



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

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

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA EL CONSUMO
DEPENDIENTE DE ALCOHOL

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
MARIA GUADALUPE VITAL CEDILLO**

DIRECTOR: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

COMITÉ TUTORIAL: DR. ARIEL VITE SIERRA

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES

DRA. SARA E. CRUZ MORALES

MTRA. GUILLERMINA NATERA REY



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme dado el tiempo, la oportunidad de disfrutar un posgrado y permitirme culminarlo

AL MTRO. HORACIO

Por confiar en mi, por ayudarme a que mi formación y mi ejercicio profesional este apegado a los principios éticos de la profesión

AL DR. ARIEL VITE

Por su apoyo, confianza y guía para alcanzar mis metas durante la maestría

A MIS MAESTROS

Por ayudarme a superarme en lo profesional y por darse tiempo para que mi formación fuera la mejor

Muchas gracias

Guadalupe

AGRADECIMIENTOS

A TI MAMA

Por hacerme una mujer de bien y enseñarme con tu ejemplo que para alcanzar mis metas debo ser persistente y constante

A MI ANGEL LLAMADO MELANY

Por endulzaste mi vida desde el momento que supe de tu existencia y con tu sonrisa haces que no tenga momentos difíciles

A TI ANA

Por cada una de tus palabras de apoyo y aliento en todo momento , por creer y confiar en mi

A TI OSCAR

Por enseñarme con tu ejemplo que sólo yo determino mis límites

A MIS SOBRINOS

Por hacer que busque la perfección en cada una de mis cosas ha realizar

A TI ADRIAN

Por significar todo aquello que nadie más lo va
ser

Te amo

A TI TERE

Por enseñarme que la amistad es como el mar
ves donde inicia pero jamás ves el final

A MIS AMIGOS

Gabo y Lalo por darme momentos agradables durante
nuestra formación en la maestría

Con cariño
Guadalupe

INDICE

Introducción	1
Instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, que permita hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observen en nuestro país	5
Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente	14
Desarrollar programas de detección temprana e Intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas	22
Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas	42
Sensibilizar y formar a otros profesionistas para la Aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria	52
Instrumentar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la investigación, la docencia y la supervisión	63
Reporte de caso	74
Bibliografía	102

En la actualidad, el concepto de salud ha incorporado una serie de factores que en el pasado no se creían característicos de esta, llegando así, a conceptuarse como “ el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1978), implicando así el desarrollo integral en el que el hombre realiza todas sus potencialidades, sin más límite que el impuesto por su marco genético (Becoña, 2000).

En esta concepción, se admite que la salud no se reduce a un estado físico individual, como se concebía anteriormente, sino que involucra factores biológicos, sociales y culturales que son determinante en el origen, mantenimiento, evolución y pronóstico de la enfermedad (Latorre,1994). De esta manera, resulta evidente que el concepto de salud, involucra a una infinidad de conductas tanto individuales como grupales, mismas que obligan a todos los implicados en este campo a buscar acciones teóricas y prácticas que ayuden a originar una nueva cultura de la salud en la que se incorpore comportamientos saludables.

Ante tales demandas resulta lógico empezar a ubicar en este contexto a aquellas disciplinas que puedan ayudar a lograr un mejor entendimiento de las conductas que están perjudicando a la salud además, de favorecer la obtención de soluciones efectivas para las distintas problemáticas sanitarias.

Al respecto, una de las disciplinas que en los últimos años ha adquirido un papel fundamental en la solución de problemas relacionados con la salud, es la Psicología, que ha extendido sus acciones por un lado, a estudiar aquellos factores psicológicos involucrados en la salud y la enfermedad y por el otro, ha puesto mayor énfasis en la elaboración de acciones dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relativas. Dentro de los problemas más importantes a los que se ha

enfrentado esta ciencia se encuentran el consumo de alcohol y drogas, entre otros, que se tratan de problemas de salud pública, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en México en 1998 por la Secretaría de Salud, el 4.6% de la población urbana es *dependiente del alcohol*; es decir, un total de 1, 731,440 personas. De la misma forma, se encontró que 16 de cada 100 de los que consumen 5 o más copas por ocasión tienen problemas por su forma de beber.

Con respecto a los problemas asociados al consumo de alcohol en México es complicado hacer un análisis completo en virtud de la multiculturalidad de nuestra población, sin embargo, se debe considerar que es una problemática que incide en las diferentes áreas (social, ambiental, familiar, etc.) de un individuo y además implica una gran pérdida económica.

Dicha situación muestra que las instituciones de salud deben considerar necesario contar con profesionales especialistas que respondan a estos cambios formándose en diversas áreas que ayuden a analizar, detectar y atender problemas de salud tanto a nivel de la prevención primaria como de prevención terciaria, utilizando en forma óptima los recursos financieros y humanos.

Es en este contexto que la Facultad de Psicología de la UNAM ha desarrollado el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, a través del cual pretende que sus estudiantes adquieran y desarrollen habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamientos éticos, así como conciencia social y actitud de compromiso (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones).

De esta forma, los estudiantes reciben una educación integral que promueve la calidad de servicio, en el trabajo y en el desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo que se requiere en nuestro país y cubrir la demanda curricular en el campo de la salud.

El presente informe se desarrolla bajo el sustento de las siguientes competencias de primer, segundo y tercer nivel de atención que el alumno llevo a cabo en el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones:

- 1) Instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, que permita hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observen en nuestro país.
- 2) Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.
- 3) Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.
- 4) Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.
- 5) Sensibilizar y formar a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primara, secundaria y terciaria.
- 6) Instrumentar proyectos de investigación experimental aplicada y de procesos en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conducta adictiva en nuestro país, más y mejores opciones

para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la investigación, la docencia y la supervisión.

Con la finalidad de obtener un panorama específico y descriptivo de las competencias está destinado un apartado para cada una de éstas.

Finalmente, en el informe de actividades profesionales se describe una sesión típica de un caso único.

Instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, que permita hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observen en nuestro país

En las últimas décadas al hablar del proceso salud-enfermedad ha promovido la idea de que existe un continuo en el que se puede identificar puntos intermedios que no sólo implica el dualismo mente-cuerpo sino que se reconoce que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por otras situaciones que rebasan los límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social y los determinantes económicos en el que el individuo se desarrolla y vive.

Esta perspectiva apunta progresivamente a una comprensión que se orienta hacia la multicausalidad, es decir, la enfermedad surge por diversas causas que interactúan con un patrón de potencialidad recíproca.

La idea de la multicausalidad obliga a que el proceso salud-enfermedad deba considerarse desde la perspectiva de las diversas disciplinas que participan entre las cuales la epidemiología puede ocupar un lugar muy importante.

La epidemiología tiene sus antecedentes en estudios estadísticos acerca de las enfermedades infecciosas y nutricionales en Inglaterra y toma mayor estructura a mediados del siglo XIX cuando John Snow aplicó el método científico al estudio de una epidemia de cólera.

Más tarde, San Martín (Morales, 1999) la define como una disciplina fundada en la ecología, en la estadística y en el método científico analítico cuyo objetivo básico es el estudio descriptivo y analítico de la salud enfermedad, como

fenómenos no solamente biológico-ecológico sino como fenómenos sociales, económicos y políticos.

Es por ello que la epidemiología ha pasado a ser una ciencia que en correspondencia con el enfoque multicausal de la salud y de la enfermedad que busca trascender los acontecimientos puramente biológicos para entrar en el análisis de determinantes de carácter social.

Es de esta forma que la epidemiología mantiene una estrecha relación con la demografía, que es el estudio de las colectividades humanas especialmente en lo que se refiere a la estructura y dinámica de la población (Morales, 1999).

La base de la demografía es el conocimiento de la población, no sólo en cuanto al número sino en relación a su distribución en cuanto a edad, sexo, ocupación, educación y otras variables. Se debe considerar que muchos problemas que inciden en la salud de la población de un país determinado y de su bienestar social y económico dependen en gran parte de la proporción de personas en los grupos en que se divide la población, ya que las necesidades varían según su composición.

Por tal razón la expresión cuantitativa en términos de frecuencia y distribución en los problemas de salud, relevantes para la población es la única manera de llegar a conocerlos completamente (San Martín, 1981).

Dentro de este contexto se localiza y surge la necesidad de conocer, interpretar y analizar el consumo de drogas que se ha catalogado en los últimos años como un problema de salud pública (Observatorio,2003).

Al respecto en el reporte mundial de salud 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002) se analizaron los efectos de 26 factores de riesgo sobre

la morbi-mortalidad de la población, agrupados como: efectos por destrucción materna e infantil, inactividad física y pobre nutrición, riesgos asociados con la actividad sexual y la reproducción, con el abuso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas), con riesgos ambientales, ocupacionales y con otros factores como prácticas de inyección poco saludables o el abuso sexual durante la infancia (Observatorio, 2003).

El estudio mostró que entre los factores en el análisis para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, el alcohol aparece en primer lugar. Es responsable del 6.2% de los días vividos con discapacidad totales, en tanto que el tabaco aparece en tercer lugar con 4.0%, después de la hipertensión arterial. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar (9.2%), en tanto que el tabaco es el factor que ocupa el primer lugar (12.2%) y las drogas ilegales el octavo lugar con un 1.8% de la carga de enfermedad.

Específicamente en México con base a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) existen 32 millones de bebedores que representan al 46% de la población entre los 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones viven en localidades urbanas de más de 2,500 habitantes y representan al 51% de esta población. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos. Cinco por ciento de los entrevistados que informaron nunca haber bebido alcohol, dieron razones religiosas y una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores.

En 2002 en la ENA siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población

urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Treinta por ciento de la población adolescentes entre 12 y 17 años de edad son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que en la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas y 1.9 hombres por cada mujer en las rurales. Estas cifras confirman un mayor índice de consumo en comunidades urbanas y menor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes, diferencia que se agudiza cuando llegan a la mayoría de edad. Tanto en hombres como mujeres mantienen sus niveles de consumo, después de los 18 años y hasta los 50, para disminuir después de los 50 años, tanto en poblaciones rurales, como urbanas.

De acuerdo con dicha encuesta la cerveza es la bebida de preferencia de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%), el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menos frecuencia. Existen importantes diferencias en las preferencias de hombres y mujeres, ya que estas últimas prefieren la cerveza en menor proporción que los varones (56% vs. 79%, respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs. 18%).

Las preferencias de los adolescentes también son diferentes, favorecen con menos frecuencia a la cerveza (57%) y a los destilados (31%) caso contrario que sucede en el vino de mesa (32%) y las bebidas preparadas (19%), a diferencia de los adultos.

A partir de las respuestas de la población entrevistada sobre la frecuencia en que consumen diferentes cantidades de alcohol para cada tipo de bebidas, es posible estimar el consumo en términos de etanol puro y reportar el consumo per

cápita. El índice estimado para la población rural y urbana entre 12 y 65 años es de 2,790 mililitros, (5,620 ml., para la población masculina y 475 ml., para la femenina). Cuando sólo se considera la población urbana el consumo per cápita se eleva a 3,484 ml., (a razón de 7,129ml., en los hombres y 648ml. en las mujeres), cifras superiores a las observadas en la población rural de 2,728 ml. totales, (5,915 ml., en la población masculina y 211ml., en la femenina). El mayor consumo se registra en los hombres urbanos de entre 30 y 39 años de edad.

El consumo diario tan común en las sociedades europeas, sigue siendo una práctica poco frecuente en México, solamente 1.5% de la población entrevistada informó esta frecuencia de consumo. Sólo una tercera parte (37%) de los bebedores limitan su consumo a una o dos copas por ocasión de consumo, 28% informa que ha llegado a consumir 3 o 4 copas, lo que, si se realiza dentro de un plazo similar de horas se ubicaría en los patrones de menor riesgo. Cuando se compran las respuestas de poblaciones rurales y urbanas, encontramos que en las primeras, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, con 10% de la población rural, ya informan beber más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con solamente 5% de la población urbana.

Poco más de catorce millones de personas beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros, al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo, de éstos ,tres millones lo hacen por lo menos una vez por semana. Setecientos mil adolescentes entre los 12 y 17 años que no han alcanzado la edad legal para beber, lo hacen con patrones de riesgo.

Esta práctica es significativamente más frecuente en los varones (27.7%) que en las mujeres (5.99%). Entre los primeros, si se comparan las poblaciones urbana y rural la diferencia es poco marcada, en tanto que entre las segundas las diferencias son más grandes, con un consumo consuetudinario hasta 3 veces

entre las mujeres rurales. De manera global, el consumo con patrones de riesgo es ligeramente mayor en los hombres adultos que habitan en comunidades rurales 46.5%, en comparación con los de comunidades urbanas (44.8%).

El mayor índice de consumo consuetudinario se da en el grupo entre los 30 y 39 años. En los varones el consumo inicia en un nivel comparativamente bajo, se eleva hacia dicho rango de edad, para descender posteriormente alcanzando su nivel más bajo después de los 50 años. En las mujeres el máximo consumo se da también en la tercera década de la vida, pero disminuye después de los 39 años.

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, de los cuales 2'841,303 (4%) informó haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y 4.8% de tolerancia. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañero (a) mientras estaba tomando, (2%) admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y el 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo. Sin embargo cabe hacer notar que 41% de aquellos que tuvieron problemas con la policía por beber no tienen síntomas de dependencia.

Los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer. Una proporción mayor de adultos que viven en comunidades rurales reportan síntomas dependencia (10.4%) en comparación con aquellos que habitan zonas urbanas (9.3%).

En contraste, en la evaluación de Noviembre de 2002 del consumo de drogas ilegales se registraron un total de 902 casos. Las drogas más empleadas en la categoría uso de “alguna vez” son : la cocaína 67.6%, la marihuana 62.9% y los inhalables 31.3%. En la categoría de uso de “el último mes” o “uso actual” las proporciones son 48.1%, 42% y 18.5% respectivamente.

Respecto a los datos sociodemográficos el 89.7% son hombres, el 34.9% de los casos tienen entre 15 y 19 años y el 24.4% tiene entre 30 o más años. El 64.1% de los casos son solteros. El 15.2% son casados y el 14.4% vive en unión libre. El 56.6% pertenece a un nivel socioeconómico medio y el 42.9% de los casos pertenece a un nivel bajo. La escolaridad de secundaria incompleta es reportada por el 25.1% de los casos, de secundaria completa por el 21.3% y de preparatoria incompleta por el 17.7%. La ocupación que reportan la mayoría de los casos es de empleado o comerciante en un 32.8%, seguidos de subempleados o eventuales en un 25.8% y en un porcentaje mucho menor los profesionistas, con un .8%. La edad de inicio es variable para cada droga pero, en general, oscila entre los 15 y 19 años.

Los datos de consumo más relevantes arrojan que en el número de drogas usadas el 49.4% de los usuarios informa usar una sola droga, el 24.9% emplea dos y el 14% tres. Estos porcentajes incluyen alcohol y tabaco. El tipo de usuario “uso leve” (entre 1 y 5 días en el último mes) es reportado por el 36.5% de los casos, “uso alto” (20 días o más en el último mes) por el 26.5%, mientras que el “uso moderado” (consumo entre 6 y 19 días en el último mes) lo reporta el 11.5%. Por otra parte, el 32.7% de los casos manifestó la curiosidad como primer motivo del uso de drogas, seguida por la invitación con un 20.1% y finalmente, se encuentra la influencia de los amigos con el 12.1%.

Al respecto a la droga de inicio en el último mes (de quienes iniciaron el consumo de drogas durante el mes anterior al levantamiento de los datos), el .2% lo hizo con marihuana y crack respectivamente y el 0.1% con estimulantes, excluyendo alcohol y tabaco. Los que iniciaron el consumo antes de los onces años, usaron las anfetaminas (11.8%), el tabaco (10.8%) y las sustancias inhalables (9.2%) antes que el alcohol y el tabaco (Observatorio, 2003).

Resulta importante que en los inicios del tercer milenio, al consumo de alcohol en las diferentes sectores de la población, se le considere como un fenómeno dinámico que asume caracteres específicos en diversos contextos y podemos enfatizar que en los últimos 20 años el patrón de consumo ha cambiado, razón por la que es necesario fundamentar las estrategias de prevención universales, selectivas e indicadas con datos fidedignos de cada una de las poblaciones a intervenir. De la misma manera, se requiere de personal que se caracterice por tener las competencias no sólo de asimilar información sino de generar planes de acción a partir de la epidemiología.

Dentro de las competencias que se adquirieron a través del conocimiento del campo de la epidemiología se encuentran:

- Ubicar las instituciones de salud que tienen como campo de acción a la investigación psicosocial.
- Identificar, jerarquizar diagnosticar y evaluar problemas y necesidades socialmente relevantes.
- Identificar y seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la obtención de información para el diagnóstico, la intervención y la evaluación.

-
- Seleccionar, aplicar y evaluar las diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico situacional preciso y adecuado del problema de interés.
 - Conceptualizar el problema a partir de la aplicación de una metodología científica.
 - Seleccionar y / o adaptar los métodos, técnicas y procedimientos que se emplean en el proceso de diagnóstico de acuerdo con los diferentes aproximaciones teórico-metodológicas.
 - Integrar y elaborar el informe de resultados.
 - Determinar la dimensión de prevención que le corresponde a un población determinada.

Dichas competencias surgen a través del conocimiento que se obtuvo en el curso básico de epidemiología impartido en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), de la revisión de la literatura respecto al tema, por análisis de los componentes básicos que constituye una encuesta y de la construcción de una escala de medición.

Por otro lado, se considera que las competencias se enriquecerían si todos los conocimientos teóricos se aplicaran en un escenario práctico, en el cual se tuviera una supervisión in situ.

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

Una vez conocidos la frecuencia y la distribución de algún problema de salud pública en la sociedad, se requiere que los profesionales que están involucrados en el campo lleven a cabo acciones en diferentes dimensiones y objetivos, o bien desarrollen programas preventivos a nivel individual y comunitario para incidir en el problema.

En los últimos 20 años, ha surgido en el mundo la preocupación por tratar de llevar los servicios de salud a toda la población, ejemplo de esto fue la reunión de Alma Ata (URSS, 1978), convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuyo objetivo principal busca lograr “Salud para todos en el año 2000 “ mediante la estrategia denominada Atención Primaria a la Salud. A través de esta premisa, se busca que todos los gobiernos, así como las distintas disciplinas relacionadas con este sector se den a la tarea de conjuntar esfuerzos y desarrollar estrategias que permitan promover, prevenir, diagnosticar y rehabilitar aquellas conductas que estén incidiendo negativamente en la salud de la población (Becoña, 2000).

Ante esta situación, resulta esencial conocer la concepción de salud en el pasado, que se definía como un estado relativo, es decir, un estado de salud-enfermedad dinámico, variable e individual en donde existía un equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo. Por lo tanto, un individuo sano, era aquel que mostraba una armonía física, mental y social con su ambiente (San Martín, 1981).

Años más tarde, la percepción ecológica, especulaba a la salud como un estado de equilibrio ecológico individual, mantenido entre los límites máximo y mínimo de las capacidades filogenéticas e individuales de compensación y

tolerancia, naturales y adquiridas frente a las fluctuaciones internas y externas a las que el organismo está expuesto (San Martín, 1981).

En los últimos años, el concepto de salud, toma en cuenta algunos de los factores que en el pasado no se creían característicos de este concepto, llegando así, a la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “ el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades “ (Becoña, 2000. Pag.12) implicando así, el desarrollo integral en el que el hombre realiza todas sus potencialidades, sin más límite que el impuesto por su marco genético.

Bajo esta concepción, se admite que la salud no se reduce a un estado físico individual, como se concebía anteriormente, sino que se da un paso más allá y se considera a la salud en un sentido social, ambiental y psicológico que son determinantes en el origen, mantenimiento, evolución y pronóstico de la enfermedad (Morales, 1999). Resulta evidente que el concepto de salud, involucra a una infinidad de conductas tanto individuales como grupales, mismas que obligan a todos los implicados en este campo a buscar acciones teóricas y prácticas que ayuden a originar una nueva cultura de la salud en la que se incorporen comportamientos saludables.

Es por ello, que resulta pertinente ubicar en este contexto a aquellas disciplinas que puedan ayudar a lograr un mejor entendimiento de las conductas que están perjudicando a la salud además de favorecer la obtención de soluciones efectivas ante la demanda de las distintas problemáticas sanitarias.

Al respecto, una de las disciplinas que recientemente ha adquirido un papel fundamental en la solución de problemas relacionados con la salud, es la Psicología de la Salud, cuyo objetivo inicial se sustenta en promover en el

individuo y en la comunidad su responsabilidad en la prevención, protección y promoción de la salud y calidad de vida (Matarazzo, 1984).

Por su parte Taylor, (1986) define a esta rama de la Psicología como aquella que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una persona cuando está enferma (Latorre, 1994).

Morales (1999) al respecto menciona que la Psicología de la Salud, puede contribuir a elevar la resistencia del sujeto tanto para no enfermarse como favorecer la evolución de la enfermedad y enfocarse a la modificación del potencial de ésta en el individuo.

Sin duda, las anteriores definiciones ayudan a comprender que la Psicología de la Salud ha extendido sus acciones, por un lado, a estudiar aquellos factores psicológicos involucrados en la salud y la enfermedad, y por el otro, ha puesto mayor énfasis en la elaboración de acciones dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relativas (Matarazzo, 1984).

Sin embargo, el trabajo de la Psicología de la Salud no ha sido estático, ha crecido hacia investigaciones de las principales problemáticas en dicha área como es el caso de las adicciones, lo cual ha permitido identificar que factores dentro de la sociedad favorecen a la prevención primaria, secundaria y terciaria de éstas. Es entonces bajo estas expectativas que se ha encontrado que promover cambios conductuales y medioambientales en la sociedad, resulta una estrategia apropiada para la prevención y promoción de la salud a mayor escala (Morales,1999) (Becoña, 2000).

Bajo esta perspectiva, hablar de prevención primaria de las adicciones, implica reducir la incidencia y el número de los casos nuevos de una enfermedad (Offord, 2000), ya sea dirigiendo y enseñando conductas adecuadas, a personas que aún no tienen un consumo de sustancias o que están en un proceso de formación de hábitos y valores como los niños y adolescentes que sin duda pertenecen a un grupo como la familia, la escuela, el trabajo o la comunidad en el que puede facilitar que otros miembros aprendan este tipo de conductas (S.S. A., 1984).

De la misma forma, la efectividad de las estrategias de la prevención primaria dependerán principalmente del grado de entendimiento de los factores de riesgo y de resistencia que guían al desarrollo de una enfermedad o al funcionamiento saludable y de las habilidades técnicas para decrementar el costo-efectividad (Pentz, 1999).

Específicamente en el consumo de drogas los programas de prevención efectivos se centran a contrarrestar las influencias o interacciones del componente personal, situacional y ambiental.

En la investigación de prevención de consumo de drogas, estas interacciones se han expresado en diferentes teorías y modelos.

La Teoría Conductual plantea que los factores relativos a la persona, situación, medio ambiente y conducta de consumo de drogas interactúan afectando la subsecuente conducta de consumo de drogas y que los efectos de la interacción se acentúan durante los periodos de transición de la adolescencia tales como la transición de escuela o grupo de pares.

La Teoría de Agrupamiento de Pares plantea que las influencias sociales representadas por el grupo de pares del adolescente, al igual que los factores

personal y ambiental que contribuyen a la formulación de un particular grupo de pares, predicen el curso del inicio del consumo de drogas.

El Modelo de Factores de Riesgo y Protectores establece que los individuos y las comunidades pueden ser diagnosticadas en riesgo de consumo de drogas en base a la presencia de ciertos factores de riesgo tales como el personal, familiar, de los pares y demográficos.

La Teoría de la Influencia Triádica plantea que los factores intrapersonales afectan las destrezas conductuales y al auto eficacia, la situación social afecta el apego y las creencias sociales normativas, y los factores cultural-ambientales afectan el conocimiento, valores y actitudes hacia el consumo de drogas.

El Modelo de Salud Pública interpreta el cambio de conducta en términos de las relaciones interactivas y causales entre la multitud de conductas de riesgo asociados a la enfermedad, el agente transmisor de esas conductas y el medio ambiente que apoya dichas conductas; tales modelos han sido aplicados, primordialmente, a la comprensión de la prevención del consumo de alcohol.

Este Modelo pretende articular integralmente los tres niveles de factores de riesgo a entender: persona (p), situación (s) y medio ambiente (e) para el consumo de drogas.

Al respecto, a nivel de la persona múltiples estudios han demostrado que la experimentación con las drogas es el único factor de riesgo que explica la mayor parte de la varianza en subsecuente consumo de drogas es la experimentación previa con drogas. Considerando que para que un individuo continúe el consumo puede conscientemente racionalizar los beneficios del consumo y valorar el consumo de droga y las oportunidades como una experiencia positiva.

Alternativamente, el individuo puede, espontáneamente, encontrar una oportunidad de sus percepciones ya sea modificándolas o reafirmandolas y que se ha visto están relacionadas con un incremento en el futuro consumo.

Finalmente, la mayoría de los programas de prevención dirigidos a cambiar los factores de riesgo a nivel de la persona se han limitado a cambiar el conocimiento del individuo acerca de las drogas y las consecuencias de su consumo, afectos y sentimientos sobre el consumo, sentimientos sobre sí mismo o toma de decisión personal y solución de problemas acerca del consumo de drogas.

A nivel situación la investigación epidemiológica y etiológica de manera consistente, ha mostrado que los principales factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas son las influencias sociales, incluyendo a las situaciones sociales interpersonales que encuentra y percibe el individuo a su alrededor. Estas incluyen la exposición al modelamiento de consumo de drogas por parte de adultos y pares; la presión por parte de pares para probar drogas; situaciones sociales que representan acceso inmediato, oportunidad y disponibilidad de droga; normas de grupos percibidas para el consumo de drogas; aprobación percibida o aceptabilidad por parte de pares y adultos del consumo de drogas; y proximidad y apego hacia los consumidores. Conjuntamente con el factor de consumo previo de drogas estas influencias sociales inmediatas explican típicamente más del 30% de la varianza del consumo de drogas.

A nivel ambiente los factores de riesgo son aquellos que representan influencias más amplias que el ambiente inmediato familiar o social del individuo que incluyen escuela, trabajo, y la comunidad (Pentz, 1999).

Después del consumo personal y de las influencias familiares y de pares, las influencias de la comunidad han mostrado explicar una proporción significativa de la varianza del consumo de drogas en los adolescentes. En tanto que otros factores ambientales, tales como las leyes de manejo estatales y las etiquetas de advertencia para el consumo de alcohol, a nivel nacional, también tienen un impacto sobre el consumo.

Lo anterior hace evidente que las intervenciones que pueda llevar a cabo la Psicología de la Salud en el área de la prevención primaria sobre factores representan el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y se desarrollan los individuos; por lo tanto, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (S. S. A, 1984).

Para tal efecto, las competencias profesionales que se establecieron fueron:

- Ubicar a las instituciones de salud de primer nivel de atención.
- Evaluar el impacto de proyectos de prevención, promoción o educación para la salud, previamente diseñados a nivel familiar o comunitario.
- Organizar, integrar y coordinar equipos intra, inter y multidisciplinarios.
- Diseñar curso de capacitación para planear, desarrollar y evaluar intervenciones en el primer nivel de atención.
- Integrar y elaborar informes de las actividades de prevención a nivel delegacional y estatal.

-
- Aportar elementos teórico metodológicos que coadyuven a la autoevaluación de los avances y las experiencias obtenidas en las instituciones que realizan acciones de Prevención de Adicciones.
 - Fomentar la existencia de metodologías en la planeación de programas preventivos en las diferentes dependencias con el apoyo de los Consejos Delegacionales contra las Adicciones.
 - Analizar los diferentes programas que se operan para obtener mejores líneas de acción.
 - Realizar formatos para la obtención de información a nivel cualitativo y cuantitativo de las acciones preventivas.

Estas competencias se fomentaron a través de la materia Prevención en el Campo de las Adicciones y por la participación en el Consejo contra las Adicciones del D .F. específicamente en la Mesa de Prevención, lo cual implicaba ser un miembro del consejo estatal de adicciones que tenía por objetivo el unificar los esfuerzos de prevención universal en las diferentes delegaciones, es decir, que las acciones en este campo cubrieran determinados componentes sin perder de vista las características de la población.

Finalmente, una limitación observada en esta competencia es el hecho que no se tiene un escenario en el que se pueda operacionalizar los conocimientos, lo que es fundamental para el desarrollo de dichas competencias.

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

A las intervenciones breves se le ha definido como aquel encuentro estructurado terapeuta-paciente que se lleva cabo con un plan específico para alcanzar un objetivo particular, a fin de adoptar un comportamiento determinado (Barry,1999).

Por otra parte, las intervenciones breves para el cambio en el consumo de sustancias han involucrado una variedad de enfoques que se caracterizan por su eficacia y eficiencia, es decir, el cambio en la conducta se da rápidamente y no representa una alta inversión. Por lo que, es una opción atractiva y disponible en el sector salud, ya que todo el personal de salud de cualquier disciplina la puede instrumentar (Barry, 1999).

De manera particular en el contexto de las intervenciones breves sobresalen aquellas que incorporan la terapia cognitivo conductual.

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas por cada persona.

Toda terapia basada en este enfoque, implicará un cambio de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará

nuevas respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje, entre las que se encuentra el modelo social cognitivo de Bandura (1986), cuyas técnicas y recursos psicoterapéuticos abarcan un amplio espectro, basadas tanto en la teoría como en la experiencia clínica.

Dicho modelo se caracteriza por su brevedad, por que se centra en el presente, en el problema y en su solución, por carácter preventivo de futuros problemas, por su estilo de cooperación entre el paciente y terapeutas y por la importancia de la asignación de tareas entre sesiones.

Adicionalmente, en la década de los 90 se muestra una decidida y creciente tendencia a la integración de los aportes de las diversas corrientes psicoterapéuticas en la búsqueda de un abordaje específico y más efectivo para cada tipo de problemática, con un énfasis en la prevención, el incremento de la labor interdisciplinaria y la creciente participación del enfoque de la corriente cognitiva conductual como eje de dicho proceso (Mahoney, 1988).

El enfoque cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia que enfatiza la importancia del papel que juega el pensamiento en cuanto a cómo nos sentimos y las cosas que hacemos. La terapia cognitivo-conductual considera que el pensamiento tiene un papel fundamental en las emociones y /o conductas que se muestran en cierta situación. Por lo tanto, si estamos experimentando sentimientos y conductas indeseables, es importante identificar el pensamiento que está causando los sentimientos / conductas y aprender cómo sustituir este pensamiento con otros que conduzcan a reacciones más deseables.

Existen varios enfoques en la terapia cognitivo-conductual: terapia conductual racional-emotiva, terapia conductual racional, terapia cognitiva, y

terapia conductual dialéctica. Sin embargo, la mayoría de las terapias cognitivo-conductual tienen las siguientes características:

- Están basada en el Modelo Cognitivo de Respuesta Emocional, es decir, los pensamientos son los que median nuestros sentimientos y conductas, y no cosas externas, como la gente, situaciones, o eventos. El beneficio de este hecho es que podemos cambiar la forma en que pensamos para sentirnos / actuar mejor, aún si la situación no ha cambiado.
- La terapia cognitivo-conductual es más breve, ya que se considera como una de las formas de terapia más “rápidas”, en términos de los resultados obtenidos. Los pacientes reciben solamente un promedio de 16 sesiones y es por su naturaleza altamente instruccional y el hecho de que hace uso de asignaciones de tareas que es breve (Lazarus, 1991).

Una buena relación terapéutica es necesaria para una terapia efectiva, sin embargo, no es el objeto. Al respecto, algunas formas de terapia asumen que la principal razón por la cual la gente mejora cuando reciben psicoterapia, es la relación positiva entre el paciente y el terapeuta. Los terapeutas piensan que es importante establecer una relación empática y llena de confianza, pero también piensan que esto no es suficiente para que la terapia sea efectiva. Los terapeutas cognitivo-conductuales piensan que un paciente cambia cuando aprende a cambiar sus pensamientos. Es por ello, que dichos profesionales se enfocan en enseñar destrezas de auto-consejería racional, por lo que es necesario un esfuerzo colaborativo entre el paciente y el terapeuta.

Por otra parte, el problema se va definir desde el punto de vista del paciente y no desde el del terapeuta. El papel del terapeuta es escuchar, enseñar y motivar,

mientras que el papel del paciente es hablar, aprender e implementar lo que aprende.

- La terapia cognitiva-conductual usa el método Socrático, es decir, los terapeutas ponen énfasis en entender las preocupaciones de los pacientes, por que a menudo hacen preguntas, que al mismo tiempo tienen la finalidad de que el paciente reflexione acerca de sí mismo.
- La terapia cognitivo-conductual considera que la mayoría de las reacciones conductuales y emocionales son aprendidas. Por lo tanto, el propósito de la terapia es ayudar a los clientes a modificar sus reacciones no-deseadas y aprender una nueva forma de reaccionar.
- La teoría y las técnicas detrás de la terapia cognitivo-conductual descansan en el Modelo Inductivo.

Un aspecto central del pensamiento Racional es que está basado en hechos. El modelo inductivo sugiere mirar nuestros pensamientos como si fuesen hipótesis que pueden ser cuestionadas y sometidas a examen. Si encontramos que nuestras hipótesis son incorrectas (porque tenemos nueva información), entonces podemos cambiar nuestro pensamiento, de manera que vaya a tono con la realidad de la situación (Beck, 2000).

Lo anterior propicia que el enfoque cognitivo conductual sea más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia y eficiencia en la práctica clínica esta siendo reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos de gran incidencia actual, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales,

etc. así como sobre muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros.

Una vez que se describieron los fundamentos teóricos del modelo cognitivo-conductual las competencias que se desarrollaron fueron:

- Seleccionar o adaptar los métodos, técnicas, procedimientos y recursos necesarios para la intervención.
- Aplicar las diferentes técnicas, métodos y procedimientos seleccionados en el plan de intervención para incidir efectivamente en el problema de interés.
- Ajustar y reorganizar las estrategias de intervención seleccionadas con base en los resultados de la evaluación.
- Estructurar un plan de acción de acuerdo a las características del paciente.
- Reconocer y valorar los alcances y limitaciones profesionales y personales.
- Instrumentar las diferentes procedimientos motivacionales para generar o mantener un cambio conductual.
- Determinar la disposición del cambio del paciente.
- Definir la problemática desde el punto de vista del paciente.
- Discriminación de las necesidades y demandas de los pacientes.

Dichas competencias se vieron reforzadas a través de la formación e instrumentación de intervenciones breves para el consumo de alcohol y / u otras drogas tal como es la Intervención Breve para Fumadores.

Este programa está constituido por seis sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individual o grupalmente.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, así como las consecuencias relacionadas con éste.

En las últimas sesiones se persigue el objetivo de que el usuario desarrolle estrategias para manejar estas situaciones.

El programa de tratamiento presenta las siguientes características:

- Es un programa motivacional para fumadores
- Se ofrece en una modalidad de consulta externa
- Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

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

La estructura de cada una de las sesiones del programa es la siguiente:

OBJETIVO	PROCEDIEMIENTOS
<p>SESION DE ADMISIÓN</p> <p>Explicar al usuario las características de la intervención y conocer motivos por los cuales el usuario quiere dejar de fumar</p>	<p><input type="checkbox"/> Entrevista no estructurada conformada por 8 reactivos de respuesta abierta que proporcionan la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razones por las que esta interesado en el programa • Años de consumo • Consumo promedio • Problemas experimentados relacionados con el consumo de tabaco • Si el tratamiento fue recomendado por médico. • Intentos serios anteriores • Identificación de situaciones relacionadas con el consumo de cigarros. • Incrementar la motivación del paciente para generar un cambio en su consumo, a través de la reflexión y empatía
<p>SESION DE EVALUACIÓN</p> <p>Conocer el patrón de consumo de tabaco y disposición para el cambio a partir de la aplicación de diferentes instrumentos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aplicación de los siguientes instrumentos estructurados y semiestructurados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Inicial • Cuestionario breve de confianza situacional • Línea base retrospectiva de 60 días • Escala de estados de la disposición al cambio y el anhelo de tratamiento. • Escala de depresión Beck • Escala de ansiedad Beck
<p>SESION 1 BALANCE DECISIONAL</p> <p>Que el usuario realice un balance decisional sobre las ventajas y desventajas</p>	<p><input type="checkbox"/> Autorregistros. Permite realizar un análisis de las variables que están asociadas al consumo.</p> <p><input type="checkbox"/> Retroalimentación constructiva. Reconocer las consecuencias positivas y negativas del consumo y generar una opción para manejar una situación específica</p> <p><input type="checkbox"/> Considerar los pensamientos erróneos acerca de los factores de</p>

<p>de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación.</p>	<p>riesgo asociados con el consumo, así como las ventajas y desventajas de continuar o de cambiar el consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proporcionan información fidedigna acerca del consumo de tabaco y efectos secundarios de la suspensión de éste. <input type="checkbox"/> Revisión de la asignación de tarea, específicamente del folleto no. 1
<p>SESION 2. IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO</p> <p>El usuario identificará las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autorregistros. Permite realizar un análisis de las variables que están asociadas al consumo. <input type="checkbox"/> Revisión de la asignación de tarea, es decir, el folleto no.2 <input type="checkbox"/> Establecer una discusión con el paciente acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • Situaciones de riesgo • Identificar las antecedentes del su consumo de tabaco • Identificar las consecuencias inmediatas del consumo de tabaco • Posibles estrategias para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Asignación de tarea folleto no.3
<p>SESION 3. PLAN DE ACCION</p> <p>El usuario aprenderá un modelo general de solución de problemas en donde el sujeto planteará opciones para cada situación de riesgo señalando sus probables consecuencias y planes de acción para las opciones más factibles y realistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autorregistros. Permite realizar un análisis de las variables que están asociadas al consumo. <input type="checkbox"/> Revisión de la asignación de tarea, es decir, el folleto no.3 <input type="checkbox"/> Entablar una discusión con el paciente acerca de los siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Montaña de recuperación: a partir de la montaña de la recuperación se le explicará al usuario que si llega a presentar una recaída es importante que la considere como parte de su proceso de cambio y no como un fracaso en el intento de dejar de fumar. Lo más importante es tomarlo como una experiencia de aprendizaje. 2. Revisar las opciones planteadas por el usuario para dejar de fumar para cada una de las situaciones de riesgo. 3. Revisar el plan de acción para cada una de las tres situaciones de riesgo. 4. Explicar al usuario que desarrolle un plan de autoreforzamiento, es decir, reconocer los logros que obtenido.

<p style="text-align: center;">SESION 4 CIERRE DEL PROGRAMA</p> <p>Comentar los avances logrados en relación con sus planes de acción y se le presenta un resumen de las sesiones anteriores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Autorregistros. Permite realizar un análisis de las variables que están asociadas al consumo. ❑ Aplicar nuevamente los siguientes instrumentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario Breve de Confianza Situacional 2. Escala de estados de la Disposición al Cambio y el Anhelado de Tratamiento (SÓCRATES 8D) 3. Escala de Depresión BECK 4. Escala de Ansiedad BECK ❑ Establecer una discusión de la comparación de los resultados de la primera y segunda aplicación en relación a las diferencias.
---	--

La instrumentación de dicho programa en un caso único se llevo a cabo de la siguiente manera:

OBJETIVO:

Evaluar la efectividad de un programa de Intervención Breve para Fumadores a fin de modificar el patrón de consumo de tabaco de un usuario.

METODO

Participantes :

Paciente masculino de 35 años de edad, soltero, con un nivel de escolaridad de 8to. Semestre de licenciatura en música.

Con una historia de consumo de tabaco desde los 10 años de edad, y un promedio de 7 a 10 cigarros diarios por 25 años. Realizo un intento dejar de fumar hace 3 años, sin resultados a mediano plazo.

Las razones por las que el paciente entra al tratamiento son; 1) tener mejor rendimiento físico, 2) mejor calidad de vida y 3) mejor salud.

Escenario:

La atención se dio en una sala de 2 x 2 m del Centro de Servicios Acasulco dependiente de la Residencia en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología, UNAM.

Materiales:

Los materiales que se utilizaron fue la Entrevista Inicial, a través de cual se obtienen datos generales de las diferentes áreas (laboral, física, social y familiar) del paciente.

El Cuestionario para Fumadores Faguestrom conformado por 8 reactivos permite evaluar el nivel de dependencia del paciente, tiene una alfa de Cronbach de .86 y presenta validez de constructo.

El Cuestionario de Preselección a través del cual se determina si el paciente cumple con los criterios de inclusión entre los que se encuentran; tener entre 18 y 60 años, saber leer y escribir, tener domicilio permanente, no acudir a otro tipo de psicoterapia para problemas emocionales, acudir a otro tratamiento para resolver su problemas con el consumo de tabaco, no estar en un tratamiento médico por cáncer, no haber padecido algún ataque cardiaco, diabetes, una enfermedad de la tiroides, no ser hipertenso, no tener dolor de pecho y estar dispuesto a estar en un tratamiento con una sesión de evaluación, 4 sesiones de tratamiento y sesiones de seguimiento.

La Carta de Consentimiento en donde se le informa al paciente de los procedimientos que se utilizaran en el programa así como información general de éste.

El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Annis y Gram., 1987) evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situaciones; emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando mi control sobre el consumo de alcohol o las drogas (PC), necesidad física (NF), conflictos con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MA). Fue adaptado a la población mexicana por Echeverría y Ayala (1997). Las ocho categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medida de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas.

La Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992), es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario durante un año antes de iniciado el tratamiento, durante y después del tratamiento; fue adaptado por Echeverría y Ayala (1993). Presenta una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82.

La Escala de estados de la disposición y el anhelo de tratamiento (SÓCRATES 8D), proporciona el rango que tiene el paciente en el estado de reconocimiento, ambivalencia y acción. Es un instrumento que tiene como objetivo obtener el estadio de disposición al cambio del paciente, esta conformada por tres subescalas:

reconocimiento con 7 reactivos (1,3,7,10,12,15,17), ambivalencia con 4 reactivos (2, 6, 11, 16) y acción con 8 reactivos (4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19) con opción de respuesta tipo liker que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, cada una tiene un valor numérico que va de 1-5 respectivamente.

La Escala de depresión BECK indica el nivel de depresión que presenta el paciente. Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de 4 aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo

selecciona una o varias respuestas que mejor reflejan cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive al día de hoy. Es de rápida aplicación y calificación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera: de 0 a 9 puntos como “mínima”, de 10 a 16 puntos como “leve”, de 17 a 29 puntos como “moderada” y de 30 a 63 puntos como “severa”.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et. al., (1998) implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 a 65 años de edad, obteniéndose un alpha Cronbach de .087, $p < .000$.

La Escala de Ansiedad BECK (1988) estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Es un cuestionario de 21 reactivos, que evalúa síntomas de ansiedad. Las respuestas se clasifican en: poco o nada que se califica con 0 puntos, mas o menos con 1 punto, moderadamente con 2 y severamente con 3 puntos.

Autorregistro es el instrumento por medio del cual el paciente registra semanalmente su consumo, lo cual permite reconocer las situaciones específicas en las se da éste.

Variables:

Variable independiente: Intervención Breve para Fumadores

La Intervención Breve para Fumadores es un programa de consulta externa con un enfoque cognitivo conductual. Consta de 10 sesiones de 60

minutos respectivamente: una sesión de admisión, una sesión de evaluación, 4 sesiones de tratamiento y 4 sesiones de seguimiento.

Variable dependiente: Consumo de tabaco.

Diseño:

Se empleó un diseño intrasujeto AB, en donde A fue la línea base y B la intervención (Hersen y Barlow, 1988).

Procedimiento:

El procedimiento consistió de las siguientes fases:

- Fase de admisión. Tiene como objetivo obtener información acerca del patrón de consumo y verificar si el paciente cumple con los criterios de inclusión. A través de la aplicación de los instrumentos: confianza situacional del paciente, depresión, ansiedad, y estado de disposición para el cambio.
- Fase de tratamiento que comprendió las sesiones de:

1. BALANCE DECISIONAL

En esta sesión el usuario evaluó los beneficios y los costos de continuar consumiendo, así como el de cambiar este. En la cual, se estableció una meta inicial de tres cigarros por día y que el primer cigarro lo iba consumir a las 12:00 a.m. el segundo después de comer y el tercero a las 11:00 p.m. antes ir a dormir.

2. IDENTIFICACION DE SITUACIONES DE RIESGO

Las situaciones de riesgo que el paciente identifico fueron las siguientes: deseo de ir al baño.

La segunda situación es cuando bebía alcohol con su hermana que fumaba y para sentir a gusto.

La última situación en la que se presentaba el consumo era cuando se enojaba demasiado, ya que el fumar hacía que sintiera calma, sin embargo le entraba remordimiento, pues se sentía cansado, ansioso y agitado.

3. PLAN DE ACCION

Los planes de acción que el paciente generó para cada una de las situaciones de riesgo fueron las siguientes:

Para la primera situación las alternativas fueron; no lleva cigarros, alejar los cigarros de su vista. La alternativa que llevo acabo fue no tener disponible la sustancia.

Para la segunda situación las alternativas fueron las siguientes; pensar en las consecuencias negativas del consumo, pedirle a su hermana que se saliera a fumar al patio y pedirle el apoyo a su hermana. La alternativa que llevo acabo fue el pedir apoyo a su hermana.

Para la última situación las alternativas fueron; realizar actividades de la escuela, resolver los problemas que le causaban enojo y actuar directamente en

la situación. La alternativa que llevo a cabo fue el resolver los problema y hablar con las personas involucradas en este.

La meta que se estableció el paciente fue de cero cigarros

4. CIERRE DEL PROGRAMA

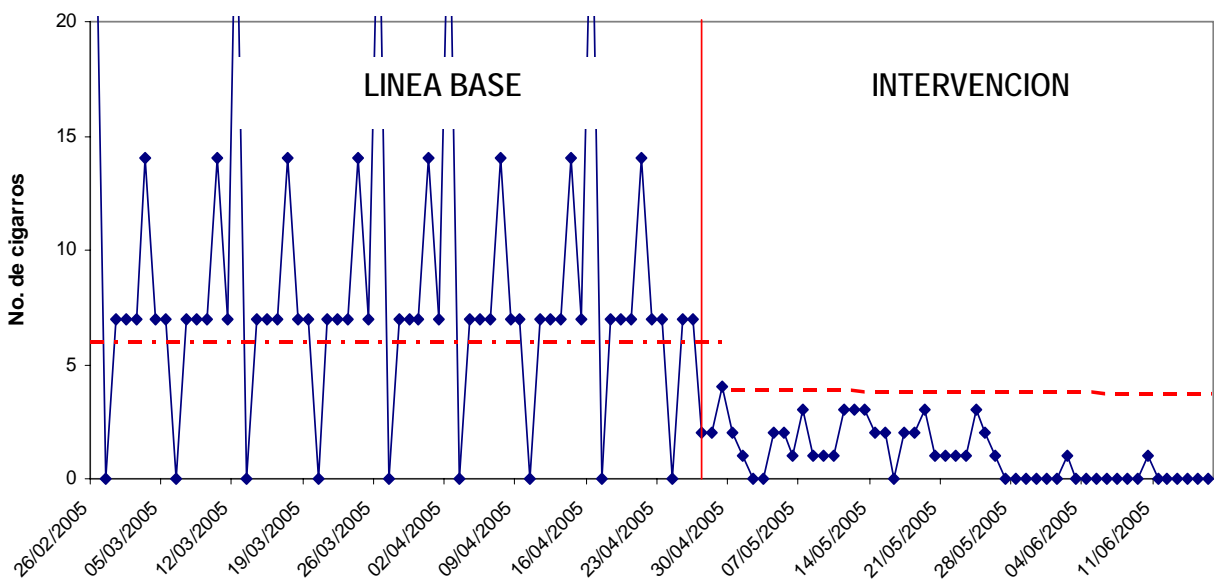
Se aplicaron nuevamente los instrumentos con el objetivo de dar retroalimentación sobre el cambio obtenido y que las instrucciones pertinentes para logra su mantenimiento a través del tiempo.

- Fase de Seguimiento. Esta fase no fue posible llevarla a cabo, en virtud de que el usuario salió del país.

Resultados

Los datos que se presentan a continuación comprende la fase de admisión y la fase de tratamiento con el fin de realizar una comparación antes y después de la aplicación de la intervención.

En la gráfica 1 se observa un decremento en consumo de tabaco. Como se muestra en la línea base de los últimos 12 meses el consumo promedio fue de 9 cigarros, el número máximo de cigarros fueron 27 y el paciente fumo el 87% del año. En contraste, cuando se aplica la intervención el consumo presenta un decremento del 60% en número de cigarros en la primera semana y en semanas subsecuentes el paciente alcanza la meta de cero cigarros.



Gráfica 1. Muestra el patrón de consumo antes y después de la Intervención Breve para fumadores

En la tabla 1 que corresponde a la Escala de Estados de la Disposición y el Anhelo de Tratamiento (SÓCRATES 8D) se observa cambios en el estado de disposición, en la dimensión de reconocimiento, el paciente tenía un reconocimiento alto antes de la intervención lo cual indica que se tienen problemas relacionados con su consumo, expresando un deseo para cambiar y para predecir que el daño continuara si ellos no cambian, una vez que se termina la intervención el paciente obtiene un reconocimiento bajo.

Por otra parte, en la dimensión de ambivalencia el paciente obtuvo antes de la intervención una ambivalencia alta, lo cual indicaba que ponía en duda su control sobre el consumo y se pregunta si éste es excesivo. Al final de la intervención el puntaje fue muy bajo, indicando que el paciente no tiene problemas con el consumo.

Finalmente, en la dimensión de acción el paciente presentó antes de la intervención un puntaje medio, lo que indica que el paciente empezaba a realizar algo para el cambio y cuando se termina la intervención obtuvo un puntaje medio alto con lo cual se puede predecir un cambio exitoso.

RECONOCIMIENTO		AMBIVALENCIA		ACCION	
ANTES DE INT	DESPUÉS DE INT	ANTES DE INT	DESPUÉS DE INT	ANTES DE INT	DESPUÉS DE INT
4	5	5	1	4	5
5	1	4	1	4	5
5	2	5	2	4	5
5	2	4	1	4	5
5	1			4	5
5	2			4	2
5	2			4	5
				5	2
34/60	15/10	18/80	5/10	33/50	34/60
MEDIO	MUY BAJO	MUY ALTO	MUY BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO

Tabla 1. Muestra los puntajes que obtuvo el paciente en tres dimensiones del estado de disposición al cambio.

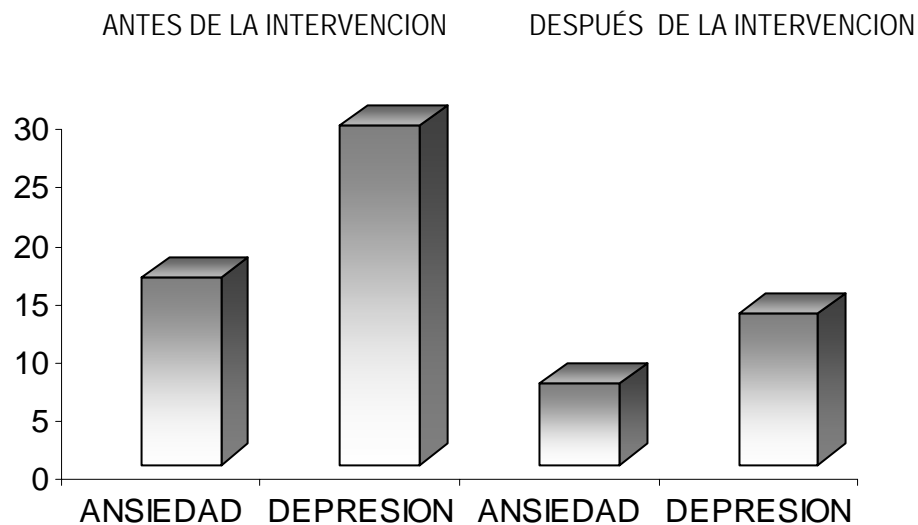
En la tabla 2 que corresponde al Cuestionario de Confianza Situacional se observa que hubo un incremento en el porcentaje de confianza en las ocho subescalas al final de la intervención. Específicamente en la subescala de emociones desagradables, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros el paciente informó que su porcentaje de confianza había incrementado al 90%. De la misma forma, en las subescalas en las que el

paciente alcanzó el 100% fueron; malestar físico, emociones desagradables, probando mi control sobre el consumo de tabaco y conflicto con otros.

SUBESCALA	ANTES DE INT	DESPUÉS DE INT
EMOCIONES DESAGRADABLES	10	90
MALESTAR FÍSICO	20	100
EMOCIONES AGRADABLES	70	100
PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE TABACO	60	100
NECESIDAD FÍSICA	5	90
CONFLICTO CON OTROS	100	100
PRESIÓN SOCIAL	100	95
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	30	90

Tabla 2. Muestra los porcentajes en cada una de las subescalas del instrumento de confianza situacional antes y después de la intervención

De la misma forma, en la gráfica 2 la Escala de Depresión de Beck y en la Escala de Ansiedad de Beck el paciente obtuvo una disminución en los puntajes de dichos niveles una vez que la intervención se llevo cabo.



Gráfica 2. Muestra los niveles que el paciente obtuvo antes y después de la intervención en la escala de ansiedad y depresión.

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de un Programa de Intervención Breve para Fumadores en un usuario, a fin de modificar su patrón de consumo. Los resultados obtenidos indican que el programa de intervención, propicio cambios en su consumo de cigarros, ya que se logró al término de la intervención la abstinencia, desafortunadamente al no contar con los datos de seguimiento no se pudo confirmar que estos resultados se mantuvieran a corto y largo plazo.

Por lo tanto se puede señalar que las intervenciones breves cognitivo-conductuales son en la actualidad una modalidad de tratamiento que representa en cuestión de costo -efectividad una alternativa para el manejo de las conductas adictivas, que se ajustan a los perfiles de los usuarios, lo cual permite probabilizar su efectividad.

Limitaciones

Las limitaciones que se presento en el estudio fue el no contar con la fase de seguimiento, que nos hubiera permitido observar un mantenimiento del cambio en el patrón de consumo de tabaco.

Sugerencias

Fortalecer los resultados de un estudio determinado con los resultados de estudios similares, ya que permitiría atribuirle los cambios a los procedimientos que se utilicen una intervención breve.

Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas

El abuso del alcohol representa un elevado costo derivado del **consumo crónico**. Asimismo, el Programa Nacional Contra el Alcoholismo y el Abuso del Alcohol 2001 – 2006 señala que el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en México, entre ellas: accidentes, patología cerebro vascular, cirrosis hepática, homicidios y lesiones en riña (ENA,1998).

Adicionalmente, existen estudios recientes que han constatado que la conducta de beber y el consumo de drogas son conductas adictivas y no procesos de una enfermedad progresiva e incurable. Por lo tanto, se afirma que estas conductas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos. De tal manera que estas conductas pueden ser modificadas a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Los individuos que presentan tales comportamientos pueden aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación.

Dentro de los factores sociales o comunitarios que influyen el uso y abuso de alcohol se encuentran la disponibilidad, así como su aceptación social. La comparación de sustancias legales contra ilegales, muestra la diferencia en la prevalencia de usuarios, siendo mayor en las sustancias permitidas y aceptadas socialmente. Existen otros factores que explican el paso del uso experimental o recreativo de alcohol al uso excesivo o continuo del mismo. La historia de reforzamiento del individuo generalmente se caracteriza por la obtención de reforzadores asociados al alcohol.

Con relación a la intervención efectiva, estudios experimentales han demostrado que existe una serie de principios que explican la posibilidad de reducir efectivamente el consumo de alcohol o de drogas. El primer principio o concepto es el de “precio”, que se refiere a los recursos gastados, los eventos adversos vividos social, psicológica y físicamente al momento de comprar, consumir y recuperarse del consumo de sustancias. Por lo tanto, comunidades donde el uso de drogas es ampliamente aceptado, el precio social resultará ser muy bajo.

Otro concepto económico importante, es el “costo de oportunidad”, el cual se refiere a las oportunidades alternativas perdidas por haber elegido consumir drogas en lugar de utilizar el tiempo en cualquier otra cosa. Una serie de investigaciones sustenta este concepto al señalar que la frecuencia del uso de la droga podría ser modificada, significativamente, a través de variar el costo de la oportunidad.

Dadas las características de la conducta de consumo, se asevera que los principios básicos del aprendizaje en combinación con los principios económicos de abastecimiento, precio y costo de oportunidad pueden contribuir mucho a nuestra comprensión del movimiento que existe en el continuo del uso de sustancias.

Es por lo anterior, que resulta importante desarrollar programas de intervención: de amplio alcance, fundamentados en conocimientos científicos, que incluyan acciones permanentes. De la misma forma, se debe considerar como prioridad el establecer un sistema de tratamiento enfocado predominantemente al entendimiento y tratamiento de individuos con dependencia severa al alcohol, ya que en las últimas décadas en México se ha puesto énfasis en la atención a individuos que presentan el patrón de consumo explosivo episódico. Lo que hace

necesario aplicar programas de intervención para la rehabilitación de personas con un consumo severo como el Programa de Satisfactores Cotidianos(CRA, por sus siglas en inglés).

Dicho programa ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa buscaba reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume.

De manera general, el programa de satisfactores cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol sea más probable que el de uno con el alcohol como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el programa de satisfactores cotidianos enseña al paciente las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro – sociales deseados.

Por lo tanto, el programa consiste en 11 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el paciente identifique. Más que forzar al paciente a aceptar su problema de alcohol, el programa de satisfactores cotidianos se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, lidiar con estos problemas conlleva inevitablemente al uso de sustancias y se espera que al final el paciente decida enfrentar esta problemática.

El tratamiento inicia con un análisis funcional de la conducta de beber, el cual es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al paciente

identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y no beber. De esta forma, se logra identificar las situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que pueden reforzar la conducta de beber y pueden ser elegidas como metas para el cambio.

El siguiente componente del programa, es la muestra de abstinencia. A través de esta, el usuario experimenta los beneficios de la sobriedad y se facilita la negociación de la abstinencia continuada. Un componente adicional, es el uso del disulfiram (medicamento disuasivo del consumo del alcohol) este componente se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción hechos entre el terapeuta y él. El disulfiram se utiliza a partir del involucramiento de otras personas importantes para el usuario. La pareja o un familiar monitorea este proceso.

El componente de metas de vida cotidiana, involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. La meta general, es incrementar el placer de las actividades en sobriedad y reducir el poder del alcohol como una fuente de satisfacción.

Los siguientes componentes del programa se enfatizan en una variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sobrio. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: habilidades para rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, habilidades de búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones.

Finalmente, el componente de prevención de recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

Es importante mencionar, que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto para dar el entrenamiento. El orden en que el terapeuta va a dar el entrenamiento en los diferentes componentes de habilidades, depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación y del componente de metas de vida cotidiana. También, es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes van a ser usados; por ejemplo, si un usuario ya tuviera empleo y no tuviera problemas relacionados con este, no se le da el componente de búsqueda de empleo (Barragán, 2005).

A partir de la instrumentación del programa las competencias que desarrolle fueron:

- Estructurar las etapas de la intervención con base en las necesidades inmediatas del paciente.
- Identificar las habilidades o destrezas de los pacientes para la modificación de la conducta adictiva.
- Manejar procedimientos en la práctica clínica.
- Determinar e Implementar los componentes del Programa que sean funcionales para un paciente determinado.
- Incidir en la solución y manejo de los problemas asociados a la conducta de consumo.

- Instrumentar una intervención sin perder de vista variables dístales y/o proximales.
- Generar un pronóstico a partir del reporte de evaluación.
- Identificar las estrategias para cada paciente para que se de un mantenimiento del cambio conductual.
- Planear la generalización de habilidades a otras situaciones, personas, lugares, etc.

Para el desarrollo de las competencias fue necesario la instrumentación del programa en un caso único que se presenta y se describe detalladamente en la parte final de este informe.

Dicho programa está estructurado de la siguiente manera:

COMPONENTE	PROCEDIMIENTOS
SESION ADMISIÓN Y EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Se indaga el patrón de consumo en frecuencia, duración y cantidad del consumo. • Se indaga las situaciones de riesgo para el consumo severo. • Se aplican los siguientes instrumentos: Cuestionario de Preselección Escala de Dependencia al Alcohol Cuestionario de Abuso de Drogas • Se da retroalimentación acerca de los instrumentos aplicados.

<p>EVALUACIÓN DE LAS EMOCIONES</p> <p>Examinar los patrones de consumo del usuario para obtener una línea base para el tratamiento.</p> <p>Comenzar con el llenado del autoregistro.</p> <p>Incorporar al otro significativo al programa.</p> <p>EVALUACIÓN DEL CONSUMO</p> <p>Terminar de examinar los patrones de consumo del usuario para obtener una línea base para el tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se da información al paciente acerca de la estructura del programa. • Si la estructura del programa cubre las expectativas del paciente se procede a firmar el Contrato de Participación <p>Se aplican los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista inicial (Ficha de identificación). - Línea base retrospectiva (LIBARE). - Cuestionario breve de confianza situacional (CCS1). - Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD). - Inventario de Ansiedad de Beck - Inventario de Depresión de Beck - Instrumento de Calidad de Vida <p>Se aplican los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). - Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISCD). - Índice de la Severidad de la Adicción (ASI). - Inventario Multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad. - Retención de dígitos de la Escala de Wechsler
<p>ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CONSUMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los precipitadores del uso de la sustancia, así como las situaciones de alto riesgo asociadas. - Describir la conducta de uso de sustancias.

<p style="text-align: center;">ANÁLISIS FUNCIONAL DEL NO CONSUMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Identificar conductas positivas en su vida que no estén asociadas con el consumo. - Identificar los precipitadores de la conducta positiva. - Identificar las consecuencias negativas a corto plazo de la conducta positiva. - Identificar las consecuencias positivas a lo largo de la conducta positiva. - Elaborar un plan de acción para incrementar la ocurrencia de conductas positivas.
<p style="text-align: center;">MUESTRA DE NO CONSUMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carta compromiso para muestra de no consumo. - Motivar al cliente a adquirir un compromiso para mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo limitado y acordado. - Ayudar al cliente a reconocer la severidad del problema. - Reducir la posibilidad de resistencia hacia la meta de abstinencia por parte del cliente. - Tener un tiempo fuera del consumo para monitorear posibles áreas donde se requiera ayuda y enfocar la atención hacia los cambios positivos. - Incrementar la autoconfianza y autocontrol del consumo en el cliente.

<p>REHUSARSE AL CONSUMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente aprende a rechazar cualquier ofrecimiento e insistencia al consumo, de tal manera logre mantenerse sin consumo. - Que el paciente aprenda a modificar los pensamientos precipitadores y los cambie por otros de no consumo - Que el paciente reconozca la conexión entre sus autodiálogos, sus emociones y su conducta.
<p>METAS DE VIDA COTIDIANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente identifica áreas de su vida en las que pretende alcanzar metas . - Aprende a establecer metas en forme positiva, específica y medible. - Ejercita la elaboración de planes de acción que incluya todas las conductas necesarias y viables que realmente le permiten alcanzar sus metas. - Se da un seguimiento de los logros que va alcanzando el paciente. - El paciente aprende a insertar novedosas y gratificantes actividades en su estilo de vida.
<p>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que el paciente aprenda habilidades que favorezcan la adaptación e interacción social el incrementar su competencia en la actuación ante situaciones sociales. - Que el paciente aprenda a expresar sus molestias respecto a conductas específicas de las personas que le rodean. - A recibir cumplidos asociados a su cambio en el consumo y en sus conductas en otras áreas de su vida - Que aprenda a favorecer conductas de su agrado emitidas por otros al dar reconocimiento.

<p>CONSEJO MARITAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se involucra a la pareja del paciente como parte importante de la rehabilitación entrenando a ambos en habilidades de intercambio de peticiones, comunicación y reforzamiento recíproco
<p>HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y reemplazar las actividades asociadas al consumo con otras igual o más satisfactorias. - Se entrena al paciente para buscar diferentes pasatiempos y círculos sociales
<p>BÚSQUEDA DE EMPLEO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente aprende habilidades como la elaboración del currículum, la realización de llamadas telefónicas en las que contacte con familiares y amigos y les solicite ayuda en su búsqueda de empleo, los contactos telefónicos para solicitar citas para entrevistas y los ensayos de entrevista laboral.
<p>PREVENCIÓN DE RECAIDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se enseña al paciente y al otro significativo a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirlas como la estrategia de advertencia temprana. - Se realizan análisis funcional de las situaciones de riesgo y se maneja la recaída como parte natural de proceso del proceso de recuperación.

Sensibilizar y formar a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria

En la actualidad el psicólogo ha adquirido un papel fundamental en el campo de la salud, específicamente en adicciones, por lo que es necesario sensibilizar, formar y capacitar profesionales de alto nivel para impulsar a nuestra institución educativa a generar nuevas alternativas de aprendizaje en áreas socialmente relevantes para el desarrollo del país, considerando que el sistema educativo constituye el eje del desarrollo de las sociedades.

De esta forma se contara con profesionales capaces de investigar aquellos factores asociados a la existencia del problema de las adicciones en nuestra sociedad, de detectar los problemas asociados al consumo, de tal forma que contribuyan de manera directa a ofrecer alternativas de solución y tratamiento.

Ante tal necesidad, es evidente que la formación en esta área constituye el núcleo principal para la aplicación. Es por ello, que se crea el curso de formación del Modelo de Prevención de Recaídas.

Concretamente, la formación busca que especialistas en adicciones adquieran habilidades y herramientas con el objetivo de incidir en patrones de inadecuados de consumo de sustancias en los diferentes sectores poblacionales.

Finalmente, en el trabajo de los terapeutas juega un papel importante su experiencia en los resultados con los que se busca la prevención indicada. Es decir, el programa pretende influir en el ambiente natural de los estudiantes , así como en lugares que no hayan sido considerados inicialmente , con el objetivo de mantener estas habilidades a través del tiempo.

Las competencias que desarrollé durante la formación a otros profesionales fueron:

- Seleccionar y / o adaptar los métodos, técnicas y procedimientos didácticos para la transferencia tecnológica.
- Diseño y desarrollo de programas de formación en la prevención indicada y en el tratamiento.
- Organizar y ajustar las estrategias de enseñanza / aprendizaje seleccionados para cursos de formación.
- Diseño de procedimientos de evaluación para conocer la pertinencia y congruencia de las etapas, técnicas, instrumentos y recursos utilizados en la acción profesional.
- Manejo de grupos multidisciplinarios.
- Identificación de las habilidades suficientes necesarias en otros profesionales para la instrumentación de fundamentos teóricos-metodológicos para incidir en el patrón de consumo.

A continuación se presenta la estructura general del curso de formación.

TALLER DE ENTRENAMIENTO DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

SESION 1. INICIO DEL CURSO DE FORMACION

“Bienvenida a los participantes y la presentación de los ponentes”.

Instrucciones para el ponente.

Recibir a los participantes, y déles la bienvenida al taller, preséntese ante ellos como el ponente del taller.

Explicación de los objetivos del taller.

Instrucciones para el ponente.

Explique a los participantes que el objetivo general del programa consiste en conocer el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas (SRP, por sus siglas en inglés), así como la aplicación y el manejo de éste.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES.

- La carpeta esta conformada por los siguientes artículos:

Annis, Helen M. & Christine S. Davis. “Relapse Prevention”.Alcohol, Health and Research World 15, no. 3 (1991): 204-212

Annis, Helen M., Renate Schober & Elizabeth Kelly. “Matching Addiction Outpatient Counselling to Client Readiness for Change : The Role of Structured Relapse Prevention Counselling”. Experimental and Clinical Psychopharmacology 4 (1996):37-45 (Copyright by the American Psychological Association Reprinted with permission).

Annis, Helen M. “Relapse to Substance abuse: Empirical Findings within a Cognitive-Social Learning Approach.” Journal of Psychoactive Drugs 22, no. 2 (1990): 117-124 (Reprinted with permission of the Journal of Psychoactive Drugs. All rights reserved)

TAREA A PROPORCIONAR

Lectura de los artículos.

SESION 2. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el ponente:

Dé la bienvenida a las participantes y retome lo visto en la sesión anterior y resuelva posibles dudas.

Explicar el objetivo de la sesión.

Instrucción para el ponente.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión es conocer qué es el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, para quién va dirigido, cómo funciona, qué incluye el programa y conocer de manera general los 5 componentes que los constituyen. Para lograr lo anterior el tema a revisar es el Marco Conceptual de dicho modelo.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

-El apartado destinado a la Introducción al Marco conceptual del Manual del Programa.

TAREA A PROPORCIONAR

Revisión de lo visto en clase

SESION 3. EVALUACIÓN

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el ponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 2 y resuelva dudas.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión, es que conozcan y manejen los instrumentos que constituyen el componente de evaluación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.

Los instrumentos a revisar para cumplir el objetivo son:

1. La Escala de Dependencia al Alcohol, la que cual proporcionará información acerca de la dependencia del usuario (ADS).
2. El Algoritmo de Compromiso para el Cambio, el cual evalúa la disposición de éste.
3. La Prueba de Evaluación del Abuso de Droga.
4. La Línea Base Retrospectiva.
5. Inventario de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Alcohol o Drogas (IDTS-50).
6. La Forma de Resumen de la Evaluación.

MATERIALES A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- La sesión de Evaluación del Manual del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas que contemplen las formas de cada uno de los instrumentos.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

Una vez que se les ha explicado a los participantes el objetivo de los instrumentos, así como, la forma de aplicarlos y calificarlos. El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se represente el uso de los instrumentos de la sesión de evaluación. Al término del ensayo dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- El ponente debe proporcionar el siguiente artículo:

Miller, William R. "Increasing Motivation for Change." In Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. R. K. Hester & W.R. Miller (Eds.) el pp. 6-80. New, York, Pergamon Press, 1989. (Copyright Allyn and Bacon Co., used by permission.)

- Resolver los instrumentos y grafiqué los resultados.

SESION 4. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el ponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 3 y resuelva dudas.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión es que conozcan y manejen la Entrevista Motivacional que permite proporcionar una retroalimentación a los usuarios de los resultados de la evaluación y los ayuda a tomar una decisión para cambiar su uso de alcohol.

Los instrumentos a revisar para cumplir el objetivo son:

1. El inventario de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Alcohol o Drogas, que permitirá explorar los disparadores para el uso.
2. El Balance Decisional, que permitirá conocer las razones del usuario para el cambio, los pros y contras de éste y la fuerza de compromiso.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- La sesión de Entrevista Motivacional del Manual del Programa de Prevención Estructurada de Recaidas.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

Una vez que se les ha explicado a los participantes el objetivo de los instrumentos, así como, la forma de aplicarlos y calificarlos. El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se

represente el uso de los instrumentos de la sesión de evaluación. Al término del

ensayo dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- Resolver los instrumentos y si es necesario grafiqué los resultados.

SESION 5. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el ponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 4 y resuelva dudas.

Explique el objetivo de la sesión, el cual es que los participantes aprendan a desarrollar un plan de tratamiento con base a la información que se obtuvo con la evaluación y la entrevista motivacional que se realice al usuario.

Para que los participantes desarrollen un plan de tratamiento individualizado es necesario explicarles lo siguiente:

1. La Orientación al SRP y la firma del Contrato de Tratamiento Individual.
2. La revisión del Inventario de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Droga, a través del cual se identificarán las Situaciones de Uso Problemático.
3. El establecimiento de la meta por parte del usuario y la explicación del automonitoreo.
4. Que el usuario complete la Lista de Destrezas de Enfrentamiento.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- La sesión del Plan de Tratamiento Individualizado.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se represente el uso de la Lista Checable del Terapeuta para esta sesión. Al término del juego de roles dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- Resolver los instrumentos y si es necesario grafiqué los resultados

SESION 6. PROCEDIMIENTOS DEL CONSEJO PARA LA INICIACIÓN DEL CAMBIO

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el ponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 5 y resuelva dudas.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión es que conozcan y manejen las estrategias que ayudan al usuario a iniciar el cambio.

Para ello, es necesario que los participantes manejen lo siguiente:

1. El Plan Semanal que permitirá que el usuario junto con el terapeuta preparen un plan semanal para que el usuario se anticipe a situaciones de riesgo. Este debe enfocarse en la evitación y la búsqueda de apoyo de otros.
2. El Análisis Funcional.
3. La Forma de Monitoreo Diario.
4. El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Droga.
5. La Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- La sesión de los Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se represente el uso de la Lista Checable del Terapeuta para esta sesión. Al término del juego de roles dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- Resolver los instrumentos y si es necesario grafiqué los resultados.

SESION 7. PROCEDIMIENTOS DEL CONSEJO PARA EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el exponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 6 y resuelva dudas.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión es que conozcan y manejen las estrategias que ayudan al usuario a mantener el cambio.

Para ello, es necesario que los participantes manejen lo siguiente:

1. El Plan Semanal para la Fase de Mantenimiento del cambio.
2. La Forma de Monitoreo Diario
3. El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Droga.
4. El Ejerció Si Yo Fuera a Recaer.
5. El cuestionario de Satisfacción del cliente.
- 6.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- La sesión de los Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se represente el uso de la Lista Checable del Terapeuta para esta sesión. Al término del juego de roles dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- Resolver los instrumentos y si es necesario grafiqué los resultados.

SESION 8. DESTREZAS DE ENFRENTAMIENTO

Inicio de la Sesión.

Instrucciones para el exponente.

Dé la bienvenida a los participantes y retome los conocimientos de la sesión 7 y resuelva dudas.

Explique a los participantes que el objetivo de la sesión es que conozcan y manejen las destrezas de enfrentamiento que le permitirán al usuario prevenir una recaída.

Las destrezas de enfrentamiento que el ponente proporcionará a los participantes son las siguientes:

1. Enfrentamiento de los deseos intensos.
2. Estrategias Iniciales de Enfrentamiento.
3. Incremento del apoyo Social.
4. Rechazo del Alcohol y otras drogas.
5. Tratar con el malestar físico.
6. Solución de problemas.
7. Espiritualidad y recuperación.
8. Asertividad.

9. Enfrentamiento del aburrimiento.
10. Manejo del enojo
11. Relajación.
12. Enfrentamiento de Sentimientos desagradables y traumas.
13. Técnicas para el manejo de las escenas retrospectivas y emociones desagradables.
14. Enfrentamiento de la ansiedad.
15. Enfrentamiento con el pesar
16. Relaciones Saludables.

MATERIAL A PROPORCIONAR A LOS PARTICIPANTES

- Los Ejercicios de cada una de las Destrezas de Enfrentamiento.

ACTIVIDADES PARA LOS PARTICIPANTES

El ponente pedirá a los participantes que presenten un juego de roles donde se represente el uso de cada una de las Destrezas de Enfrentamiento. Al término del juego de roles dé retroalimentación a los participantes, reforzando sus aciertos, reconociendo sus errores y dígame como puede mejorar su ejecución.

TAREA A PROPORCIONAR

- Resolver los ejercicios correspondientes a las Destrezas de Enfrentamiento.

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

En el mundo existen países que cuentan con un índice poblacional que en su mayoría se constituyen por adultos y por ancianos; dichas naciones son del orden Occidental - Europeo. En contraste, encontramos países Americanos cuyo índice poblacional está comprendido por niños y jóvenes en su mayoría, dentro de los cuales se encuentra México, que en la pirámide poblacional muestra que la población de mayor proporción (64%) se refiere a las edades de 0 a 24 años de edad (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1985).

De acuerdo con Méndez y Nucamendi (1985), se puede afirmar que la fuerza potencial del país reside en la población, recurso que será en futuro inmediato parte fundamental del desarrollo, por lo cual, ésta debe ser apoyada y motivada para que el crecimiento del país sea completo. En la actualidad, esa fuerza potencial está constituida en su gran mayoría por adultos jóvenes, es decir, por individuos que se encuentran en la fase del desarrollo determinante en la vida de todo ser humano. Es importante señalar que tanto educadores como Psicólogos, así como especialistas en diversas disciplinas, admiten que los primeros años de vida son de gran importancia para la conformación del hombre actual. El hombre, ser psicofísico y social involucra simultáneamente en una unidad ambos niveles, lo biológico y lo cultural. De ahí la importancia, de conocer los rasgos básicos de la evolución física, psíquica, afectiva, volitiva, intelectual y social a fin de encarar una práctica eficaz y adecuada a la realidad personal, social y cultural de los jóvenes (Fuentes, 1989).

Bajo esta perspectiva surge la necesidad de evaluar la efectividad de diversos programas de intervención e implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a los diferentes sectores poblacionales con conductas adictivas en nuestro país más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana y tratamiento. Por tal razón, se investiga y evalúa el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.

La Prevención Estructura de Recaídas (SRP) es un tipo de consejo para el usuario de consulta externa que fue desarrollado durante los últimos 12 años en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá (Quiroga, 2004).

La naturaleza crónica y reincidente de los problemas de alcohol y droga ha sido reconocida por mucho tiempo, pero sólo recientemente se le ha dado atención al desarrollo de las estrategias de prevención de recaídas. Basado en la teoría de aprendizaje social, el consejo de SRP es un enfoque cognitivo-conductual, diseñado para permitirles a las personas obtener más control sobre su uso de alcohol o droga.

El consejo de SRP ha sido diseñado para las personas que:

1. Tienen un problema sustancial o severo de abuso de sustancia; y
2. Desean trabajar con un consejero, a nivel de consulta externa, hacia un cambio en su uso de alcohol y / u otras drogas.

El consejo se centra en involucrar a los clientes en:

- Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
- Diseñar un plan de tratamiento individualizado.
- Identificar sus fortalezas y recursos.
- Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento.
- Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real.
- Hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida.
- Finalmente, convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

El consejo involucra lo siguiente:

- ⊙ Una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada.
- ⊙ Una o más citas de entrevista motivacional, antes del consejo de SRP.
- ⊙ Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

1. Un contrato de tratamiento.
2. Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
3. Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del cliente.

-
- ⊙ De 8 a 12 sesiones de consejo (puede ser individual o grupal).
 - ⊙ Asignación de tareas para la Fase de “Iniciación del Cambio”.
 - ⊙ Asignación de tareas para la Fase de “Mantenimiento del Cambio”.

Los componentes principales que conforman el Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas (SRP) son:

1. Evaluación.
2. Entrevista Motivacional.
 1. Plan de Tratamiento Individualizado.
 2. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio.
 3. Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio.

Este manual lo guiará al terapeuta y a los clientes a través de los diferentes componentes del SRP. Se incluyen descripciones breves de los componentes, listas checables del terapeuta paso a paso, cuestionarios y asignaciones de tareas para el cliente.

De la misma forma, contiene artículos de antecedentes clínicos, los cuales se encuentran en el Apéndice B, en donde se provee información más detallada que usted necesitará al trabajar con los clientes y con la SRP.

Los componentes principales del SRP se enuncian a continuación:

1. Evaluación

El consejo empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del cliente:

-
- i) funcionamiento psicosocial;
 - ii) historia del uso de alcohol y droga / problemas / consecuencias;
 - iii) razones / compromiso para el cambio; y
 - iv) fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del cliente para el uso de alcohol y / o droga un año antes de entrar al tratamiento (los disparadores pueden involucrar estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectan a los clientes). La herramienta de evaluación recomendada para este propósito es el “Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga” (IDTS-50).

2. Entrevista Motivacional.

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de la entrevista motivacional, que ayuda al cliente a alcanzar y empezar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de uso de alcohol o droga. La entrevista motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el cliente para cambiar su uso de alcohol / droga, esto en los pros y contras percibidos para el cambio; así como en la fortaleza del compromiso para el cambio, complementado por una discusión de los disparadores del cliente para el uso y las fortalezas que tiene de enfrentamiento.

3. Plan de Tratamiento Individualizado.

Posterior a la evaluación y a la entrevista motivacional, se involucra a cada cliente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyen:

i) Proporcionar una orientación hacia el consejo de SRP y acordar con el cliente la firma de un contrato del tratamiento;

ii) Una revisión del cliente de los disparadores que tiene el cliente, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; y

iii) Establecimiento de meta y automonitoreo de disparadores por parte del cliente.

4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio.

El consejo de SRP consta de las Fases de "Iniciación" y "Mantenimiento". La Fase de Iniciación se centra en las estrategias de consejo que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la Fase de Mantenimiento se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de la recaída).

Los apoyos de Iniciación más importantes incluyen: la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol / droga; la coerción (por ejemplo, por mandato legal); el tratamiento de hospitalización / residencial; medicación protectora (por ejemplo, Antabus); la involucración de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

La Fase de Iniciación del Consejo SRP implica típicamente cuatro sesiones. Si se encuentran disponibles sesiones individuales y de grupo, se debe animar al cliente a tomar su tratamiento de elección.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio.

En la Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaída), se retiran gradualmente las ayudas usadas en la Fase de Iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependan sólo del cliente. Las estrategias se diseñan para ayudar al cliente a desarrollar confianza (auto-eficacia), para empezar a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso de alcohol o droga. La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, animar a los clientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del consejo de SRP va de cuatro a ocho sesiones (Vital, 2004).

OBJETIVO:

Evaluar la efectividad del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas en el patrón del consumo de alcohol.

METODO

Sujetos:

La población participante estará conformada por 6 estudiantes universitarios de la UNAM que soliciten voluntariamente la atención terapéutica, entre 18 y 35 años de edad, consumidores de alcohol, dependientes medios y severos que no requieran de internamiento. Por otro lado, la historia familiar será una variable que se presentará en los grupos, cada uno de ellos contará con 2 hombres y 1 una mujer.

Criterios de inclusión:

- Consumidores con dependencia media a severa con 22 o más puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol y de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV.
- Que presenten cronicidad o historia de consumo moderado excesivo (entre 10 o 20 años).
- Un consumo problemático de más de 5 años.
- Un consumo de 30 copas estándar a la semana en el caso de los hombres y 24 copas en el caso de las mujeres.
- Que presenten problemas asociados de menores a graves.
- Con / sin historia familiar de consumo.

Escenario:

La atención se otorgará dentro de las salas de consulta del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila dependiente de la Facultad de Psicología.

Variables:

Variable Independiente:

Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas (SRP, por sus siglas en inglés).

Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas desarrollado por Annis, Herie y Merek (1996), es un consejo de consulta externa basado en la teoría del aprendizaje social con un enfoque cognitivo conductual y motivacional. Esta modalidad de atención consta de 5 componentes principales: 1) Evaluación, 2) Entrevista Motivacional, 3) Plan de Tratamiento Individualizado, 4) Procedimientos

del Consejo para la Iniciación del Cambio y 5) Procedimientos del Consejo para el mantenimiento del cambio.

Variable Dependiente:

1. Consumo de Alcohol.
2. Dependencia del Alcohol.
3. Problemas Asociados al Consumo de Alcohol.
4. Autoeficacia.
5. Situaciones de Consumo de Alcohol.
6. Marcadores Biológicos.
7. Satisfacción con el tratamiento.
8. Satisfacción con la calidad de vida.

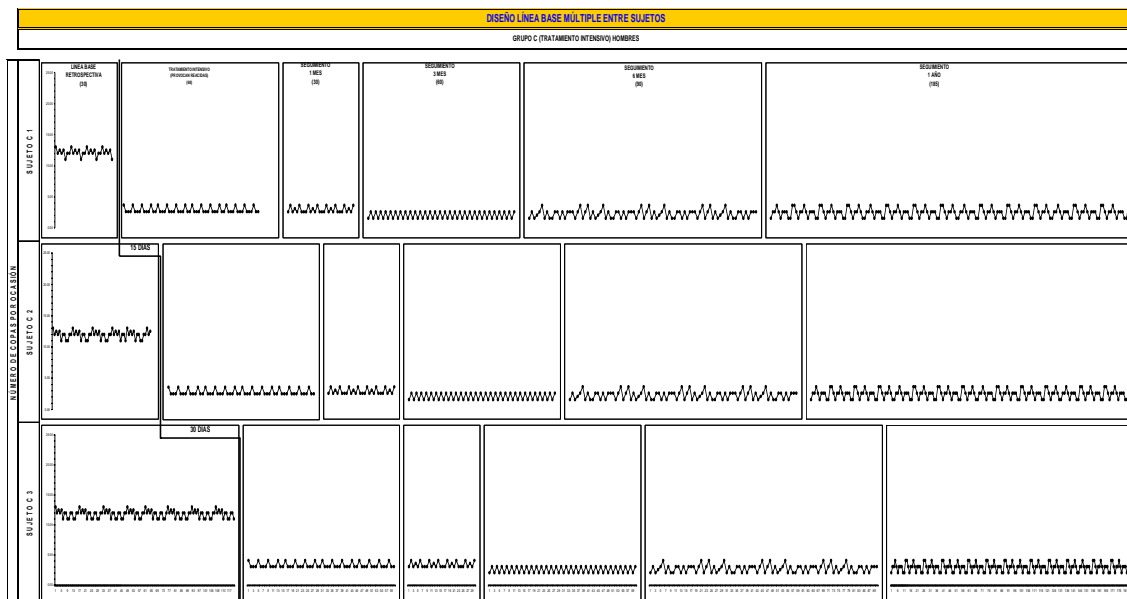
Materiales:

- I. Instrumentos de Evaluación. Estos se aplicarán a los casos captados, antes, durante y /o después del tratamiento y durante el seguimiento.
- II. Guías para los terapeutas y usuarios sobre la modalidad de atención.
- III. Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas para consumidores de Alcohol con Dependencia de Media a Severa (SRP).
 - Admisión y Evaluación
 - Algoritmo de Compromiso para el Cambio.
 - Escala de Dependencia al Alcohol.
 - Entrevista Clínica Estructurada.
 - Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol.
 - Cuestionario de Confianza situacional.

- Línea Base Retrospectiva.
- Prueba de Pistas.
- Convenio de Consentimiento Informado.
- Forma de Análisis Funcional.
- Forma de Automonitoreo Diario.
- Prueba de Marcadores Biológicos.
- Cuestionario de Satisfacción del Cliente.
- Entrevista de Seguimiento para el Usuario.
- Entrevista para el Colateral.

Diseño:

Dado que el tratamiento breve que se instrumentará considera la aplicación de técnicas y procedimientos que han demostrado efectividad para este nivel de severidad y que éstos serán igualados en función de las características y necesidades de cada caso, se empleará un Diseño de Línea Base Múltiple.



Procedimiento:

- Recepción del solicitante.
- Verificación de cumplimientos de criterios de inclusión.
- Evaluación Diagnóstica Prescriptiva.
- Descripción de la Modalidad de Atención.
- Firma de Consentimiento Informado
- Aplicación de la Modalidad de Atención
- Monitoreo y Evaluación.
- Seguimiento.

De acuerdo a lo anterior las competencias que se fomentaron fueron las siguientes:

- Análisis del nivel de viabilidad de un proyecto de investigación.
- Implementación de metodologías adecuadamente en la investigación aplicada.
- Identificar los componentes básicos de un proyecto.
- Creación sistemática de proyectos de investigación.
- Incidir directamente en una problemática de salud.
- Reconocer las fuentes de invalidez, así como las debilidades metodológicas de programas de intervención.
- Fundamentar las intervenciones en procedimientos metodológicos acorde al objetivo de la investigación.

REPORTE DE CASO: Evaluar la efectividad del Programa de Satisfactores Cotidianos para el consumo de alcohol

1. Motivo de consulta y evaluación.

Admisión

En la sesión de admisión se recolectaron los principales datos del usuario, tales como: datos personales, motivo de consulta, datos relacionados con el consumo, etc. De la misma manera, se consideraron y se aplicaron las características principales del enfoque de entrevista motivacional tales como desenfatar el empleo de etiquetas o bien establecer expectativas positivas acerca de los resultados del tratamiento.

Es un paciente (LAO) femenino, soltera de 22 años de edad, es estudiante en la carrera de licenciado en historia, reside en el D.F y fue referido del Centro de Servicios Psicológicos dependiente de la Facultad de Psicología.

En el 2001 acudió a tratamiento a Centro Integral Juvenil (CIJ) por intento de suicidio una vez que concluye éste fue canalizada al Centro de Atención CAAF para atender el consumo de drogas específicamente cocaína.

En 2003 ingresa al Centro de Atención de Apoyo para Alcohólicos y sus Familiares (CAAF) en donde participa en sesiones de grupo, se sale de tratamiento ya que considera que se deprimía más y sólo escuchaba a los demás.

El motivo por el acude a el Centro de Servicios Acasulco en 2005 es el consumo de alcohol que lo inicia a los 14 años de edad y desde hace 7 años lo identificaba como un gran problema, porque ya estaba experimentando problemas en las diferentes áreas de su vida, es decir, a nivel físico presentaba

gastritis, principios de anemia, ansiedad, ideas suicidas, lagunas mentales, insomnio, hinchazón de la piel y alteraciones cardiovasculares. A nivel emocional, se sentía mal consigo misma, se sentía deprimida, autoestima baja y no tenía control de sus emociones lo cual le estaba causando agresiones verbal y físicamente, celos, infidelidad, falta de comunicación, insatisfacción sexual e impotencia en su relación de pareja.

Su mamá perdió la confianza en ella y al mismo tiempo recibía agresiones verbales por parte de ésta. En lo académico, los problemas que tenía por consumir era ausentismo por la resaca, problemas con los maestros, conflictos en general, bajo rendimiento y una disminución en la concentración.

En lo social la paciente se aisló, perdió amigos, era agresiva verbal y físicamente con sus amigos. Finalmente, había experimentado arrestos, había estado prisión y había cometido robos para seguir consumiendo.

El consumo que presentaba la paciente durante estos 7 años era de 30 tragos estándar por ocasión, la duración del consumo durante 6 años con 6 meses era todos los fines de semana, es decir, el consumo se iniciaba los viernes y concluía los sábados. Posteriormente se fue incrementado los últimos meses del último año en el número de días de consumo, es decir, el consumo iniciaba los jueves y terminaba los domingos.

La paciente manifestó que consumía con amigos, familiares con los que específicamente consumía marihuana.

De la misma forma, la paciente identifica que las situaciones que preceden al consumo de alcohol son estados de ánimo negativos positivos es decir, cuando se siente triste o feliz. En contraste, los pensamientos comunes que se presentan

antes del consumo son “se me antoja”, “veo las cosas con mayor optimismo”, “haber sino me caigo”, “tener un buen viaje”.

Por otra parte, desde que el consumo se convirtió en problema ha hecho un intento por dejar de beber y este fue un periodo de tres meses que va de septiembre a noviembre del 2004, sólo se lo propuso no hacerlo sin embargo, nuevamente se le antoja en una fiesta y empezó a consumir y poco a poco fue incrementando la cantidad.

Finalmente, los motivos que tenía la paciente para cambiar su consumo era no tocar fondo, ya no quería tener más problemas de salud, familiares, de pareja, físicos y mentales.

1.2 Evaluación realizada por medio de cuestionarios.

Evaluación

La sesión de evaluación tuvo por objetivo el identificar cualquier conducta que incrementará la tasa de ocurrencia de la conducta de consumo y de no consumo, la identificación de los reforzadores únicos y exclusivos para el usuario, se observó las fuentes de motivación del usuario por las que estaba buscando tratamiento, se identificó las razones por las que está buscando tratamiento, se identificó si el usuario reportaba el deseo de incrementar la conducta de sobriedad para conseguir algo placentero o para evitar algo aversivo. Además de identificar el nivel de depresión, ansiedad, el nivel de hostilidad y cólera, el nivel de confianza en situaciones de riesgo, la satisfacción en general en áreas sociales, personales, familiares, maritales, entre otras y la identificación de las situaciones de consumo.

Descripción de los instrumentos

1.2.1 Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), elaborado por Annis y Graham en 1987; evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situaciones; emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando mi control sobre el consumo de alcohol o las drogas (PC), necesidad física (NF), conflictos con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MA).

Fue adaptado a la población mexicana por Echeverría y Ayala (1997). Las ocho categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medida de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Dichas categorías fueron confiables para administrarse a individuos bebedores excesivos.

Su objetivo es valorar la autoeficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol a partir del tratamiento.

1.2.2 Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol o ISCA, fue elaborado por Annis, Graham y Davis (1982) y consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante el año anterior.

Fue adaptado a población mexicana en 1997. Los reactivos se agrupan en ocho categorías. Los puntajes de las ocho subescalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable representando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema.

Las categorías de situaciones de consumo de alcohol, divididas en dos grupos: las situaciones personales, en las que el beber involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y se subdivide en cinco categorías, que incluyen los siguientes reactivos: 1) Emociones desagradables; 2) Malestar físico; 3) Emociones agradables; 4) Probando el autocontrol y 5) Necesidad o urgencia por consumir.

El segundo grupo de situaciones involucra a terceras personas y se subdivide en tres categorías: 6) Conflicto con otros; 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros.

Su objetivo es evaluar las situaciones de riesgo al consumo en el usuario.

Se interpreta obteniendo un Índice del Problema, dado que los puntajes porcentuales de cada subescala van de 0 a 100 e indican en cada usuario, la magnitud del problema en esa subescala, por ejemplo un puntaje de 0% indica que nunca bebió en exceso estando en esa situación y no representa para el usuario un riesgo de consumo; en tanto que uno de entre 67 y 100% indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquiza los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

1.2.3 Inventario de Depresión de Beck (1988).

Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de 4 aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias respuestas que mejor reflejan cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive al día de hoy. Es de rápida aplicación y calificación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera: de 0 a 9 puntos como “mínima”, de 10 a 16

puntos como “leve”, de 17 a 29 puntos como “moderada” y de 30 a 63 puntos como “severa”.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et. al., (1998) implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 a 65 años de edad, obteniéndose un alpha Cronbach de .087, $p < .000$. El puntaje final se convierte en un porcentual mediante una conversión en la que 63 puntos es el 100% y el puntaje obtenido se multiplicó por cien y se divide entre 63.

1.2.4 Inventario de Ansiedad de Beck (1988) estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001); mostrando una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de .83 y una validez de constructo.

Es un cuestionario de 21 reactivos, que evalúa síntomas de ansiedad. Las respuestas se clasifican en: poco o nada que se califica con 0 puntos, mas o menos con 1 punto, moderadamente con 2 y severamente con 3 puntos. Se obtiene el puntaje haciendo una sumatoria total y que indica el nivel de ansiedad. El nivel de ansiedad se determina como mínimo si se obtiene de 0 a 5 puntos, leve de 6 a 15 puntos, moderado de 16 a 30 puntos y severo de 31 a 63 puntos.

1.2.4 Escala de Dependencia al Alcohol.

Fue diseñada para medir dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que esta escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest (grupo 1: Spearman $\rho = 0.90$; grupo 2, Spearman $\rho = 0.81$), pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se

encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios. La validez de contenido de la medida es alta.

1.2.6 Escala de Satisfacción (Azrin, Naster y Jones, 1973) consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción.

Su confiabilidad es de .76 mostrando buena consistencia interna; su validez de criterio es adecuada, ya que correlacionaron el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general.

Las áreas de vida evaluadas son: 1) Sobriedad, 2) Progreso en el trabajo o en la escuela, 3) Manejo del dinero, 4) Vida social / recreacional 5) Hábitos personales, 6) Relaciones familiares o matrimoniales, 7) Situación legal, 8) Vida emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción general. Se califica obteniendo el promedio de las 10 áreas o de las 9 áreas y permite efectuar el análisis del nivel general de satisfacción en forma independiente.

1.2.7 Línea Base Retrospectiva

La línea base retrospectiva (LIBARE) elaborada por Sobell y Sobell (1992), es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario durante un año antes de iniciado el tratamiento, durante y después del tratamiento; fue adaptado

por Echeverría y Ayala (1993). Presenta una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82.

Por objetivo tiene la medición de la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después del tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/ meses de mayor consumo, la frecuencia del consumo. Tiene validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53.

1.2.8 Subescala de Retención de Dígitos.

Dicha subescala pertenece a la Escala de Ejecución de la Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos (WAIS). Comprende la retención de dígitos en orden directo y la retención de dígitos en orden inverso. La primera consiste en que el paciente repita correctamente una serie de números. Se califica considerando el número de dígitos de la serie más larga repita sin error, la máxima calificación que se obtiene es 9 puntos.

Por otra parte, la retención de dígitos en orden inverso, consiste en que el paciente repita correctamente una serie de números en orden inverso, se califica tomando en cuenta el número de dígitos en la serie larga que el paciente logre repetir correctamente, la máxima calificación es 8 puntos.

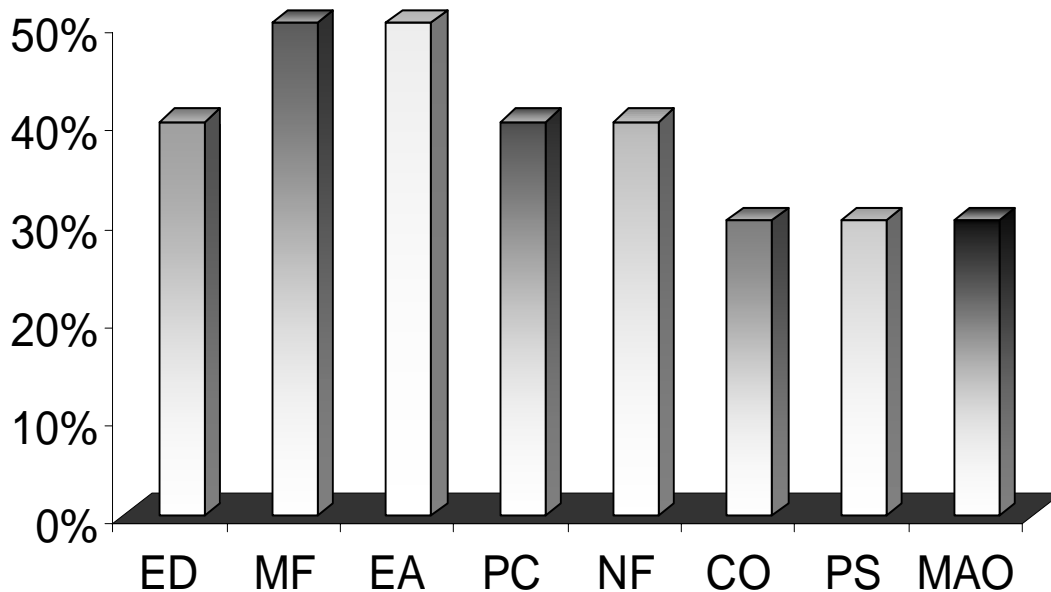
Finalmente, dichas calificaciones se suman para obtener una calificación total, en la que se puede obtener como máximo 17 puntos.

1.2.9 Subtest de Símbolos en Dígitos

Esta conformado por 90 reactivos, consiste en que el paciente coloque el símbolo que le corresponde a cada uno de los números que se presentan en el material de subtest. La aplicación tiene como tiempo límite 90 segundos. La calificación se obtiene asignando un punto por cuadrado correctamente contestado. Se califica con medio punto signo invertido.

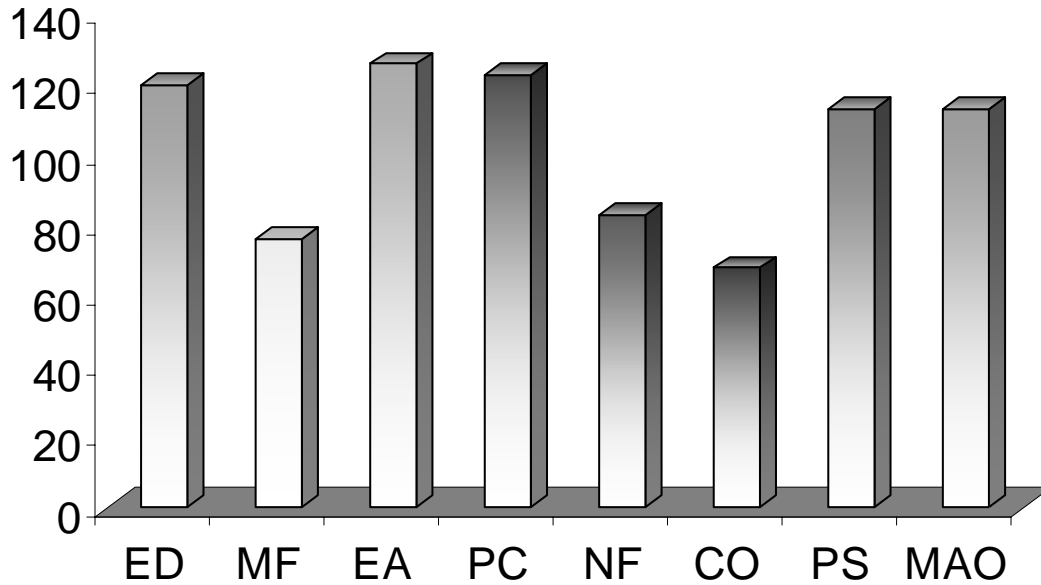
Resultados de la Evaluación

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). En la gráfica 3 se observan las tres situaciones en las que el porcentaje obtuvo un porcentaje de seguridad bajo para resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga fueron: 1) Emociones desagradables, 2) Emociones Agradables, 3) Malestar Físico y 4) Probando el control sobre el consumo.



Gráfica 3. Muestra los los porcentajes de confianza de cada una de las ocho situaciones

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). En la gráfica 4 se observan las siguientes situaciones en las cuales el paciente obtuvo un promedio alto: 1) Emociones Desagradables, 2) Emociones desagradables y 3) Probando mi control sobre el consumo de alcohol o drogas.



Grafica 4. Muestra las tres situaciones de riesgo con el mayor puntaje

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA). En la tabla 3 se muestra que el paciente obtuvo un puntaje de 36, lo que indica que el cuartil que le corresponde es el siguiente:

CUARTIL	NIVEL DE DEPENDENCIA
1-13	LEVE
14-21	MODERADA
22-30	MEDIA
31-47	SEVERA

Tabla 3. Muestra el nivel de dependencia

Inventario de Depresión de Beck. En la tabla 4 se observa que el puntaje crudo que obtuvo el paciente fue de 17 puntos, por lo que el nivel de depresión es el siguiente:

PUNTAJE CRUDO	NIVEL DE DEPRESION
0-9	MINIMA
10-16	LEVE
17-29	MODERADA
30-63	SEVERA

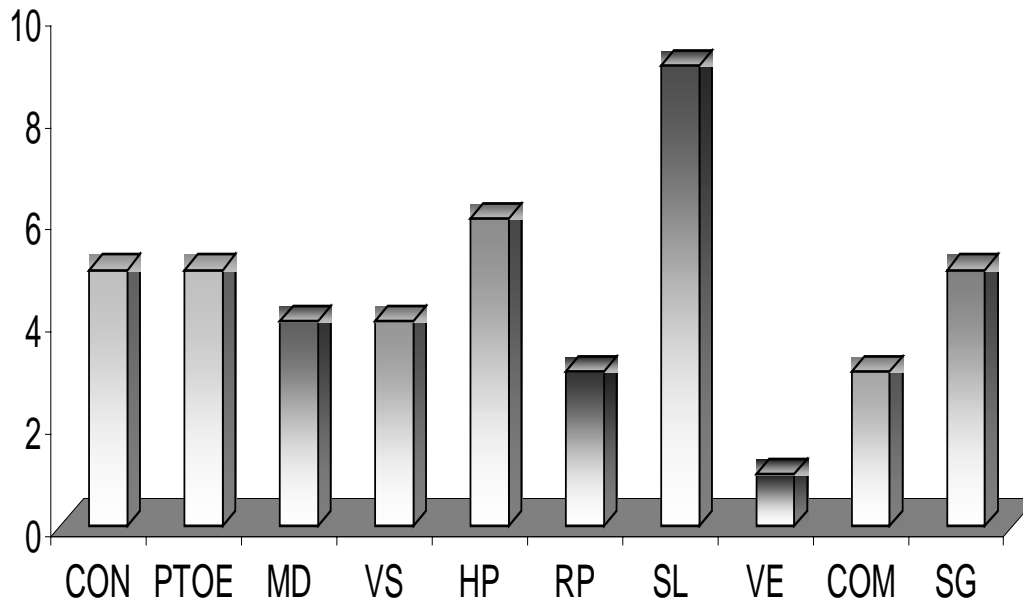
Tabla 4. Muestra el nivel de depresión

Inventario de Ansiedad de Beck. En la tabla 5 muestra que el puntaje crudo que el paciente obtuvo fue de 15 lo que indica tuvo el siguiente nivel de ansiedad:

PUNTAJE CRUDO	NIVEL DE ANSIEDAD
0-5	MINIMA
6-15	LEVE
16-30	MODERADA
31-63	SEVERA

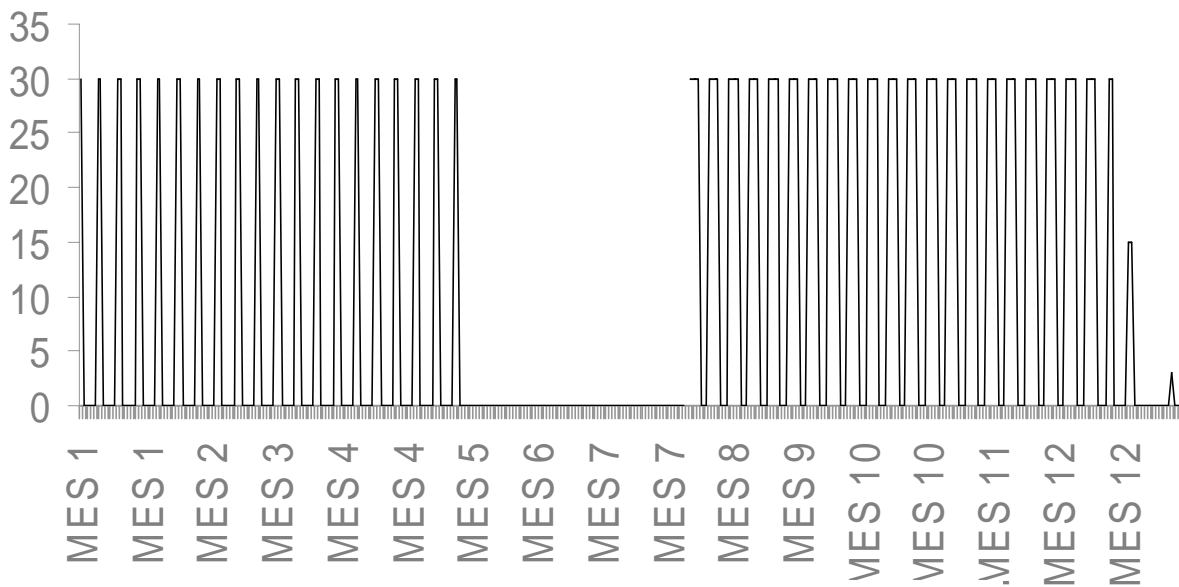
Tabla 5. Muestra el nivel de ansiedad

Escala de Satisfacción General. En la gráfica 5 se observa que el puntaje de satisfacción más bajos corresponden al área de la vida emocional, de la comunicación, del consumo y el área del progreso en la escuela.



Gráfica 5. Muestra el puntaje de satisfacción de cada una de las áreas de la vida del paciente.

Línea Base Retrospectiva. En la gráfica 6 se muestra que el consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue de 30 tragos estándar por ocasión, los fines de semana, es decir los primeros tres meses inicia el consumo los viernes y terminaba el sábado, posteriormente se da un periodo de abstinencia de tres meses y una vez que se encuentra en una fiesta nuevamente vuelve al patrón de consumo en cuestión de la cantidad y la duración se extiende a cuatro días de consumo de jueves a domingo.



Grafica 6. Muestra la línea base del patrón de consumo del paciente.

2. Recursos disponibles y déficit.

Los recursos con los que contaba la paciente, fueron la motivación que presentaba al ingresar al tratamiento, el interés de que sus problemas en las diferentes áreas de su vida no se convirtieran en graves al grado de que la llevaran a perder todo, las habilidades que tenía para rechazar el consumo.

Los déficits que la paciente manifestó tener es el poco control de sus emociones, pocas habilidades de comunicación, y no saber como solucionar los problemas de la vida cotidiana.

3. Diagnóstico

Con base a los datos de la evaluación se puede aseverar que la paciente cumple los criterios de inclusión para formar parte del Programa de Satisfactores Cotidianos. Es decir, la paciente había experimentado pérdidas a diferentes

niveles, obtuvo una calificación total de 10 puntos en la subescala de retención de dígitos, 85 puntos en el subtest de símbolos en dígitos, consumía más de 15 tragos estándar a la semana, consumía más de 12 tragos por ocasión, asistió a otros tratamientos y el nivel de dependencia que presentaba fue severo.

4. Tratamiento

Desarrollo por sesiones.

Análisis Funcional del Consumo y no Consumo.

Esta sesión se centra en entrenar al usuario para que sea capaz de enfrentar estímulos y eventos, externos o internos, a partir de otras conductas. Se realiza un análisis funcional se examinan los antecedentes y consecuentes del consumo de alcohol o drogas. El propósito principal del análisis es establecer los precipitantes de la conducta de consumo para paciente, de tal manera que se pueda identificar la cadena de eventos que promueve la conducta de consumir. El segundo propósito es identificar las consecuencias, tanto positivas como negativas de dicha conducta. Una vez que se identifican los antecedentes y consecuencias se especifican los resultados agradables inmediatos y los desfavorables a largo plazo de la conducta de consumo.

Al respecto con el análisis funcional del consumo el paciente identifico lo siguiente:

PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
La paciente reporto que consume con amigos, novio, familiares, lo hace en cantinas, fiestas, casas o calle. Y se da el consumo de jueves a domingo.	Lo que pienso antes de consumir es puede ser una recompensa el tomar una copa después de una semana de trabajo, que se la va pasar muy bien, lo que siente antes de consumir es sudoración en las manos, bochornos, antojo. Las emociones que experimentaba era felicidad, euforia, tranquilidad.	CONSUMO 30 tragos por ocasión	Diversión, baile, convivencia social, pertenencia a un grupo, sensación de relajación, compartir momentos con su novio y, cambios en la percepción, excitación, felicidad, libertad.	Experimentaba violencia física, problemas familiares, gastritis, depresión, celos, arrestos, mal manejo del dinero.

En contraste, con el análisis funcional del no consumo se identifico lo siguiente:

PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	CONSECUENCIAS POSITIVAS
La paciente no consumía cuando esta en la escuela de lunes a miércoles o tiene que realizar algo de la escuela.	Cuando no consume piensa que se va a sentir mejor sin alcohol, experimentaba sudoración en las manos porque se le antojaba y no consumía.	NO CONSUMO Leer acerca de historia, los artículos de la	Tener el antojo, perder su relación emocional, perder sus amigos, no divertirse en las fiestas, sentirse deprimida.	Seguridad en si misma, , que las cosas le salgan mejor y sentir inteligente, rendir físicamente, no tener dolores de cabeza, dormir

Cuando no estaba con su novio y sus amigos de su novio.	Las emociones que experimentaba era de poca energía y ansiedad porque llegará el fin de semana	escuela o realizar un trabajo.		mejor, estabilidad emocional, no tener problemas legales, no gastar dinero, estar más fresca para resolver los problemas y entender la situación, que su mamá crea en ella.
---	--	--------------------------------	--	---

Una vez que el paciente identifica la cadena conductual involucrada en el acto de consumir, se motivo al paciente a generar alternativas con el objetivo de romperla:

Cadena habitual:

Pelea con su novio.- sentimientos de tristeza- deseos de sentirse bien- deseo de beber se olvida de todo y falta a la escuela y problemas con su mamá.

Cadena de cambio:

Pelea con su novio- sentimientos de tristeza- se pone a leer- se siente más relajada- piensa acerca de las cosas positivas que tiene en su vida y recuerda sus metas- decide hablar con su novio – logra no tener agresión.

Habilidades de Comunicación.

En componente de habilidades de comunicación se busco incrementar la posibilidad de que paciente alcance sus metas, por lo que fue necesario motivarlo a trabajar sobre sus conductas de comunicación habilitándolos para hablar de forma asertiva y positiva.

De acuerdo con el programa, se trabajo tres componentes principalmente: 1) Proporcionar una oración de entendimiento y empatía; 2) Compartir responsabilidad; y 3) Ofrecer ayuda. Una oración de empatía introduce la perspectiva de las emociones en la discusión. Una oración sobre compartir responsabilidad indica que el paciente esta aceptando una parte de la responsabilidad en el origen y solución de un problema específico. Una manera final de realzar una conversación es a través del ofrecimiento de ayuda. Estos componentes juntos envían un mensaje sobre un cambio deseado. El resultado es un decremento en la postura defensiva por parte de un individuo y una apertura a la comunicación.

Una vez que el paciente tuvo conocimiento de lo que eran las habilidades de comunicación se realiza un juego de roles para observar como es que el paciente aplicará dichas técnicas.

La situación en donde la paciente aplicó las habilidades de comunicación fue para dar fin a su relación emocional, el resultado que obtuvo fue la aceptación por parte de su novio del rompimiento y el expresar todo lo que sentía y pensaba en un ambiente de tranquilidad sin agresión física y verbal.

Muestra de No Consumo

La Muestra de No Consumo se trabajó bajo la premisa de que el terapeuta puede enganchar al paciente sin abrumarlo con reglas rígidas y expectativas débiles. Específicamente, la MA motivó al paciente a comprometerse a mantenerse abstinentes por un período de tiempo limitado y acordado. Dicho período se fue incrementando con el programa hasta alcanzar la abstinencia.

Además se buscó que el paciente aceptara de manera progresiva la idea de mantenerse abstinentes proporcionándole el tiempo suficiente para que se acostumbre a la idea de que tiene un problema con su forma de beber.

Al respecto la paciente estableció períodos de 30 días ya que contemplaba hacer un cambio poco a poco, los períodos son los siguientes:



9 DE JUNIO DEL 2005 A JULIO DEL 2005



En este período las situaciones que consideraba de riesgo fueron las emociones desagradables, emociones agradables y el control sobre el consumo de alcohol. Específicamente, el tiempo libre, estado emocional con respecto a su relación de pareja y una reunión con su familia.

Los planes de acción que contemplaba para dichas situaciones era rechazar el consumo, decir que estaba jurada y que no tomaba, recordar las consecuencias negativas que había tenido por consumo de alcohol.



19 DE AGOSTO DEL 2005 AL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2005



Las situaciones que consideraba de riesgo el paciente fueron una celebración con su familia y un viaje al interior de la república.

Los planes de acción que llevaría a cabo la paciente es no ir a la fiesta, asistir pero diciendo que ya no consumía, lo que ella eligió fue ir a la fiesta rechazar el consumo. Por otra parte, planeó viajar con personas que no consumieran, lo cual le iba a permitir recuperar amistades que había dejado a un lado por el consumo de alcohol.

Control de emociones

Las emociones son afectos intensos de corta duración, que surgen bruscamente cuando una persona vive o ha vivido una experiencia agradable o desagradable. Existen diferentes emociones como pueden ser el miedo, el enojo, la tristeza, la ansiedad, los celos, etc.

Las diversas emociones desempeñan una función muy importante en el ser humano ya que son necesarias para nuestra supervivencia. Por ejemplo, en el caso del enojo, este nos sirve para poder defendernos de algún ataque; la ansiedad nos sirve para evitar el peligro, la tristeza para solicitar ayuda a nuestra familia o amigos; los celos también son necesarios para asegurar la estabilidad de nuestra relación. Pero las emociones comienzan a causarnos problemas cuando las sentimos en una forma desmedida o desproporcionada a situación que estamos viviendo. Por ejemplo: cuando nos ponemos muy tristes y deprimidos solo por que perdimos un objeto material (la emoción es mayor a la situación), o cuando sentimos una rabia intensa solo porque creímos que alguien nos veía feo. En estos casos, es mejor aprender a controlar nuestras emociones para poder

tener una mejor relación con los demás y sentirnos más seguros de nosotros mismos.

La emoción que el paciente identifico como disparador de consumo fue la tristeza ya que la decisión que tomo es terminar con la relación de pareja que tenía, por lo que las alternativas que eligió llevar acabo para el manejo de dicha emoción fueron:



Realizar actividades personales como es el tocar el piano o bien asistir a danza tres veces a la semana.



Búsqueda de lo positivo, es decir sacó y observó que lo positivo de su situación era que estaba obteniendo un alto rendimiento en la escuela y se reflejaba en su promedio, además de que la interacción con su mamá estaba mejorando.



La última alternativa que la paciente llevo a cabo fue el hablar con su mejor amiga de lo que estaba sintiendo, lo cual le permitía recordar todos los avances que tenía en el tratamiento.



Anotaba lo que pensaba cada vez que recordaba su relación, el pensamiento recurrente era que no podía estar sin su novio, sin embargo, reflexionaba que había hecho muchas cosas sin estar presente él y por tanto, era la decisión correcta que había tomado y que a largo plazo lo observaría.

Solución de problemas

El objetivo principal del procedimiento de solución de problemas fue enseñarle al paciente las conductas necesarias para enfrentar situaciones difíciles de su ambiente sin regresar al uso de sustancias.

El paciente aprendió a ***solucionar los problemas a través de tres pasos:***

1. Identificar el problema
2. Generar alternativas
3. Evaluación de los resultados

Por medio de este componente, se enseñó al paciente a identificar todas sus dificultades, sin importar lo difíciles o simples que parezcan.

La paciente identificó como problema el no saber si continuar con relación o ponerle fin.

Las alternativas de solución fueron:

1 Hablar con su novio de todo lo que a ella le gustaba y no le gustaba de la relación y generar acuerdos que propiciaran beneficios a ambos. Las ventajas que le representaba dicha opción serían seguir obteniendo cariños, apoyo, compartir ideales. En contraste, las desventajas serían seguir con el consumo, la agresión, poco control de sus emociones, inestabilidad emocional.

2 Separarse poco a poco con su novio de tal forma que se terminara la relación. Las ventajas de esta alternativa serían que su rendimiento profesional incrementaría, retomar actividades que dejó de realizar, estar más saludable, poder viajar ya que tendría más dinero. Por otra parte las desventajas serían tristeza y soledad.

La opción que eligió fue la *dos* y el paciente explicó que le iba a propiciar mayores consecuencias negativas en su estado de ánimo sin embargo, con el tiempo iba a obtener mayores beneficios.

Habilidades sociales y recreativas

La sesión de habilidades sociales y recreativas tuvo por objetivo que el paciente aprendiera conductas para el establecimiento de actividades que compitieran con el uso de alcohol y/o drogas y que apoyaran su sobriedad.

Al momento de iniciar el tratamiento, los usuarios suelen reportar estar involucrados en la “cultura del beber”. Es decir, sus actividades recreativas y sociales se centran únicamente en el uso de sustancias.

Particularmente, el alcohol y/o drogas constituyen el requisito para mantener sus relaciones amistosas. Por lo tanto, es muy común que los pacientes pierdan ciertas amistades a partir del momento en que dejan de beber.



Al respecto la paciente identifico que entre las actividades que había dejado de hacer por el consumo fue la danza por lo que decidió ingresar a un grupo de danza africana, lo que le trajo beneficios en cuestión de su condición física ya que empezó a cuidar su alimentación y fue experimentado una baja de peso. Además de que convivir con personas que no consumían.

Prevención de Recaídas

Se enseñó al paciente a reconocer los signos iniciales de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla. Se realizó un ejercicio en donde el paciente identificó las posibles situaciones que se pudieran presentar después de que terminará el tratamiento.

Las situaciones de riesgo que la paciente consideraba que se podían presentar fueron las siguientes:

Las fiestas patrias
El plan de acción: rechazar el ofrecimiento de alguna bebida, realizar otras actividades durante la fiesta como platicar con alguien no consumiera, bailar.
Fiesta de una amiga
El plan de acción rechazar el consumo, pensar en las consecuencias negativas que había experimentado con el este.
Excursión
Tener claro el objetivo del viaje que era relajarse una vez que trabajara bien en la escuela, experimentar que se puede obtener placer realizando otras actividades.

Resultados del tratamiento

A continuación se presentarán los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación de la línea base, el tratamiento y los dos seguimientos.

Como se observar en la tabla 6 hubo un decremento en el puntaje en las ocho categorías del inventario de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol del paciente.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA				
SUBESCALAS	LINEA BASE	PROGRAMA	PRIMER SEGUIMIENTO	SEGUNDO SEGUIMIENTO
Emociones desagradables	120	33	33	33
Malestar físico	77	33	33	33
Emociones agradables	127	43	33	33
Probando el control	123	60	33	33
Necesidad y urgencia	83	33	33	33
Conflictos con otros	68	33	33	33
Presión social	113	33	33	33
Momentos agradables con otros	113	33	33	33

Tabla 6. Muestra los puntajes que se obtuvieron del inventario de situaciones de riesgo del consumo de alcohol en la línea base, el programa y los dos seguimientos

Por otra parte, en la tabla 7 se observa que en el porcentaje de confianza situacional tuvo un incremento en las ocho al final del Programa de Satisfactores Cotidianos.

Cuestionario de Confianza Situacional CCS				
SUBESCALAS	LINEA BASE	PROGRAMA	PRIMER SEGUIMIENTO	SEGUNDO SEGUIMIENTO
Emociones desagradables	40	90	100	100
Malestar físico	50	100	100	100
Emociones agradables	50	80	100	50
Probando el control	40	80	80	80
Necesidad y urgencia	40	90	100	100
Conflictos con otros	30	100	100	95

Presión social	30	90	100	95
Momentos agradables con otros	30	95	90	100

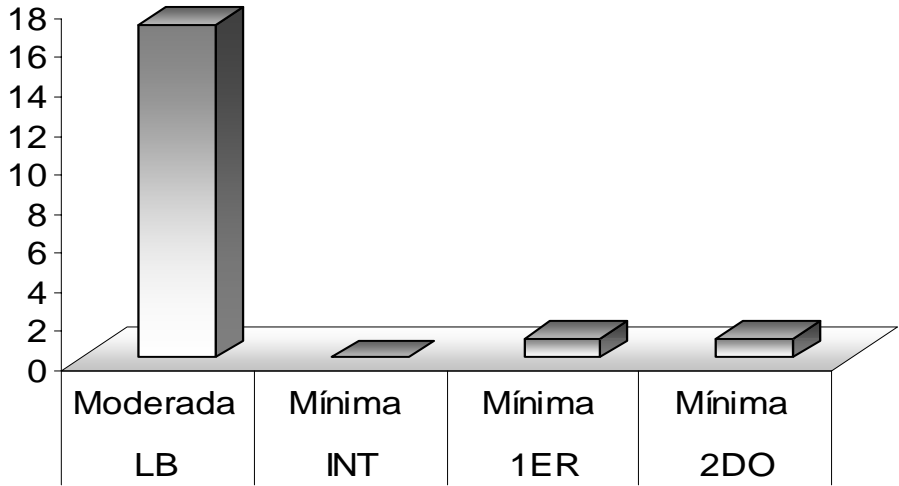
Tabla 7. Muestra los porcentajes de confianza para cada una de las situaciones

De la misma forma, la tabla 8 se observa un incremento en el nivel de satisfacción del paciente respecto a cada una de las áreas de la vida.

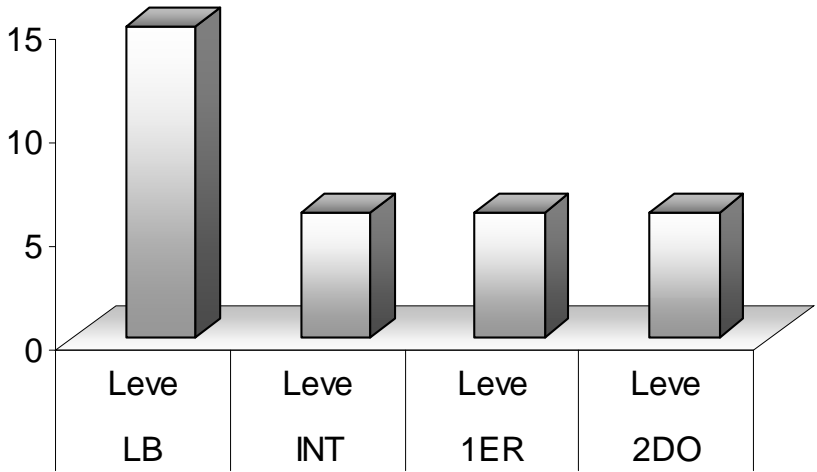
Escala de Satisfacción General				
AREAS	ANTES DEL TX	DESPUÉS DEL TX	PRIMER SEGUIMIENTO	SEGUNDO SEGUIMIENTO
Consumo	5	9	10	8
Progreso en la escuela	5	8	10	9
Manejo de dinero	4	8	10	8
Vida social / recreativa	4	9	9	10
Hábitos personales	6	8	9	9
Relaciones familiares	3	8	9	8
Situación legal	9	10	10	10
Vida emocional	1	7	9	7
Comunicación	3	8	9	8
Satisfacción general	5	9	10	8

Tabla 8. muestra los puntajes de satisfacción de las diferentes áreas.

De la misma forma, la gráfica 7 y la grafica 8 muestran que en el nivel de depresión y ansiedad se dio una disminución en los puntajes de dichos niveles una vez que el programa se llevo a cabo.

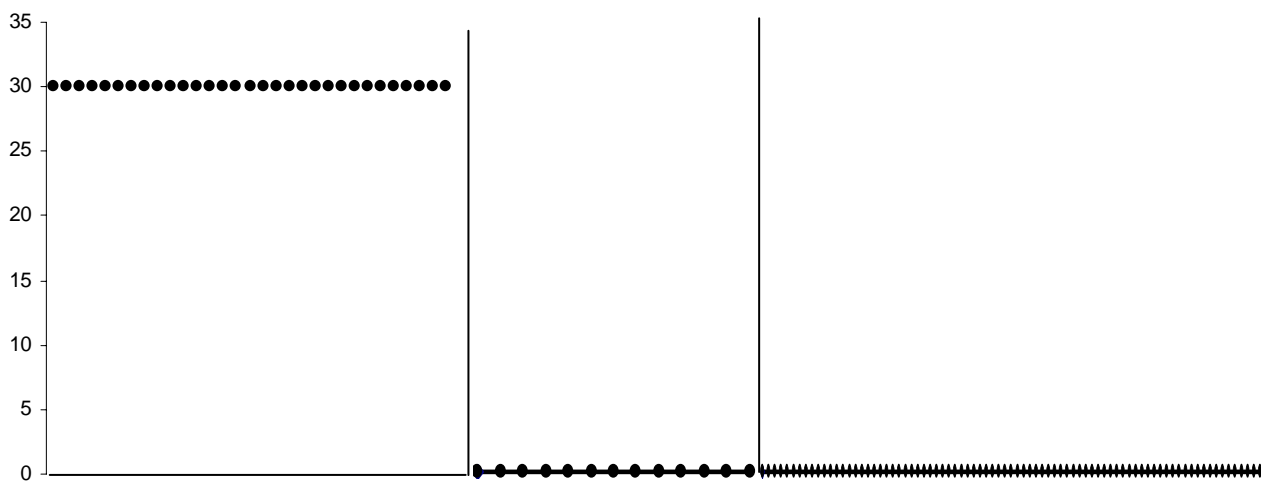


Grafica 7. Muestra el nivel de depresión en la línea base, después del programa, en el seguimiento 1 y en el seguimiento 2 .



Grafica 8. Muestra el nivel de ansiedad en la línea base, después del programa, en el seguimiento 1 y en el seguimiento 2 .

En la gráfica 9 se observa un decremento en consumo de alcohol. Como se muestra en la línea base el consumo promedio era 30 copas por ocasión, de jueves a domingo. En contraste, cuando se aplica la intervención se observa un decremento del 100% en el consumo de alcohol. De la misma forma en la fase de seguimiento se observa que se mantiene el cambio del patrón de consumo.



Grafica 9. Número de copas por ocasión en la de línea base, durante el programa, en el seguimiento 1 y en el seguimiento 2.

Seguimiento

Una vez terminado el tratamiento se realizaron dos contactos telefónicos con la paciente al mes y a los tres meses para concertar una cita y llevar a cabo la fase de seguimiento, la cual implicaba la aplicación de los instrumentos nuevamente. La paciente refirió que formó un nuevo grupo de amigos, que se dedicaba a la escuela en donde su rendimiento incrementó que se refleja en su promedio, comentó que en su tiempo libre practicaba danza, su estado de salud

había mejorado y estaba gustosa porque todas las actividades que realizaba habían provocado una pérdida de peso. La relación con su mamá había mejorado enormemente y finalmente llevaba una relación de amistad con su expareja.

La paciente manifestó que los procedimientos que había utilizado eran la identificación de sus logros respecto a su consumo, cambiar pensamientos negativos, planear actividades, rechazar el ofrecimiento, cumplir metas para obtener logros, evitar el acceso a la sustancia y anticiparse a situaciones de riesgo, es decir, realizar o planear actividades en eventos para no consumir.

BIBLIOGRAFÍA

- Annis, H. (1996). Strutured Relapse Prevention. An Outpatient Couselling Approach. Addiction Research Foundation.
- Barlow, (1988). Diseño Experimentales de caso único. España. Ed. Martínez Roca.
- Barragán, L. (2005). Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barry, K. L. (1999). Brief Intervention in Substance Abuse Treatment. In Brief Interventions and Brief Thaerpies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. CSAT. P. 13-36.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España. Ed. Gedisa.
- Becoña, I. (2000). Psicología de la Salud. México. Plaza y Valdés Editores.
- Fuentes, G.(1989). Conocimientos y formación del adolescente. México. Ed. Continental.
- Latorre, M. (1984). Psicología de la Salud. México. Ed. Lume.
- Lazarus, R (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. México. Ed. Roca.
- Lira, J. (2002).Desarrollo Evaluación de un Programa de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la Prevención de Comportamiento Adicto en Comunidades Urbanas y Rurales. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Mahoney, M. (1988). Cognición y Psicoterapia. Ed. Paidós. España, Barcelona.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral Health. A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. A Wiley-Interscience publication John Wiley and Sons.
- Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. México. Ed. Paidós.
- Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, (2003). Secretaría de salud. Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Offord, D. (2000). Selection of Levels of Prevention. In Addictive Behaviors. Vol. 25. No. 6, pp. 833-842.
- Pentz, M. (1999). Prevention Aimed at Individuals: An Integrative Transactional Perspective. In Addictions a Comprehensive Guidebook. Edited by Barbara Mc Crady.
- San Martín, H. (1981). Salud y Enfermedad. México. Ed. Prensa Médica Mexicana.
- Secretaría de programación y presupuesto. (1985). Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México. INEGI.
- SSA (1984). Cuadernos Técnicos de planeación. Vol.1. num.6. México.