al alcohol” (especialmente crónicos y con dependencia severa), quienes deben ser referidos a un tratamiento especializado. Ello porque los esfuerzos que se requieren para el cambio conductual son posibles para bebedores problema, pero mucho más complejos o imposibles para dependientes al alcohol o alcohólicos. Por todo ello, la aplicación de instrumentos de medición efectivos y confiables es de suma importancia, para que el diagnóstico y la clasificación sean precisas. Es claro que muchos de los bebedores problema no acuden a un especialista justamente porque evaden la estigmatización de “alcohólico”, así como el trato con

psiquiatras y diagnósticos que lo relacionan con situaciones de vergüenza o culpa; además de estas barreras, las barreras de distancias y concentración de servicios especializados en grandes urbes impiden que estos bebedores tengan acceso a un tipo de orientación, por lo que una intervención breve sería de gran utilidad para ellos.

Las terapias breves plantean un tratamiento psicoeducativo que considera la transferencia de tecnología al paciente-usuario y por lo tanto es autogestivo y auto replicable para otras áreas de su vida donde éste haya adquirido conductas maladaptativas. Por supuesto, los métodos de educación impartidos en estas intervenciones no implican nada más dar información, sino incluyen estrategias precisas para el cambio conductual, que requieren ser aplicadas por personas que observen algún tipo de entrenamiento terapéutico.

Las intervenciones breves son parte de las estrategias de salud pública y de la educación para la salud, además de programas clínicos a seguir y son una puerta más que se abre para atender a los millones de personas afectadas por su consumo de alcohol. En cuanto a los estudios experimentales comparativos, se ha reportado que dependiendo de la patología del usuario será la efectividad de la terapia. Por ejemplo, R. Monasor, M. Jiménez, T. Paloma (2001), reportan que los individuos con trastorno antisocial de la personalidad se benefician mayoritariamente de técnicas estructuradas como las de entrenamiento en habilidades sociales. Los pacientes con menos rasgos de sociopatía y buen funcionamiento social de terapias centradas en la relación interpersonal y los sujetos ansiosos de técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación.

Conclusión.

Al revisar los enfoques de tratamiento podemos apreciar que pese a sus diferencias en cuanto a técnicas y sustrato teórico que, todos tienen un grado de valor y eficacia y depende del tipo de usuario (paciente) y su grado de dependencia. No obstante, Un problema es la falta de estudios comparativos que midan diferentes tratamientos y prueben eficacia. Morgenstern J, Longabaugh R. (2000). reportan que los tratamientos de corte cognitivo conductual son los más efectivos: "Uno de los estudios más ambiciosos para evaluar eficacia en la terapia psicosocial ha sido el del Proyecto Match. Se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado que comparaba mejoría en pacientes con tratamiento centrado en el método de Doce Pasos (Alcohólicos Anónimos), con terapia de comportamiento cognitivo o con terapia de intensificación motivacional. Se planteaba como hipótesis que determinados subgrupos de dependientes del alcohol responderían de manera diferente a los tratamientos. Los resultados fueron que tras un año de seguimiento el tratamiento de los 12 pasos fue igual de eficaz en conseguir y mantener abstinencia que los otros. Por tanto, no aporta datos concluyentes sobre la indicación de la terapia aunque se observó que el tratamiento cognitivo-conductual funcionaba mejor en pacientes con menos síntomas de dependencia" Sin embargo, R. Monasor, M. Jiménez, T. Paloma (2001) dicen que es necesario investigar más profundamente sobre sus mecanismos de acción, es decir, cómo actúa en los pacientes, por lo que se debe seguir trabajando en la evaluación de los factores que intervienen en

el control de la abstinencia sobre todo en la metodología y la conceptualización de las habilidades de afrontamiento en las que se basa esta técnica. Asimismo es importante contar con eficaces instrumentos de medición y diagnóstico para reconocer si en un momento dado el paciente requiere de apoyo farmacológico. Los grupos de 12 pasos, son los más difundidos a nivel mundial pero no se cuentan con estudios experimentales para probar su eficacia.

Capítulo III

Competencias Profesionales y actividades por Semestre

En este capítulo presentaré primero un breve resumen de las competencias desarrolladas a lo largo de los cuatro semestres y, posteriormente una descripción semestre a semestre de las actividades realizadas y competencias adquiridas.

Durante los dos años de formación tuve en total 7 asignaturas teóricas, 9 seminarios de temas variados relacionados con las adicciones, además de cumplir con el Programa de Residencia, estando adscrita a los Modelos de Bebedores Problema, Cocaína y Usuarios Crónicos. En todos ellos apliqué los principios de detección, evaluación, diagnóstico e intervención, teniendo la oportunidad de ser supervisada y recibir retroalimentación de los encargados de cada programa de intervención. Previamente a la intervención tuve la oportunidad de observar casos que terapeutas más experimentados realizaron.

Durante estos dos años realicé 2 proyectos de investigación, uno enfocado a encontrar la prevalencia del abuso de sexual en la infancia en una población adicta cautiva (con 150 cuestionarios aplicados) y otro para desarrollar el componente de atención de las disfunciones sexuales en usuarios crónicos de alcohol y drogas (proyecto de investigación experimental aplicada) mismo que fue aplicado a un grupo de 14 personas del grupo de AA del Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF) Asimismo participé en la

elaboración y aplicación del componente para el manejo de la depresión, la ansiedad y el enojo en usuarios crónicos del Programa de Reforzamiento Comunitario para usuarios crónicos de alcohol y drogas CRA.

Asimismo asistí como estudiante a dos conferencias Binacionales sobre adicciones y a 3 Simposios Nacionales sobre adicciones (uno de ellos enfocado a tabaco.) Como ponente participé en el II Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones organizado por la *Revista Liberaddictus*, la OPS y empresas como Nicorete, con el tema “Modelos y Técnicas para el Tratamiento de las Adicciones”; también participé como ponente durante la III Reunión Fronteriza de adicciones, en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, en donde presenté los avances del componente del manejo de disfunciones sexuales para usuarios crónicos de alcohol y drogas; además presenté cartel y conferencia (ambos con el tema: Intervenciones Breves en el ámbito de las adicciones. Modelo de Intervención para Usuarios Crónicos Dependientes de Alcohol y Otras Drogas durante el Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta (2003) que organizó la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (octubre 2003) y durante el XI Congreso Mexicano de Psicología que organizó la Sociedad Mexicana de Psicología AC. en las ciudades de Puerto Vallarta, Guadalajara y Campeche, Campeche, respectivamente.

Como parte de mi formación académica conocí los fundamentos teóricos y apliqué diversos instrumentos de medición de conductas y niveles de adicción.

Gracias a todo ello, es que a lo largo de la maestría adquirí importantes competencias profesionales (Ver cuadro siguiente)

1er semestre	2º semestre	3er semestre	4º semestre
Conocimiento de las bases epidemiológicas y psicosociales para describir el fenómeno de las adicciones en nuestro país. Estudio epidemiológico por grupos y problemas asociados y análisis de estadísticas nacionales y locales sobre el problema de las adicciones.	Conocimiento de las bases, historia e instrumentos de la prevención en adicciones. Conocimiento del modelo Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema (con observación de casos y retroalimentación del supervisor-terapeuta)	Profundización en el conocimiento del modelo Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema (con observación de casos y retroalimentación del supervisor-terapeuta)	Práctica terapéutica supervisada en el Modelo Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema
Revisión de los estudios de diseño N=1 para Conocimiento de los tratamientos que incluyen intervención e investigación simultánea	Proponer intervenciones preventivas en el ámbito individual y comunitario.	Manejo del Programa de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína. (Observación de casos y retroalimentación de terapeuta-supervisor)	Práctica terapéutica supervisada en el Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas. (CRA)
Entendimiento de los factores psicosociales que determinan las tendencias de las conductas adictivas en el país y con base en ello proponer temas de investigación y detectar grupos y zonas de riesgo	Desarrollar herramientas específicas de apoyo a la comunidad (folletos, dinámicas de grupo, sociodramas) para transferir métodos de prevención a la comunidad	Conocimiento del Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas. (observación de casos y supervisión)	Desarrollo del componente de atención de disfunciones sexuales para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas. Desarrollo de folletos, posters, y sociodramas para el CRA.
Entrenamiento como coterapeuta en el Centro para la Ayuda del Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría.	Conocimiento de los fundamentos prácticos y teóricos de los programas de prevención más diseminados y avalados en nuestro país.	Revisión y conocimiento de las políticas públicas sobre adicciones y elaboración de propuesta para política de control de drogas y adicciones en un grupo específico.	Elaboración de presentación de casos clínicos con la metodología N=1, para el modelo de Bebedores Problema y para el CRA. Formación de Coterapeutas en el CRA.
	Conocimiento del Programa de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína. Estudio sobre los tratamientos para usuarios de cocaína más diseminados en México y Estados Unidos	Desarrollo y aplicación de proyecto de investigación para prevención de adicciones en grupo de riesgo.	Intervención en el área de la sexualidad para pacientes adictos de grupos de autoayuda (AA) (Dos grupos)

Primer semestre

Programa de Residencia

Durante el periodo septiembre a enero 2001-2002 fui asignada al Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF) (Ver

Anexo I) del Instituto Nacional de Psiquiatría, para desarrollar mis actividades profesionales de Residencia correspondientes al primer semestre de la Maestría de Psicología en Adicciones. Como parte de mi formación terapéutica participé como coterapeuta en cuatro grupos de atención: *Mujeres violentas, jóvenes adictos (alcohol y drogas) y adultos alcohólicos; además del grupo de mujeres codependientes.*¹⁹

En cuanto al grupo de mujeres codependientes, se trata de familiares de personas con problemas de abuso de alcohol y drogas. Este grupo sesiona todos los miércoles de 10:30 a 13:00 horas, siguiendo los lineamientos de la Terapia Gestal. En promedio asistían 25 mujeres de diferentes edades (entre 30 y 65 años) del nivel socio-económico bajo hasta medio alto; un muy bajo porcentaje del grupo eran mujeres alcohólicas. El programa incluye 30 sesiones, durante las cuáles se analizan temas específicos y se trabaja con objetivos precisos. Al participar en el grupo de mujeres codependientes mis actividades como coterapeuta fueron las siguientes:

- 1- Registros Observacionales (Tomar nota de la dinámica grupal)
- 2- Tomar nota de las expresiones más significativas de las participantes
- 3- Apoyar con comentarios al terapeuta cuando así se me requiera.
- 4- Observación general del procedimiento aplicado en cada paciente y la Gestal del grupo

¹⁹ Bajo la supervisión del Maestro Roberto Tapia y de la Maestra Evelia Fragoso.

En cuanto al Grupo de Jóvenes adictos, son sesiones terapéuticas basadas en un modelo cognitivo-conductual. En su mayoría se trata de jóvenes con problemas de consumo de sustancias. Sus edades fluctúan entre los 18 a los 28 años de edad, algunos son casados con hijos o sin hijos y otros solteros. Mi trabajo fue colaborar con la integración de la dinámica siguiendo las indicaciones del psicólogo y hacer comentarios terapéuticos a los pacientes, cuando así se me requiriera, así como apoyar en la preparación del salón y la logística de la dinámica. Aprendí varias dinámicas grupales destinadas a tratar problemáticas específicas. Adicionalmente y bajo la asesoría del psicólogo Roberto Tapia, desarrollé una dinámica específica para abordar la problemática sexual de estos pacientes, usando un cuestionario sobre abuso sexual, así como trabajo grupal específico.

En cuanto al grupo de mujeres violentas, se integra por personas con problemas de adicción al alcohol o bien a drogas médicas, como tranquilizantes o ansiolíticos. El grupo de varones adictos, está integrado por adultos con problemas de alcoholismo y otras drogas. Ambos sesionan una vez a la semana y en ellos participé en las dinámicas de grupo, tanto en la preparación logística como en los comentarios terapéuticos.

Simultáneamente participé en todas las juntas clínicas del CAAF que se celebran los lunes de cada semana y donde el equipo técnico (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y médico general), revisan todos los expedientes de los pacientes de primera vez y reingresos y determina qué tipo de servicio y terapia debe asignársele, de acuerdo a su problemática y necesidad específica. Tienen la finalidad de que el equipo multidisciplinario determine el tipo

de tratamiento que requiere el paciente a partir del diagnóstico de la preconsulta. Durante estas juntas adquirí las siguientes Competencias Profesionales:

- 1- Conocimiento de los Instrumentos de Medición y Material clínico de pre-consulta, consulta y recaídas (Ver anexo Instrumentos del CAAF)
- 2- Conocimiento de varias dinámicas grupales
- 3- Conocimiento teórico-práctico de distintos enfoques terapéuticos para pacientes adictos y sus familiares.
- 4- Desarrollo de una dinámica grupal para atención del área sexual en pacientes adictos.

Asimismo colaboré en el proyecto de investigación:²⁰ *“Relación entre los mecanismos de afrontamiento que utilizan los familiares mujeres del paciente alcohólico y el Índice de Severidad de la Adicción (ASI)”*²¹ Para ello realicé investigación bibliográfica revisando el Boletín Interno de Sumarios del Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental. (Febrero de 1988-Octubre 2001), identificando las investigaciones experimentales y artículos teóricos relacionados con las terapias sistémicas y aquellas basadas en la teoría del afrontamiento, para pacientes alcohólicos. También se identificaron los artículos referidos a los instrumentos de medición y patrones de consumo del alcoholismo. Se investigó en fuentes

²⁰ A cargo de Sara Infante Murillo, quien estaba realizando su Maestría en Ciencias (Médicas), con la especialidad en psiquiatría clínica.

²¹ Ver anexos se incluye el Instrumento de Medición. Es la versión del ASI original de T. McLellan y cols. Del IMP, adaptado por Evelia Fragoso y Luis Solís

científicas e institucionales foráneas, los artículos referidos a las terapias tanto de corte cognitivo-conductual como sistémicas para alcohólicos. Lo importante en este caso, fue que pude conocer las agencias de investigación científica dedicadas al estudio de las adicciones en el ámbito mundial. En algunos casos como el de *NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL*, pude hacer contactos personales.

Desde este semestre y durante toda el programa de maestría, tanto teórico como práctico, fui asignada, al **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**. Mi formación estuvo a cargo de diversos maestros. Este Modelo lo expondré con amplitud en el caso clínico que sustenta este reporte profesional.

Formación Teórica

Durante este semestre participé en tres seminarios.²² El primero llamado *Seminario Introductorio a las Adicciones*, durante el cual tuve oportunidad de conocer las diferentes encuestas que se han realizado sobre adicciones en el país, su interpretación epidemiológica y necesidades de acción en campos específicos de la prevención y de la rehabilitación; aspectos farmacológicos de las adicciones, aspectos sociodemográficas por subgrupos, problemática internacional; historia de la salud pública en la materia y investigación histórica clínica sobre los conceptos de uso, abuso y dependencia de las sustancias, así como historia de las políticas públicas en el ámbito de las adicciones.

²² Estos seminarios estuvieron a cargo de la Maestra Guillermina Natera Rey, el segundo a cargo del Maestro Fernando Wagner, el tercero a cargo del maestro César Carrascosa

Este seminario fue muy enriquecedor ya que pude observar la importancia de ubicar la problemática epidemiológica por rangos, sectores y necesidades, antes de poner en práctica los diferentes modelos de atención. También pude conocer las investigaciones más importantes que se realizan en el Instituto Nacional de Psiquiatría y su interrelación socio-psicológica con la problemática de las adicciones en el país, y asistir a dos reuniones binacionales sobre drogas y adicciones, en las cuales pude entender, también el dilema del narcotráfico.

El segundo seminario fue el de *Introducción a la Epidemiología*, cuyo objetivo fue el de conocer los fundamentos teórico-prácticos de la epidemiología, historia, tendencias y corrientes, software de estadística más útiles en el análisis epidemiológico, así como los principales estudios epidemiológicos, fórmulas de medición y los diseños epidemiológicos más exitosos en el estudio de las adicciones.

El tercer seminario fue el de Investigación Clínica, cuyo objetivo fue el conocimiento de la metodología de N=1 para estudios clínicos, lo que permite al psicólogo y al paciente contar con una metodología científica para medir la efectividad de un tratamiento.

Segundo semestre

Programa de Residencia

Durante el segundo semestre fui asignada al ***Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína***,²³ durante el cual realice las siguientes actividades:

²³ Desarrollado por el doctor, Maestro Roberta Oropeza Tena, durante este periodo de entrenamiento estuve bajo su supervisión.

1. Entrenamiento en el manual del terapeuta **Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína**
2. Revisión y exposición de manuales de otros tratamientos para usuarios de cocaína (en particular me tocó exponer un modelo cognitivo-conductual y otro basado en los 12 pasos, adaptado por la Universidad de California)
3. Participación en el seminario de estudios experimentales y teóricos sobre la cocaína
4. Observación de casos y retroalimentación del (los) terapeutas.
5. Seminario de análisis de instrumentos de medición para tratamientos para usuarios de cocaína.
6. Difusión y diseño de propuestas de carteles y folletos.
7. Entrenamiento como coterapeuta en el Modelo de Intervenciones Breves para Usuarios de Cocaína

Competencias adquiridas

- 1- Como coterapeuta del Modelo de Intervenciones Breves para Usuarios de Cocaína
- 2- Capacidad de análisis de tratamientos en pacientes usuarios de cocaína
- 3- Conocimiento y Manejo de instrumentos de medición y formatos de tratamiento para usuarios de drogas (particularmente cocaína), a) Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), (DAST-20 en inglés). b) LIBARE para usuarios de cocaína. (Línea base retrospectiva) C)

Cuestionario de entrevista Inicial D) Historia de Consumo de alcohol y drogas y e) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS)

- 4- Para desarrollar estrategias de difusión para programas de tratamiento en adicciones
- 5- Para detectar las diferentes formas de consumo de la cocaína, sus propiedades químicas, sus efectos y las diferentes formas en que se le nombra y las consecuencias negativas en el ámbito de la salud y la sociedad.

Aunque en el apartado de la problemática de las adicciones de México se hizo ya referencia a las cifras sobre cocaína, dado mi entrenamiento específico en el modelo de referencia, me gustaría presentar a continuación un breve subcapítulo sobre la cocaína y el Modelo. Me interesa además porque de los casos que me ha tocado atender observé una gran problemática con el consumo del crack (cocaína base que se fuma), tanto por su rápido efecto adictivo, como por el daño asociado tanto físico como social. Algunos de los usuarios tenían antecedentes penales, dado que habían incurrido en conductas delictivas (robos, riñas) con el fin de obtener dinero para comprar la sustancia, lo que evidentemente intensifica los daños asociados al consumo.

Según la ENA 1998 la prevalencia de la cocaína es baja (apenas 1,4% = 691 mil sujetos; frente a 5,2% de uso de drogas ilegales), lo cierto es que desde la década de los 90s el consumo se ha incrementado de manera alarmante, especialmente porque se reportaron casos de niños de 10 años que comenzaron a usarla en el

formato del crack (presentación para ser fumada, combinada con sustancias químicas que lo hacen más adictiva.) Desde entonces, las autoridades sanitarias se han dado a la tarea de promover tanto programas preventivos como tratamientos específicos para usuarios iniciales, experimentales o crónicos de este estimulante mayor, a veces llamado euforizante.

En este apartado primero hablaré de las características químicas y efectos de la cocaína y, posteriormente del Modelo de la Residencia de Adicciones para usuarios de cocaína de la Facultad de Psicología.

LA COCAÍNA Y EL MODELO DE INTERVENCIONES BREVES PARA USUARIOS NO CRÓNICOS

Se trata de uno de los más fuertes estimulantes del sistema nervioso central que interfiere con la reabsorción de los procesos de la dopamina, un neurotransmisor o mensaje químico relacionado con el placer y el movimiento, (NIDA, 2000). Pulvirenti y Kob (1996, citado en Brailowsky, S. (1999)) dicen que la cocaína actúa en la sinapsis, donde tiene lugar la propagación química de los impulsos nerviosos. Los efectos inmediatos del consumo son:

Nivel físico:

1. Incremento de la tasa cardiaca y de la presión sanguínea
2. Pupilas dilatadas
3. Incremento de la temperatura
4. Constricción periférica de los vasos sanguíneos

En el estado de ánimo:

1. Euforia y alerta
2. Disminución de la fatiga
3. Claridad mental
4. Sensación de super poder y autosuficiencia extremas.

En grados de intoxicación:

1. Hostilidad y paranoia
2. Movimientos estereotipados
3. Verborrea
4. Arritmias, hipertensión, ataque cardiacos, derrame cerebral, coagulación intravascular
5. Paro respiratorio
6. Vómitos, diarrea
7. Anorexia
8. Alucinaciones visuales y táctiles
9. Convulsiones

Dado su alto potencial adictivo, (la más alta en comparación con otras sustancias psicoactivas, excepto la heroína), la mayoría de los usuarios de esta droga, experimentan en algún momento los efectos de la intoxicación así como los del síndrome de abstinencia que además incluyen:

1. Agitación (ansiedad)
2. Depresión
3. Fatiga

4. Disforia
5. Hipersomnia
6. Craving

Tratamientos

Al igual que en todos las adicciones, la diversidad de tratamientos para usuarios de cocaína, abarcan los de corte farmacológico, conductuales, cognitivo-conductuales y psicodinámicos, en la siguiente tabla revisamos brevemente en qué consiste y su eficacia, según estudios experimentales reportados (NIDA, 2000). Es importante aclarar que en cuanto a los tratamientos farmacológicos NO existe ningún medicamento que probadamente sea eficaz en sí mismo para detener el consumo de cocaína, aunque se han desarrollados estudios experimentales probando varias sustancias.

TX FARMACOLÓGICO	Administración de contingencias	Programa de Reforzamiento comunitario CRA	DOCE PASOS para Narcóticos Anónimos
Selegelina, 1999 (parche transdérmico y píldora de difusión regulada)	Tratamiento conductual, que busca reforzar la conducta del no consumo	Tratamiento conductual que busca reinsertar al adicto a un estilo de vida sano y productivo.	Programa ético-moral que se centra en la autoresponsabilidad,
Metadona 80s (como droga sustituta, poco eficaz, ya no se usa)	Premios (contingencias, con cheques, vales de despensa y regalos)	Técnicas de habilidades sociales, búsqueda de empleo, consejo marital	Contiene componentes espirituales y morales como reparación de daños
Disulfiram (como aversivo) reporta efectividad limitada	Tiene efectividad en el corto plazo, pero a la larga requiere que se integren otras técnicas motivacionales.	Es efectivo en usuarios con dependencia alta.	Busca que le individuo encuentre una actividad complementaria de servicio a la sociedad en el campo de las adicciones
Antidepresivos, efectivos para controlar efectos del síndrome de abstinencia; pero de cuidado porque pueden convertirse en un disparador del consumo		Requiere complementarse con programas de administración de contingencias	La adherencia terapéutica es buena, para individuos con deterioro cognitivo y carencia de red social de apoyo.

FUENTE: Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; and Gawin, F.H. (1991)

Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína

Es un tratamiento que inicialmente fue de corte conductual (Higgins, S.T., 1996), no obstante las adaptaciones cognitivo conductual con 13 sesiones: la admisión, la evaluación, 8 sesiones psicoeducativas y 3 sesiones de seguimiento (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.) Busca establecer la alianza terapéutica con base en la entrevista motivacional, para que el usuario se establezca en la meta de la abstinencia.

Las siguientes tablas explican el tratamiento, en tres fases: admisión, evaluación; 8 sesiones de tratamiento y 3 de seguimiento.

ADMISIÓN	EVALUACIÓN
Se establece el rapport Se explica el tratamiento Se aplica cuestionario de preselección y Cuestionario de Abuso de Drogas.	Revisión del auto-registro. Se llena la entrevista inicial que es un formato de recaptura de datos tanto de uso de drogas, como personales, laborales y legales. Se aplican los instrumentos: Inventario de confianza situacional, (ISC); Línea base retrospectiva LIBARE; e Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS)
Se le da el carnet y el auto-registro de consumo	También se aplica la historia de consumo de alcohol y drogas y se le da motivación al usuario para que se comprometa a asistir al tratamiento y alcanzar la abstinencia, explicándole sin embargo que una recaída puede ser una oportunidad de aprendizaje.

Las 8 sesiones de tratamiento se ofrecen una vez a la semana, de preferencia un día fijo, con sesiones promedio de 1 hora. El terapeuta debe tener la habilidad de “motivar” al usuario para que

entienda con toda claridad el objetivo de cada sesión, sus componentes y el aprendizaje que puede obtener de cada tarea. Las tareas se asignan al final de cada sesión, y se revisan y discuten de común acuerdo entre el terapeuta y el usuario en la siguiente sesión.

SESIÓN	COMPONENTE
1	Balance decisional y establecimiento de metas. Se analizan pros y contras del consumo y se buscan razones para el cambio. Se establece la meta de reducción del consumo. (con base a los resultados del LIBARE)
2	Manejo del consumo de cocaína. Se realiza Análisis funcional identificando, disparadores y situaciones de riesgo y se proponen planes de acción. (se discute el IDTS)
3	Identificar y enfrentar pensamientos de cocaína. Relación entre situaciones de consumo y estados de ánimo (físico y psicológico/emocional) y planes de acción para enfrentarlos. Reestructuración cognoscitiva, agenda de cambios.
4	Identificar y enfrentar el deseo de la cocaína. Reconocimiento de disparadores y entrenamiento para enfrentarlos y ejercitar conductas alternativas.
5	Habilidades asertivas para rehusar ofertas
6	Decisiones aparentemente irrelevantes. Se revisan aquellas conductas que llevan al consumo pero que no se tienen identificadas. (disparadores ocultos)
7	Habilidades Sociales (toma de decisiones, comunicación y solución de conflictos)
8	Restablecimiento de metas y planes de acción de largo plazo

Es muy importante que durante todo el tratamiento el terapeuta aplique las técnicas de la entrevista motivacional, como la escucha reflexiva, la retroalimentación, el contacto visual y el reforzamiento de las conductas de no consumo y avance dentro del programa del tratamiento. Por último se dan las citas para las sesiones de

seguimiento durante los cuales se aplicaran los instrumentos de evaluación una vez más, se le da el auto-registro con hojas suficientes para los periodos de seguimiento, y se deja la puerta abierta, para más sesiones de apoyo y para el contacto telefónico en caso que el usuario lo requiera. Al final del tratamiento también se aplica un cuestionario para la validación social del tratamiento, que básicamente se trata de 17 preguntas relacionadas con una escala de satisfacción del 1 al 4 (muy satisfecho a nada satisfecho.)

En conclusión este modelo representa una alternativa para que los usuarios que han iniciado el consumo o tienen un año de uso, puedan seguir un programa breve y cambiar esta conducta desadaptativa.

Formación Teórica

Otro aspecto importante de mi programa de Residencia del segundo semestre fue la instrucción recibida en las políticas y programas de prevención, a través de un seminario específico²⁴, además de conocer y analizar las teorías en relación a las conductas adictivas, así como los diferentes modelos de intervención en las adicciones²⁵, también a través de así como de otras conferencias ofrecidas por el equipo de profesionales del Instituto Nacional de Psiquiatría. Esto me ha permitido ofrecer pláticas y conferencias en grupos específicos como el centro para la Juventud y la Familia (CEPAJUF) del DIF de Matamoros, Tamaulipas. Gracias a este entrenamiento las pláticas han tenido el objeto de no solo dar

²⁴ A cargo de la maestra Helen Castro, quien es reconocida entre otras muchas acciones en el campo de las adicciones, por el diseño y aplicación del Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales., Chimalli.

²⁵ Seminario a cargo de los maestros Horacio Quiroga y Cesar Carrascosa.

información sino proporcionar elementos específicos para la actuación en el campo de las adicciones en el nivel de prevención secundaria (ofrecer un tratamiento breve), así como favorecer la identificación de los factores de riesgo y de protección en cada población.

Tercer semestre

El objetivo del tercer semestre fue obtener entrenamiento específico permaneciendo en el Centro de Servicios Psicológicos practicando técnicas específicas de intervención e iniciando un proyecto de investigación. Participé en cinco seminarios y fui asignada al ***Modelo de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas,²⁶ y me mantuve en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.*** Cabe mencionar que durante este semestre participé en un curso intensivo teórico-práctico de este modelo. El servicio de residencia lo desarrollé en el centro de atención Acasulco, que a partir de este semestre se nos asignó como sede para la atención de usuarios de los diferentes programas de intervención breve y atención para usuarios crónicos, que la misma Maestría ofrece.

En el Centro de capacitación obtuve el siguiente entrenamiento, tanto a través de seminarios como de ensayos conductuales, observación y atención de pacientes.

1. Desarrollé un programa preventivo en el nivel comunitario enfocado a la prevención de las adicciones en adolescentes con historia de

²⁶ A cargo de la Maestra Lydia Barragán Torres.

abuso de alcohol. (Supervisado por el Dr. Héctor Ayala Velázquez)
Aplicación y análisis del programa de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas y en particular en bebedores problema.

2. Estudio y discusión de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

Asimismo recibí entrenamiento en las siguientes áreas de competencia profesional:

- 1- Conocimiento de diferentes programas que en México existen sobre prevención de adicciones.
- 2- Estudio de técnicas, métodos y procedimientos actuales para el manejo de pacientes adictos, a través del Seminario **Modelo de Tratamiento de Conductas Adictivas**²⁷
- 3- Conocimiento e identificación de los instrumentos de medición, evaluación y diagnóstico de pacientes adictos, a través del Seminario **Medición de las Conductas adictivas**²⁸, durante este seminario conocí las bases teóricas y metodológicas de los instrumentos de medición más validados y diseminados en México, para las conductas de consumo de alcohol y drogas.
- 4- Conocimiento de distintas técnicas para la rehabilitación de adictos.
- 5- Desarrollé un proyecto de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones. (Trabajé una intervención breve en el área de sexualidad con pacientes de Grupos de

²⁷ A cargo de los Maestros: Lydia Barragán Torres, Kalina Isela Martínez Martínez, Roberto Oropeza Tena, Jennifer Lira Mandujano, Silvia Morales Chainé.

²⁸ A cargo de la doctora Kalina Isela Martínez Martínez.

- Autoayuda, en particular el grupo AA que sesiona en el CAAF, a cargo de la Señora Laura Rivero y el grupo AA de Nativitas)
- 6- Conocimiento de las políticas públicas y la ética en el tratamiento de las adicciones en México y en el mundo, a través de un seminario²⁹, a través del cual pude identificar los factores psicosociales y niveles de dependencia que determinan las políticas y los tratamientos a aplicar.
 - 7- Por último observé y atendí pacientes tanto en los programas de bebedores problema, modelo de intervenciones breves para usuarios de cocaína y programa de reforzamiento comunitario para usuarios crónico de alcohol y drogas, como coterapeuta y terapeuta.

Actividades Específicas:

- a. Observación de casos
- b. Análisis de casos
- c. Observación de los seguimientos a usuarios del programa a los 6 y 12 meses de ser datos de alta (en el programa de cocaína)
- d. Recibí retroalimentación de los ensayos conductuales y como coterapeuta por parte de mi supervisor.
- e. Identifiqué recaídas
- f. Proporcione información de beneficios derivados del tratamiento

²⁹ A cargo de la Maestra Haydée Rosovsky.

- g. Identifique el formato de contacto
- h. Tiempo de entrevistas
- i. Integración del seguimiento en un plan de programa de tratamiento
- j. Aplicación del método de línea base retrospectiva
- k. Aplicación de escalas para evaluar el consumo del alcohol
- l. Juego de roles para aprender estilo en la entrevista (motivacional) inicial y de seguimientos

Además, como dije anteriormente, en este semestre fui asignada al ***Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas***, (CRA.) En el capítulo de presentación de casos, abundaré sobre este programa, justamente con la presentación de un caso.

Cuarto semestre

Este cuarto semestre se centró en el Programa de Residencia enfocada a dos objetivos, el primero fue la atención de pacientes dentro de los Programas CRA y de Bebedores Problema y el segundo fue continuar la capacitación teórica participando en el Seminario de Temas de Adicciones³⁰.

Cabe destacar que como parte de mis actividades profesionales fui convocada a dar un curso sobre Intervenciones Breves en Adicciones en el DIF de Tamaulipas, ofrecido a médicos, trabajadoras

³⁰ A cargo del Maestro Miguel Ángel Medina.

sociales, maestras de escuela y personal paramédico de la misma Institución.

Competencias adquiridas

- 1- Admisión de pacientes de primera vez en el Centro de Servicios Acasulco y canalización al servicio indicado (CRA, Bebedores Problema, adolescentes o cocaína)
- 2- Terapeuta del CRA³¹
- 3- Terapeuta del Modelo de Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema³²
- 4- Instructora o conferencista de temas de adicciones (particularmente en los temas de prevención, políticas públicas y modelos de intervención, con énfasis en los tratamientos de corte cognitivo conductual.)
- 5- Diseñadora de campañas de comunicación e información para la prevención de las adicciones en comunidad. Particularmente para difusión en radio del Modelo de Intervenciones Breves para Bebedores Problema

³¹ Bajo la supervisión de la Maestra Lidia Barragán Torres

³² Bajo la supervisión del Maestro Miguel Ángel Medina

Capítulo IV

Modelos de Intervención en conductas adictivas

Introducción

El caso clínico que presento para esta disertación profesional, corresponde al Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, (Sobell & Sobell, adaptado por Ayala y Echeverría, 2000) estuvo supervisado por el Maestro Miguel Ángel Medina y fue comentado con mi tutora, la Maestra Guillermina Natera Rey. Es importante comentar que los seis meses posteriores al final de mi formación curricular del Programa de Residencia de la Maestría de Psicología en Adicciones, es decir de septiembre 2003 a febrero 2004, participé como becaria CONACYT en el Programa de Desarrollo de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales³³, en el Sub-Programa # 6: Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas³⁴, dentro del cual me mantuve atendiendo a usuarios crónicos en el Centro de Servicio Acasulco, situación que me permitió consolidar mi formación terapéutica y teórica. Es por ello que incluyo un caso clínico de este modelo, el CRA, en este reporte de competencia profesional. Si bien en el Modelo de Intervenciones Breves para Bebedores Problema pude apreciar su

³³ A cargo de la Doctora Lucy Reidl Martínez

³⁴ Como se ha dicho a cargo de la Maestra Lydia Barragán Torres

efectividad en usuarios sin dependencia, o dependencia leve y moderada, para mí fue muy importante ser formada también, en un modelo para usuarios crónicos.

De esta manera, este capítulo está dividido en tres partes:

- 1- Revisión teórica sobre los tratamientos cognitivo conductuales en el campo de las adicciones y de los programas de intervención de la Facultad de Psicología.
- 2- Descripción de los casos
- 3- Conclusiones

4.1 Antecedentes

a) Perspectiva Cognitivo Conductual en las Adicciones

La base teórica de estas terapias cognitivo conductuales provienen por un lado de principios del condicionamiento operante, (Skinner 1953, 1971) que se desarrolla dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado, y de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977.). De acuerdo con Skinner (1969) un hecho conductual (formulación adecuada de la interacción entre un organismo y su medio ambiente), debe implicar tres cosas:

- 1- La ocasión en la cual ocurre una respuesta (estímulo antecedente)
- 2- La respuesta misma (conducta)
- 3- Las consecuencias reforzantes. (efectos)

La interrelación entre estas tres condiciones es llamada las *contingencias de reforzamiento*. Contingencia es la interdependencia entre las tres condiciones. El ABC del análisis conductual aplicado establece que todo lo que se conoce acerca de la predicción y el control de la conducta humana se incorpora dentro de la triple contingencia. (*Estímulo antecedente-respuesta-consecuencia*.)

La Teoría del Aprendizaje Social, (TAS) retoma los principios del condicionamiento clásico y operante, y se construye a partir de tres supuestos:

- 1- La conducta se determina por el antecedente ambiental anterior y se mantiene por sus consecuencias
- 2- El cúmulo de experiencias de vida y su asimilación individual con base en los factores biológicos y ambientales
- 3- Los procesos cognoscitivos que impulsarán la incorporación de ciertas conductas en el repertorio conductual o bien su extinción.

De tal suerte que la TAS no acepta que exista una personalidad adictiva, sino que existen una combinación de factores sociales, ambientales e individuales que condicionan el consumo abusivo, de la misma manera también el tratamiento debe ofrecer una combinación de factores sociales, ambientales e individuales, que respondan a las necesidades y características particulares de cada consumidor. Después de muchos estudios de corte experimental y teórico considera algunos principios básicos sobre las llamadas conductas adictivas, (Abrams y Niaura (1987) que son:

- a. La conducta de consumir alcohol es parte del modelamiento social aprobado y motivado por el contexto, de manera que los amigos y el ambiente familiar son elementos que pueden influir poderosamente en el inicio y mantenimiento de la conducta del consumo de alcohol y drogas.
- b. Existen factores predisponentes de tipo biológico y neuroquímico que pueden hacer más vulnerable a un grupo determinado de la población, ante el consumo de sustancias. También hay factores sociales predisponentes, específicamente en la población con déficit conductuales, como incapacidad de comunicación y socialización e incapacidad para manejar situaciones negativas. No obstante, estos factores predisponentes van a convertirse en disparadores dados ciertos eventos de la vida del individuo cuya intensidad lo lleve al consumo compulsivo e irrefrenable.
- c. El aprendizaje directo que el individuo tenga del contacto con la sustancia psicoactiva, es muy importante para condicionar el uso repetido. Si la persona obtiene gratificación y utilidades secundarias, es muy factible que el consumo se tipifique como un hábito

conductual dado su valor de reforzador y se integre a un estilo de vida particular.

- d. También la sustancia puede ser un reforzador porque se convierte en un mecanismo “efectivo” (por lo menos en el corto plazo) para enfrentar situaciones o sentimientos desagradables, específicamente en personas cuyas capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas. Nuevamente, el alcohol (y otras sustancias) configuran una respuesta condicionada frente a ciertos estímulos medioambientales. Los efectos bifásicos del alcohol (estimulante/depresor) explican su efectividad para reducir niveles de estrés en estados de afecto negativo e incrementar niveles de euforia en estados positivos.
- e. Tanto la tolerancia como la dependencia física al alcohol, se consideran como resultado del reforzamiento positivo; el individuo consumirá más cantidades de la sustancia psicoactiva buscando obtener el mismo valor reforzante de las primeras veces del consumo. Además incrementará el consumo, también para evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo.) De manera que tanto la dependencia física como el síndrome de abstinencia, pueden

ser explicados también, desde el ángulo del condicionamiento clásico (estímulo-respuesta) y del condicionamiento operante (estímulo-respuesta-consecuencias)

- f. La dependencia se establece cuando, dadas las consecuencias negativas del consumo de la sustancia, el individuo va perdiendo autoeficacia, autoestima y herramientas de afrontamiento, entrando en una pendiente cuesta abajo de déficit cognitivo y conductual. La situación incrementa la angustia y los estados depresivos, permeando sus cogniciones de inhabilidad para solucionar la problemática.

Con base en estos supuestos teóricos, es que se han diseñado múltiples intervenciones cognitivo-conductuales. A continuación describiré los componentes principales de ellas:

Técnicas de autocontrol: Estas técnicas aplicadas a tratamientos terapéuticos surgieron en la década de los 70s, con el objetivo de disminuir o suprimir el consumo de sustancias o conductas indeseables, y los problemas derivados de ella. Se aplica para personas con dependencia leve o moderada y con rasgos de personalidad con tendencia al control y a la autoresponsabilidad. Se trata de re-educar a los usuarios en los hábitos de consumo para que aprendan a controlar el deseo de beber así como a manejar situaciones que puedan provocarlo, con base en habilidades de

habilidades de autoobservación, autoevaluación y autoreforzo/autocastigo. El autocontrol se practica en las situaciones de riesgo diferenciado éstas de aquellas en donde es más fácil controlar el consumo. Miller (1984,1992) realizó estudios para confirmar la eficacia de las técnicas de autocontrol, obteniendo validación en un 50% de los casos, que reportaron resultados positivos de eficacia. Rosenberg (1993) indicó que las variables predictoras de éxito a largo plazo estaban interrelacionadas con la gravedad de la dependencia y la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo (abstinencia versus moderación) y otras relacionadas con datos sociodemográficos (mejor pronóstico en mujeres, jóvenes y con nivel socioeconómico estable.)

Entrenamiento en habilidades sociales: Con ellas se busca que el usuario desarrolle una serie de habilidades para manejar sus áreas problemáticas relacionadas con su consumo. Esto incluye el aprendizaje y modelamiento conductual para la expresión de sentimientos, técnicas de comunicación positiva, entrenamiento para el rechazo de bebidas alcohólicas y se desarrollan conductas alternativas al consumo Aquí es donde se determina el Plan Individualizado de Tratamiento, que consiste en detectar las situaciones de riesgo para el consumo excesivo, que regularmente ponen en relieve el déficit conductual del individuo para afrontar momentos desagradables y conflictos con otros.

Prevención de recaídas (PR): Otro componente de los modelos de intervenciones con enfoque cognitivo conductual es garantizar el mantenimiento del cambio (patrón de consumo.) El modelo

desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), está siendo utilizado ampliamente en los últimos años en el tratamiento del alcoholismo y se centra en la capacidad de afrontamiento del usuario frente a las situaciones de riesgo; la adquisición de un nuevo repertorio conductual para afrontar esas situaciones conlleva necesariamente a un cambio de estilo de vida. Marlatt y Gordon (1980, 1985) tipificaron como 8 de los disparadores más importantes de las recaídas, que de hecho se constituyen en situaciones de riesgo típicas:

- 1- Estados emocionales negativos
- 2- Estados físicos negativos
- 3- Estados emocionales positivos
- 4- Probando el control personal
- 5- Deseo (craving) y tentaciones
- 6- Conflictos interpersonales
- 7- Presión social
- 8- Momentos placenteros con otros

Las principales estrategias en la prevención de recaídas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de reincidencia para que la prevención sea eficaz.

Entrevista Motivacional: Las entrevistas motivacionales estructuradas también emergen a finales de los años setenta (Miller, 1974) al ámbito terapéutico, con el objetivo de promover un cambio en el consumo de alcohol del usuario y modificar su percepción de las consecuencias asociadas, poniendo en relieve las resistencias cognitivas y la ambivalencia respecto al cambio en el patrón del consumo. Para ello se desarrolla un proceso donde la alianza terapéutica permite en análisis y la evaluación del consumo, información y análisis del riesgo, consejo, hasta llegar a un compromiso enfocado en la responsabilidad de la conducta.

Diferencias entre la confrontación de la negación y le entrevista motivacional

Confrontación de la negación	Entrevista motivacional
Énfasis en la aceptación de sí mismo como poseedor de un problema, aceptación del TX, como algo esencial para el cambio	Desenfatar las etiquetas, la aceptación de la etiqueta de "alcoholismo" es visto como innecesario para que se produzca el cambio.
Énfasis en la patología de la personalidad, la cual reduce la capacidad de elección personal, el juicio y el control.	Énfasis en la elección personal y la responsabilidad para decidir la conducta futura.
El terapeuta presenta la evidencia de los problemas a fin de intentar convencer al paciente para que acepte el TX.	El terapeuta lleva a cabo un evaluación objetiva que se centra en provocar las propias preocupaciones del paciente.
La resistencia es vista como una negación, un rasgo característico que requiere una confrontación.	La resistencia se considera como un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
La resistencia se trabaja a través de la discusión y de la corrección	La resistencia se trabaja a partir de la reflexión
Los objetivos del TX, y las estrategias para el cambio los prescribe el terapeuta para el paciente, el paciente es visto como un negador un incapaz de tomar decisiones adecuadas.	Los objetivos terapéuticos y las estrategias del cambio son negociados entre el paciente y terapeuta.

La entrevista motivacional es una técnica muy estructurada que incluye el análisis de en qué fase del cambio se encuentra el usuario y una relación de empatía con el paciente evitando juicios de valor hacia éste utilizando técnicas como la escucha reflexiva y facilitar la verbalización de frases automotivacionales.

Cinco principios generales de la Entrevista Motivacional

- 1- Expresar empatía
- 2- Crear discrepancia
- 3- Evitar la discusión
- 4- Darle un giro a la resistencia
- 5- Fomentar la autoeficacia.

Desensibilización sistemática: El entrenamiento en relajación y manejo de estrés resulta eficaz cuando es parte integral de un tratamiento estructurado con metas específicas para la reducción del consumo. Obviamente cuando las personas reportan síntomas de ansiedad deben usarse antes de proponerse un tratamiento farmacológico.

b. Características de los Tratamientos Breves desarrollados en la Facultad de Psicología:³⁵

Antecedentes

³⁵ Héctor Ayala, Leticia Echeverría, Mark B. Sobell y Linda C. Sobell. Una alternativa de Intervención breve y temprana para bebedores. Problema en México. UNAM, Facultad de Psicología, 2001.

El primer tema que nos interesa analizar es el desarrollo de los tratamientos breves en el campo de las adicciones, para luego pasar a describir los modelos de atención que se llevan a cabo en el Programa de Residencia de la Maestría de Psicología de las Adicciones.

Los tratamientos breves tienen su antecedente en Europa (Orford, J. 1986a) y se convierten en un movimiento económico y sanitario que data de la década de los 80s cuando las compañías aseguradoras norteamericanas empezaron a cuestionar los altos costos de cobertura de tratamientos psicoterapéuticos indicados a sus asegurados. Fue entonces cuando algunos psicólogos, buscando obtener una mayor proporción del mercado de pacientes, comenzaron a ofrecer los llamados “intervenciones breves” diseñadas con base en metas claras, manuales, lecturas y, lo más importante, un número de sesiones limitadas.

Adicionalmente los comités de arbitraje médico advirtieron sobre el riesgo de intervenciones demasiado intrusivas para niveles de enfermedad en donde la prevención secundaria podía ser más efectivo, a este enfoque se le llamó La Atención Escalonada (AE.) (Sobell & Sobell, 2000) Ésta es parte central del soporte teórico-clínico de las intervenciones breves, ya que determina que un paciente debe tener la garantía de recibir en primer lugar el tratamiento, menos intrusivo, menos restrictivo y menos intensivo y que está validado científicamente. La atención escalonada aplicada al consumo de alcohol y a las adicciones en general es un hecho clínico que data de

mediados de los 90s, pero que día a día cobra fuerza. Los tres principios de la AE:

- 1- Establece un tratamiento individualizado que busca incrementar la autoeficacia del paciente, es decir, motivarlo a usar sus propios recursos y encontrar nuevas habilidades para autogestionar su recuperación.
- 2- Se basa en procedimientos con validación científica (probados y publicados) y
- 3- Que sea lo menos restrictivo posible, es decir, que afecte lo menos posible la vida cotidiana del paciente.

Existen muchas estrategias de terapias breves. Algunas se llevan a cabo en dos sesiones: una informativa y otra de seguimiento; otras estrategias se basan en la intervención comunitaria, con la aplicación de instrumentos de medición de uso y abuso del alcohol, así como patología asociada, (diagnóstico hepático, problemas sociales y familiares ocasionados por el consumo, bajo rendimiento escolar, ausentismo laboral, etc.) y dos o tres sesiones de psico-educación; otras más se basan en la distribución de folletos y programas de automonitoreo de consumo. Pero lo que importa cuando se habla de intervenciones breves es que ofrecen una promesa de advertir los problemas relacionados con la manera de beber y lograr cambios conductuales con un costo-beneficio mucho menor (*Heather, 1989.*)

Las estrategias de intervención breve tienen las siguientes características:

- 1- La evaluación y la información preventiva se dan cuando mucho en dos sesiones.
- 2- Puede llevarse a cabo por especialistas en el tratamiento de las adicciones (y el alcoholismo) o por otros especialistas como médicos, trabajadoras sociales e incluso voluntarios.
- 3- Cuentan con manuales de información y otra bibliografía como apoyo de la intervención
- 4- Aunque hay contacto personal entre el facilitador y el usuario, mucho del contacto se soporta en materiales y lecturas que deben resolverse en casa.
- 5- Se trabaja con la meta de la moderación del consumo (en el caso de alcohol) y de la abstinencia (para drogas y también para alcohol si el usuario lo establece.) ((*Heather, 1989*))

En el campo de las adicciones este tipo de abordajes comenzaron a extenderse, también, en la década de los ochenta, principalmente en el ámbito anglosajón de atención primaria. Entre las modalidades cabe distinguir el consejo médico, las intervenciones muy breves y las breves. Están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente sobre los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones es eficaz en sujetos no dependientes, es decir en individuos con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia moderada.

La "rueda del cambio" de Prochaska-DiClemente

PRECONTEMPLACIÓN	Etapa en que el usuario no ha entrado a la rueda del cambio, quiere decir que no reconoce que tiene un problema. Se requiere dar información general sobre el problema-
CONTEMPLACIÓN	Se caracteriza por la ambivalencia, la persona dice "sí, puede ser que mi forma de beber no sea lo mejor", Se trata de poner en relieve la DISONANCIA COGNOSCITIVA , de manera que el usuario conecte entre su conducta y las consecuencias negativas identificando razones poderosas para cambiar.
ACCIÓN	La persona reconoce el problema y decide cambiar y sujetarse a ciertos planes y metas negociadas conjuntamente con el terapeuta.
MANTENIMIENTO	La persona se establece en el cambio y desarrolla una agenda de largo plazo para que las conductas, cogniciones y las nuevas formas de afrontamiento formen parte de su estilo de vida.

Algunos modelos o programas de IB que nos gustaría comentar son los siguientes:

Orford and Edwards, (1997), desarrollaron un esquema básico para las IB que consiste en una sesión de evaluación y consejería y que incluye:

- 1- Evaluación comprensiva.
- 2- Establecer las bases con información suficiente para diseñar un plan de acción con la familia.

- 3- Impulsar al involucrado (s) a hacer una amplia revisión de la situación y
- 4- Establecer los parámetros de confianza, credibilidad y persuasividad del equipo de IB

Una sesión detallada de consejería consiste en discutir ampliamente con el cliente y si es casado también con la esposa (o) de la situación particular de la bebida y las metas que se pretenden seguir. Aunque las IB se sustentan en la premisa de que cada persona requiere un diseño de abordaje particular, es importante tener un esquema general. Este incluye la discusión con el consejero de los siguientes temas: el patrón de consumo y todos los problemas relacionados con la bebida; la integración marital, situación laboral, deudas, economía y asuntos del hogar. El consejero debe dejar perfectamente claro la responsabilidad del cliente sobre el tratamiento (y también de la esposa (o.)) La personalidad del cliente es importante, porque aquellos con un alto locus de control interno se harán fácilmente responsables del tratamiento así como de las habilidades que tengan que desarrollar para el logro de las metas; lo mismo ocurre con clientes con un alto nivel social por que su estabilidad les permitirá capitalizar exitosamente la IB. La personalidad de la esposa y del padre es importante ya que desde un principio ellos forman parte de la IB, especialmente con aquellas actitudes que inadvertidamente están reforzando el consumo obsesivo del cliente.

Intervenciones basadas en la comunidad: Para este tipo de intervenciones son útiles los cuestionarios tales como el Michigan Alcoholism Screening test (MAST), así como las pruebas de

laboratorio y los exámenes clínicos y los historiales médicos, que al aplicarse comunitariamente concientizan a la población de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Además el uso combinado de varios métodos de diagnóstico es recomendable.

Intervenciones en el primer mes de atención: Las estrategias de intervención enfocadas a la prevención en población derechohabiente han resultado muy eficaces para introducir cambios en personas que inician consumos problemáticos de alcohol, un ejemplo de esto es Scottish Health Education Group's DREAMS Scheme que implica aprender a beber moderadamente con el autocontrol con base en un método interactivo, que consiste en cuatro páginas introductorias, sobre aspectos físicos; una tarjeta con récord médico sobre las pruebas de sangre y un cuestionario médico con 10 ítem, que comprende las consecuencias adversas tanto sociales como médicas de un consumo alto de alcohol y, una tarjeta de control de consumo diario. Todo ello se hace con entrevistas motivacionales estructuradas. Según Miller (1983) una entrevista motivacional es un procedimiento conocido como el chequeo del bebedor que ofrece a los bebedores la posibilidad de descubrir los efectos adversos de su consumo, cuyas causas parten de su propia vida.

Este modelo rechaza el diagnóstico, atiende a bebedores en general y su objetivo es hacer evidentes los factores de riesgo relacionados con el consumo inmoderado. Básicamente se trata de cuatro visitas dos de auto-chequeo y dos visitas de seguimiento e información y retroalimentación motivacional. Otras estrategias implican el envío por correo de información preventiva a grupos de profesionales.

La efectividad de las IB es que logran introducir cambios en la conducta del bebedor, tanto como lo haría una terapia tradicional. El segundo punto es que cada vez se reconoce más que los daños ocasionados por el consumo excesivo se refieren a personas no alcohólicas. Hay una tendencia de mover los modelos de tratamiento hacia la comunidad y sacarlos del espacio rígido de los hospitales. Esto responde también, a la preocupación por obtener mayores resultados de salud pública a un costo menos elevado para los presupuestos de los gobiernos. Ello ha llevado a cruzar la frontera entre “educación” y “tratamiento”, para bebedores problema. Por supuesto los métodos de educación no son simplemente dar información, sino incluye estrategias precisas para el cambio conductual, pero con la salvedad de que no incluye el diagnóstico y la estigmatización de la persona con problemas de bebida.

En conclusión, las IB en el campo de las adicciones son eficaces no solamente por su bajo costo e inmediatez, sino porque los estudios experimentales reportar más de la mitad intervenidos mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores. (Ayala y Echeverría, 2000.)

4.2 Descripción del programa de tratamiento

a. El Modelo del Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema³⁶

³⁶ (Ayala, Héctor; Echeverría, Leticia Sobell, Mark B. y Sobell, Linda C, 2001)

Desde los años 50s cuando fue clara la participación del alcohol en los problemas socio familiares más álgidos como el abuso sexual, los accidentes, las riñas, el suicidio y la violencia intrafamiliar, se tuvo que reconocer que muchos de los protagonistas de estos sucesos eran usuarios de drogas y/o alcohol que no podían catalogarse como alcohólicos o adictos. Se estima que la proporción de bebedores con baja dependencia, en contraste a los bebedores con alta dependencia, es aproximadamente de 4 a 1 en la mayoría de los países (*Ayala, Echeverría, Sobell, 2001.*)

En México de acuerdo con la ENA 1998 se calcula que existen 4 millones de alcohólicos contra 8 millones de bebedores problema. Otro estudio (*Medina Mora, Tapia Conyer, 2000*) indica que el patrón preponderante de consumo en México radica en que, a pesar de tener bajos niveles de consumo per cápita anual, se registra un consumo inmoderado y explosivo en fines de semana, particularmente entre varones, quienes se exponen a situaciones de riesgo que desencadenan altas tasas de mortalidad y pérdida de horas-vida. En la última década se observa un incremento del consumo en población joven que usa al alcohol y otras drogas como euforizantes, particularmente en fiestas. Como este, nuevos elementos se han sumado al patrón de consumo nacional; entre ellos:

- 1- Que los adolescentes tienen permiso de los padres para ejercer el consumo y por lo tanto hay una mayor permisividad social
- 2- Que las mujeres pasaron a ser usuarias activas y problemáticas (especialmente profesionistas)
- 3- Que el alcohol es puerta de entrada a otras adicciones

4- Que crece el porcentaje de la población poliadicta.

Ante este panorama epidemiológico algunos centros de investigación y unidades terapéuticas han fomentado el diseño y aplicación de terapias breves, basadas en programas no más extensos de 12 sesiones, con un enfoque cognitivo-conductual, que no consideran al usuario como un paciente ni lo etiquetan como adicto sino que le ayudan a darse cuenta que ha adquirido conductas “maladaptativas”, que puede modificar y que incluye la perspectiva de la moderación del consumo y no de la abstinencia. Este punto es muy importante porque se comprobó que muchos usuarios experimentales e incluso aquellos con dependencia leve y moderada no acudirían a un tratamiento de doce pasos, y/o hospitalario, debido a no aceptar la estigmatización de “adictos y/o alcohólicos”. Por otro lado, era un principio ético con base en la Atención Escalonada, desarrollar tratamiento mas enfocados a la prevención secundaria que a la rehabilitación.

Tratamientos Hacia la Moderación y/o abstinencia

Problema de Conductas Maladaptativas. Para Bebedores Problema	Mendell 1983, Pattison y Cols, 1977, Ayala, 2001. Teorías del Aprendizaje Social (Bandura 1987)	1.- Técnicas de Autocontrol 2.- Análisis funcional de la conducta de beber. 3.Reestructuración Cognoscitiva 4.- Desarrollo de estrategias de afrontamiento
--	--	---

El desarrollo de este modelo corresponde al matrimonio canadiense de Mark y Linda Sobell (1973)³⁷ quienes llevaron a los Estados Unidos las terapias breves para usuarios de alcohol. Posteriormente el modelo se adaptó en población mexicana (Ayala, Echeverría y Sobell, 1997)

Este modelo cognoscitivo-conductual, consiste en entrevistas motivacionales estructuradas, con metas, tareas y objetivos de cambio claros, está diseñado para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. En cada sesión el individuo explora su inventario conductual y es impulsado a ampliarlo para sustituir las conductas y formas de afrontar situaciones que lo llevan al consumo con otras que lo alejen de éste.

El tratamiento incluye una sesión de **admisión**, una de **evaluación** y cuatro sesiones estructuradas, y, finalmente otras cuatro sesiones de seguimiento. Se proporcionan una vez por semana durante 45 minutos a una hora. Las metas se centran en cuatro puntos, que el paciente debe alcanzar:

- 1- Decidir cambiar;
- 2- Establecer una meta de consumo;
- 3- Evaluar situaciones de alto riesgo para beber; y,
- 4- Enfrentar sus problemas con el alcohol.

³⁷ Científicos de la *Addiction Research Foundation of Canadá*.

MODELO DE INTERVENCIONES BREVES PARA BEBEDORES PROBLEMA

ADMISIÓN	EVALUACIÓN	BALANCE DECISIONAL	SITUACIONES DE RIESGO	ENFRENTAR PROBLEMAS	NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS
Recolectar Información sobre el patrón e historia de consumo. Determina Nivel de dependencia (BEDA.) Identificar disposición al cambio. Se explica y entrega el auto-registro	Se aplican instrumentos PISTAS Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol Cuestionario de Confianza Situacional Línea Base Retrospectiva (LIBARE.)	Se revisa auto-registro ³⁸ Se revisa la lectura Decidir cambiar y establecimiento de metas, Se analiza la ambivalencia para el cambio de patrón de consumo Se analizan PRO y CONTRAS del consumo. Se establece metas. Se entrega lectura de Identificar Situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso	Se presentan los resultados del ISCA y CCS y se discuten las situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo. Se identifican los patrones de estilo de vida que coinciden con los consumos excesivos. Se enumeran las consecuencias negativas del consumo problemático Entregar la lectura: Enfrentar los problemas relacionados con el consumo de alcohol.	Se revisa la lectura de enfrentar los problemas y se discuten las propuestas de los ejercicios, para detectar los planes de acción para enfrentar situaciones difíciles o que disparan el consumo. Se entrega la lectura: Nuevo establecimiento de metas.	Se revisa el auto-registro haciendo un balance del consumo durante el TX Se revisa la lectura de Nuevo establecimiento de metas, se analizan las situaciones de riesgo, se motiva la confianza para el autocontrol, se enfatizan las consecuencias del consumo, se subrayan los logros del TX, se establecen las estrategias y planes de acción con base en una nueva meta de consumo para el largo plazo. Se agenda las sesiones de seguimiento. Se aplican instrumentos de CCS y ISCA.

La sesión de admisión sirve para establecer la confianza básica entre el terapeuta y el paciente (rapport), para recolectar información, identificar la disposición al cambio del usuario, determinar si es candidato al programa de tratamiento, aplicando la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)³⁹ Si el candidato incurre en una

³⁸ A partir de esta sesión y todas las que siguen siempre se inicia con la revisión del autoregistro y análisis de las ocasiones de consumo sobre todo si son excesivas.

³⁹ Se trata de la versión breve de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), desarrollada por Horn, J. Skinner, K.; Wanberg, K.; Foster, F., 1984, adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al, 1998

dependencia baja o media (de 09 a 19 puntos del BEDA), puede ser candidato al programa pero si cae dentro del puntaje de dependencia severa debe ser canalizado para un tratamiento más largo. Además de la aplicación del BEDA, es importante que el terapeuta obtenga la siguiente información, con el fin de determinar con toda precisión la viabilidad de este programa para el usuario en cuestión:

- 1- Historia de abuso de alcohol de los últimos 6 meses, detectando la frecuencia (veces por semana de consumo) y la cantidad (número de copas estándar)⁴⁰. Consumos excesivos y consumos moderados, tiempo de consumo de cada copa y entre copa y copa y.
- 2- Problemas asociados al consumo. Pérdida de control, accidentes, divorcio, pérdida de trabajo asociado al abuso de alcohol.

Evidentemente si el usuario bebe más de 30 copas por semana, tiene cirrosis hepática, problemas psiquiátricos y no tiene ninguna ocasión de consumo moderado, es muy probable que NO sea candidato para el programa de bebedores problema. En conclusión la admisión es la llave para determinar el mejor tipo de tratamiento para la persona que acude con nosotros y para lo cual es muy importante contar con herramientas claras de diagnóstico. Al final el terapeuta le entregará el auto-registro, un instrumento de auto aplicación, basado en la perspectiva del análisis funcional de la conducta, para darle seguimiento al consumo o no diario de alcohol, registrando

⁴⁰ Este programa considera un trago estándar 1 cerveza de 341 ml; 1 tornillo de pulque 340 ml, una copa de vino de mesa 142 ml y/o una copa de destilados 43 ml. Su estratificación se debe al tiempo de metabolización del etanol en la sangre.

pensamientos, sensaciones, emociones y consecuencias, antes y después del consumo.

Durante la sesión de evaluación el terapeuta completa y aplica todos los instrumentos que permitirán diseñar un tratamiento a la medida, es decir, tomando en cuenta la problemática específica de cada usuario. Primero aplica la Línea Base retrospectiva, (**LIBARE, Timeline Follow-Back Sobell y Sobell, 1992 adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al 1998**)), instrumento que permitirá conocer el patrón de consumo del usuario del año anterior previo al tratamiento, con indicarnos muy precisos:

- 1- Número total de días de consumo y de días de abstinencia
- 2- Número total de tragos estándar consumidos en el año por mes y día
- 3- Promedio de consumo por ocasión
- 4- Porcentajes de consumos excesivos y consumos moderados

Además el terapeuta aplicará Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (**Annis y Graham, 1988; adaptado por Echeverría L., Oviedo P., Ayala H. 2000**) instrumento que permitirá conocer las fortalezas y debilidades del usuario en cuanto a la resistencia para consumir frente a situaciones difíciles o muy alegres. Este cuestionario está integrado por 8 dimensiones o categorías que son las que más comúnmente (Marlatt y Gordon, 1985) disparan el consumo a saber:

- 1- Estados emocionales negativos
- 2- Estados físicos negativos
- 3- Estados emocionales positivos
- 4- Probando el control personal
- 5- Deseo (craving) y tentaciones
- 6- Conflictos interpersonales
- 7- Presión social
- 8- Momentos placenteros con otros

El terapeuta aplicará el **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, 1982)**, en donde también conocerá las situaciones de riesgo típico del usuario para consumos excesivos. Además de estos llenará los formatos de Entrevista Inicial, la carta compromiso del usuario para participar en el tratamiento y acudir puntual a sus citas.

La primera sesión se centra en encontrar las razones para el cambio y establecer metas para disminuir el consumo. El primer paso consiste en revisar el auto-registro, si hubo consumo se analizan con el usuario y si no, se continúa hacia la revisión de la lectura: "*Decidir cambiar y establecimiento de metas*". Usando las técnicas de balance decisional y entrevista motivacional se analiza la ambivalencia para el cambio de patrón de consumo instigando al usuario para que observe la discrepancia entre su consumo y problemática actual y las metas que desea alcanzar en el corto, mediano y largo plazo. Una vez logrado esto, se establece una meta apuntando hacia el consumo moderado o la abstinencia y esto dependerá del resultado del LIBARE del usuario en cuestión. Por ejemplo si tenemos un sujeto con un

consumo excesivo promedio 15 copas y de 8 copas por ocasión, es difícil que en un primer momento las reduzca a 4 copas por ocasión. La meta debe negociarse pero advirtiendo el objetivo de alcanzar o bien un consumo no mayor a 4 copas por ocasión o bien a lograr la abstinencia, el terapeuta lo insta a plantear el nivel de importancia que tiene esa meta para él y cuál es el nivel de confianza que tiene en lograrla, si percibe que la meta no fue realista entonces se dialoga con otra propuesta en la que el usuario vea factible alcanzar. Las metas son importantes en la medida que incrementan al autoeficacia del usuario.

Es muy importante que el terapeuta revise cada ejercicio con el usuario, para que éste confirme su decisión de cambiar. (Ver Tabla) Básicamente se trata de que el usuario realice un análisis desicional de la conducta del consumo, observe los pros y los contras y vincule este conducta con metas de vida importantes para él.

DESICIÓN DE CAMBIO	RAZONES PARA CAMBIAR	ESTABLECIMIENTO DE METAS
El usuario analiza pros y contras de su consumo actual	El usuario ubica tres razones importantes que lo motivarían a cambiar	El usuario se compromete con un cambio
El usuario se ubica en dos escenarios: lo que pasaría si sigo bebiendo igual; lo que pasaría si cambio mi forma de consumir.	El usuario descubre cuáles aspectos de su estilo y metas de vida puede mejorar si no bebe en exceso o logra la abstinencia.	El usuario valora su capacidad para tomar decisiones y llevarlas a cabo. (mejora autoeficacia)

Finalmente se entrega al usuario la lectura de: *“Identificar Situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso”*.

La siguiente sesión se llama: Situaciones de riesgo. El primer paso como ya dijimos, consiste en revisar el auto-registro, y motivar

(felicitar) al usuario si es que alcanzó su meta de reducción de consumo, si no lo logró, analizar las razones por las cuales se dieron estos consumos excesivos. Se presentan los resultados del ISCA y CCS y se discuten las dimensiones de alto riesgo para el consumo excesivo, que para cada usuario serán diferentes, por ejemplo emociones placenteras, o presión social. Con base en el ejercicio de la lectura se analizan por lo menos 3 situaciones de consumo excesivo, identificando los patrones de estilo de vida que coinciden con esos consumos, como por ejemplo jugar billar todos los viernes con amigos consumidores, o tener comidas familiares donde abunda el alcohol los fines de semana, o bien estar solo y decidir consumir. Esto nos servirá para que el usuario identifique los disparadores, es decir los factores medio ambientales, emocionales o cognoscitivos que llevan al consumo; esto es muy importante porque un bebedor problema, tiene típicamente consumos moderados y consumos excesivos, al analizar estos últimos el usuario descubre qué situaciones son particularmente difíciles para enfrentar y empieza a darse cuenta de ciertos déficit conductuales o problemas añejos interpersonales que puede ahora empezar a enfrentar de manera diferente. Al mismo tiempo se enumeran las consecuencias negativas del consumo problemático, haciendo énfasis en los costos que ya se tienen. “El objetivo es que el usuario apoyado por el terapeuta realice un análisis funcional de su conducta identificando los antecedentes y las consecuencias de su forma de consumo de alcohol. Dentro de esta sesión el terapeuta discute con el usuario la alta probabilidad de que ocurran recaídas durante el tratamiento, enfatizando la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de

aprendizaje y no como un fracaso personal o indicadores de un fracaso en el programa del tratamiento”⁴¹. Finalmente se entrega la lectura: *“Enfrentar los problemas relacionados con el consumo de alcohol”*.

La tercera sesión corresponde a los planes de acción (cambios conductuales) para enfrentar tanto las situaciones de alto riesgo de consumos excesivos así como plantear estrategias para enfrentar sus problemas de manera constructiva, es decir sin consumir alcohol. Con base en la lectura anterior se toman los mismos 3 ejemplos de consumo excesivo y para cada uno se plantean alternativas, analizando las consecuencias positivas y negativas de cada propuesta. Se motiva al usuario a proponer conductas inéditas en su repertorio y que pueden resultarle satisfactorias; por ejemplo si el usuario en cuestión tiene consumo excesivos regularmente los viernes por la noche, se le pueden sugerir actividades como ir al teatro, organizar un círculo de lectores (no consumidores), etc. o salir de viaje por el fin de semana. Nuevamente es importante que las propuestas sean realistas, es decir que el usuario pueda ponerlas en práctica y que realmente lo alejen de las situaciones de riesgo. Por ejemplo si un usuario carece de recursos económicos no se le pueden sugerir actividades que impliquen un esfuerzo financiero; si un usuario típicamente bebo solo y carece de amigos, es recomendable tener un directorio con actividades y grupos donde el usuario pueda desarrollar un círculo social.

Esto nos lleva a la consideración de que el terapeuta no solo debe conocer con toda precisión el Modelo de Bebedores Problema

⁴¹ Ayala y Echeverría, 2001

(con sus lecturas y ejercicios) sino además contar con herramientas e información útil. Podemos encontrarnos el caso de una persona que bebe básicamente en su familia hay hermanos enfermos crónicos y esto lo deprime, si ofrecemos información de instituciones donde sus hermanos pueden obtener ayuda adecuado, esto podría incrementar su autoeficacia y mejorar expectativas de vida. Otro caso es un usuario que bebe básicamente porque no ha podido enfrentar positivamente su ambiente familiar, sea como padre, esposo o hijo. Para lo cual se requerirán planteamientos específicos, desde programar actividades familiares, mejorar habilidades de comunicación o incluso una terapia familiar, para lo cual es probable que el usuario requiera sesiones adicionales. El punto principal es tener empatía con la situación que el usuario plantea y no imponer un programa de manera rígida. Debemos comprender que las técnicas conductuales que se aplican en esta sesión es de solución de problemas, para lo cual se requiere la sensibilidad y flexibilidad del terapeuta para que el usuario potencialice sus estilos de afrontamiento efectivos y apoyos sociales disponibles.

Al final de esta sesión la terapeuta entrega al usuario la lectura: *Nuevo establecimiento de metas.*

En la cuarta sesión, el terapeuta hace un balance de los logros del usuario durante el tratamiento, tanto de los avances en los planes de acción, como de reducción del consumo. Todo ello se configurará en un factor motivante para impulsarlo a un segundo Establecimiento de Metas, para los próximos 6 meses. Con base en la expectativa que el mismo usuario tiene de mejorar su calidad de vida, el terapeuta lo impulsa a que se establezca en el cambio de manera permanente,

subrayando los beneficios y motivando su capacidad de cambiar (ser autoeficaz), así como a mejorar su autoestima, con base en compromisos claros consigo mismo. Asimismo lo insta a evaluar por él mismo el tratamiento, motivándole a la sinceridad. Finalmente el terapeuta le invita a llamar al servicio cuando así lo requiera y le agenda los seguimientos ya que es importante que se continúe monitoreando el funcionamiento del usuario después de concluir las cuatro sesiones formales de tratamiento e incluso, como dijimos ofrecer sesiones adicionales o tratamientos alternativos a aquellos que continúan teniendo problemas, como puede ser terapia de pareja, o actividades de tipo formativo, para que el usuario se sienta capaz de ayudarse y cambiar decidiéndolo por sí mismo. Para ello se le insta a continuar con su auto-monitoreo de consumo y de cambio conductual.

- Presentación del Caso Clínico

A continuación presentamos el caso clínico que, atendiendo al Código de ética del Psicólogo, nombraremos bajo el seudónimo LINDA protegiendo así la identidad del usuario. Linda solicitó atención en el Centro de Servicios Acasulco, aduciendo “problemas con su consumo de alcohol y preocupada por su “estancamiento”, que ella creía estaba relacionado con el consumo de alcohol.

Con base en la siguiente ficha de identificación podemos confirmar (en los puntos subrayados) cómo Linda cumplió con los criterios de inclusión:

- 1- Mujer de 27 años
- 2- Sabe leer y escribir
- 3- Cuenta con domicilio permanente
- 4- Soltera, con 4 hermanos
- 5- Acude al servicio por consumo problemático de alcohol, que inició en 1998. Con una historia previa de consumos excesivos desde 8 años atrás. Refiere que tuvo una fuerte discusión con su mamá y ella le pide que resuelve su problema de consumo de alcohol.
- 6- Consume cerveza, vino y destilados
- 7- Edad de inicio del consumo: 19 años
- 8- Su puntaje en el instrumento de tamizaje "breve escala de dependencia al alcohol" es de 10, marcando una dependencia moderada
9. Escolaridad: profesionista

Instrumentos

- 1- Línea Base Retrospectiva (Timeline Follow-Back: LIBARE) (Sobell y Sobell, 1992 adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al, 1998)
- 2- Breve Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) Skinner, K.; Wanberg, K.; Foster, F., 1984, (adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al, 1998)
- 3- Cuestionario de Confianza Situacional. (Annis y Graham, 1988; adaptado por Echeverría L., Oviedo P., Ayala H. 2000)

4- Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, 1982)

Admisión

En esta sesión Linda plantea su insatisfacción con relación a la conducta de consumo, comenta que en su familia hay antecedentes de alcoholismo y de consumo de drogas. Comenta que tiene problemas familiares y sociales (especialmente con sus amigos y novio por su consumo de alcohol) al grado que su autoestima se ha deteriorado al punto de no tener motivación para concluir su tesis, no saber que quiere hacer con su vida, y se siente cada vez más enfadada por las críticas que recibe de su medio social que la consideran como "la borrachita". Comenta que cuando sale con su novio y los amigos de su novio, (los amigos son consumidores de marihuana y a veces LSD), beben en la calle, o adentro del coche, directamente de la botella. Linda comenta que a los 19 años inició el consumo de alcohol, bebiendo de manera excesiva entre los 21 y los 23 años, a tal grado que tanto los efectos físicos (la resaca) y emocionales (depresión) como los problemas familiares se incrementaron, debido a que la madre le hizo ver los antecedentes de alcoholismo de parientes. A los 23 años ella decidió disminuir su consumo de manera voluntaria, sintiéndose motivada por el inicio de una relación de noviazgo, no obstante durante los últimos dos años y medio ella notó nuevamente pérdida de control y estados muy agresivos (que multiplicaron sus problemas interpersonales) durante sus consumos excesivos. Indica que se siente muy insatisfecha con

su estilo de vida actual y que considera su problema de consumo de alcohol, como un problema menor. Linda es fumadora desde hace 4 años con un promedio de 8 cigarros diarios. Aunque ha probado la marihuana, refiere no tener consumo consuetudinario de la misma.

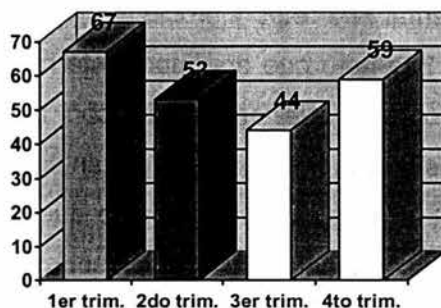
Evaluación

Al revisar el auto-registro notamos que Linda disminuyó su consumo de alcohol, durante la primer semana de tratamiento, no obstante todavía registró un consumo excesivo.

Los resultados de la evaluación se expresan en los siguientes gráficos y cuadros comentado:

Gráfica 1 Patrón de Consumo

Línea base retrospectiva Consumo trimestral, copas por ocasión Inicio Enero 2002



Patrón de consumo de acuerdo a los resultados del LIBARE

1. Usuaría de alcohol, que consume tres veces por semana.
2. Consumo promedio por ocasión: 5 tragos
3. Número máximo de copas por ocasión: 24

4. Número máximo de días de abstinencia continua: 20
5. No tiene consumo de alcohol por las mañanas
6. Bebe preferentemente los fines de semana.
7. Bebe en exceso con amigos y registra consumos moderados con la familia en la comida, de lunes a viernes

Primer paso: Balance Decisional y Establecimiento de Metas

En esta tercer semana de tratamiento, Linda comenzó a evitar los consumos excesivos, según se observó en la revisión de su auto-reporte. Al comentar los pros y los contras es interesante señalar que entre los beneficios de mantener el consumo ella comentó **“No pensaría en mis Problemas, los podría evadir”**. Este elemento fue incorporado para hacerle notar la DISCREPANCIA, entre esta cognición (no enfrentar sus retos y problemas) y su deseo de mejorar su estilo de vida. Ella notó que era importante hacer un cambio que implicara un esfuerzo y que empezaría con la reducción de su consumo. Entre las motivaciones más importantes que Linda encontró fue: Tomar el control de su vida. Elemento que también fue usado para impulsarla a incrementar su control sobre el consumo. Sin embargo, la ambivalencia prevaleció en ella, porque cuando se pasó al establecimiento de **metas, ella eligió un consumo de 4 copas por ocasión**, cuando se le sugirió que fueran tres, ella dijo que no, que pensaba que eran pocas copas. En el cuadro siguiente podemos observar con mayor detalle el análisis de balance decisional de nuestra usuaria.

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	MANTENER MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	Levantarse descansada y con ánimos. No llegar a situaciones límite. Tener otras actividades, especialmente fines de semana	Divertirme y disfrutar. Evadir mis problemas No pensar en las consecuencias de mis relaciones interpersonales Usar mi tiempo libre
COSTOS	Enfrentarse al futuro No disfrutar igual las reuniones o fiestas.. Pensar más en mis problemas	Degradar la relación con las personas que quiero. No sentirme satisfecha Tener cargo de conciencia

Entre las razones para cambiar, Linda indicó que una de sus metas era cambiar la relación con su familia, decidir sobre su futuro inmediato (ya que no estaba segura de querer hacer su tesis y titularse) y tomar decisiones en cuanto al futuro de la relación con su novio. Es importante mencionar que al final de esta sesión comenté con mi supervisor el tema de la meta de cuatro copas, ya que a mi parecer no era un cambio significativo si tomamos en cuenta que sus consumos promedio por ocasión eran de cinco copas, aunque tenía registro de consumos excesivos de 24 copas por ocasión. Mi supervisor me comentó que precisamente el LIBARE nos permite conocer la medida de consumo moderados y excesivos y que para cada usuario será diferente. Me comentó que efectivamente Linda tenía consumos excesivos de cinco copas y que quizá para otro tipo de usuario ese mismo número representaría los consumos moderados. Lo importante era proponerle una meta en la cual ella notara realmente un cambio significativo, especialmente en cuanto a las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Este punto fue

relevante durante todo el tratamiento, pero considero que también fue relevante el NO presionarla a que aceptara la meta que yo le sugerí desde un principio.

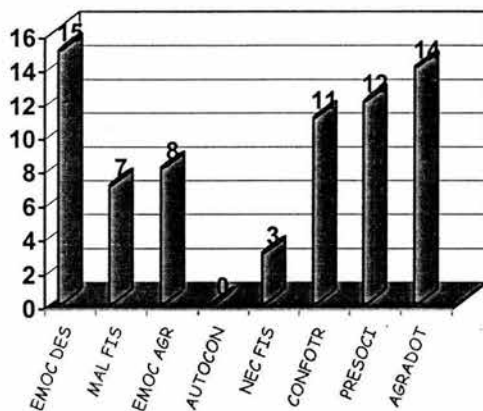
PRIMER META DE REDUCCIÓN DE CONSUMO	RAZONES PARA CAMBIAR
4 copas por ocasión cada tercer día. No beber si está cansada o tiene ocupaciones al día siguiente. No beber si se siente mal físicamente.	Cambiar la relación con la familia, Decidir sobre su futuro inmediato Tomar decisiones en cuanto al futuro de su noviazgo

Paso dos: Situaciones de riesgo:

Como podemos observar en el gráfico siguiente que contiene los datos del Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Alcohol (ISCA), Linda bebe en exceso principalmente **por emociones desagradables**, como dijimos en la presentación del caso, al momento del tratamiento la usuaria expresó un grado alto de insatisfacción con su calidad y estilo de vida; la siguiente situación de riesgo son los **momentos agradables con otros y presión social y conflictos con otros**. Esto nos ubica en detectar desde este momento ciertos déficit conductuales de la usuaria, básicamente en habilidades de comunicación y solución de problemas.

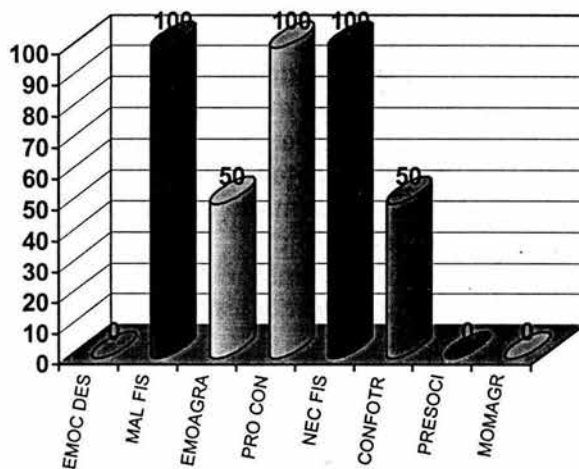
Gráfica 2 Inventario de Situaciones de Riesgo antes de Tratamiento

ISCA



Gráfica 3 Medición

de la Autoconfianza: Porcentaje de Seguridad de resistir el consumo frente a situaciones de riesgo



Nuevamente confirmamos que Linda se siente totalmente insegura de resistir el consumo frente a la presión social, los momentos agradables y las emociones desagradables. Esto queda confirmado en las situaciones de consumo excesivo que Linda planteó, en las cuales observamos que básicamente los momentos agradables, combinado con emociones desagradables y la presión social eran un disparador muy poderoso, como podemos confirmar en la siguiente tabla:

EVENTOS DE CONSUMO EXCESIVO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
despedida de amigos	Me divertí mucho en las primeras horas	Me enojé con mi novio, me deprimí y al día siguiente me sentía mal físicamente
Salí con mi novio y empezamos a beber vino directamente de la botella	Estaba cansada y desmotivada bebí más rápido para tener un momento agradable. Logré estar entusiasmada y desinhibida	Me sentí molesta y encolerizada, y al día siguiente físicamente muy mal.
cumpleaños de su novio	Sentía tensión por mi suegra y luego alivio	Al día siguiente me sentía muy mal físicamente pero hice mis obligaciones.

Fue muy importante subrayar en esta sesión la necesidad de desarrollar las siguientes habilidades sociales: rehusarse al consumo,

manejo de emociones desagradables particularmente del enojo y habilidades de comunicación. Linda reconoció que para ella inevitable salir con los amigos de su novio, por lo cual era mejor enfrentar las críticas de una manera positiva y no acelerando el consumo de alcohol, como le ocurría.

Otro aspecto relevante de esta sesión fue que durante la semana previa Linda tuvo un consumo excesivo, (6 copas) y ella sugirió atender la meta de 3 copas por ocasión, debido a que “me di cuenta que como dijiste 4 copas no representaban un cambio significativo de mi patrón de consumo y que para sentirme motivada necesitaba yo misma sentir que hacia un esfuerzo para lograr la meta y que realmente era una meta difícil de alcanzar.”⁴²

Otro aspecto relevante de esta sesión fue que durante la semana previa Linda tuvo un consumo excesivo, (6 copas) y ella sugirió atender la meta de 3 copas por ocasión, debido a que “me di cuenta que como dijiste 4 copas no representaban un cambio significativo de mi patrón de consumo y que para sentirme motivada necesitaba yo misma sentir que hacia un esfuerzo para lograr la meta y que realmente era una meta difícil de alcanzar.”⁴³

Paso Tres: Enfrentar los Problemas Relacionados con el Alcohol

⁴² Las sesiones con esta usuaria fueron grabadas y comentadas con el supervisor, Maestro Miguel Ángel Medina

⁴³ Las sesiones con esta usuaria fueron grabadas y comentadas con el supervisor, Maestro Miguel Ángel Medina

Hasta aquí debemos comentar que Linda mantuvo una alta adherencia terapéutica, asistiendo puntual a sus citas, llevando el auto-reporte debidamente llenado y las lecturas y los ejercicios realizados. A partir de esta semana Linda cumplió con su meta de consumo moderado (3 copas máxima por ocasión), situación que cambió su autoeficacia, ella empezó a tener claridad de sus metas de vida, tales como terminar la tesis y continuar estudiando una maestría. Para este momento su compromiso con el cambio era muy alto y ya no existía ambivalencia. Se daba cuenta que bebiendo despacio y con un límite establecido garantizaba el No perder el control. Linda comentó que simplemente el tener que contar sus copas, y estar atenta de como bebía (y con que concentración cada copa), la llevaba a estar alerta y no caer en impulsos de agresión de los cuales luego se arrepentía.

OPCIONES	CONSECUENCIAS	
NO BEBER NADA DE ALCOHOL	NO ME DIVERTIRÍA IGUAL	NO
NO IR A LA FIESTA	DEJARÍA DE VER A MIS AMIGOS	NO
BEBER UNA COPA POR HORA Y NO EXCEDER DE TRES	ME DIVERTIRÍA SIN PERDER CONTROL Y BIEN AL DÍA SIGUIENTE	SI
BEBER UNA HORA POR COPA SIN LIMITE DE COPAS	TENDERÍA A SOBREPASARME Y MAL AL DÍA SIGUIENTE	NO

El cómo lograr sus cambios fue un tema muy interesante que le permitió valorar su capacidad de tomar decisiones y plantearse en un

escenario diferente, incrementar su autoestima al poderse observar a ella misma con técnicas de control y formas de enfrentamiento eficaces. A continuación exponemos las estrategias que Linda planteó:

1. NO LLEGAR DESDE EL PRINCIPIO DE LA FIESTA
2. BEBER MUCHA AGUA ANTES DE LA REUNIÓN
3. SERVIRME YO MISMA E INTERCALAR TRAGOS DE AGUA
4. BEBER UNA COPA EN UNA HORA Y DESCANSAR 20 MINUTOS PARA EL SIGUIENTE TRAGO
5. NO BEBER CUANDO ESTOY MOLESTA O PORQUE ME MOLESTO Y CONTROLAR MIS EMOCIONES
6. HACER UNA PLÁTICA INTERESANTE QUE TOME MI ATENCIÓN

Finalmente se le dio a Linda la lectura de Nuevo Establecimiento de Metas, subrayando la importancia de establecer un compromiso de largo plazo.

Paso Cuatro: Nuevo Establecimiento de Metas

Hasta aquí Linda tenía un mes y medio de asistir al Centro de Servicios Acasulco y dos semanas de haber logrado consumos moderados. Su cambio fue muy notorio, básicamente en su nivel de autoeficacia y en la toma de decisiones que hizo durante el tratamiento.

Sus metas en cuanto al consumo de alcohol fueron las siguientes:

1. NO BEBER MÁS DE 3 COPAS POR OCASIÓN
2. NO MÁS DE 2 DÍAS A LA SEMANA
3. NO BEBER EN ABSOLUTO CUANDO ME SIENTO ENOJADA, CONTRARIADA, ESTOY ENFERMA O TOMANDO MEDICAMENTO
4. BEBER SOLAMENTE CUANDO HE DESCANSADO LO SUFICIENTE, NO TENGO PRESIONES Y ESTOY TRANQUILA

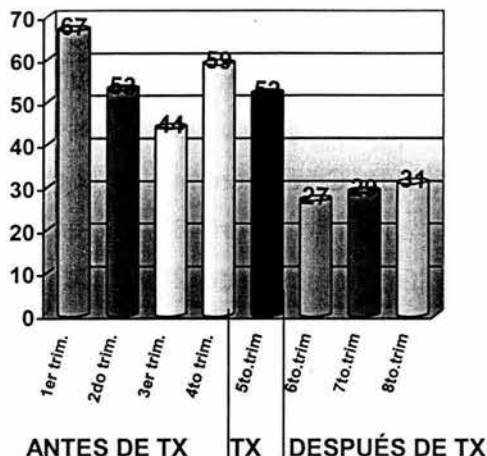
Es muy importante mencionar que para Linda alcanzar esas metas era LO MÁS IMPORTANTE de lograr y que se sentía un 75% segura de lograr la meta. No obstante, se le hizo notar que una forma de enfrentar el enojo era acelerando la forma de beber y que por ello se le sugirió dos sesiones adicionales para darle el componente de Manejo de Emociones y habilidades de comunicación. De no hacerlo así, ella tenía un disparador potencial que le hubiera afectado en el logro de su meta. Las habilidades que se modelaron fueron las siguientes:

- a. MANEJO DEL ENOJO
- b. EXPRESIÓN DEL DESACUERDO
- c. HACER CRITICAS
- d. RECIBIR CRITICAS
- e. DAR CUMPLIDOS
- f. RECIBIR CUMPLIDOS
- g. ASERTIVIDAD EN LA COMUNICACIÓN
- h. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN PAREJA

Estas habilidades se modelaron y para evaluarlas se videograbó a la usuaria. Finalmente se programaron las sesiones de seguimiento, dándole formatos de autoregistro, y motivándola a llamar al servicio cuantas veces lo necesitara. Durante los seguimientos de un mes, tres meses, seis meses y un año, Linda cumplió con sus metas, (excepto en una ocasión) no solo de control el consumo, sino del cambio de estilo de vida. Como veremos en el gráfico siguiente Linda redujo su patrón de consumo en un 46% midiendo el primer trimestre del 2002 contra el último trimestre del 2003. Comparando con el inicio del tratamiento (enero 2003) tenemos que la reducción del consumo a los 11 meses fue de 58% y del trimestre de inicio en comparación el trimestre inmediato anterior la reducción fue de 50%. Algo todavía más importante es que desde el mes de marzo del 2003 (el mes que concluye el tratamiento) hasta enero del 2004 (último seguimiento) Linda no tuvo NINGÚN consumo excesivo, es decir consumo de cinco copas o más. (Ver gráfico) No obstante, en el segundo seguimiento (tres meses) ella comentó que bebió cuatro copas en una ocasión, debido a los cambios que esto produjo en su carácter, lo que le hizo sentirse mal, su reflexión es que se percató de que no se podía confiar y romper su meta de 3 copas. Esto fue muy importante, para el establecimiento del cambio de patrón a largo plazo porque confirmó la necesidad de seguir practicando el autocontrol. Es importante que hasta el último seguimiento (un año) Linda nunca visualizó la abstinencia como una meta a pesar de que se le propuso.

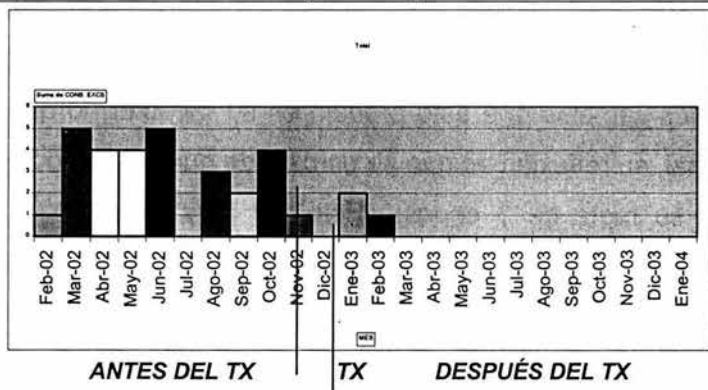
Gráfica 4 Patrón de consumo
Antes y después del tratamiento

Número de copas por trimestre



Gráfica 5

CONSUMOS EXCESIVOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO (MESES)



Al cabo de los seguimientos Linda obtuvo los siguientes logros de vida: mejorar las relaciones familiares, particularmente con su mamá (quien la instigaba a dejar de beber) titularse (segundo

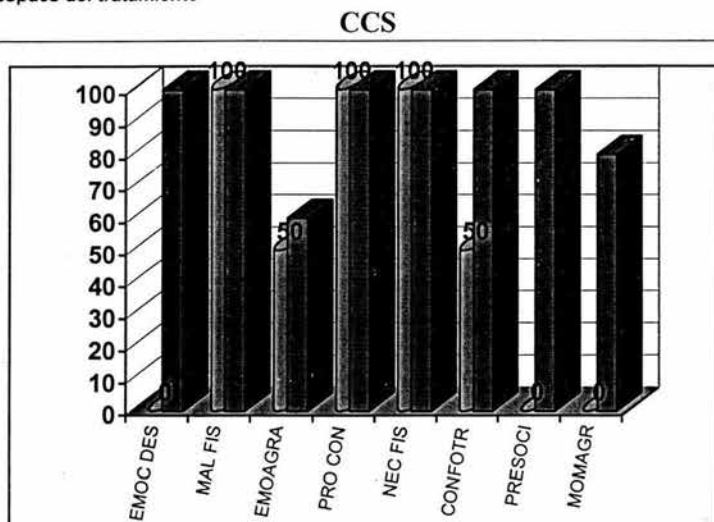
seguimiento); iniciar una maestría (tercer seguimiento); planes para casarse (último seguimiento). Además redujo su consumo de tabaco de 8 a 3 cigarros en promedio de consumo. Es importante anotar que Linda comentó que si bien todas estas metas ella las quería alcanzar desde antes del tratamiento, el hecho de poder tener auto control en su forma de beber le hizo darse cuenta, que también podía lograr otras cosas importantes que ella se propusiera. En el último seguimiento, de acuerdo con el formato de la entrevista de seguimiento a un año, ella comentó seguir practicando las habilidades sociales que aprendió durante el programa especialmente:

1. Auto-monitoreo
2. Solución de problemas
3. Identificación de los factores de iniciación al consumo de alcohol y drogas
4. Establecimiento de metas
5. Estrategias de cambios en el estilo de vida
6. Proceso que consiste en detenerse y pensar
7. Balanza de decisiones
8. Tips de ayuda para controlar el consumo (beber más lento, tomar agua, etc.)
9. Cambio de amigos

Al hablar sobre el tratamiento Linda considero que era muy efectivo y sugirió que las sesiones de seguimiento se extendieran por un año más. Si observamos su Cuestionario de Confianza Situacional, pre y post (seguimiento al año) podemos ver que Linda se sentía muy

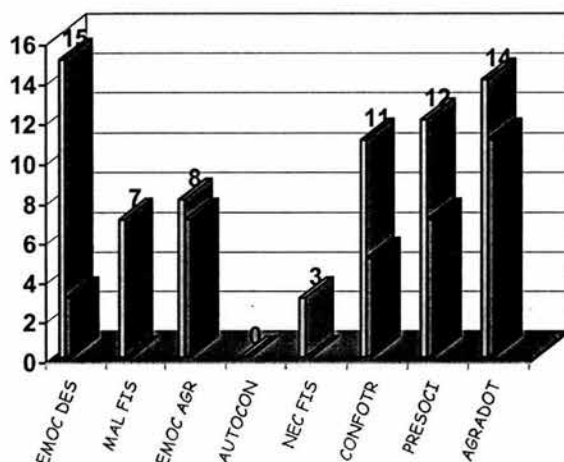
segura de resistir el consumo excepto ante los momentos y emociones agradables.

Gráfica 6 Nivel de Autoconfianza Antes y después del tratamiento



Observamos en el ISCA pre-post una tendencia similar, es decir que Linda se sentía más proclive a consumir su límite de consumo moderado (3 copas) en los momentos agradables, donde su nivel de autoconfianza mejoró de 50 a 60 por ciento, pero no pasó a un 100 por ciento de seguridad como en el resto de las áreas de medición. Aquí debemos notar que la usuaria dejó de usar el alcohol como forma de afrontar las emociones desagradables y los conflictos con otros, pero mantuvo el uso moderado en los momentos agradables. Linda explicó que se sentía con mucho autocontrol en los momentos difíciles, pero que en momentos de bienestar podía consumir con moderación.

Gráfica 7 Inventario de Situaciones de Riesgo antes y después del tratamiento
ISCA



Conclusiones del caso

Al analizar sesión por sesión se observa que en el Balance de Decisiones, ocurre la primer vez que Linda reflexiona sobre las ventajas y desventajas de su patrón de consumo de alcohol, percatándose que usa el consumo como una forma de evasión de problemas y de toma de decisiones; al verlo escrito ella comienza a asumir la necesidad de cambio como una herramienta necesaria para enfrentar su nivel de insatisfacción en cuanto a los temas relevantes de su vida: escuela, pareja, vida social y vida familiar.

En cuanto a la sesión de Situaciones de Riesgo Linda, distinguió entre sus consumos moderados y sus consumos excesivos en cuanto a: 1) estado de ánimo 2) medio ambiente. Esto fue muy importante ya

que observó cómo regularmente sus consumos excesivos se presentaban cuando ella se sentía físicamente mal o cuando el ambiente no le era agradable. Durante la tercera sesión Linda reconoció que la decisión de beber y la elección del número de copas la tenía ella, y no los amigos que la instigaban a consumir; a partir de aquí incrementa su autoeficacia, al atender la meta de 3 copas por ocasión, afirma su decisión de cambio y confirma que esto es posible y que la hace sentir mejor. En la cuarta sesión Linda ha tomado ya decisiones importantes, como hacerle frente a su déficit conductual en habilidades de comunicación y con ello reducir la presión del consumo como mecanismo de afrontamiento. Entre el primer y último seguimiento que es a un año del tratamiento, Linda realizó cambios muy importantes que la llevaron a modificar su estilo de vida, mejorando su autoeficacia y su control de consumo.

En Conclusión podemos decir que el Programa de Bebedores Problema de la Residencia de Psicología en Adicciones de la Facultad de Psicología, resultó exitoso para Linda quien logró no solo mantener un consumo moderado hasta por un año (última llamada telefónica a finales de febrero), sino mejorar su estilo de vida y en consecuencia su autoestima y autoeficacia, durante el tratamiento aumentó su percepción de riesgo sobre el consumo excesivo y, algo muy importante, su puntaje del BEDA bajó de 10 a 1, es decir sin dependencia al final de tratamiento.

b) Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas.

Introducción

Como mencionamos anteriormente la Maestría de Psicología en Adicciones cuenta con varios programas de atención a usuarios con problemáticas específicas, dependiendo del grado de adicción, del tipo de droga de uso y de la edad. El Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas, es uno de ellos y está en proceso de adaptación y validación en población mexicana. Para mí fue de suma importancia haber sido asignada a este programa, ya que uno de mis retos era trabajar con usuarios con dependencia severa.

El caso que se expone a continuación se atendió en el Centro de Servicios Acasulco dentro del Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA.) Estuvo supervisado por la Maestra Lydia Barragán Torres, responsable del proyecto. Este apartado está dividido en tres partes: a) Breve descripción del modelo; b) actividades realizadas en el programa c) descripción del caso clínico.

1. Descripción del modelo

El **CRA** es un modelo de intervención motivacional, (Hunt y Azrin 1973; Azrin, 1976) de corte cognitivo conductual, dura 3 meses e

incluye 2 sesiones por semana y 11 componentes terapéuticos. (Ver cuadro de componentes abajo)

El CRA es un tratamiento inicialmente de enfoque conductual (Azrin, 1976. así se reporta en el TIPS), sin embargo con las adaptaciones a población mexicana se ha hecho cognitivo-conductual. En México, el Dr. Héctor Ayala inició en 1998, la adaptación de este Modelo. Actualmente éste se encuentra en sus fases de sistematización, en la instrumentación y evaluación de sus componentes y en el desarrollo de su validez empírica. Es importante mencionar algunos de los cambios que se le efectuaron:

- a. Inclusión de la medición de variables predictoras de recaídas
- b. Funcionamiento cognitivo de cada usuario
- c. Nivel de autoeficacia que tiene el participante una vez terminado el tratamiento
- d. Se incorporó un componente adicional: el entrenamiento en autocontrol emocional, orientado a favorecer el control de emociones como la depresión, enojo y ansiedad para así evitar que éstas precipiten el consumo
- e. Se amplió el entrenamiento de habilidades de comunicación, incluyendo otras que Monti, et. al. (1985) identifican como necesarias en usuarios crónicos: dar y recibir críticas, escuchar, dar y recibir cumplidos, iniciar conversaciones.

Como citamos, el CRA fue desarrollado por Azrin y Hunt (1973) y Azrin (1976), inicialmente para usuarios crónicos de alcohol. Se enfoca en dos objetivos básicos:

- 1) Mantener un compromiso de sobriedad
- 2) Reestablecer los reforzadores, económicos, recreativos, sociales y familiares (que se perdieron con el consumo)

De esta forma el programa se centra en la reinserción social del sujeto, así como en la obtención de la abstinencia incluso ayudado con intervención farmacológica.

El sustrato teórico del CRA es los principios del aprendizaje operante, que se explica dentro del contexto científico del análisis conductual aplicado, además, la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y los principios de la economía conductual. Así se tienen principios básicos de corte conductual, cognitivo y de revaloración económica de los reforzadores (economía conductual.) Debido a que ya revisamos los elementos teóricos y prácticos de los modelos cognitivo-conductuales para tratamiento de conductas adictivas, no los abordaremos en detalle. Sin embargo, es importante anotar que el CRA es un tratamiento ya validado en varios países, entre ellos Estados Unidos y está recomendado por el NIDA-NIAAA (Allen et al., 1995; Miller, 1985) Algunos estudios reportan que después del tratamiento, los usuarios alcanzan un mayor porcentaje de días de abstinencia (97%) al compararlos con usuarios del programa de 12 pasos de AA, y con este modelo combinado con medicamentos (Azrin, Sisson, Meyers y Godley; 1982.) Al seguimiento a 1 año, los usuarios del CRA presentaron un

porcentaje de consumo 50% menor en comparación con tratamiento grupal (Meyers y Smith, 1995.)

En México existen pocas instituciones y tratamientos alternativos para usuarios crónicos; por un lado están los grupos de autoayuda que funcionan a partir de los 12 pasos, y, por otro lado los servicios del Centro de Ayuda para el Alcohólicos y sus Familiares CAAF, que ofrece tratamientos tanto cognitivo-conductuales, como sistémicos y psicodinámicos además de servicio de psiquiatría y desintoxicación. Existen también algunas delegaciones que cuentan con Centros de Toxicología, que atienden a personas intoxicadas e incluye el servicio de psiquiatría.

Pero como decíamos, estos servicios resultan insuficientes para atender la problemática de los usuarios con consumo crónico que cumplen el criterio de dependencia severa. Por ello, es importante ampliar la gama de tratamientos, especialmente los que cuentan con una base científico experimental ya que reportan los resultados concretos del tratamiento, básicamente en:

- a. Días de abstinencia,
- b. Cambio en el estilo de vida (ampliando la gama de reforzadores alternativos al consumo, organizando y estructurando esos reforzadores alternativos en conductas incompatibles (Bickel, Degrandpre & Higgins, 1993; Carroll, 1993; Goldberg, 1976; Griffiths, Higgins, 1997)

- c. Cambio de percepción del consumo (eliminando los valores reforzantes enfocándose en las consecuencias negativas y los costos (Goldberg & Stolerman, 1986.)
- d. Identificación de los déficit conductuales, las formas de enfrentamiento no adaptativas, las situaciones de vulnerabilidad y pérdida de locus de control y las cadenas conductuales (patrones) que llevan al consumo (Marlatt: y Gordon, 1985).

La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentra sobrio o abstinentes de drogas, y evidentemente estos reforzadores desaparecen en el momento en que los individuos beben, o consumen drogas, de manera que pueden apreciar su estilo de vida con y sin consumo. Todo ello se logra una vez que el usuario establece un compromiso terapéutico de abstinencia por un periodo de tres meses, durante los cuáles es entrenado intensivamente en diversas habilidades sociales como son: habilidades de comunicación, herramientas para mejorar la relación con la pareja, para rehusarse al consumo y solución de problemas. Además se trabaja con metas específicas de búsqueda de empleo y actividades sociales y recreativas de manera que el usuario pueda enfocarse en el cambio de su entorno social, así como de sus cogniciones sobre los costos del consumo.

Inicialmente el CRA se enfocaba en cuatro metas fundamentales (Hunt y Azrin, 1973):

1. Que el usuario obtuviera un trabajo bien remunerado y en un lugar donde no hubiera el ambiente de consumidores
2. Incrementar su grado de satisfacción familiar (que incluye programación de actividades)
3. Integrarlo a un club social de no bebedores que lo compromete en actividades recreativas
4. Impulsarlo a desarrollar pasatiempos y actividades que lo alejen del consumo y que le refuercen su autoeficacia y autoestima.

Al estar estructurado en componentes y una evaluación muy específica, el CRA permite crear “trajes a la medida” enfocándose en las áreas de vulnerabilidad del usuario, permitiendo al terapeuta adaptar las estrategias, y los ensayos conductuales a la situación específica de vida del usuario, jerarquizando e instrumentando el componente prioritario en el que se necesitan cambios.

Por ejemplo un usuario puede mantener un desempeño laboral adecuado pero tener una interacción conyugal conflictiva por lo que se dedica más tiempo al componente de *“Mejorar la Relación con mi Pareja”*, y no se considera el componente de *Búsqueda de Empleo*. Es importante mencionar que cada componente cuenta con folletos, listas de chequeo que sirven para confirmar si el usuario aprendió y está usando el entrenamiento conductual y, material didáctico con elementos gráficos (dibujos) que refuerzan la exposición de cada componente.

COMPONENTES TERAPEUTICOS DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO

1. Análisis funcional de la conducta de consumo. El usuario detecta cómo llegó a tener consumo crónico, y descubre los disparadores internos y externos que lo llevan a consumir.
2. Muestra de sobriedad, es una contrato a través del cual el usuario se compromete a un periodo específico de no consumo, durante el cual desarrolla conductas alternativas.
3. Apoyo para seguir un tratamiento farmacológico (basado en el Disulfiram)
4. Plan de Tratamiento. El usuario hace una agenda de actividades y metas para mejorar su calidad de vida (trabajando por áreas, como escuela, trabajo, familia, finanzas, etc.)
5. **Habilidades de Comunicación.** El usuario identifica cómo la incapacidad para expresar sentimientos, recibir o hacer críticas, recibir o dar reconocimiento, iniciar conversaciones y manifestar el desacuerdo, le llevan al consumo y aprende a usar estas herramientas de manera positiva.

6. **Solución de Problemas.** El usuario atiende una metodología específica para enfrentar positivamente los problemas.
7. **Búsqueda de empleo.** El usuario es apoyado por el terapeuta para realizar currículum, responder a entrevistas de trabajo, ubicar puestos accesibles y que no sean espacios de riesgo de consumo.
8. **Rehusarse al consumo.** El usuario recibe entrenamiento en técnicas para decir No a situaciones de riesgo típicas de consumo
9. **Habilidades Sociales y Recreativas.** El usuario reconoce las actividades y lugares dónde pasar momentos agradables que mejoren su autoestima y sus relaciones interpersonales. Al final del tratamiento se incluye el Club Social El usuario acude al club de ex-bebedores para practicar habilidades sociales aprendidas y compartir con usuarios en abstinencia momentos agradables.
10. **Consejo Marital.** Mejorando la relación con la pareja. El usuario recibe entrenamiento conductual (incluso acudiendo al Centro de Servicios con su pareja) para incrementar la satisfacción marital.
11. **Prevención de recaídas.** El usuario analiza las recaídas más importantes del último año (o incluso durante el tratamiento), reconociendo los factores que lo llevaron a consumir y desarrolla planes de acción para evitar el consumo. Reestructuración Cognitiva, que permite al usuario hacer frente al deseo de la

sustancia y cambiar pensamiento y en consecuencia evitar que inicia la cadena conductual del consumo

Como dijimos este programa de corte cognitivo-conductual debe mostrar cambios medibles y observables en la conducta post-tratamiento básicamente en las siguientes áreas:

- 1. Cambio en el patrón de consumo (decremento de consumo por lo menos de un 50% y/o establecimiento de la abstinencia)**
- 2. Cambio en el nivel de satisfacción de vida**
- 3. Cambio en el mejoramiento de la percepción de autoeficacia para resistir el consumo**
- 4. Cambio en el mejoramiento de las habilidades para enfrentar situaciones de riesgo**

Instrumentos de Evaluación que permiten evaluar cambios

- 1. Línea Base Retrospectiva (Timeline Follow-Back: LIBARE) (Sobell y Sobell, 1992 adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al, 1998)**
- 2. Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Horn, J); Skinner, K.; Wanberg, K.; Foster, F., 1984, adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala, et al, 1998)**
- 3. Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, 1982)**
- 4. Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (Annis y Graham, 1988; adaptado por Oropeza, Ayala)**

5. Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1988; adaptado por Echeverría L., Oviedo P., Ayala H. 2000)
 6. Escala de Satisfacción General (Teichner G., DeCato L., Donohue B., Azrin N., Howell, J. 1988.)
2. Actividades de Residencia

Durante las horas de mi servicio es este programa, tuve diferentes actividades que se reflejaron tanto en productos concretos como en trabajo de investigación. Realicé las siguientes actividades:

- a. **Labores de Difusión:** elaboración y diseño de material de difusión del modelo para captar usuarios; visitas a instituciones laborales en las que se ofreció el Modelo como apoyo para favorecer el bienestar de sus empleados, evitar accidentes laborales e incrementar su productividad; Visitas Inter-Institucionales para favorecer el intercambio mediante canalización de usuarios; asistí a la Iglesia de San Pedro Mártir para promocionar la captación de usuarios en esta localidad semi-urbana y acudí a una Casa de internamiento Nueva Identidad en la zona de Tulyehualco, con el objeto de dar a conocer el modelo entre los internos y captar usuarios.
- b. **Estructura y sistematización del Modelo:** efectué revisiones bibliográficas actualizadas sobre control de emociones; realicé propuestas para la evaluación del nivel de aprendizaje de cada componente entrenado,

corregí folletos informativos para los usuarios respecto a diferentes sustancias adictivas: heroína, marihuana, solventes, estimulantes, drogas de diseño, cocaína y alcohol. Participé en la revisión y corrección del material didáctico para la impartición del entrenamiento de los diferentes componentes de intervención, diseñando y desarrollando el material didáctico y el informativo para el usuario del componente de *Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y de No Consumo*; así como también participé en el modelamiento para videograbar habilidades de comunicación;

- c. **Labores de Servicio** Instrumenté el Modelo en 5 usuarios crónicos; y participé en la instrumentación de sesiones de apoyo en un Centro de Internamiento para esta población.
- d. **Sesiones académicas.** Participé en actividades de supervisión de casos, realización de ensayos conductuales, y revisión de artículos de publicación periódica referentes al CRA.

Presentación del caso.

A continuación se expone la presentación de un usuario que participó en el entrenamiento en el Modelo del CRA. El sujeto en cuestión se nombrará como A3, atendiendo a los principios éticos de protección de la identidad del usuario. A3 fue atendida en el Centro de atención Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM. La admisión se llevó a cabo el día 8 de abril del 2003, acudiendo en

compañía de sus padres, quienes solicitaron el servicio debido a que “A3 se fue de la casa y cuando la rescatamos nos enteramos de su problemática con las drogas”.

El perfil de la usuaria que la hace cumplir con los criterios de inclusión, es el siguiente

- a. Poli usuaria con consumo de cocaína, ácidos, mariguana y tabaco.
- b. Con problema de bullimia que inició a los 16 años
- c. Cuenta con domicilio permanente
- d. Inició su consumo de drogas a los 15 años
- e. Percibe su problema como grave
- f. Tiene un grado de dependencia sustancial, de acuerdo con el Cuestionario de Abuso de Drogas (DAST =14)
- g. Escolaridad: Estudiante de preparatoria
- h. Edad: 17 años

Pérdidas y consecuencias negativas del consumo:

- 1. Bajo rendimiento escolar
- 2. Ausentismo escolar
- 3. Actividades recreativas
- 4. Amistades
- 5. Relación familiar (prácticamente no había comunicación)
- 6. Depresión (Con desmotivación y ausencia de metas de vida)

El tratamiento se centró en eliminar la droga de consumo mayor y más actual (mariguana)⁴⁴ y luego en resolver otros problemas como el tabaco, así como prevención de recaídas del consumo de cocaína. En cuanto a la bullimia se le recomendó un tratamiento específico de ese desorden de alimentación al cual ella acudió. Sin embargo, es importante aclarar desde ahora que, A3 abandonó el tratamiento para bullimia, pero resolvió esa problemática dentro del CRA, de manera que el cambio de estilo de vida y algunas técnicas conductuales y cognitivas aplicadas al consumo excesivo de comida se adaptó, con resultados eficaces.

El patrón de consumo de acuerdo a LIBARE es el siguiente:

- Usaria de mariguana consumo diario
- 7.5 cigarros de mariguana a la semana
- Consumo promedio por ocasión: 1.5 cigarros
- Consumo de lunes a viernes en la escuela
- Número máximo de días de abstinencia continua: 3 días
- Tiene consumo por las mañanas
- Consumo con amigos y compañeros de la escuela, con problemas asociados de ausentismo y baja escolar temporal

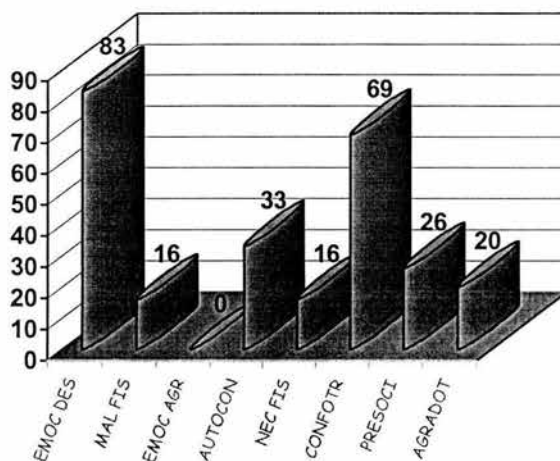
GRÁFICA 1 LÍNEA BASE RETROSPECTIVA UN AÑO ANTES DEL TX



⁴⁴ Es importante indicar que el consumo de cocaína se había suspendido 11 meses antes de iniciar el tratamiento, es decir, que en los meses de abril y mayo del 2002, A3 consumía un papel a la semana. No

De acuerdo con los instrumentos que miden las situaciones de riesgo de consumo, tenemos que A3 era más vulnerable a las emociones desagradables y conflictos con otros, haciéndose notar básicamente un cuadro depresivo, y déficit conductuales en comunicación, y actividades sociales y recreativas.

Gráfica 2
Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas ISCD

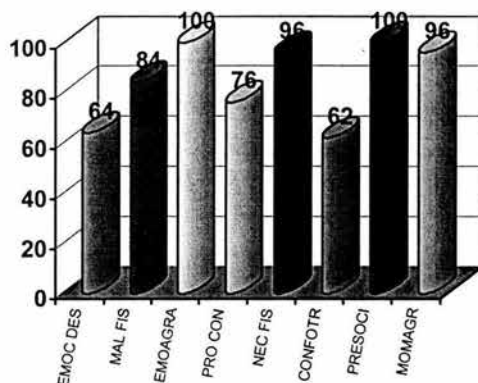


En cuanto a su nivel de autoeficacia antes del tratamiento en el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas, A3 denota que ante las emociones desagradables y los conflictos con otros su seguridad de resistir el consumo es baja, aunque también podemos

obstante, existía

observar que su capacidad de autocontrol también es un punto vulnerable.

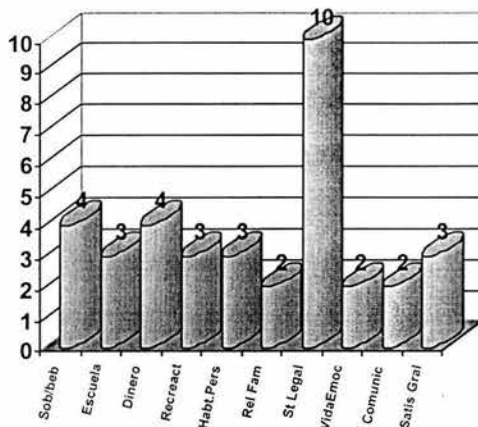
Gráfica 3 Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas



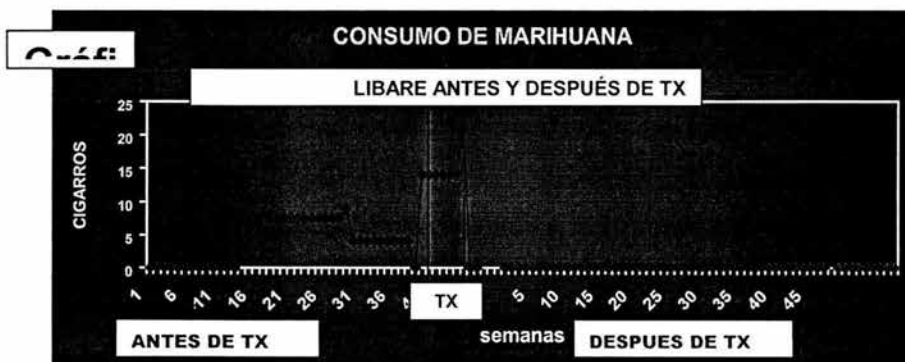
En cuanto al nivel de satisfacción general, se identifican puntajes bajos que señalan la insatisfacción que reporta tener antes del tratamiento con su funcionamiento cotidiano de vida en general; así como también sus problemas escolares, familiares, disminución de actividades recreativas y dificultad para comunicarse, combinado con falta de identificación de metas en la vida y de preferencias vocacionales y carencia de actividades recreativas.

Gráfica 4

Escala de Satisfacción General



Este tratamiento tuvo una duración de 3 meses, durante los cuáles la usuaria mostró una alta adherencia terapéutica y compromiso con las metas. Al final del tratamiento y durante los seguimientos a un año la usuaria logró mantenerse sin el consumo de sustancias. Como se muestra en la siguiente gráfica, después del tratamiento no tuvo ningún consumo de marihuana.



Es importante anotar que al iniciar el tratamiento A3 estableció un compromiso de muestra de sobriedad (de hecho, como vimos en la gráfica de LIBARE, hasta el momento de redactar este reporte A3 se ha mantenido sin consumir.)

No obstante, es importante referir algunos puntos relevantes del proceso de tratamiento. Como dijimos A3 suspendió el consumo de sustancias desde el principio, situación que fue un logro, pero que al mismo tiempo propició que emergieran otras situaciones. Por un lado, su problemática psicológica se disparó llevándola a un intento de suicidio de alta letalidad, muy al principio del tratamiento (al mes de iniciado el tratamiento) Dada la problemática familiar asociada al consumo y a este evento en particular, así como a la inestabilidad emocional de A3, se decidió incluir el componente de familia. Los padres acudieron al Centro Acasulco a varias sesiones para entrenamiento de solución de conflictos y habilidades de comunicación, entendiendo cómo el ambiente intrafamiliar era uno de los detonadores no solo del consumo de la usuaria, sino de conductas autodestructivas. Asimismo, hicieron el compromiso de tomar terapia de pareja (fuera del programa del CRA) y resolver el ambiente de violencia intrafamiliar. Debemos decir que la participación de los padres ayudó a bajar la intensidad del disparador que involucra a la variable familia, permitiendo a la usuaria establecer el compromiso para el no el consumo.

Otro aspecto en que se enfocó el tratamiento, fue en revertir los déficit conductuales, básicamente en comunicación (compartir sentimientos, expresar desacuerdo); manejo de relaciones interpersonales y, trabajar con técnicas de reestructuración cognitiva,

para modificar la auto percepción negativa, (especialmente por su cuerpo), así como para prevención de recaídas y manejo de emociones. Simultáneamente a través del componente de metas de tratamiento, fue posible que A3 identificara metas de vida y comenzara a retomar y/o realizar actividades nuevas con el objeto de encontrar momentos agradables. Con base en estos déficits se instrumentó un entrenamiento que le permitiera desarrollar habilidades que le para incrementar su satisfacción de funcionamiento en las diferentes áreas de vida diaria, y mostrarse más activa para obtener logros, y percatarse de su eficacia. Así que nos enfocamos a desarrollar habilidades sociales, y ampliar alternativas de recreatividad, no sin antes firmar un compromiso terapéutico de no auto-agresión, en el que se especificaba que si se mantenían las ideas suicidas sería remitida a un tratamiento psiquiátrico. Esto fue ampliamente comentado con mi supervisora, tomando la decisión de no canalizar a A3 a otro tratamiento, dada su alta adherencia terapéutica en el CRA y la oportunidad de favorecer los cambios después del evento crítico. Esto así resultó y A3 comenzó a recibir un entrenamiento intensivo para comunicarse con sus padres (con juego de roles) y de reestructuración cognoscitiva para cambiar pensamientos negativos (especialmente de ella misma y sus expectativas de vida) por pensamientos positivos, con lo cual también se trabajó el cuadro depresivo. Algo importante, es que A3 comenzó a acudir a grupos musicales y baile como capoeira (brasileños) y danzas hindúes, lo cual resultó muy motivarte. Adicionalmente se le sugirió producir velas (ella sabía hacerlas antes del tratamiento) para garantizar un ingreso mínimo, situación que realizó con resultados muy positivos.

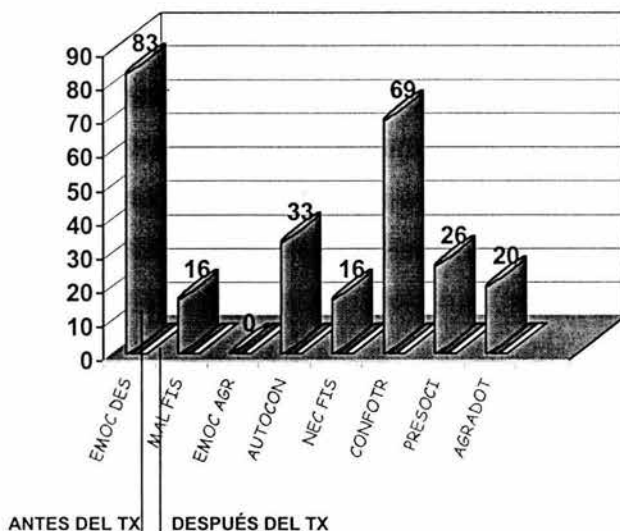
El tratamiento fue exitoso no solamente en alcanzar los cambios y metas propuestos sino que ayudó a eliminar la bulimia, con 6 meses de no presentar la conducta de vómito al momento de redactar este informe, 11 meses de no consumir marihuana y un consumo de 3 cigarros de tabaco diarios como máximo, de consumos de 6 y 7 cigarros diarios que tenía antes del tratamiento. Otros logros importantes de A3 fueron que tomó decisiones por ella misma, como darse de baja definitivamente de bachilleres, trabajar e inscribirse a una preparatoria con la carrera técnica de informática, mejorar su alimentación y mantener el compromiso de sus actividades recreativas, además de trabajar. A3 fue incorporada al Club Social del CRA, un grupo que sesiona los sábados cada 15 días con usuarios dados de alta.

A continuación podemos ver las gráficas que avalan los cambios descritos anteriormente y que podemos resumir en cambios en cuatro áreas:

1. Decremento hasta la abstinencia el patrón de consumo,
2. Incrementó el nivel de satisfacción de vida cotidiana,
3. Incrementó el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo
4. Incrementó habilidades sociales

Instrumentos de Evaluación antes y después del tratamiento

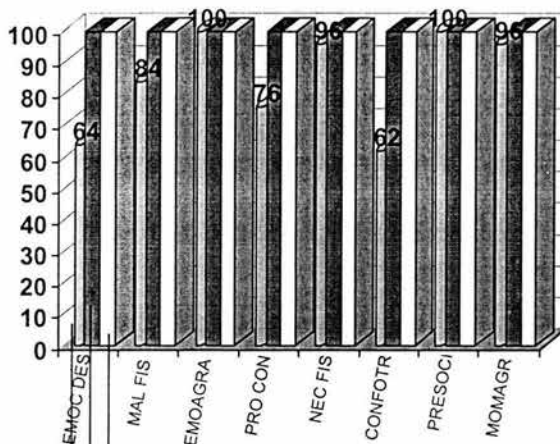
Gráfica 6 Inventario de situaciones de Consumo de Drogas ISCD



Se observa en esta gráfica que la usuaria no tuvo consumos ni tentaciones para usar, tanto en el primer como en el segundo seguimiento A3, por lo que disminuyó la cantidad de precipitadores para consumos excesivos hasta 0 en todas las situaciones. Un ejemplo que reporta la usuaria en escenario natural es cuando: “acudí a una fiesta y me quedé muy impresionada porque una amiga se emborrachó y se fue de la fiesta acompañada sin saber ni con quién y otro compañero terminó tirado en el piso (ambos) bebieron alcohol y consumieron marihuana, cuando llegue a mi casa pensé que qué bueno que yo ya no tenía este problema”. En esta ocasión A3 puso en práctica el componente de rehusarse al consumo y es evidente que también aplicó el componente de análisis funcional al identificar las

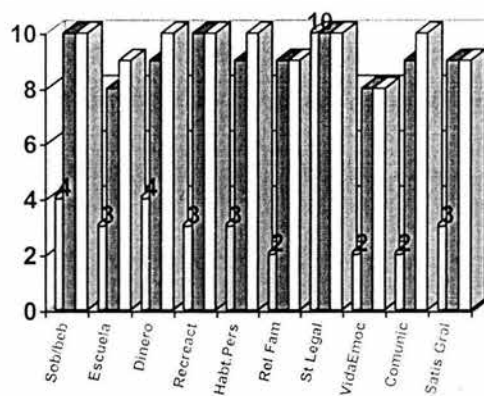
consecuencias negativas del consumo y decrementar su asociación con un valor reforzante, y auto-gratificarse por el no consumo.

Gráfica 7 Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas Pre-post



antes del TX 3M 1 año

Al enfrentarla respecto a situaciones de riesgo al consumo, la usuaria se mostró asertiva al sentirse segura de poder revolverlas y apegarse a su meta de no consumo; ahora sus prioridades e intereses las constituían hacerle frente a todas las metas de vida que se había propuesto, entre ellas su trabajo, y su nueva escuela. Este cambio de actividades se muestra claramente en el nivel de satisfacción general, que también podemos apreciar en la siguiente gráfica.



Se puede concluir que el Modelo fue efectivo en esta usuaria ya que le permitió eliminar el consumo de sustancias, mejorar su nivel de satisfacción y su estilo de vida y mejorar su autoeficacia y su auto percepción positiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abrams D.B. y Niaura R.S. (1987) Social Learning Theory. En Psychological Theories
2. Annis, H.M. Martin, G (1985) *Inventory of drug taking Situations IDTS-50*. Toronto, Canada. Research Foundation of Ontario.
3. Annis HM. *Situational confidence questionnaire (SCQ-39)*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1987
4. Anton RF. What is craving? *Models and implications for treatment*. Alcohol Research and Health 1999;23:165-73.
5. Ayala, Héctor; Echeverría, Leticia Sobell, Mark B. y Sobell, Linda C. *Una alternativa de Intervención breve y temprana para bebedores. Problema en México*. En Tratamiento de Conductas Adictivas, UNAM, 2001.
6. Ayala, Héctor y Cárdenas Georgina. *Algunas Consideraciones Sobre el Proceso de Tratamiento de Conductas Adictivas*. Revista de Psicología Iberoamericana, 1996 (Vol. 4 Num.2)
7. Ayala, Héctor y Carrascosa V. César. *El Alcoholismo: Una perspectiva Psicológica*. Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología, enero-junio 2000, (Vol. 5, Núm. 1)
8. Azrin, N.H.; Naster, B.J.; and Jones, R. *Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling*. Behav Res Ther 11(4):365 - 382, 1973.
9. Azrin, N.H., and Besalel, V.A. *Job Club Counselor's Manual*. Baltimore, MD: University Park Press, 1980.
10. Bandura, A. *Social Foundations of Thought and acting. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall. 1998

11. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; and Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561 - 571, 1961.
12. Bickel, W.K.; Amass, L.; Higgins, S.T.; Badger, G.J.; and Esch, R.A. *Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. J Consult Clin Psychol* 65(5):803 - 810, 1997.
13. Botvin, G.J., et al (1984) A Cognitive-Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention. *Addictive Behaviors*, 9: 137-147
- 13.- Brailowsky, S. (1999) *Las Sustancias de los Sueños*. Neuropsicofarmacología. México, FCE.
14. Carrascoza, C. & Reynoso, L. (1993.) En: Palacios, J. (1993) [ED] *Psicología de la salud: memorias 1er congreso Internacional de Psicología y Salud*, CONACYT.
13. Carroll KM. *Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; Chapter 4, pags. 46-54.
- 14 Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; and Gawin, F.H. *A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. Am J Drug Alcohol Abuse* 17(3):229 - 247, 1991.
15. Castro, M.E., (1995) Chimalli un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia. Conafe, México, 1995.
16. Castro, Ma Elena y Mille C., (1997) *Construye tu vida sin adicciones: Manual del facilitador*. Población objetivo: Adultos. Conadic, México, 1997.
17. Castro, Ma. Elena y Llanes J. y Margain M., (1997) *Construye tu vida sin adicciones. Manual del facilitador*. Población objetivo: Preadolescentes y Adolescentes tempranos. Conadic, México, 1997.

18. Cavanagh, Johnson. Licensed Clinical Psychologist south Pasadena,CA, *Sexualizes children and children who molest*, 2001.
19. Cooper, J.O. Heron T.E. & Heward.W. L. *Applied Behavior Analysis*. Merryl Publishing Co., 1987, Capitulo 2
20. Flannery B, Roberts A, Cooney N, Swift R, Anton R, Rohsenow D. *The Role of Craving in Alcohol Use, Dependence, and Treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2001;25:299-308.
21. Crowley, T.J. Contingency contracting treatment of drug-abusing physicians, nurses, and dentists. In: Grabowski, J.; Stitzer, M.L.; and Henningfield, J.E., eds. *Behavioral Intervention Techniques in Drug Abuse Treatment. NIDA Research Monograph 46*. Pub. No. (ADM)84-1282. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1984. pp. 68 - 83.
22. González Castillo, Alejandro (1998), *Niños rotos, hombres fragmentados: El Abuso sexual Infantil en varones*, Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan.
23. Heather, Nick. 1989. *Brief Intervention Strategies*. En R. Hester y Miller. W.R. (Eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Boston: Allyn and Bacon).
24. Heather N, Stallard A, Tebbut J. *Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparison of two methods of investigation*. *Addict Behav* 1991;16:41-9.
25. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. *Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings*. *Med Care* 2000; pags. 7-18.
26. Goldfried, M.R., and Davison, G.C. *Clinical Behavior Therapy*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons, 1994. pp. 81 - 111.
27. Gottman, J.; Notarius, C.; Gonso, J.; and Markman, H. *A Couples 1976. Guide to Communication*. Champaign, IL: Research Press,.

28. Higgins, S.T. (1996) *Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. Addict Behavior* 21(6):803 - 816.
29. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; and Badger, G.J. (1994) *Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. Am J Drug Alcohol Abuse* 20(1):47 - 56.
30. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Badger, G.J.; Foerg, F.E.; and Ogden, D. 1995. *Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. Exp Clin Psychopharmacol* 3:205 - 212,.
31. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Foerg, F.E.; and Badger, G.J. 1994. *Alcohol dependence and simultaneous cocaine and alcohol use in cocaine-dependent patients. J Addict Dis* 13(4):177 - 189,.
32. Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Hughes, J.R.; and Foerg, F. Disulfiram therapy in patients abusing cocaine and alcohol. *Am J Psychiatry* 1993 150(4):675 - 676,.
33. Higgins, S.T.; Delaney, D.D.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Hughes, J.R.; Foerg, F.; and Fenwick, J.W. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry* 148(9):1218 - 1224, 1991.
34. Higgins, S.T.; Roll, J.M.; and Bickel, W.K. 1996. Alcohol pretreatment increases preference for cocaine over monetary reinforcement. *Psychopharmacol* 123(1):1 - 8,.
35. Jellinek E.M. (1960) *The disease concept alcoholism*. Highland Park, NJ: Hillhouse Press.
36. Jiménez M, Monasor R, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Rubio G. *Programas psicológicos de intervención en los trastornos por uso de alcohol. En Curso de Especialización en Alcoholismo*. Madrid: FAD. 2001; capt. 9. pags. 1-9.47.
37. Kempe, R.S. y Kempe, C.H. (1984) *The Common Secret: Sexual Abuse of Children and Adolescents*, San Francisco Freeman.

38. Kotliarenco, M.A. et.al. El Estado del Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. Julio 1997.
39. Kort E. (2000) *El trabajo terapéutico en el campo de las adicciones*. En Internet: www.adicciones.org.mx/libros/conferencia.doc
40. Larimer M, Palmer S, Marlatt G. *Relapse Prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model*. Alcohol Research & Health. 1999; Págs. 60 y 151.
41. Latorre, J. & Beneit, P. [comp.] (1994), *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. ED. Lumen; Buenos Aires, Argentina.
42. Longabaugh R, Morgenstern J. *Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions*, Alcohol Research and Health 1999; capt. 23 Págs.. 78-87
43. Lozano T, (1998) *Alquimia del alcohol en la Nueva España*. En: Medina-Mora ME, Echeverría L, Beber de Tierra Generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Libro 1. Historia de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
44. McLellan, A.T.; Luborsky, L.; Cacciola, J.; Griffith, J.; Evans, F.; Barr, H.L.; and O'Brien, C.P. New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 173(7):412 - 423, 1985.
45. McCoun, R y Reuter, P. *Drug Control*. Citado en: Tonry, M. Ed. *The Handbook of Crime and Punishment*. New York, Oxford University Press, 1998.
46. Marlatt GA, Gordon JR. (1980) Determinans of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson PO, Davidson SM. (Eds) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Nueva York: Brunner-Mazel. 410-452.
47. Marlatt G.A. & Gordon, J.R. (Eds.) (1985) *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

48. Marqués AC, Formigoni ML. *Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients*. *Addiction* 2001.

49. Medina-Mora ME, Echeverría L, (1998) *Beber de Tierra Generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Libro 1. Historia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

50. Medina-Mora ME, Berenzon Sh, Carreño S, Rojas E, Villatoro J, Juárez F et al., (1994). *Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, 1993*. Reporte Estadístico. Secretaría de Educación Pública.

51. Medina-Mora ME, Castro ME, Terroba G., (1979). *Drug Use among Youth Population, Mexico*. Paper presented at the WHO meeting of collaborative investigators in the *Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*. University Sains Penana, Malasya.

52. Medina-Mora ME, Gutiérrez R, Vega L., (1997). *What Happened to Street kids? An Analysis of Mexican Experince*. *Substance Use & Misuse*, 32(3):293-316.

53. Medina-Mora ME y Fliez, Clara. (2001). *El Alcoholismo. Versión Corregida*. Instituto Nacional de Psiquiatría.

54. Medina-Mora ME, Villatoro J, López E, Berenzon Sh, Carreño S, Juárez F., (1995). *Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos*. *Gaceta Médica de México*, 131(4):383-393.

55. Miller, L.K. *Behavior Analysis for Everyday Life*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1984.

56. Miller, W.R., and Munoz, R.F. *How to Control Your Drinking*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press, 1982.

57. Miller W.R. & Rollink, S (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
58. Miller W.R. et al. *What Works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature*. En: Hester RK, Miller WR, eds: *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, 2ª ed. Massachusetts: Allyn and Bacon 1995: pags. 12-44.
59. Miller W.R. (1986/1987) *Motivation and Treatment goals*. *Drugs and Society*, 1. 133-151.
60. Miller WR, Toningan JS, Longabaugh R. *DrInC: An Instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1994.
61. Miller WR, Marlatt GA. *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.
62. Montoya, E., Arauz, J., Ortiz, G., Pina, J., Gamiochipi, M.; Rojas, M., Ramos, B. & Figueroa C., (1998.) *La práctica profesional del psicólogo de la salud en México*. Memorias del VIII Congreso Mexicano de Psicología.
63. Morales, F. (1999.) *Introducción a la Psicología de la salud*. 1ª. Edición, Paidós, Argentina.
64. Morgenstern J, Longabaugh R. *Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action*. *Addiction* 2000.95:1475-90.
65. Natera G, Tiburcio M, Villatoro J., (1997). *Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico*. *Contemporary Drug Problems*. En prensa.
- 66.- Natera G, Tiburcio M, (1997) *El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la Familia*. *Revista de psicología Social y Personalidad* 13(2); 165-190.
- 68.- Natera G, Tiburcio M, Villatoro J., (2001) *Características de las familias con hijos en riesgo de abandono de hogar*. *Lineamientos para*

un programa de prevención. Reporte Interno, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

69.- Natera G, Tiburcio M, (1999) *Barreras en la Búsqueda del Apoyo Social para las Familias con Problemas de Adicciones*. Salud Mental (22) 114-120.

70. Natera, G., Valencia, H. *Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Información y Acontecimientos*. Salud Mental V. 12 No. 4 diciembre de 1989.

71. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000) 10TH Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Highlights from current research. Secretary of Health and Human Services. U.S.

72. Orford, J. Oppenheimer, F. & Edwards, G. (1976) Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. Behavior Research and Therapy 14, 408-418.

73. Orford, Jim; Natera, Guillermina; Velleman, Richard; Copello, Alex; et.al, *Formas de afrontamiento y la salud de familiares enfrentando problemas de alcohol y drogas en México y en Inglaterra*, Addiction 2001. 96 761-764

74. Orford, J. y Keedie, A. (1986a) Abstinence or controlled drinking in clinical practice. A test of the dependence and persuasion hypothesis. British Journal of addiction, 81.

75. Palacios, J. (1993) [ED] *El psicólogo en el sector salud en México* Psicología de la salud: memorias 1er congreso Internacional de Psicología y Salud, CONACYT.

76. Prochaska, J.O. DiClemente, C.C. et. al. (1992) *In Search of how People Change*. American Psychologist, 47, 1102-1129

77. Prochaska JO, DiClemente CC. (1986) *Toward a comprehensive model of change*. En: Miller WR y Heather N (eds). Treating addictive behaviors: Processes of change. New York: Plenum Press.

78. Project MATCH Research Group (1997) *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes*. J Stud Alcohol 58(1): 7-9. En: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000)
79. Powell J. David, *Practical approaches to alcoholismo psychotherapy* edited by Sheldon Zimberg New York Plenum Press 1985
80. Post-traumatic stress disorder (PTSD) *Edited by Anxiety disorders association of America*. (Folleto)
81. Rodríguez G. (1998). *La Psicología de la salud en América Latina*. 1ª. Edición, Porrúa.
82. Rodríguez G. (1993.) *Algunas consideraciones sobre la Psicología de la salud en México*. En: Urbina, J. [comp.] (1989.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. UNAM, México. Urbina J. & Rodríguez G. (1993.)
83. Rosovsky, H. (1982) *Alcoholismo y Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol en México. Consideraciones Metodológicas en su Estudio y Resultados*. UNAM, México. (Tesis de Licenciatura)
84. Rosovsky, H. Cravioto Q.y Medina Mora, Compiladoras. (2000) *El Consumo de Drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones*. CONADIC, SS
85. Rosovsky H, García G, López JL, Narváez A., (1988). *El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. Memorias de la IV Reunión de Investigación*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 261-267.
86. Rosovsky H, Narváez A, Borges G, González L., (1992). Evolución del consumo per cápita de alcohol en México. *Salud Mental*, 15(1):35-41.
87. Skinner, H.A. & Horn, L.J. (1984) *Alcohol Dependence Scale (ADS) User's Guide*. Toronto.

88. Snyder, S. (1996) *Drogas y Cerebro*. España. Ed. Biblioteca Científica Americana.

89. Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Leo, G.I.; and Cancilla, A. *Reliability of a timeline method: Assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations*. Br J Addict 83(4):393 - 402, 1988.

90. Sobell, L., Sobell M. (2000) *Stepped Care as a Heuristic Approach to the Treatment of Alcoholic Problems*. Journal Consulting an Clinical Psychology. Vol. 68 No. 4 573-579.

91. Sobell, L., Sobell M. (1973) *Individualized Behavior Therapy for Alcoholics*. Behavior Therapy 4, 49-70

92. Sobell, L.; Maisto S., Sobell M.% Cooper, A. (1979) *Reliability of Alcohol Abusers Self Reports of Drinking Behavior*. Behavior Research & Therapy 17, 57-63.

93. Tapia Conyer, Roberto; Medina Mora, Maria Elena, et.al. *Epidemiología del consumo de alcohol y Epidemiología del consumo de sustancias adictivas*. En Las Adicciones, Manual Moderno, 2ª. Edición, México, 2001.

94. Urbina, J. [comp.] (1989.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. UNAM, México.

95. Villatoro, J., Medina Mora, M.E. et.al (1999) *Consumo de, Drogas, Alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal*. Medición 1997. Reporte Global del DF, INP-SEP, México.

96. Villatoro, J., Medina Mora, M.E. et.al (2001) *Consumo de, Drogas, Alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal*. Medición 2000. Reporte Global del DF, INP-SEP, México.

Anexo 1

Descripción del CAAF

El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) es un programa extramuros del Instituto Nacional de Psiquiatría y se localiza en el centro histórico de la Ciudad de México.⁴⁵ "El CAAF fue creado en 1977 como centro de asistencia y apoyo para la enseñanza e investigación de problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas, tanto en el bebedor como en su familia. Sus principales objetivos son: a) ofrecer diferentes alternativas de tratamiento b) Prevenir el alcoholismo en su área de influencia c) Difundir y coordinar el servicio con otras instituciones d) favorecer la captación de población con diferentes recursos socioeconómicos, e) capacitar al personal del C.A.A.F. en técnicas especializadas f) Crear las bases y apoyar las actividades de enseñanza e investigación".⁴⁶ El CAAF otorga 10,000 consultas anualmente, en promedio, a personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol, depende del Instituto Nacional de Psiquiatría, institución colaboradora de la OMS para alcoholismo y farmacodependencia.

La población atendida por el CAAF en su mayoría se encuentra en edad productiva. Ocho de cada diez pacientes ha tenido un tratamiento previo, lo cual nos permite pensar en la importancia de mejores alternativas cuando una fallado. La mayoría de los pacientes que acuden al CAAF ha desarrollado dependencia, *una proporción de ellos son bebedores excesivos cuyo problema no deriva aún en una adicción.*

Debido a que la familia del alcohólico es también eje del tratamiento, en los últimos años de cada diez personas que recibieron atención en el CAAF dos son mujeres. No obstante, solo una de cada 16 alcohólicos es del sexo femenino (ENA,1994). A diferencia de los hombres alcohólicos, las mujeres cuentan con pocos apoyos sociales, ya que con frecuencia su pareja las ha abandonado y sus hijos ya no viven con ellas. A menudo, han experimentado privaciones afectivas y violencia familiar, aunado a que su consumo se inicia a edades tempranas.

Los familiares acuden la mayoría de las veces a causa de problemas emocionales ó conflictos graves. Las formas como la familia enfrenta el alcoholismo son variadas, por ejemplo una familia puede negar la problemática por años y facilitar al paciente el uso del alcohol; otras pueden apoyar un tratamiento y la oportunidad de generar un cambio positivo en la vida del alcohólico. En todos los casos las familias requieren ayuda. Por esto el CAAF ofrece sus servicios no sólo al bebedor excesivo, sino también al grupo familiar, inclusive cuando el alcohólico no asiste al tratamiento.

Trabajadores sociales, enfermeros, médicos, psicólogos y psiquiatras dirigen sus esfuerzos al tratamiento de la persona alcohólica y sus familiares por medio de un minucioso estudio de cada caso.

⁴⁵ Los datos referidos al CAAF provienen de 3 fuentes: Presentación de la Institución por Luis Solís (En Power Point), Folleto del CAAF y entrevista con el jefe del Centro. Dr. Hugo González C.

⁴⁶ Natera, G., Valencia, H. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Información y Acontecimientos. Salud Mental V. 12 No. 4 diciembre de 1989.

El diagnóstico médico, psicológico y familiar permite conocer cuales son las áreas afectadas por el alcoholismo que requieren ser atendidas. Cuando el paciente se encuentra intoxicado, se lleva a cabo un proceso para eliminar el alcohol del organismo, previo al trabajo terapéutico. Esta es una fase importante, ya que permite incorporar a la persona a un programa de tratamiento desde el inicio de la suspensión del alcohol y así evitar los efectos de la falta de éste en el cuerpo.

Una vez que el alcohólico y su familia han sido evaluados es posible saber cuál tipo de tratamiento es el más adecuado.

Hoy en día sabemos que el alcoholismo se asocia a una gran variedad de trastornos físicos que deben ser identificados. En este caso los médicos del CAAF atienden estos problemas, directa ó indirectamente, y dan seguimiento a su evolución. Cuando se requiere, el paciente es referido a otras instituciones asistenciales con las cuales se mantiene una comunicación.

Algunas personas presentan además del alcoholismo, enfermedades depresivas, ansiedad u otros síntomas. Estas pueden ser tratadas adecuadamente por medio de medicamentos, que mejoran el estado de ánimo y la estabilidad mental del paciente.

La terapia psicológica que el CAAF otorga es de dos tipos: la individual y la familiar. La esposa es quien más afectada resulta por el alcoholismo del cónyuge siendo víctima de muchos de los efectos negativos del consumo excesivo de alcohol y es frecuente que sufra de estados depresivos y otros problemas de salud (dolores de cabeza, alteraciones intestinales etc.) Para ayudar a las esposas de bebedores, el CAAF ha instrumentado grupos en los cuales se da apoyo y se esclarece la problemática común, a través de acciones conjuntas para encarar los problemas. El CAAF abre sus puertas en días hábiles de ocho de la mañana a ocho de la noche y ofrece un servicio de atención en forma rápida y eficiente. La consulta se puede concertar por vía telefónica o acudir sin previa cita.

Las características de los usuarios de los servicios del CAAF	
*67%	tienen entre 18 y 39 años
*49%	con escolaridad de 10 años o más
*9 de cada 10	cubren criterios de dependencia al etanol, el resto abuso severo.
*Mas problemas	psiquiátricos y menos problemas físicos que pacientes alcohólicos de un hospital general.
*95%	de los pacientes refiere problemas familiares
*38%	proceden de la zona de influencia del centro.

Patrón de consumo en pacientes del CAAF	
Beben diario	36%
12 copas por ocasión	69%
Bebida de preferencia	
Pulque	2%
Cerveza	29%

Características del modelo del CAAF
1)Se basa en la correcta evaluación de cada paciente (problemas, necesidades, fortalezas y debilidades).
2)Se requiere una adecuada determinación de metas (abstinencia total o control de la cantidad)
3)El modelo es suficientemente flexible con relación a las respuestas de cada paciente (intensidad del tratamiento)
4)Las redes y contactos con otras instituciones deben ser adecuados (para la referencia y uso de recursos que se requieran).
5)El modelo debe captar pacientes desde la comunidad sin mayores requisitos (facilitar el acceso al centro).

En 1999 se otorgaron 9,500 consultas 24% mas que en el 98.

En el 2000 se otorgaron 1,163 consultas de primera vez.

Los indicios de la retención definidos por la relación paciente consulta aumentaron El 10% de los ingresos del CAAF fueron de casos agudos, a través de la unidad de desintoxicación (2000)

Funciona como centro de enseñanza para los siguientes postgrados: Residencia en Psiquiatría, Maestría en Salud Mental Pública, Curso de Entrenamiento en Adicciones, Maestría de Psicología en Adicciones.

Lineas de Investigación

**Prevención de recaídas:*

**Adaptación del Índice de la Severidad de la adicción: ASI-CAAF, CISA-CAAF*

**Apetencia al alcohol: Traducción, adaptación y validación de la ECOCA de Anton, Moack y Latham.*

**Costos del alcoholismo*

** Determinantes de Las Recaídas*

Seguimiento e interrupción del tratamiento

**Efectividad del tratamiento*

**Neuropsicología del Alcoholismo*

**Dependencia al etanol en mujeres mexicanas*

**Genética del alcoholismo: Estudio de asociación Alélica entre polimorfismos de genes de los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgico y opiode.*

De acuerdo con una entrevista realizada con el jefe Dr. Hugo González Cantú, el enfoque comunitario del CAAF se ha concentrado básicamente en la atención clínica. "Hace 25 años cuando se fundó efectivamente había mucho más trabajo extramuros, con pláticas en escuelas, fábricas y grupos comunitarios. Posteriormente nos dimos cuenta que los recursos debían concentrarse en la atención a las personas ya afectadas y sus familiares. Porque debido a nuestro enfoque (clínico) y a la limitación de personal, éramos más efectivos en ello". No obstante, el CAAF cuenta con ciertos programas de orientación comunitaria en secundarias, pláticas en grupos de autoayuda y atención a medios de información. Otro punto relevante es que existe diversidad de enfoques terapéuticos y no solamente de grupos de terapia. En el CAAF trabajan 5 terapeutas de base, dos

de ellos desarrollan sus terapias con enfoque cognitivo conductual, dos más con un enfoque sistémico y una psicóloga con orientación Gestáltica.

"Podríamos decir que nuestro enfoque clínico es el cognitivo conductual, pero también existen terapeutas que tienen una orientación definida y eso es parte de la oferta clínica de la institución", dice el Doctor González.

Otro aspecto de importancia es que, a partir de la investigación que se realiza en el CAAF y particularmente del proyecto de prevención de recaídas, se concluye que una terapia estructurada (de 12 sesiones, con objetivos particulares de cada sesión) es igualmente efectiva en términos clínicos que una terapia abierta (sin un calendario, ni programación de objetivos y tareas). No obstante, la primera es más económica en términos de costo-beneficio.

El Dr. González comenta que los tres objetivos básicos actuales del CAAF en el ámbito clínico son:

1. Abstinencia
2. Prevención de recaídas
3. Manejo de la Comorbilidad del paciente alcohólico. En este punto se incluye la meta de mejorar la calidad de vida del paciente, a través de mejores dinámicas con su familia y de programas específicos como nutrición.

Destaca la importancia del enfoque multidisciplinario en la que se enraíza el CAAF, ya que las metas del Centro son llevadas coparticipativa y complementariamente el equipo de psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, médico general, así como el área de terapia familiar.

Asimismo destaca la línea de acción basada en la Red de apoyo a pacientes, que son las interrelaciones del CAAF con otras instituciones sanitarias, tanto del sector público, privado y social.

Entre ellas destacan los grupos de autoayuda, no solo de AA, sino neuróticos anónimos, Relaciones Destructivas AC, Relaciones Constructivas (Hombres), comedores compulsivos, etc.,

Descripción de los Instrumentos de Medición y formatos de atención en el CAAF.

1.- Hoja de presentación de caso:

Esta hoja es la que se usa para presentar al paciente y determinar el tipo de tratamiento en las juntas clínicas semanales. Incluye ficha de identificación y cuatro apartados destinados al clínico para resumir los datos relevantes del patrón del consumo, patología clínica y actitud del paciente.

2.- Hoja de control de citas

(Esquema-agenda por especialidades: Psiquiatría, psicología, medicina y trabajo social.

3.- Contrato Terapéutico

Formato a través del cual se intenta informar y comprometer al paciente al sistema integral de tratamiento del CAAF. Este documento trata también de crear adherencia terapéutica.

4.- Estudio Socioeconómico

Breve cuestionario (11 preguntas) sobre ingresos, vivienda, seguridad social y procedencia.

5.- Cuestionario sobre el uso de alcohol (Skinner (1982), adaptado por el INP, 1997), Cuestionario cerrado de medición ordinal, que mide el patrón de consumo, comorbilidad física y psiquiátrica y tratamientos anteriores (o intentos de afrontamiento)

6.- Criterios de Diagnóstico para el Síndrome de Dependencia al Etanol (DSM IV-1995). Cuestionario cerrado dicotómico (si-no), que incluye 11 ítem con siete tópicos (abstinencia, tolerancia, estrechamiento conductual y percepción del daño, entre otros)

7.- Escala de Carroll para la valoración de la depresión. Cuestionario cerrado dicotómico (si-no), que incluye 52 preguntas.

8.- Cédula de pre-consulta. Cuestionario abierto y cerrado con 26 preguntas para ser llenado por el clínico.

9.- Consulta Inicial de Pacientes.

Cuestionario abierto y cerrado con más de 50 preguntas para ser llenado por el clínico y que mide: patrón de consumo, problemas asociados (legales, financieros, laborales, etc.) percepción del daño, identificación de la comorbilidad y tratamientos anteriores; uso de otras drogas.)

10.- Hoja de consulta inicial para familiares:

Formulario abierto con 12 preguntas para ser llenado por el clínico (incluye detección de formas de afrontamiento y/o codependencia, un familiograma, plan de diagnóstico y referencia.)

10.- Índice de Severidad de la Adicción (ASI-CAAF).

Instrumento de 139 preguntas incluyendo las de valoración del entrevistador, que mide el grado de afectación por el uso de drogas y/o alcohol en las áreas: médico, laboral/financiera, situación legal, relaciones sociales, estado psicológico/psiquiátrico y el uso de alcohol y drogas.

ANEXO II Productos elaborados para el Programa de Reforzamiento Comunitario para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas y para el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Modelo de Tratamiento para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas.
Facultad de Psicología
UNAM

Sociodrama para el Programa de Reforzamiento Comunitario

Guión: "Recupera tu felicidad y gana la batalla contra las drogas".
Actores: El usuario de alcohol, la esposa, el hijo, el compadre.

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO UNAM

Modelamiento 1

Situación: Cantina, bebiendo con el compadre

Usuario (U): ¡Ay compadre gracias por venir! ¡Échese una conmigo compa!. Usted y yo siempre hemos sido carnales, o ¿no compadre?. La verdad es que a mi nadie me entiende.

Compadre (C): ¿Pus qué compadre, agarró la jarra tantos días?

U: Sí, compadre y lo peor es que me eché toda la quincena, Llevo tres días sin llegar a casa y no sé que le voy a decir a mi vieja. Usted compadre, así como cuates, ¿podrá prestarme algo?.

C: Pus si compa, pero ya es la segunda vez que le pasa en el mes y no me ha pagado lo anterior. ¿Oiga compa, no ha pensado que ya es momento de parar?

U: Órale ¿qué ya me va a sermonear?

C: No compa yo le respeto mucho, pero la verdad, usted ya tiene hasta le piel gris de tanto tomar, ¿no está preocupado por su salud?. Mire compadre, con todo respeto últimamente lo he visto ya muy mal. Antes no era así, pero ahora la situación ha cambiado. Ya lo han corrido de dos trabajos por su forma de beber. ¿No le gustaría cambiar de forma de vivir?

U: Pues claro, compa, a veces lo he llegado a pensar, pero la verdad no sé como, y la mera verdad, es que me gusta echarme mis copas, compa.

C: Claro, compadre, pero piense en todas las consecuencias negativas de su forma de beber, no solo para usted, sino para su familia, la verdad compadre, yo lo estimo mucho, pero me parece que debe enderezar camino.

U: y ¿Cómo lo hago?,

C: ¿Por que no pide ayuda, compadre?

U: A mi no me gusta que me sermoneen compadre...

C: Bueno compadre hay muchos tipos de ayuda. Fijese que la otra vez estaba escuchando a otra persona que consiguió dejar de beber a través de un programa gratuito que hay en la Universidad. Son un grupo de profesionales y no lo van a tratar como un enfermo irremediable, sino como una persona con la capacidad de decidir y cambiar.

U: No compa, eso no sirve, yo ya lo he intentado y la verdad no es tan fácil.

C: Claro que no es fácil, pues cuántos años lleva tomando

U: Uy! Compa, ni me lo pregunte, como 30 años.

C: Ahí está el punto, porque estos profesionales de la salud dicen que su forma de beber es como un hábito compadre, algo que usted aprendió y lo ha repetido toda su vida, pero puede cambiar esa conducta tal y como la aprendió.

U: ¿Cómo está eso?

C: Bueno, es aprender para qué le sirve el tomar, en que condiciones lo hace y por qué y una vez que sabe todo eso empieza a tratar de encontrar otras actividades que le den satisfacción y tranquilidad pero sin consecuencias negativas, compadre. A mí me parece muy profesional.

U: Pues suena muy lógico compadre, quizá debiera intentarlo. Dicen que nunca es tarde para cambiar.

C: Así es compadre, nunca es tarde y va a ver como todos lo van a apoyar.

Modelamiento 2

Situación: El usuario llega a la casa, tomado después de una semana de consumo de alcohol. Se hace el enojado y reclama por su ropa sucia, le pide a su hijo que vaya a traerle unas caguamas.

Esposa (E): Pues ¿dónde andabas?, ya te fuimos a buscar a la policía y tus hijos no fueron a la escuela. ¡Eres un irresponsable, un vago, ya me tienes harta con tus borracheras!, mira nada más pareces pordiosero, ¡vago malviviente!...

U: Yo hago lo que quiero y además tú no tienes derecho a reclamarme nada, malagradecida!. Tú tienes la culpa de que yo tome...

El usuario se queda dormido.

Día siguiente. La esposa y el hijo se reúnen

E: Mira Felipe, necesito hablar contigo. Ya empezaste otra vez a tomar, y esta vez creo que no estoy dispuesta a apoyar tu manera de beber. Acuérdate la vez pasada que la agarraste. Te desapareciste cinco días, te buscamos en las delegaciones y en la Cruz Roja. Tu regresaste como sin nada. Te habías tomado toda la quincena. En esta casa, todos trabajamos, queremos vivir dignamente, pero tu nos pones de cabeza y creo que no es justo. El doctor te dijo que tú ya no puedes beber por el daño que tienes en el hígado, y a verdad si tu decides seguir, yo ya no te voy a cuidar cuando te pongas mal por beber.

U: Pues lárgate, sino quieres que tome!!

Hijo (H): Oye Pá, creo que no es la forma como debes hablarle a mi Mamá; además ella tiene razón, todos estamos tratando de hacer una vida feliz. Y estamos preocupados por ti, la verdad cada vez que tomas el alcohol te causa más problemas. ¿Te acuerdas la última vez?, Te costo como \$ 5,000 pesos el golpe que le diste al otro coche.

U: Todos están en mi contra, ya déjenme en paz, Yo soy así y no voy a cambiar. Además me duele la cabeza y me siento muy mal.

H: De eso estamos hablando pá, de que realmente ya te está haciendo muy mal a tu salud, pues qué ¿no está cansado de esto pá?

U: Pues claro que estoy cansado de sentirme mal, sin dinero y culpable por todo lo que hago. Ya estoy harto de estos temblores en las manos, ¡mira! (mostrando las manos temblorosas.) En el trabajo ya me sentenciaron y la verdad es que no sé ni con quién hablar de cómo me siento!. (con voz temblorosa.)

H: Oiga papá, yo sé de un programa de atención de la Universidad, qué es gratuito, no lo internan y hasta le ayudan con medicamentos y terapias para que

usted se sienta mejor y pueda dejar de beber. ¿qué le parece?, podríamos ir a hablar con los psicólogos.

U: ¡No! Si no estoy loco, que psicólogos ni qué nada. Nada más es cosa de un ratito, luego ya me siento mejor.

H: No se engañe Pá, además los psicólogos no son para locos, son para que usted aprenda a vivir mejor y a controlar su forma de beber. ¿qué no se ha cansado que todo el mundo le diga el borrachín de la colonia?.

U: Pues claro!. Si ya estoy harto que todo mundo me señale, y me diga que soy un vicioso. Esta bien, ¡vamos!, pero con que me quieran empezar a sermonear nos vamos ¿eh?.

Fin del socio drama.

2.-

¿Tienes algún familiar con problemas de consumo de alcohol o drogas y quisieras motivarlo para que acudiera a algún tipo de tratamiento?

Estas son algunas de las estrategias a seguir:

¿Cómo prepararse para actuar?

- a) Reúnete con dos o tres miembros de tu familia y comenten uno por uno de qué manera están interesados en el bienestar de la persona que consume.
- b) Pregúntense: cómo les afecta el consumo de sustancias de familiar afectado, y qué podrían hacer para ayudarlo.
- c) Traten de hablar sin culparse unos a otros, simplemente manifestándose cómo se sienten y qué podrían hacer.
- d) Busquen información sobre la sustancia que consume y cómo afecta la salud.
- e) Acudan a algún servicio de orientación para familiares de personas consumidoras.
- f) Prepárense para hablar con su familiar afectado.

¿En qué momento hablar con el familiar?

- a) Hablen con el familiar afectado en momentos en los que NO está consumiendo y NO está intoxicado.
- b) Es muy efectivo hablar justo un día después de un periodo de consumo excesivo. (Cuando tiene los efectos de lo que conocemos como cruda).
- c) No hablen cuando estén amigos o personas ajenas a la familia, que puedan afectar la dignidad del familiar.

¿Quiénes pueden hablar?

- a) La esposa y los hijos mayores de edad.
- b) Los compadres o comadres y personas que tienen un FUERTE VÍNCULO AFECTIVO para el familiar afectado.
- c) Personas que representan autoridad y que sean respetadas por el familiar afectado.

¿Cómo dirigirse al familiar afectado?

- a) Hablen directamente del problema en cuestión, es decir el consumo excesivo de alcohol y/o drogas.
- b) Hablen respetando la dignidad de la persona afectada, sin recriminaciones ni ofensas, pero con decisión y seguridad.
- c) Inicien el diálogo comentando: "Necesitamos hablar de un asunto muy importante contigo. Todos estamos preocupados por tu salud y a todos nos afecta tu forma de consumo.
- d) Pregúntele sobre las consecuencias negativas de su consumo y permitan que él las enliste y se sienta ESCUCHADO.
- e) Sino comenta nada, pregúntele con serenidad sobre los beneficios que podría obtener si dejara el consumo, por ejemplo: ¿has pensado lo bueno que sería para nosotros poder ahorrar el dinero que usas en el consumo? ¿no crees que te sentirías mejor sin consumir? ¿lo has pensado por tu salud?. Yo he visto que tu puedes disfrutar y sentirte alegre sin consumir.
- f) Hablen de la importancia de un ambiente familiar sano.
- g) No toquen cosas del pasado o resentimientos intra familiares, ENFÓQUENSE en el problema del consumo de sustancias y sus consecuencias negativas.
- h) Comenten lo importante que para cada uno sería VERLO BIEN, CONTENTO Y SANO.
- i) Hablen de que están dispuestos a apoyarlo si él se atiende.
- j) Hablen de las opciones de tratamiento y de que muchos son gratis.

PRODUCTOS DESARROLLADOS PARA EL PROYECTOS DE DISEMINACIÓN DEL MODELO DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO.

Con la supervisión de Silvia Chainé y la colaboración de Mari José se elaboró el plan de difusión Programa de diseminación:

III. Proceso de Difusión del "Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema" en CIJ.

Debido a que tradicionalmente CIJ, se ha dedicado casi exclusivamente a la atención de los problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas, es necesario difundir información entre la población a la cual se dirigen sus servicios acerca la inclusión del "Modelo de Detección Temprana e Intervenciones Breves para Bebedores Problema", como parte de los servicios para bebedores excesivos de alcohol que ofrecerá la institución a partir de este momento. Esto hace necesario que se desarrollen e implementen diversos mecanismos para la difusión del modelo.

El Objetivo del proceso de difusión es garantizar la captación de usuarios. La promoción del modelo, lleva consigo ventajas importantes ya que implica simultáneamente hacer prevención en las comunidades de acción, al proveer información sobre la capacidad de las personas de modificar los patrones de consumo de alcohol y reducir los problemas asociados a este. Asimismo, proporciona a la población una visión sobre la moderación como una alternativa de consumo, permitiendo un incremento en su auto eficacia para controlar su manera de beber y la disminución de los costos ocasionados por el consumo excesivo.

En el proceso de difusión es importante incluir la infraestructura de las delegaciones en donde se insertan los CIJ de interés. Ambas cuentan con medios locales de difusión, así como con escenarios estratégicos y de oportunidad, como escuelas, parques recreativos, iglesias, mercados, casa de la cultura, estaciones del metro, e incluso grupos de autoayuda, donde se pueden distribuir los medios impresos o dar pláticas de sensibilización.

También es relevante hacer uso de todos los medios de comunicación viables, para optimizar costos y resultados. A saber: medios impresos, medios audiovisuales y técnicas de comunicación comunitarias, que se describen más adelante.

Esta propuesta se somete al acuerdo interinstitucional, en el sentido de que la información contenida en los medios impresos (trípticos, volantes y carteles) y otros medios, será proporcionada por la UNAM, mientras que el diseño y elaboración de los mismos correrá por parte de las instituciones sede.

De manera específica, las acciones que se pueden implementar para la difusión del modelo son (Véase Anexo 2):

- a) Promocionar el Modelo a través de medios escritos: Trípticos, volantes y carteles, en las dos instituciones sede del piloteo.
- b) Promocionar el programa a través de medios escritos: Trípticos, volantes y carteles en reuniones de grupos focales en las comunidades de ambos centros.
- c) Promocionar el programa a través de medios escritos: Trípticos, volantes y carteles, en escuelas ubicadas en las comunidades de los CIJ Tlalpan y Tlalnepantla.
- d) Promocionar el programa a través de medios audiovisuales: Radio, televisión e Internet. Crear una red de enlace (bebedoresponsable@CIJ.), para captar usuarios donde éstos puedan recibir información sobre el programa, e incluso si los CIJ lo consideran conveniente, programar citas a través de este medio.
- e) Anunciar a través de conferencia de prensa y boletines la instrumentación del "Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema" en los CIJ, como una alternativa más de atención.
- f) Enviar a los medios de comunicación que promocionan servicios de salud, boletines de prensa que informen a la población sobre los riesgos de beber en exceso y de la inserción del "Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema" en CIJ.

EJEMPLOS DE SPOT PARA RADIO

<u>EJEMPLO PROPUESTA DE SPOT RADIOFÓNICO:</u>	
5"	Música de fondo de fiesta de jóvenes (música electrónica.) Se baja y se mantiene como fondo.
1era voz en off: (voz de un joven ebrio) ¡éntrale a algo fuerte, yo ya me acabe un pomo.	¡Qué Chida fiesta! ¿y tú? Ya llevas dos horas con el mismo vaso
2º Voz en off: (Joven sobrio) forma de beber.	No hermano gracias, yo controlo mi
1era voz: mamá?	Órale pues que ¿todavía te pega tu
2º voz son las crudas. Fondo desaparecer)	No, lo que no me gusta que me peguen Risas (Se disuelve el sonido hasta
3era voz: ¿Te gustaría aprender a beber sin exceso y pasártela súper en las fiestas? Llámanos, te ofrecemos un curso donde aprenderás que tú eres el valedor!	¿Quieres controlar tu manera de beber?
MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA	
<u>SPOT 2 PARA POBLACIÓN ADULTA:</u>	
5"	Música de fondo de un restaurante.
1era voz en off: (voz de un hombre) para que me haga bien la digestión. ¿Y tú que vas a pedir?	¡Tráigame otra botana! y dos tequilitas
2º Voz en off: (hombre sobrio) hijos al cine.	Nada gracias, quede de llevar a mis

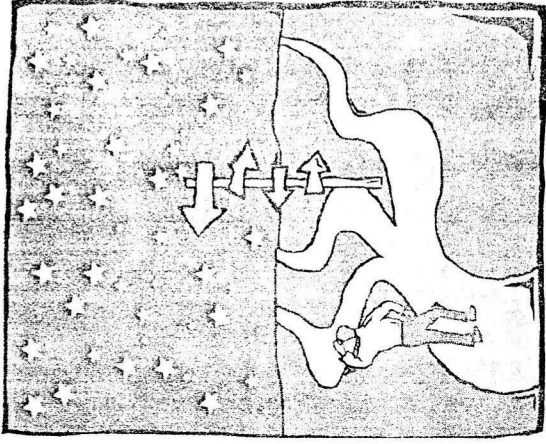
1era voz: ¿Ah, qué ahora así se llama la socia?
¿Te manda la vieja?

2º voz No, compadre, lo que no me gusta que me mande es el alcohol. Con dos copas es suficiente. Hasta mañana, digo, si es que tu mandil te deja llegar.

1era voz Risa de un ebrio. (Sonido del restaurante sube 2" y se disuelve hasta desaparecer)

3era voz: ¿Quieres controlar tu manera de beber?
¿Te gustaría aprender a beber sin exceso y hacerla en todas las áreas de tu vida? Llámanos, te ofrecemos un curso donde aprenderás que tú eres el que manda.

MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA



ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO

CENTRO ACASULCO
CERRADA DE ACASULCO # 18
COL. OXTOPULCO UNIVERSIDAD

TEL: 56 58 39 11
56 58 37 44

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO

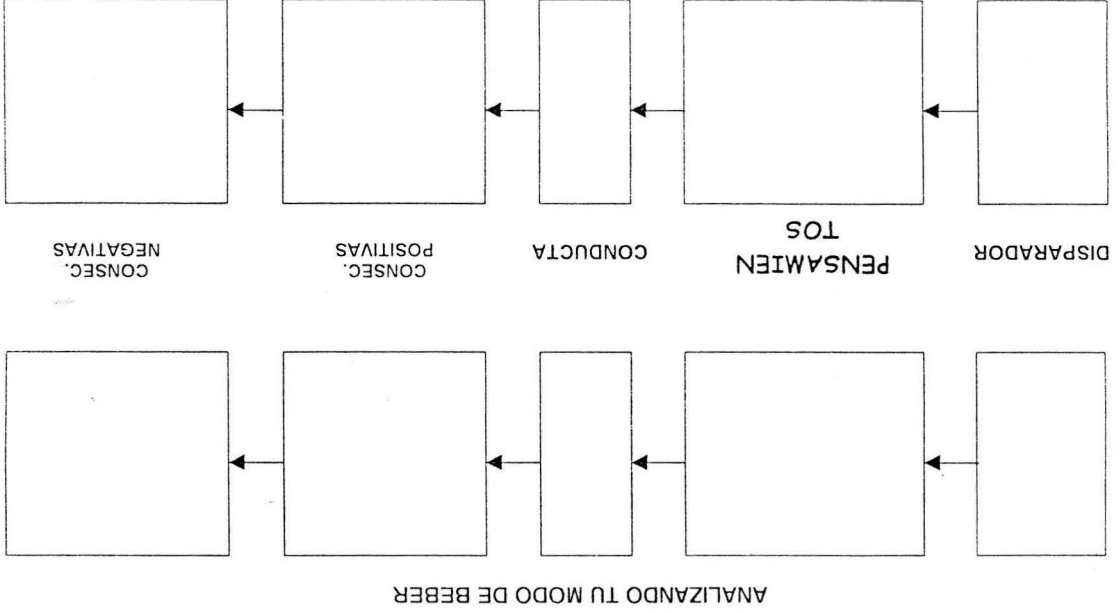
- ¿Por qué bebes o consumes drogas?
- ¿Cómo modificar esta conducta?

El análisis funcional de la conducta (AFC) te permitirá reconocer que por largo tiempo tu conducta de beber o de consumir drogas es una forma de actuar que aprendiste a lo largo del tiempo para hacerle frente a ciertas situaciones de tu vida, algunas placenteras y otras problemáticas. Puede ser que el consumo te sirva para relajarte o darte seguridad y debido a la repetición del consumo se convirtió en un hábito o patrón conductual.

El análisis funcional de la conducta de consumo te permitirá descubrir:

- a) ¿Cuáles son las razones por las que consumo?
- b) ¿En qué situaciones consumo?
- c) ¿Cuáles son mis emociones antes y después del consumo?
- d) ¿Cuáles son mis sensaciones físicas antes y después del consumo?
- e) ¿Cuáles son las consecuencias positivas y negativas del consumo?

Una vez que hayas analizado cada una de estas preguntas en CADA OCASIÓN DE CONSUMO, podrás detectar CUÁLES SON LOS EVENTOS O EMOCIONES que te orillan a consumir.



Ya que detectaste la CADENA CONDUCTUAL involucrada en el acto de consumir, podrás romperla si tú quieres.

Aquí tienes un ejemplo:

Cadena habitual:

Pelea con mi esposa (o) - Sentimientos de frustración - Deseo de sentirme relajado - Deseo de beber - Bebiendo - Falto a trabajar - Gasto económico fuerte en bebida - Mayores problemas con mi esposa (o).

Cadena de cambio:

Pelea con mi esposa (O) - Sentimientos de frustración - Deseo de sentirme relajado - ¡¡¡ Deseo de beber!!! - Salgo a caminar y reflexiono sobre las consecuencias negativas de mi conducta de consumo - reflexiono sobre de qué otra manera puedo sentirme bien - reflexiono qué es lo que realmente me molesta de mi esposa - me doy cuenta que no soporto que me insulte - sigo caminando y respiro profundamente - le habio a un amigo y le comparto el problema - decido hablar con mi esposa para pedir respeto y una mejor comunicación - mi esposa me escucha - logro sentirme mejor - mejoran las relaciones en mi matrimonio.

Como pudiste darte cuenta, en el ejemplo, hay un hecho que DISPARA el consumo, nosotros le llamamos también

PRECIPITADOR; no necesariamente es una situación problemática, puede ser una situación de festejo también:

Cadena habitual:

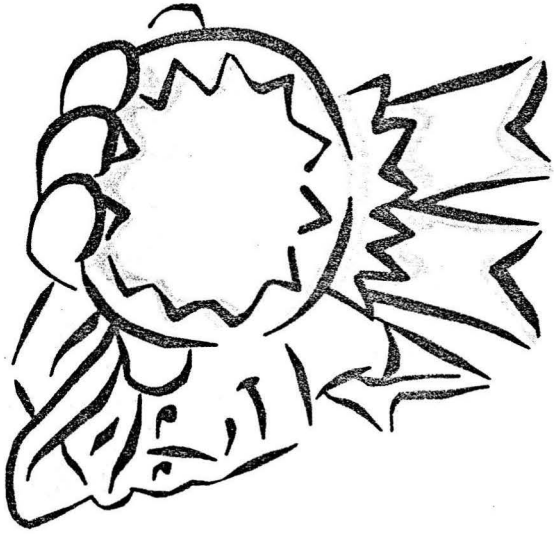
Cumpleaños de mi hijo - siento alegría y deseo de festejar con mis amigos - pienso que solamente tomaré una copa para brindar, la ocasión lo amerita - comienzo a beber - me emborracho y no me acuerdo lo que hice - mi hijo dice que siente vergüenza de las cosas que dije - mi esposa está enojada conmigo - mis amigos me ven raro desde aquella vez - me siento mal y tengo deseos de beber- sigo el consumo y me siento peor.

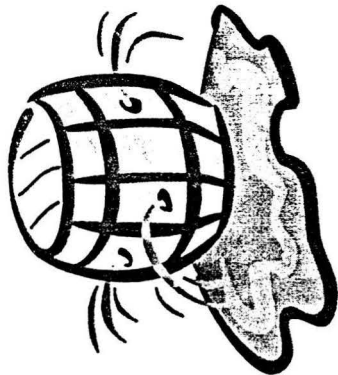
Cadena de cambio:

Cumpleaños de mi hijo - siento alegría y deseo de festejar con mis amigos - pienso que solamente tomaré una copa para brindar, la ocasión lo amerita - recuerdo la última ocasión que pensé que me detendría después de la primer copa y no lo logré - reflexiono sobre todas las consecuencias negativas que vendran si tomo aunque sea un trago - pienso en mi hijo y en que él se sentirá feliz si me ve sobrio durante su fiesta - decido ayudarle a mi esposa a servir - hago bromas con mis amigos y me río mucho - organizo una sesión de payasitos con los niños - mi hijo estuvo muy feliz y en la noche va a darme un bebo para agradecerme - siento satisfacción y confianza en mi mismo.

Es así como el análisis funcional de la conducta te permite cambiar. A CADA OCASIÓN que lo logres te sentirás más eficaz para evitar el consumo en el INICIO DE LA CADENA hasta que un día te des cuenta que has logrado REPLAZAR LA CONDUCTA DE CONSUMO POR OTRAS CONDUCTAS POSITIVAS QUE NO TRAEN CONSECUENCIAS NEGATIVAS NI A TU SALUD NI A TU ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL O LABORAL.

Así que lo importante del AFC es que tú PUEDES CAMBIAR.





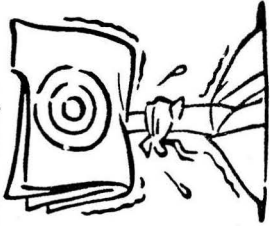
CENTRO ACASULCO
CERRADA DE
ACASULCO # 18
COL. OXTOPULCO
UNIVERSIDAD
TEL: 56 58 39 11
56 58 37 44

EFFECTOS NOCIVOS DEL
ALCOHOL

PREVENCIÓN DE
RECAÍDAS

Esto ocasiona dolores y trastornos de la conducta, tanto en la memoria como en el lenguaje, produciendo a largo plazo falta de atención, verborrea (hablar sin parar y a veces pensamiento incoherente) y fuga de ideas.

Otros más graves desembocan en las llamadas demencias alcohólicas, la más conocida es la Psicosis de Korsakoff, quienes la padecen sufren pérdida de memoria y confabulación; la persona cuenta experiencias que solo existen en su mente, pero que para él son completamente reales.



Es muy importante que conozcas los riesgos del consumo excesivo y crónico del alcohol, para que puedas evitar consecuencias severas y en muchos casos irreversibles del mismo.

Considera sin embargo, que para cada problema hay una solución y un tratamiento específico y **NOSOTROS ESTAMOS PARA APOYARTE.**

Cuando has logrado un periodo de abstinencia importante, que puede ser de una semana a tres meses o más, es lógico que tu organismo se sienta mejor y que tú también experimentes alivio. Esta situación muchas veces puede llevarte a pensar que ya estás bien y que si vuelves a ingerir alcohol no tendrás consecuencias.



No obstante, el alcohol a grandes cantidades y consumido por largos periodos genera afecciones en a salud que pueden ser **IRREVERSIBLES** y **CRÓNICAS**

Tal es el caso de la **CIRROSIS HEPÁTICA** y de algunas **AFECCIONES NEUROLÓGICAS**, ocasionadas por el consumo crónico de alcohol.

Este folleto intenta proporcionarte información para que tengas una perspectiva **CIENTÍFICA** de las consecuencias de largo plazo del uso del alcohol y te ayudará a reforzar tu decisión de eliminar la conducta de consumo de alcohol de tu estilo de vida.

Cirrosis hepática

Se trata de una enfermedad degenerativa del hígado que se caracteriza por la destrucción de las células hepáticas y sustitución de la arquitectura nodular por tejido fibroso. Constituye la fase final e irreversible de las patologías del hígado y en la mayoría de los casos provoca la muerte del sujeto. La ingesta excesiva de alcohol produce la cirrosis hepática, (entre otras causas) y una vez diagnosticada está contraindicado el consumo de alcohol, debido a que una dosis mínima puede provocarle al sujeto vómitos de sangre. La cirrosis hepática se detecta también, por cambios en el tamaño del hígado (disminución), que provocan insuficiencia hepática-. Adicionalmente el uso prolongado de

alcohol produce daños en el aparato digestivo, como gastritis y esofagitis, llegando a producir úlceras y sangrados. Estos daños requieren tratamiento nutricional y a veces farmacológico.



Como sabes el alcohol es una droga que causa cambios en el sistema nervioso central, tanto depresores como estimulantes. Algunos son inmediatos y placenteros, pero la mayoría son negativos y con consecuencias de largo plazo.

Algunos de los efectos depresores y nocivos del alcohol, se reflejan en afecciones del comportamiento como son la disminución de la atención, las alteraciones en la memoria, los cambios de humor y la somnolencia.

La literatura científica reporta daños neurológicos y cognitivos provocados por el alcohol tales como:

Polineuritis, que es la inflamación de los nervios periféricos, ocasionándole parálisis temporal y calambres básicamente de piernas.

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO
LISTA CHECABLE
SESIÓN 4

Fecha _____ Hora _____ No. Expediente _____

Nombre del Evaluador _____

Nombre del Terapeuta evaluado _____

FASE: TRATAMIENTO: ANALISIS FUNCIONAL.

OBJETIVOS
Identificar los precipitadores del uso de la sustancia, así como las situaciones de alto riesgo asociadas.
Describir la conducta de uso de sustancias.
Identificar las consecuencias positivas a corto plazo del uso de la sustancia.
Identificar las consecuencias negativas a largo plazo del uso de la sustancia.
Elaborar un plan de acción para decrementar la probabilidad de ocurrencia del consumo.

INSTRUMENTOS
Autoregistro
Análisis Funcional para la Conducta de Beber

1	PREPARA EL MATERIAL PREVIO A LA SESIÓN	
2	PREPARA EL ESCENARIO COLOCANDO TRES SILLAS Y UNA MESA LATERAL	
3	EL TERAPEUTA RECIBE AL USUARIO EN LA RECEPCIÓN Y LO LLEVA AL CUBICULO	
4	REALIZA CONTACTO VISUAL	
5	HACE RAPPORT	
6	TIENE UNA POSTURA RELAJADA	
7	MUESTRA INTERÉS	
8	SONRIE	
9	TIENE PRÓXIMIDAD FÍSICA	
10	MANTIENE SU TONO DE VOZ	
11	ESCUCHA SIN INTERRUPCIÓN	
12	HACE PREGUNTAS BREVES	

AUTOREGISTRO
¿El usuario consumió durante la semana?
¿Con qué frecuencia?
¿Qué sustancias consumió?
¿Qué cantidad de la sustancia consumió?
¿Cuánto duró el consumo?
¿En presencia de quién?
¿En qué lugar?
¿Cómo se sentía antes del consumo?
¿Qué pensó antes del consumo?

¿Cómo se sentía durante el consumo?

¿Qué pensó durante el consumo?

¿Cómo se sentía después del consumo?

¿Qué pensó después del consumo?

	LO DOMINA	EN PROCESO	NO REALIZO
El terapeuta prepara los instrumentos que utilizará durante la sesión			
Coloca dos sillas y una mesa lateral			
Coloca la cámara de video lista para grabar			
El terapeuta da la bienvenida al usuario, recibéndolo desde la puerta			
Hace contacto visual y le sonríe			
Realiza RAPPORT			
El terapeuta revisa el autoregistro			
El terapeuta le explicará al usuario que en esta sesión realizará un ejercicio llamado análisis funcional			
Explica que el análisis funcional tradicional explora los antecedentes o precipitadores de la conducta de beber			
El terapeuta instiga al usuario para que explique verbalmente que son los precipitadores, constatando que comprendió la idea			
El terapeuta toma la hoja de análisis funcional para la conducta de beber			
Precipitadores			
El terapeuta pide al cliente un ejemplo de un episodio de ingesta de alcohol. A partir de este ejemplo el terapeuta y el usuario identificarán los diferentes precipitadores de su conducta de beber.			
1: "Con quien se encuentra usualmente cuando bebe".			
2: "Dónde bebe".			
El terapeuta identifica y señala aquellos ambientes de alto riesgo para la conducta de beber			
3: "Cuando es más probable que ingiera alcohol"			
4: "Qué suele pensar justo antes de beber"			
El terapeuta delinea al usuario el proceso de pensamiento, de tal manera que observa que un momento dado toma la decisión de beber y que por lo tanto ese no es un proceso automático.			
5: "Qué siente físicamente justo antes de beber"			
El terapeuta instiga al usuario para que se enfoque en las sensaciones corporales que pudieran sugerir ciertos estados – señal para la conducta de beber			
6: "Cuáles son las emociones que presenta, usualmente justo antes de beber"			
El terapeuta instiga al cliente a identificar y reportar las emociones que presenta antes de beber y que pueden servir de señal para dicha conducta			
El terapeuta complementa la información obtenida en el análisis funcional con la recabada en la información inicial.			
El terapeuta evita utilizar la información de la evaluación para confrontar al usuario, sino para motivarlo durante el tratamiento			
El terapeuta presenta al cliente un resumen de los antecedentes que se han identificado y anotado en el registro de análisis funcional			

	LO DOMINA	EN PROCESO	NO REALIZO
El terapeuta señala la importancia del paso de la identificación y descripción de los antecedentes a la descripción de la conducta de beber			
1; Tipo de bebida			
2; Cuanto bebió			
3; Que periodo de tiempo le llevo ingerir esa cantidad de alcohol			
4; Cuanto tiempo le llevo ingerir una copa			
Consecuencias positivas (A corto plazo)			
El terapeuta puntualiza al usuario el hecho de que estos beneficios percibidos son siempre de corta duración			
Señala como estos efectos positivos iniciales del alcohol no evitarán la ocurrencia de las consecuencias negativas del mismo, a mediano y a largo plazo			
El terapeuta continua desplegando una actitud positiva y buscando oportunidades de reforzar al cliente por su participación y correcta ejecución en los ejercicios			
El terapeuta pregunta:			
1; Qué es lo que más le gusta de beber con....			
2; Qué es lo que más le gusta beber en....			
3; Cuáles son algunos de los pensamiento agradables que tiene mientras bebe			
4; Cuáles son algunas de las sensaciones físicas agradables que tiene mientras bebe			
5; Cuáles son algunas de las emociones agradables que siente mientras bebe			
El terapeuta identifica y utiliza cada oportunidad para reforzar al cliente por su efectiva participación durante el llenado del registro, manteniéndose positivo y motivando al cliente			
Consecuencias Negativas.			
Al mismo tiempo de que se completa esta última columna, el terapeuta se asegura que el cliente identifique la relación funcional entre la conducta de beber y las consecuencias negativas.			
El terapeuta pregunta:			
1.- resultados positivos de su conducta de beber			
2.- resultados negativos de su conducta de beber			
a) Interpersonal			
b) Física			
c) Emocional			
d) Legal			
e) De trabajo			
f) Financiera			
g) otra			
2.- ¿Qué relación existe entre sus problemas y su conducta de beber?			
El terapeuta realiza un resumen de la sesión			
El terapeuta destaca la importancia del llenado del autoregistro			
Finalmente, el terapeuta apaga la cámara de video.			
Acuerda con el usuario la próxima cita			
El terapeuta anota la cita en el carnet			
Le acompaña hasta la puerta			

PASO 1. DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS

Este paso está destinado para ayudarle a:

1. **ANALIZAR** los **COSTOS** y **BENEFICIOS** de su actual forma de beber.
2. **TOMAR CONCIENCIA** de sus **DECISIONES** y de las **CONSECUENCIAS** que siguen a las mismas.
3. **IDENTIFICAR RAZONES PARA DECIDIR CAMBIAR**

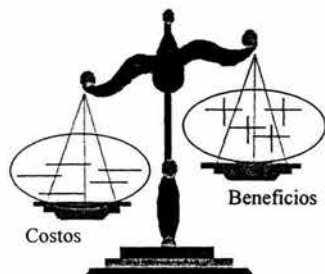
Piense en lo siguiente:

- ¿Qué tan importante es el alcohol para usted?
- ¿Reducir o dejar de beber sería como perder un buen amigo?
- ¿Qué pierde (y qué gana) si sigue bebiendo como hasta ahora lo ha hecho?

Beber alcohol en exceso lo lleva seguramente a experimentar situaciones desagradables como problemas familiares, dificultades económicas, pleitos y olvidos entre otros. Al beber también obtiene una serie de beneficios como el relajarse, divertirse o reducir la tensión.

ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE:

- ❖ Usted es la persona indicada para decidir cuáles son los **COSTOS** y los **BENEFICIOS** relacionados con su actual forma de beber.
- ❖ Debe poner de un lado de la balanza, los beneficios (+) que obtiene por su forma de beber y del otro lado los problemas (-) que ya está experimentando, de tal forma que pueda darse cuenta hacia donde se inclina la balanza y que se requiere hacer para iniciar un cambio en su consumo de alcohol.



- ❖ Las siguientes actividades: "Decidir cambiar" y "Razones para el cambio", le ayudarán a evaluar su situación.
- ❖ La decisión de cambiar es SUYA.

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> - No beber alcohol - No beber alcohol - No beber alcohol - Tener una vida más saludable 	<ul style="list-style-type: none"> - "Disfrutar" y disfrutar - No beber alcohol - No tener un comportamiento de riesgo - Tener una vida más saludable
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> - No disfrutar igual, las reuniones sociales - Tener más problemas - Tener más problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - No disfrutar igual, las reuniones sociales - No disfrutar igual, las reuniones sociales - No sentirse satisfecho - Tener más problemas

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

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

1. Tengo el control de mi vida y de los hábitos venenosos
y moderar

2. Mejorará mi relación con mi familia, ya que mi
mamá se sentirá más segura respecto a mi forma de
beber

3. Decidirá el mejor camino para la relación con mi
novia y sobre las cosas que tenemos en común

Tomando en cuenta los resultados de la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (ver Anexo), que llenó el día de la evaluación, escriba la información que se le pide en los siguientes cuadros:

	Resultado
Su consumo total semanal y anual 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? NO

Después de haber bebido en exceso Al dejar de beber ¿Siente angustia por uno o dos días? NO

¿Tiene algún problema de salud severo? (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón hígado etc.) NO

¿Está a punto de perder su empleo? NO

¿Tiene problemas serios con su pareja (amenaza de divorcio o separación) NO

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

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.

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 destilado (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** 4 tragos estándar durante ese día.
2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** 7 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

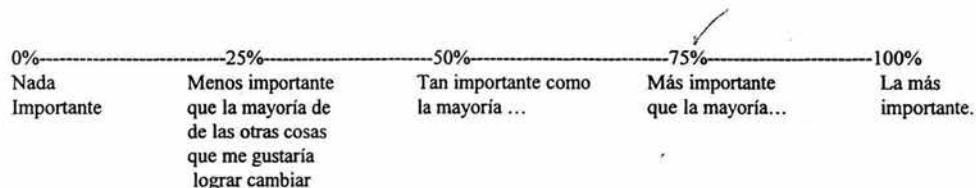
Estado enfermo, cuando tenga obligaciones
irrenunciables al día siguiente.

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

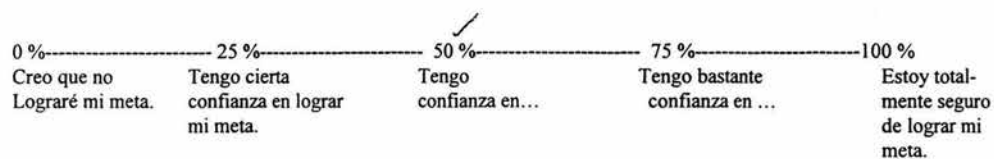
cuando me sienta bien y la disfruto.

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?



2.- En este momento, ¿qué tan confiado me siento en 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**.

La despedida de una mujer que se iba a ir a trabajar al extranjero

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

Habría decidido que me iba a beber de más con motivo de la despedida de anticipación, ya que era una fecha importante, estaban muchas amigas presentes, cuando me iba a ir a trabajar a un país reunidas, además no tenía compromisos serios para los siguientes días.

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**:

al principio estaba tranquila y disfrute las primeras horas; iniciamos a las 14:00, comimos 16:00 y 17:00. A las 19:00 me sentía muy ebria y contenta pero como a las 23:00 me sentí mal de cabeza y harta así que quise salir inmediatamente y me fui con mi novia y me sentí muy deprimida. Nos fuimos a otra reunión donde me sentí a gusto y seguí bebiendo hasta que dos horas después nos salimos de ahí. Fui a dormir y al día siguiente me sentía muy mal físicamente pero me desperté temprano y salí con una amiga a la biblioteca.

2 da. SITUACION EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso.

estaba con mis amigos y nos reanimamos con unas cervezas y
un par de copas de vino. Así por empujones a beber

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

Como en la noche me sentí un poco cansado, tomamos unas cervezas
en la terraza y un vino blanco, cansado y
desmotivado, pero quería sentirme a gusto y empezar
a beber más copas

3) Describa lo más 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**:

me sentí eufórico, alegre y desinhibido, pero después
me sentí más molesto y enojado. Al día siguiente
me sentía muy mal (fracamente)

3 era. SITUACION EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso.

En el momento de un cumpleaños y después de pastel
en su casa, llegaron sus amigos después y le
llevaron una botella de vino

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

me sentía triste por la muerte de mi novio y cuando llegaron
los amigos me sentí aliviada

3) Describa lo más 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**:

durante la reunión me sentí tranquila pero bebí muy
mucho y después me sentí preocupada porque al
día siguiente me sentí un poco mal (fisicamente)
tengo más obligaciones

EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describe las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 1

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

OPCIÓN #1 No beber nada de alcohol

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1 no me divertiría igual

OPCIÓN #2 No ir

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2 dejaría de ver a mis amigos

OPCIÓN #3 beber una copa por hora y no excederme de tres

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3 me divertiría, tendría el control de la situación todo el tiempo y al día siguiente me sentiría bien

OPCIÓN #4 beber una copa por hora sin límite de copas

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4 tendría a sobrepasarme y al otro día tendría malestar físico

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1?

OPCIÓN # 3

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2?

OPCIÓN # 1

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCION para esta situación de beber alcohol en exceso.

EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCIÓN

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 OPCIÓN: Opción # 3 (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

No llegar desde un principio, tratar de beber mucha agua antes de llegar a la reunión. Al llegar servirme lo mismo e intentar traer agua, beber la copa durante una hora como mínimo y descansar 20 min. antes del siguiente turno.

No debo estar molesto antes de la reunión y si me molesto durante la reunión evitar beber después y controlar mis emociones.

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción # 1 (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

beber mucha agua antes y durante la reunión, llevar agua de sabor o refresco para inhibir las intenciones de tomar algo dulce y con sabor.

Intentar hacer una plática interesante y que tome mi atención.

EJERCICIO 3A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describe las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 2

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

OPCIÓN #1 No salir con los amigos de mi novio cuando beban en la calle

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1 Minovio se sentiría insatisfecho

OPCIÓN #2 Salir con ellos pero no beber

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2 No aburriría mucho

OPCIÓN #3 Salir pero beber en vaso o copa y tomar hasta 3 copas en el período de 4 hrs

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3 No perdería el control y no me enojaría

OPCIÓN #4 Igual que el #3 pero hablando con ellos sobre la inconveniencia de beber en la calle

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4 Me sentiría más cómoda en un lugar cerrado

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1?

OPCIÓN # 3

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2?

OPCIÓN # 4

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCION para esta situación de beber alcohol en exceso.

EJERCICIO 3B : PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 2.

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 OPCIÓN: Opción # 3 (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

Llevarme una botella con agua y un vaso para no tomar desde la botella y así controlar los tragos que tomo yo misma.
Tomar agua intercalada entre cada trago y mantener cada trago, mínimo 1 hr. y un descanso de 20 min entre copa y copa.
Mantener el respeto con las personas que convivo para no sentirme molesta o humillada.

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción # 4 (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

Sugerir reunirnos en una casa para beber correctamente para no tener frío y tener un lugar cómodo para sentarme y evitar que ellos tomen marihuana y yo me sienta con intenciones de atranzarlos.
Seguir los mismos pasos que el número 3

EJERCICIO 3A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describe las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 3

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

OPCIÓN #1 No beber alcohol durante la semana

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1 No me desvelaría ni tendría crisis

OPCIÓN #2 beber hasta 3 copas o menos, dependiendo del tiempo que dure la reunión

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2 No perdería el control y sería agradable

OPCIÓN #3 No reunirme con nadie durante semana

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3 Perdería la cercanía con amigos

OPCIÓN #4 _____

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4 _____

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? **OPCIÓN #** 2

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? **OPCIÓN #** 1

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCION para esta situación de beber alcohol en exceso.

EJERCICIO 3B PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 3.

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 OPCIÓN: Opción # 2 (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

Intentar reunirme cuando no esté cansada, si es así, evitar beber, si no, beber hasta 3 copas, dependiendo del tiempo que nos reuniremos

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción # 1 (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

Dormirme temprano y evitar a toda costa las reuniones entre semana

PASO 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:

2. En un **DÍA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** 3 tragos estándar durante ese día.
3. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** 2 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.

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

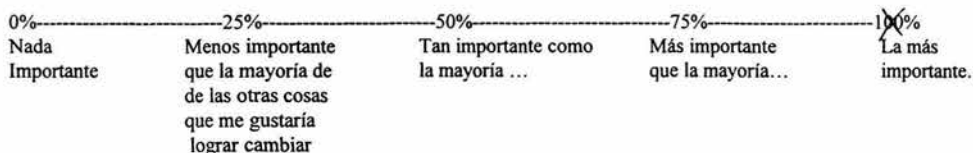
Cuando me siento mal, confundido bastante, solo enfriado y
tomando medicamentos

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

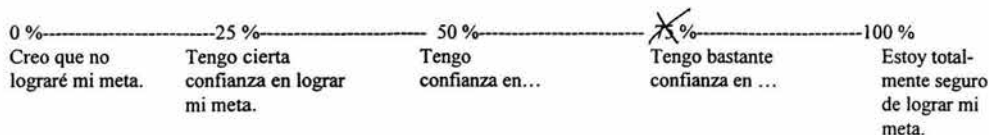
Cuando me siento cansado, confundido, solo enfriado y solo
presiones bajas

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:

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



II.- En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?



ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

FECHA DE LA ENTREVISTA: 15 - I - 04
DÍA / MES / Año

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar :

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

Recordar al usuario que traiga lo siguiente:

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

1. Lugar de la entrevista:

- (1) en el centro de tratamiento o en el IMSS
 (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: 0

7. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: 0

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).

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: 0

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 25 %
- Proporción del consumo de vino 70 %
- Proporción del consumo de destilados 5 %

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: 0

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)

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	1				
MARIGUANA					
COCAINA					
METANFETA- MINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS. (HEROINA, METADONA, OPIO, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO,,SOLVE N- TES, AEROSOLES)					
ALUCINOGENOS (LSI POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTIALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

3 Copiado

• **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

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

	A L C O H O L	MA RI GUA NA	C O C A I N A	ME TAN FE TA MI NAS	DE PRE SI VOS	NAR CO TI COS	IN HA LA BLES	O T R A S
18. DAÑO FISICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente	0							
19. DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones	0							
20. DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = NINGUNO 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)	0							
54. DAÑO INTERPERSONAL 0 = NINGUNO 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)	0							
55. AGRESIÓN 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física	0							
58. PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = NINGUNO 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (reducción de ingresos por mantener en consumo)	0							

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: 15 I 04
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 tratamiento de auto cambio dirigido, 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? *Me da cuenta que podía divertirme sin perder el control.*
 (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 de drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta. seleccionara dicha meta por usted?

- (1) Seleccionar la meta por mi mismo.
 (2) Seleccione el terapeuta. *que la sugiriera*
 (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

- 4 (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos o al IMSS, antes de recibir tratamiento)
3 (2) El nombre de su terapeuta es: Podules
3 (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
3 (4) Auto-monitoreo de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso.
3 (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
3 (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).
4 (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
4 (8) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el alcohol.
5 (9) Cuando usted lo deseo, saber que este tratamiento estuvo a su alcance en su clínica del IMSS.
5 (10) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
5 (11) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia.

56. Considera usted que el programa, de auto-cambio dirigido 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?

Que el tratamiento debe de alargarse las sesiones de seguimiento.

Resultados de los análisis sanguíneos:

Notas del Entrevistador.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. Expediente: _____

Nombre del entrevistador: *Rocelín Hernández Saucedo*

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL COLATERAL

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

DÍA / MES / AÑO

- Nombre del entrevistador que hace el seguimiento: _____
- Nombre del entrevistado o colateral: _____
- Parentesco del colateral con el usuario:

<input type="checkbox"/> (1) Pareja	<input type="checkbox"/> (2) Padres
<input type="checkbox"/> (3) Hijo(a)	<input type="checkbox"/> (4) Hermano(a)
<input type="checkbox"/> (5) Abuelo(a)	<input type="checkbox"/> (6) Otro pariente
<input type="checkbox"/> (7) Compañero de cuarto	<input type="checkbox"/> (8) Jefe o superior en el trabajo
<input type="checkbox"/> (9) Amigo(a),	<input type="checkbox"/> (10) Otro
- Tipo de contacto con el entrevistador (marque sólo una):
 (1) telefónico
 (2) en la comunidad
 (3) en el Centro de Servicios Psicológicos o en el IMSS
 (4) por correo
- Frecuencia de reunión del usuario y del colateral, (marque sólo una):
 (1) - Diariamente
 (2) - No diario, pero más de una vez por semana
 (3) - Semanalmente
 (4) - No semanalmente, pero más de una vez al mes
 (5) - Mensualmente
 (6) - Menos de una vez al mes, especifique: _____
- La mayoría de los contactos entre el colateral y el usuario se realizan (marque sólo una):

<input type="checkbox"/> (1) En persona	<input type="checkbox"/> (4) En persona y por teléfono
<input type="checkbox"/> (2) Por teléfono	<input type="checkbox"/> (5) Otro, especifique: _____
<input type="checkbox"/> (3) Por carta	

DATOS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones para el entrevistador:

Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30 días, este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

"Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____

Nombre del usuario

están relacionadas con su consumo de alcohol, durante el periodo que va del _____ al _____.

- Primero, diga al colateral, que se le pedirá dividir estos 30 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no consumió alcohol, número de días en que consumió alcohol en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (ej: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30.

- Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, etc.) ya que estas son situaciones en donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar "NO SABE", si el colateral desconoce el consumo de alcohol del usuario durante esos días.

CATEGORIA	NUMERO DE DIAS
7. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	! 0 !
8. Abstinencia (no consumió alcohol)	! _ _ !
9. Bebió de 1 a 4 tragos ² *	! _ _ !
10. Bebió de 5 a 9 tragos	! _ _ !
11. Bebió 10 tragos o más	! _ _ !
12. Estuvo en la cárcel por delitos relacionados con el abuso de alcohol o drogas	! _ _ !
13. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor que tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):	
___ (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta.	
___ (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro.	
___ (3) No tengo idea que tan correcta es la información.	
14.. Desde su punto de vista, cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de alcohol de (nombre del usuario) durante el año pasado antes de que entrará al tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM o en la Clínica del IMSS. (marque solo una alternativa).	
___ (0) No aplicable, nunca ha tenido problemas de consumo de alcohol.	
___ (1) Sin problema	
___ (2) Un pequeño problema	
___ (3) Un problema menor	
___ (4) Un problema mayor	
___ (5) Un gran problema	

-
- - ² SE DEFINE 1 "TRAGO ESTANDAR" COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA DE 341 ML., UNA COPA QUE CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 42 ML., DE WHISKY, RON, VODKA. UNA COPA DE 142 ML. DE VINO DE MESA, 85 ML. DE JEREZ O MANZANILLA O UN CABALLITO DE TEQUILA.

DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS

Instrucciones para el entrevistador:

Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30 días, este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

"Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____

Nombre del usuario

están relacionadas con su consumo de drogas, durante el período que va del _____ al _____.

- Primero, diga al colateral, que se le pedirá dividir estos 30 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no uso drogas, número de días en que consumió drogas en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (ej: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30.
- Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, internado etc.) ya que estas son situaciones en donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar "NO SABE", si el colateral desconoce el consumo de drogas del usuario durante esos días.

NUMERO DE DIAS	CATEGORIA
15. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	! 0!
16. Abstinencia (no consumió drogas)	! _! _!
17. No. de días que consumió drogas durante los últimos 30 días	! _! _!
18. Otros (EJ: cárcel, desintoxicación, hospital, casa medio camino)	! _! _!
19. ¿Qué tipo de droga(s) diferentes al alcohol o tabaco ha utilizado durante este período de 30 días.	

Nombrar:

- EVALUAOR: Marque con un número las drogas que se nombran:
- ___ (1) Cannabis (Mariguana, hashis, aceite de hashis)
 - ___ (2) Cocaína / crack
 - ___ (3) Otros estimulantes (v.g. pastillas para bajar de peso)
 - ___ (4) Depresivos incluyendo drogas ansiolíticas
 - ___ (5) Heroína
 - ___ (6) Metadona
 - ___ (7) Otros narcóticos (v.g. opio, demerol, morfina)
 - ___ (8) Inhalables (cemento, solventes)
 - ___ (9) Alucinógenos (v.g. LSD, PCP, mezcalina)
 - ___ (10) Otras: _____

20. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor que tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):
- (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta.
 - (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro.
 - (3) No tengo idea que tan correcta es la información.
21. Desde su punto de vista, cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de drogas de (nombre del usuario) durante el año pasado antes de que entrará al tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM o en la Clínica del IMSS. (marque solo una alternativa).
- (0) No aplicable, nunca ha tenido problemas de consumo de alcohol.
 - (1) Sin problema
 - (2) Un pequeño problema
 - (3) Un problema menor
 - (4) Un problema mayor
 - (5) Un gran problema



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE RESIDENCIA EN ADICCIONES
JANINE RODILES HERNÁNDEZ.

MANEJO DE LA PROBLEMÁTICA SEXUAL EN
USUARIOS CRÓNICOS DE ALCOHOL Y
DROGAS

NECESIDAD DE INCLUIR EL COMPONENTE DE LA SEXUALIDAD EN LOS TRATAMIENTOS PARA ADICTOS.

POWELL, (1985) DICE QUE EXISTE UNA FUERTE RELACIÓN ENTRE CONDUCTAS SEXUALES DISFUNCIONALES Y ALCOHOLISMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS EN GENERAL.



EL ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS INCREMENTA LA ACEPTACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN TANTO QUE INTERFERIERE EN LOS PROCESOS DE COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR, LA DESINHIBICIÓN DE LOS DESEOS Y EL MANEJO DE RELACIONES DE PODER AL INTERIOR DE LA PAREJA. (SPATZ WIDOM (2001),

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN JOVENES

RIESGOS PSICOSEXUALES

**LA ENA 1993
ENCONTRO UNA
PREVALENCIA DE
CONSUMIDORES DE
ALCOHOL QUE LLEGAN
HASTA LA EMBRIAGUEZ
DE 26.1% ENTRE LA
POBLACION DE 26 A 34
AÑOS DE EDAD Y DE
24.1% ENTRE LA
POBLACION DE 19 A 25
AÑOS.**



**LA INTOXICACIÓN CON DROGAS O
ALCOHOL ES UN FACTOR
PREDISPONENTE PARA UNA
SEXUALIDAD SIN RESPONSABILIDAD**

EDAD DE INICIO EN LA SEXUALIDAD



- MIENTRAS QUE HACE TRES DÉCADAS LOS JÓVENES INICIABAN A EXPERIMENTAR CON SU SEXUALIDAD A LOS 17 AÑOS, AHORA LO HACEN A LOS 11 AÑOS. (INSTITUTO NACIONAL DE SEXOLOGÍA)
- LA SEXUALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD PROMOVIDA DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTRODUJO A LA POBLACIÓN JUVENIL Y POSTERIORMENTE A LA INFANTIL COMO SÍMBOLOS SEXUALES E ÍDOLOS MUSICALES (CAVANAGH, 2000)

RIESGOS PSICOSEXUALES DEL USO DE ALCOHOL Y DROGAS

- **INICIO DE LA SEXUALIDAD A EDAD INMADURA Y DESINFORMADA**
- **EVENTOS NEGATIVOS, COMO EMBARAZOS NO DESEADOS, ABORTOS, MALTRATO SEXUAL Y ENFERMEDADES VENÉREAS**
- **VARIAS PAREJAS SEXUALES A VECES SIMULTÁNEAS (PROMISCUIDAD SEXUAL)**
- **EJERCICIO DE SEXUALIDAD SIN AFECTO.**

(INEPAR, 2000)

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN PACIENTES CRÓNICOS EN LA SEXUALIDAD



- DECREMENTO DE LA LUBRICACIÓN VAGINAL
- EXPOSICIÓN AL ABUSO SEXUAL
- INHIBICIÓN SEXUAL
- INHIBICIÓN DEL DESEO SEXUAL
- DEPRESIÓN, BAJA AUTOESTIMA, AISLAMIENTO
- RESENTIMIENTO CON LA PAREJA (Powel, 2000)

EFECTOS DEL ALCOHOL EN PACIENTES CRÓNICOS EN LA SEXUALIDAD

- REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE TESTOSTERA
- IMPOTENCIA
- PÉRDIDA DE CABELLO
- INHIBICIÓN DEL DESEO SEXUAL
- ESTERILIDAD (conversión de andrógenos en estrógenos) (Powel, 2000)



NECESIDAD DE UNA EDUCACIÓN SEXUAL (PARA USUARIOS DE ALCOHOL Y DROGAS)



LA EDUCACIÓN SEXUAL ES EL CONJUNTO DE HABILIDADES, COGNITIVAS, FÍSICAS Y EMOCIONALES QUE PERMITEN EL BUEN DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES SEXUALES Y LA INTEGRACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LA VIDA PSICOAFECTIVA DE LA PERSONA. PERMITE AL INDIVIDUO ASUMIR SU DESEO Y SU NECESIDAD DE PLACER CON LA CONVICCIÓN DE QUE EJERCERLO NO IMPLICA DAÑAR SU AUTOESTIMA O INTEGRIDAD PERSONAL (O AJENA. (OMS, 2000)

LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL EFICACES (Kirby D, Short L, Collins ,2000)

- ESTAS BASADOS EN TEORÍAS SOCIALES DE APRENDIZAJE QUE RECONOZCA LA INFLUENCIA QUE EJERCE EL MEDIO SOCIAL.
- CAMBIAR LOS VALORES INDIVIDUALES, CAMBIANDO LAS NORMAS DE GRUPO Y CREANDO LA DESTREZA DE LIDIAR EN ESTA SOCIEDAD.
- ACTIVIDADES EXPERIMENTALES DISEÑADAS PARA PERSONALIZAR INFORMACIÓN BÁSICA Y VERAZ SOBRE LOS RIESGOS DE TENER RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN Y MÉTODOS PARA EVITARLAS (VIH/ETS Y EMBARAZOS NO DESEADOS)
- TAREAS ESPECÍFICAS CON LA PAREJA PARA MODELAR UNA NUEVA SEXUALIDAD.
- MODELAR Y PRACTICAR LA COMUNICACIÓN, LA NEGOCIACIÓN Y LA HABILIDAD DE RESISTIR.



ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS EN SEXUALIDAD

- HUMAN SEXUAL INADEQUACY (1970)
- MASTERS & JOHNSON & KODOLNY 1977
- POWEL, SEX INFORMATION AND EDUCATION
COUNCIL SEICUS PLISSIT:
- P: DANDO PERMISO (SENTIMIENTOS, CREENCIAS
FANTASIAS). METAS PARA CAMBIOS
- LI: INFORMACION DELIMITADA (PATRON DE
CONSUMO Y SEXUALIDAD, BIBLIOTERAPIA)
- SS: SUGERENCIAS ESPECIFICAS (HISTORIA DE
PROBLEMAS SEXUALES Y TX)
- IT: TERAPIA INTENSIVA (REHABILITACION EN
PAREJA)



TRATAMIENTO PARA DISFUNCIONES SEXUALES EN PERSONAS CON ADICCIÓN

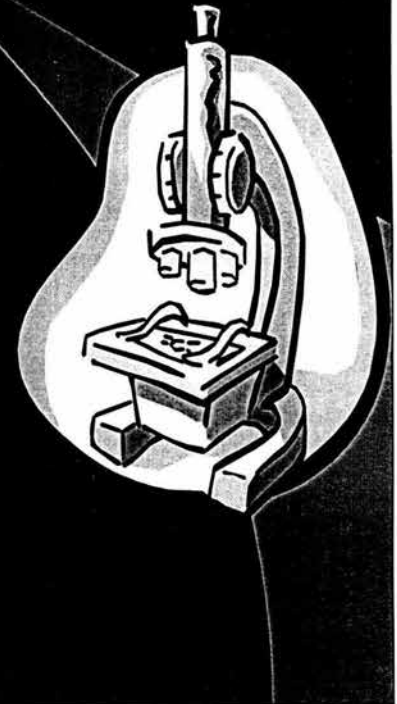
- **PRUEBAS PSICOMÉTRICAS DE DIAGNÓSTICO**
(Hartman, de sexualidad, Diagnóstico DSMIV)
- **CONSEJO BIOMÉDICO Y PSICOSOCIAL** (biblioterapia y material didáctico)
- **ENTRENAMIENTO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA**
- **CONSEJO PARA EJERCICIOS DE BIOENERGÉTICA** (individual y en pareja)
- **TÉCNICAS DE MASAJES CON LA PAREJA** (Uso de material gráfico y biblioterapia)
- **AUTOREGISTRO DE CONDUCTAS APRENDIDAS**

OBJETIVOS BÁSICOS DE UNA INTERVENCIÓN
PARA EL MANEJO DE DISFUNCIONES SEXUALES
(Powell, 1985)

1. DETERMINAR LA ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN O DEL COMPORTAMIENTO CONFLICTIVO DE LA SEXUALIDAD.
2. CASUSAS FISIOLÓGICAS O PSICOLÓGICAS
3. ENFRENTAR LOS FACTORES INTRAPSÍQUICOS DE LA ACTUACIÓN SEXUAL
4. ENFRENTAR LOS FACTORES BIOENERGÉTICOS DE LA SEXUALIDAD
5. RESOLVER LA HISTORIA CLÍNICA DE LA SEXUALIDAD
6. HABILIDADES DE ASERTIVIDAD EN LA SEXUALIDAD
7. DESMITIFICACIÓN DE LOS VALORES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA COMPLETO
- ANÁLISIS DE ORINA
- VDRL TIROXINA EN SUERO
- BILIRRUBINA TOTAL
- FOSFORO, HIERRO, PROTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA, GLUCOSA, NITROGÉNO UREICO EN SANGRE, CREATINA, SODIO.
- TESTOSTERONA EN SUERO (H)
- FROTIS DE PAPANICOLAOU, CULTIVO VAGINAL, ESTRÓGENOS EN SUERO (M)



BIOENERGÉTICA DE LOWEN

- CADA QUIEN ES RESPONSABLE DE SU PROPIO PLACER
- EN LA SEXUALIDAD NO HAY FAVORES
- DEBER HABER APETITO SEXUAL PARA INICIAR UNA RELACION
- EL LIMITE DE LA SEXUALIDAD EN LA PAREJA SE ESTABLECE EN LA MEDIDA DEL DESEO Y DE RESPETO A LA DIGNIDAD E INTEGRIDAD DEL OTRO
- DEBE HABER TOTAL ESPONTANEIDAD (JUEGO SEXUAL)
- LA SEXUALIDAD SE EJERCE CON EL AUTONOCIMIENTO DE SENTIMIENTOS, NECESIDADES Y DESEOS PERSONALES Y SIN ATRIBUIR AL OTRO LA RESPONSABILIDAD DE SATISFACERLAS.

TALLER: MANEJO DE LA PROBLEMÁTICA SEXUAL EN USUARIOS CRÓNICOS DE ALCOHOL Y DROGAS



PASO UNO

- DANDO LA BIENVENIDA
- PRESENTANDOSE CADA UNO
- DE LOS INTEGRANTES
- HABLANDO DE LA SEXUALIDAD
- APLICAR LA PRUEBA HARTMAN
- AUTOREGISTRO PARA
- CONDUCTAS Y PENSAMIENTOS
- SOBRE SEXUALIDAD



**HABLANDO DE LA SEXUALIDAD
NECESIDADES INTRINSECAS A LA EXPRESIÓN
SEXUAL**



- RESPETO
- COMUNICACIÓN
- CONFIANZA
- AFECTO Y TERNURA
- DESEO Y ACEPTACIÓN
- PLAGER
- ARMONÍA, AUTENTICIDAD Y CREATIVIDAD (LOWEN, 1973)

LA PRUEBA DE SEXUALIDAD DE HARTMAN

DIMENSIONES:

❖ EMOCIONAL

❖ FÍSICA BIOENERGÉTICA,

❖ PSICOLÓGICA COGNITIVA

Prueba de 18 reactivos, escala de
codificación semántica,
estandarizada.



MI DESEO SEXUAL ES INSACIABLE _____
MI PRÁCTICA SEXUAL ME HACE MUY HÁBIL SEXUALMENTE _____
MI PRÁCTICA SEXUAL ME CREA DIFICULTAD _____
MI HABILIDAD SEXUAL, DESTRUYE MI DESEO SEXUAL _____
MIENTRAS MAS SEXUAL ME SIENTO, MENOS ME GUSTA _____
LA HABILIDAD SEXUAL, AUMENTA MI CAPACIDAD PARA AMAR _____
YO DETESTO MI DESEO SEXUAL _____
YO DETESTO MI PRÁCTICA SEXUAL _____
NO ME GUSTA MI PRÁCTICA SEXUAL _____
YO DESEO AMAR Y SER AMADO _____
YO AMO AMAR Y SER AMADO _____
EL AMOR ES ODIOSO PARA MI _____
YO AMO SER SEXUALMENTE DESEADO _____
EL SEXO DESTRUYE MI AMOR _____
MI HABILIDAD SEXUAL, AUMENTA MI DESEO SEXUAL _____
EL AMOR NO ME GUSTA _____
YO AMO EL JUEGO SEXUAL _____
MI DESEO SEXUAL, AUMENTA MI HABILIDAD SEXUAL _____

Hartman test



PASO DOS



- RESULTADOS DE PRUEBA HARTMAN
- HABLANDO DE NUESTRA HISTORIA SEXUAL
- PROPICIANDO CAMBIO DE VALORES
- APLICAR CUESTIONARIO SOBRE ABUSO
- REVISAR FORMA DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- **EN MÉXICO 1 DE CADA 3
INFANTES ES VÍCTIMA DE
LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR.**
- **ANUALMENTE SE
REGISTRAN 346 MIL
NUEVOS ACTOS DE
ABUSO SEXUAL
(CAVI, PGR, 2001)**



- **EN ESTADOS UNIDOS SE
ESTIMA QUE UNO DE CADA
CUATRO NIÑOS SUFRE
VIOLENCIA SEXUAL EN
ALGÚN GRADO**
- **CADA AÑO OCURREN UN
MILLÓN ACTOS DE ABUSO
SEXUAL**

**Sexual Assault Crisis Center,
2000**

ABUSO SEXUAL Y ADICCIONES

LAS VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL EN GENERAL
DESARROLLAN ADICCIONES, FOBIAS,
DESÓRDENES DE LA ALIMENTACIÓN,
COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y
DISFUNCIONES SEXUALES.

DESARROLLAN ANSIEDAD CRÓNICA Y
DEPRESIÓN Y SON PERSONAS QUE ACEPTAN
FÁCILMENTE PATRONES DE VIOLENCIA Y
CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.

(BLUME, 1990, CAVANAGH, 2000, GONZÁLEZ, 1998,
WIDOM, 2001, BIXLER, 1983)



ABUSO SEXUAL Y SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL, VIVEN UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA QUE DESENCADENA UNA DEFICIENCIA ENDORFÍNICA, QUE ANTE EL EVENTUAL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS ES COMPENSADA. ESTE PROCESO NEUROBIOQUÍMICO, DE COMPENSACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENDORFÍNICA, PROVOCA QUE EL SUJETO EXPERIMENTE ALIVIO DESESTRESANTE LO QUE FACILITA EL USO REPETITIVO DE LA SUSTANCIA Y LA CONSECUENTE HABITUACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA A LA SUSTANCIA.

(NIAAA, 2000)



CUESTIONARIO SOBRE ABUSO SEXUAL

- 1- Cuando era niño (a) algún adulto (hombre mujer), me tocó mis genitales sin mi consentimiento, produciéndome sensación de culpa.
1) Nunca (2) A veces (3) Frecuentemente (4) Casi siempre
- 2-? Cuando era niño (a) algún adulto (hombre mujer) me besó en la boca o en alguna parte del cuerpo sin mi consentimiento, provocándome vergüenza?
- 3- Cuando era niño (a) algún adulto (s) (hombre mujer) me obligó a escuchar conversaciones sobre temas sexuales, produciéndome incomodidad.
- 4- Cuando era niño (a) ? algún adulto (s) (hombre mujer), me mostré imágenes de personas desnudas o teniendo relaciones sexuales?

5.- Cuando era niño (a) ¿algun adulto (hombre mujer), me introdujo su pene, dedos y/o algún objeto en mi vagina y/o ano, sin que esto fuera para fines médicos o de cuidado de mi salud?

6.- Cuando era niño (a), ¿algun familiar adolescente u adulto (hombre mujer), me tocó alguna parte del cuerpo produciéndome ansiedad?

7.- Cuando era niño (a) algún adulto (hombre mujer) me obligó a que le besara sus genitales (pene o vagina).

8.- Cuando era niño (a) ¿algun adulto (hombre mujer), me obligó a verlo desnudo con situaciones que me provocaron incomodidad y que hoy identificaría como provocación sexual?

9.- Cuando era niño (a) ¿sentí que algún adulto (hombre mujer) utilizó mi cuerpo para su propia gratificación sexual sin mi consentimiento?

10.- Cuando era niña (o) me vi implicada en actividades o juegos sexuales (palabras, sonidos, actos físicos o visuales) que me produjeran culpa y que se dieron sin mi consentimiento?

11.- Cuando era niño (a) ? algún adulto (s) (hombre mujer) me obligó a presenciar relaciones sexuales?

12.- Cuando era niño (a) ? algún adulto (s) (hombre mujer), me hizo posar desnudo para fotografías o videos con fines sexuales?

13.- Cuando era niño (a) ? algún adulto (s) (hombre mujer), me obligó a prostituirme?

14.- La persona o personas con las cuales tuve estas experiencias fueron: Familiares () Vecinos () Desconocidos ()

15.- La edad que yo tenía cuando ocurrieron eventos era:

Entre (A) 1-3 años (B) 4-6 años (C) 6-11 años (D) 12-15 años (E) no recuerdo-

16.- Sabe si algún familiar (padres o hermanos) ha sido abusado sexualmente. (1) Si ! ? quién? _____ (2) No (3) No sé

Cuestionario sobre conducta sexual (HISTORIA)

1.- Cuando un hombre (o mujer) me invitan a salir de primera ocasión, ¿pienso que tendré una relación sexual con él (o ella) contra mi voluntad?

(1) Nunca (2) A veces (3) Frecuentemente
(4) Siempre

2.- Cuando un hombre (mujer) me toma de la mano o me abraza ¿pienso que quiere tener relaciones sexuales conmigo?

3.- ¿Cuando ejerzo mi sexualidad regularmente siento culpa?

4.- ¿Cuando ejerzo mi sexualidad regularmente necesito beber algo de alcohol antes de llegar al coito?

5.- ¿Cuando ejerzo mi sexualidad regularmente experimento miedo?

- 6.- ¿Cuando ejerzo mi sexualidad regularmente accedo a cosas que mi pareja me pide a pesar de que me causan asco?
- 7.- Preferiría no tener relaciones sexuales
- 8.-?Tengo recuerdos desagradables sobre mi vida sexual, que me producen aflicción?
- 9.-?Tengo pesadillas sobre violaciones, o escenas de agresión sexual?
- 10.-?Mi sexualidad me produce tristeza?
- 11.-?Cuando estoy en el coito me es difícil concentrarme en el acto y experimentar estar ausente del hecho sexual?
- 12.- En mi actividad cotidiana de repente me asaltan ideas de violencia sexual.
- 13.- Ante estímulos visuales o verbales sobre desnudos o sexualidad ?inmediatamente lo relaciono con la agresión sexual?

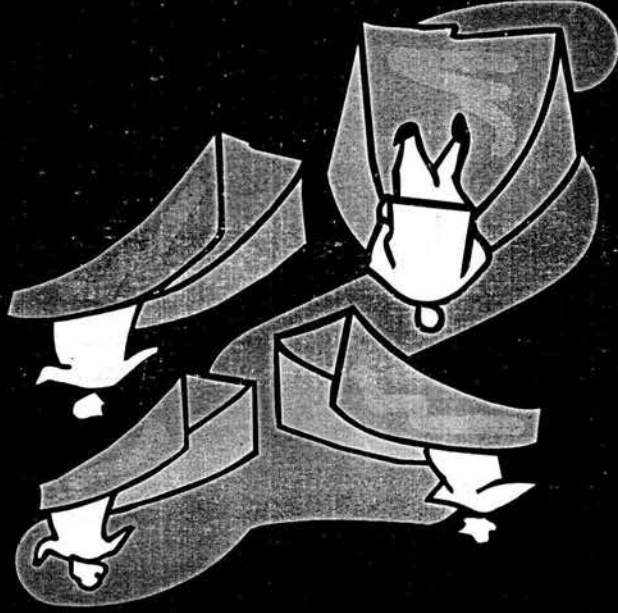
PASO TRES

- RESULTADOS CUESTIONARIO SOBRE ABUSO SEXUAL
- HABLAR DE EXPERIENCIAS DE ABUSO Y CONDUCTA SEXUAL
- INCREMENTO DE CONCIENCIA SENSORIAL, CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y MEDITACIÓN EN EL CUERPO
- MANEJO DE RELACIONES
- APLICAR CUESTIONARIO SOBRE DISFUNCIONES SEXUALES



DINÁMICA DE GRUPO

- COMPARTIENDO LO QUE EXPERIMENTE O RECORDÉ AL RESPONDER EL CUESTIONARIO
- MEDITACIÓN GUIADA ENFRENTANDO NUESTROS MIEDOS O AVERSIONES



CUESTIONARIO SOBRE DISFUNCIONES SEXUALES (diagnóstico DSMIV)

1. I.- DESEO SEXUAL INHIBIDO

1.- CAREZCO DE DESEO SEXUAL

(1) NUNCA (2) A VECES (3) FRECUENTEMENTE

(4) SIEMPRE

2.- CUANDO PIENSO EN RELACIONES SEXUALES ME DA FLOJERA

3.- CUANDO MI PAREJA ME PIDE UNA RELACIÓN ÍNTIMA, PIENSO EN CÓMO EVADIRLO

II EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA (FRIGIDEZ O IMPOTENCIA)

1.- CUANDO TENGO UNA RELACIÓN NO PUEDO MANTENER LA ERECCIÓN HASTA EL FINAL

2.- CUANDO TENGO UNA RELACIÓN NO PUEDO MANTENER LA LUBRICACIÓN VAGINAL Y APERTURA VAGINAL HASTA EL FINAL DEL ACTO SEXUAL



3. TENGO MUCHO TEMOR DE MI DESEMPEÑO SEXUAL
4. NO EXPERIMENTO PLACER AL TENER UNA RELACION
SEXUAL

5. ME CUESTA TRABAJO TENER UN ORGASMO

6. EYACULO MUY AL PRINCIPIO DE LA REALACION

7. EYACULO ANTES DE QUE YO LO DESEE

8. EXPERIMENTO DOLOR EN MIS GENITALES DURANTE Y
DESPUES DE UNA RELACION SEXUAL

9. EXPERIMENTO ESPASMOS VAGINALES QUE
INTERRUMPEN EL COITO

(1) NUNCA (2) A VECES (3) FRECUENTEMENTE
(4) SIEMPRE



PASO CUATRO

**RESULTADOS DE CUESTIONARIO DE
DISFUNCIONES SEXUALES**

**ENTENDER
DISFUNCIONES**

NUESTRAS

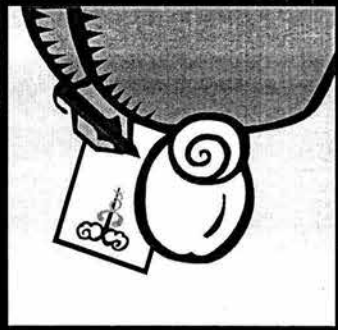
**TÉCNICAS Y MÉTODOS PARA
ATENDER NUESTRAS
DISFUNCIONES**

**RECOMENDACIÓN DE FUENTES DE
INFORMACIÓN. IMPORTANCIA DE
PERSONALIZAR INFORMACIÓN**



DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIONES SEXUALES

LLAMAMOS DISFUNCIÓN
SEXUAL A LA DIFICULTAD
O IMPOSIBILIDAD DE
COMPLETAR EL CICLO DE
RESPUESTA SEXUAL
(CRS), ES DECIR LA
SECUENCIA ORDENADA
DE CAMBIOS QUE SE
PRODUCEN EN NUESTRO
ORGANISMO CUANDO
ESTAMOS ANTE UN
ESTÍMULO SEXUAL. (DSM
IV)



CRS inicia con la Fase del

deseo: Es la apatencia de
iniciar o mantener una relación
o conducta sexual, expresada

en deseo que está presente a lo
largo de todo el ciclo.

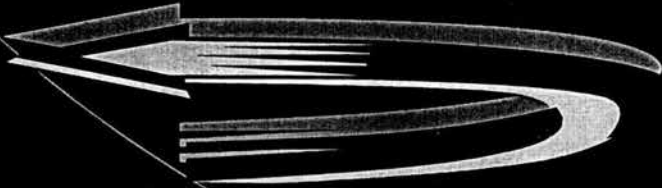


FASE DE ORGASMO: SE PRODUCEN CONTRACCIONES MUSCULARES RÍTMICAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES INTERNOS PROVOCANDO UNA SENSACIÓN PLACENTERA. EN EL CASO DEL HOMBRE, POR NORMA GENERAL, SE ACOMPAÑA DE LA EYACULACIÓN.

FASE DE EXCITACIÓN: SE PRODUCE UNA VASO CONGESTIÓN EN LA ZONA GENITAL LO QUE PROVOCA LA ERECCIÓN DEL PENE EN EL HOMBRE Y LA LUBRICACIÓN VAGINAL EN LA MUJER, ASÍ COMO ERECCIÓN DE LOS PEZONES, AUMENTO DEL RITMO CARDIACO, AUMENTO DEL RITMO RESPIRATORIO, ETC. (ESTOS CAMBIOS SE INCREMENTAN FORMANDO LA FASE DE MESETA).

FASE DE RESOLUCIÓN: EN ESTA FASE, TODOS LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LAS FASES ANTERIORES VUELVEN A SU ESTADO NORMAL DE REPOSO.

DISFUNCIONES SEXUALES MAS FRECUENTES EN
PACIENTES ADICTOS (POWELL, 1985)



•DESEO SEXUAL HIPOACTIVO: INHIBICIÓN DE

APETENCIA SEXUAL PERSISTENTE EN EL TIEMPO.

•ANORGASMA: INCAPACIDAD DE LLEGAR A LA

FASE DE ORGASMO, TRAS LA FASE DE

EXCITACIÓN.

•DISPAREUNIA: DOLOR EN LOS GENITALES

DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA

ACTIVIDAD SEXUAL.

•AVERSION SEXUAL: MIEDO IRRACIONAL A LA

ACTIVIDAD SEXUAL. (APTER-MARSH 1982 Y SMITH

AND BUXTON 1982)

•**DISFUNCIÓN ERÉCTIL (IMPOTENCIA):**
INCAPACIDAD PARA OBTENER O
MANTENER LA ERECCIÓN.

•**EYACULACIÓN PRECOZ:** FALTA DE
CONTROL VOLUNTARIO SOBRE LA
RESPUESTA DE EYACULACIÓN.

•**EYACULACIÓN RETARDADA:**
RETRASO EN LA RESPUESTA DE
EYACULACIÓN.

•**VAGINISMO:** CONTRACCIÓN
INVOLUNTARIA DE LOS MÚSCULOS
DE LA VAGINA QUE IMPIDE O
DIFICULTA LA PENETRACIÓN.

(POWEEL, 1987, APTER MARSH 1982)



PASO CINCO

REVISIÓN DE HOJAS DE AUTOREGISTRO

REVISIÓN DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA

TÉCNICAS PARA PRACTICAR CON NUESTRA
PAREJA

RESPUESTAS
ERÓTICAS,
FACILITAR
ACTIVIDAD SEXUAL

INSTRUCCIONES P/ MASAJE

INSTRUCCIONES PARA HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN



ENFOQUE DE CONTACTO SENSORIAL GRADUAL

1.- TAREA LECTURA DEL LIBRO

“LA SENDA DEL ÉXTASIS” EL ARTE DE LA SEXUALIDAD
SUBLIME

2.- INSTRUCCIONES PARA EJERCICIOS DE
SENSIBILIZACIÓN

3.- INSTRUCCIONES PARA EJERCICIOS CON LA PAREJA.
ENFOQUE SENSORIAL GRADUAL

Tareas asignadas para sesiones de seguimiento



SESION DE SEGUIMIENTO

- **APLICACION DE PRUEBAS (Hartman y Cuestionario S/ Distuciones)**
- **Revisión de autoresgistros**
- **Revisión de tareas asignadas**
- **Conclusiones y reprogramación de más sesiones de seguimiento en caso necesario.**





SEXUALIDAD SANA ES AMOR Y LIBERTAD

