



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**REPORTE DE UN CASO TÍPICO DE BEBEDOR PROBLEMA ATENDIDO CON
EL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE
PARA BEBEDORES PROBLEMA**

PALABRAS CLAVES: ALCOHOL, BEBEDOR PROBLEMA, INTERVENCIÓN BREVE
DETECCIÓN TEMPRANA Y AUTO-CONTROL DIRIGIDO.

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

EDUARDO CUEVAS AGUIRRE

DIRECTOR: DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES.

COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA.

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

DR. BENITO ANTON PALMA

MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

DRA. MA. ELENA CASTRO SARIÑANA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

INTRODUCCIÓN. -----	1
I. Implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para la descripción del fenómeno adictivo. -----	6
II. Desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que se presente el fenómeno adictivo. -----	11
III. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas. -----	19
IV. Aplicación de programas de intervención para rehabilitar personas adictas. -----	25
V. Sensibilización y capacitación a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. -----	29
VI. Implementación proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones. -----	33
VII. Reporte de caso. -----	40
VIII. Conclusiones. -----	70
IX. Referencias. -----	73
X. Anexos. -----	81

INTRODUCCIÓN.

En nuestro país como en el resto del mundo, las adicciones constituyen un problema de salud pública, la Secretaría de Salud (SSA) ha jerarquizado como problemas principales: el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilícitas. Considera que el consumo de tabaco está aumentando en la población con su secuela de impacto negativo en la salud de los mexicanos, considerándosele responsable del 11% de las defunciones totales. Así mismo, entre 1988 y 1998 la cifra de mujeres que fuman se incrementó, pasando la razón de hombres a mujeres que fuman de 4:1 a 2:1 manteniéndose hasta la fecha; en el 2002 se observó que la edad de inicio del consumo de tabaco ha disminuido paulatinamente, siendo la prevalencia del tabaquismo en adolescentes más alta en las zonas urbanas que en las rurales y mayor en los hombres que en las mujeres, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002); (OMS/OPS, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el caso del consumo de tabaco señala que hay casi 1,100 millones de fumadores en el mundo. Del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias. En México, se registran 147 muertes cada día a causa del tabaquismo y numerosos casos de enfermedades asociadas, las cuales podrían prevenirse, por lo que se han desarrollado diferentes estrategias para solucionar dicho problema de salud, como son: programas relacionados con los impuestos, programas publicitarios, programas educativos dirigidos a la población en general y programas para ayudar a los fumadores a dejar esta adicción. En relación a esta última estrategia podemos encontrar diversos programas, desde recomendaciones realizadas por médicos y/o familiares con duración de 15 minutos hasta programas multidisciplinarios de 15 sesiones ó más, donde participan acondicionadores físicos, médicos, nutriólogos, neumólogos y psicólogos (Kuri, 2002; Rubio, 2001; ENA, 2002; OMS/OPS, 2006).

Con respecto al alcohol, éste se asocia a los accidentes, a las lesiones por violencia, los homicidios, los suicidios y a la cirrosis, por lo que está presente

en dos de las cinco primeras causas de mortalidad. Se estima que el número de personas que padecen de alcoholismo ha aumentado y que la edad de inicio en el consumo y de abuso del alcohol ha disminuido. A lo anterior se debe sumar un importante consumo clandestino que puede hasta duplicar el per cápita identificado y el cual trae consigo causas severas a la salud, aumentando la mortalidad por consumo de alcohol adulterado (ENA, 2002; INEGI-INMUJERES-UNIFEM, 2003; OMS/OPS, 2006).

La evidencia resultante de diversos estudios clínicos y encuestas en población general sugiere que los problemas por el consumo de esta sustancia, se explican por las características particulares del patrón de consumo; éste se presenta en forma episódica (no diaria) con grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo (abuso de bebidas alcohólicas). En las últimas décadas, se ha observado un crecimiento importante del consumo entre la población femenina, masculina y adolescentes, lo cual representa un problema de salud pública, ya que este incremento a su vez aumenta los daños a la salud y la mortalidad prematura. Se ha estimado que el abuso del alcohol (bebedores con un patrón mensual o semanal con altas cantidades de consumo), por sí solo representa el nueve por ciento del peso total de la enfermedad (años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad o AVISAs), en México, afectando al 40% de la población urbana entre 18 y 65 años; mientras que el alcoholismo (dependencia al alcohol) sólo afecta al 10% de ésta. También se ha observado en los últimos años un aumento de las lesiones intencionales y la violencia intrafamiliar asociada al consumo de sustancias principalmente por alcohol, heroína, cocaína o solventes (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño, y Villatoro, 1991; Frenk, Lozano y González-Block, 1994; ENA, 2002; INEGI INMUJERES UNIFEM, 2003; OMS/OPS, 2006).

Por lo anterior surge la necesidad de instrumentar medidas de promoción de la salud que incluyan acciones orientadas a modificar la cultura de la embriaguez, para introducir prácticas de consumo de bajo riesgo en la población general y promover actitudes de respeto a la decisión de no consumir por parte de aquellas personas que tienen problemas en el manejo del consumo de alcohol, que están enfermas o que han decidido no consumir bebidas con alcohol. Así

como incrementar los programas de tratamiento para la población con problemas en su consumo de alcohol (Velasco y Solís, 2001).

El uso de drogas alguna vez en la vida identificado en personas entre 12 y 65 años en 2002 era del 5% de la población mexicana, mientras que el consumo en el último año alcanzó el 1,3%, siendo la relación hombre a mujer de 4:1 con respecto al consumo de drogas ilícitas (como es el caso de la marihuana, cocaína, inhalables o disolventes volátiles, alucinógenos y la heroína). Lo cual señala un incremento en su consumo, principalmente en la zona noroccidental de nuestro país, una reducción en la edad de inicio (8 a 10 años) y prevaleciendo la marihuana como la droga de mayor consumo, seguida por la cocaína y los inhalables. A pesar de que el consumo de alguna de estas drogas ha incrementado aun es bajo (0.4% de la población), en comparación con el alcohol y tabaco, pero no deja de ser un problema de salud pública, ya que se ven afectadas las personas que las consumen en sus diversas áreas: física, mental, emocional, social, laboral, familiar y económica. Por lo que la adicción a este tipo de sustancias es de suma importancia y preocupación para la sociedad, principalmente por sus efectos en la juventud y porque afecta de manera sensible al consumidor y a la sociedad en su conjunto. (ENA, 2002; OMS/OPS, 2006).

De aquí la importancia de establecer acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para esta población, por lo que se han implementado programas en estos tres niveles de atención encaminados a la reducción de personas experimentadoras (las que sólo consumen por probar la sustancia), atención temprana de personas con abuso de sustancia, desarrollo de programas fomentando estilos de vida saludables, así como la aplicación de tratamientos encaminados a la rehabilitación de aquellas personas que ya presentan una dependencia a la droga (Tovilla, 2001).

Por lo anterior, es de suma importancia contar con profesionistas especializados en el área de las adicciones para el desarrollo e implementación de dichos programas, así como de contar con los espacios académicos para la formación de estos profesionales. Para satisfacer esta necesidad social, el programa de maestría y doctorado en psicología de la Universidad Nacional

Autónoma de México (UNAM) cuenta con una residencia en psicología de las adicciones. En dicha residencia se prepara a los profesionales de la salud desde una perspectiva cognitivo conductual en la aplicación de las técnicas de intervención breve, para enfrentar el problema adictivo. De tal forma que los alumnos del programa de residencia en psicología de las adicciones, puedan desarrollar las competencias, actitudes, estrategias y conocimientos para la comprensión cabal e intervención eficiente de las conductas adictivas.

El presente reporte consta de ocho capítulos en los cuales se abordan las diferentes competencias profesionales que permiten obtener al maestro en adicciones un perfil acorde con las necesidades que la sociedad requiere para la atención de las conductas adictivas, dichas competencias se presentan en los primeros seis apartados que son:

- I. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para la descripción y análisis del comportamiento del fenómeno adictivo.
- II. Desarrollar programas de prevención en sus diferentes niveles (universal, selectiva e indicada) para impedir que el problema se presente o aumente.
- III. Desarrollar e implementar programas de detección temprana e intervención breve para la reducción de los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas.
- IV. Desarrollar y aplicar programas de intervención enfocadas a la rehabilitación de personas adictas alguna sustancia.
- V. Capacitar y sensibilizar a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención en sus tres niveles (primaria, secundaria y terciaria).
- VI. Realizar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso, enfocados a brindar más y mejores opciones para la prevención, tratamiento, detección temprana, investigación, docencia y supervisión en el área de las adicciones.

Por último, se presenta el reporte de un caso clínico típico, el cual ejemplifica las funciones profesionales del maestro en psicología de las adicciones que se encuentran inscritas en el ámbito de las actividades de evaluación,

intervención, asesoría, investigación, docencia y de supervisión a otros profesionistas de la salud. Así como un apartado de las conclusiones a las que se llegaron con la experiencia profesional dentro de la maestría y uno de anexos en el cual se colocan los trabajos más relevantes elaborados durante el curso de la maestría.

I. Implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para la descripción del fenómeno adictivo.

El objetivo de este capítulo es presentar un resumen de los conceptos básicos, las actividades y sobre todo las habilidades obtenidas durante la maestría dentro del campo de la epidemiología.

Podemos definir a la epidemiología, como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones, la cual permite evaluar la magnitud del problema, caracterizar a la población involucrada e identificar las posibles causas del trastorno bajo estudio (Medina-Mora, 1994).

La epidemiología en el campo de las adicciones, nos permite establecer el diagnóstico de la situación de salud (morbilidad, mortalidad y grupos de mayor riesgo); evaluar el efecto, beneficios y aplicabilidad en diferentes contextos de ciertas medidas terapéuticas y detectar efectos colaterales; estudiar las causas de la enfermedad (factores de riesgo); completar el cuadro clínico, analizar la historia natural y social de la enfermedad; y por último, evaluar los programas de prevención y tratamiento. Es decir, la epidemiología permite conocer la dimensión social de las adicciones, el grado de penetración que han alcanzado en la sociedad y los daños que ocasionan en la salud y en la sociedad (Medina-Mora, 1994; Echeverría, 2002).

Desde el punto de vista epidemiológico (agente, huésped y medio ambiente), el abuso de sustancias psicoactivas se ve como una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de personas enfermas a individuos susceptibles y en la que juega un papel importante los fármacos. En otras palabras, las drogas o fármacos son considerados como el agente de infección y el vector y receptor es el usuario. Sus principales parámetros son la incidencia (casos nuevos) y la prevalencia (casos existentes), las cuales ayudan a conocer que tan rápido crece el fenómeno y que tan afectado se encuentra éste (Medina-Mora, 1994).

De esta forma el uso y abuso de drogas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social, las cuales se ven incrementadas en ciertos grupos

vulnerables (niños y adolescentes), por lo que es necesario tener un diagnóstico actualizado de la situación para enfrentar el problema eficazmente. Dada la diversidad y complejidad del fenómeno, se requiere de diversos acercamientos epidemiológicos que puedan documentar, con diferentes fuentes de información, un panorama real de la magnitud, las tendencias del consumo, el perfil de los usuarios y la introducción de nuevas drogas, así como su injerencia en la morbilidad, mortalidad y delincuencia, lo cual permita la formulación de políticas y la toma de decisiones en materia de prevención y tratamiento (Tovilla, 2001).

El estudio sistemático de las adicciones se inició en la década de los setentas con la aplicación de las primeras encuestas en hogares y estudios en la población estudiantil (Villatoro y Medina-Mora, 2002).

En nuestro país, actualmente se cuenta con sistemas de información y vigilancia específicos para el estudio epidemiológico de las adicciones como es el caso de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) y el registro de población atendida en Centros de Integración Juvenil (CIJ), así como de las instituciones de salud. Dichos sistemas recopilan la información a nivel local y nacional, permitiendo conocer de manera segura la incidencia y prevalencia del fenómeno adictivo, lo cual conlleva al desarrollo de nuevas y mejores estrategias encaminadas a la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Por otra parte, también se conoce la magnitud y las tendencias del uso, abuso y dependencia de las diferentes drogas lícitas o ilícitas, lo que ha permitido establecer que en nuestro país el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática principal, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, anfetaminas, heroína). Cabe mencionar que desde el 2001 se cuenta con un Observatorio Epidemiológico en drogas con el objetivo de poner al alcance de los responsables del diseño de las políticas de salud, de los prestadores de servicios, de la comunidad académica y de otras personas interesadas, la información disponible en el país en materia de adicciones (CONADIC-SSA, 2002).

Dentro de este gran sistema de vigilancia, la Encuesta Nacional de Adicciones permitió construir un panorama epidemiológico bastante completo, proporciona los datos epidemiológicos a nivel nacional del consumo de sustancias legales e ilegales, así como su prevalencia en la población general entre 12 y 65 años que habitan en regiones urbanas, la cual es subdividida en adolescentes (de 12 a 17 años) y adultos (de 18 a 65 años) y separada por región (Norte, Centro o Sur). Por otra parte, los datos recolectados son agrupados de acuerdo al tipo de sustancia que se consume, formando tres grandes grupos: tabaco, alcohol y otras drogas (cocaína, marihuana, inhalables, medicamentos, estimulantes y depresores). De esta forma permite identificar cambios en patrones de consumo, grupos de riesgo, aparición de nuevas sustancias y otros factores asociados al consumo de sustancias, permitiendo un diagnóstico detallado sobre el problema de las adicciones.

En nuestro país el consumo de alcohol y otras drogas representa uno de los principales problemas de salud, ya que en la actualidad representa un alto costo para el país, por su contribución en mortalidad prematura por los daños físicos a la salud y como resultado de accidentes y violencia, que en muchos casos pueden ser prevenibles con la oportuna detección y tratamiento. Por lo que los estudios epidemiológicos y psicosociales de las adicciones son de suma importancia para la evaluación, descripción, estudio y análisis del fenómeno, lo cual nos permite la elaboración de programas de prevención, tratamiento y control para las adicciones, así como el establecimiento de políticas de salud para el bienestar del individuo y la sociedad.

Adquisición de habilidades y destrezas.

Durante el curso de la maestría en psicología con residencia en adicciones se realizan varias actividades relacionadas con el estudio, análisis y elaboración de programas de corte epidemiológico, con las cuales se adquieren los conocimientos y las habilidades profesionales requeridas por la sociedad para el abordaje del fenómeno adictivo.

Una de estas actividades fue la actualización de la base de datos del programa de auto cambio dirigido para el consumo de alcohol en el centro de atención

psicológica Acasulco durante el año de 2004, la cual me permitió conocer las características de la población que solicita tratamiento y la efectividad de la intervención, así como la incidencia y prevalencia en este centro de atención.

Otra actividad fue la de construir y desarrollar un cuestionario sobre “Los factores de mantenimiento de la conducta de fumar tabaco (creencias, actitudes y situaciones)” en la población adulta del Distrito Federal. El cual tuvo como objetivo: conocer las creencias, actitudes y situaciones que mantienen la conducta de fumar; y de esta forma poder implementar estrategias adecuadas de tratamiento, con la finalidad de lograr la abstinencia y reducir la probabilidad de recaída. El cuestionario se logró realizar mediante el conocer y entender qué es medir, cuál es su utilidad y cuáles son los pasos para obtener una medición objetiva que conste de consistencia, confiabilidad y validez. Los pasos que se llevaron a cabo para la conformación del cuestionario fueron: elaboración de reactivos, realización del piloteo, purificación y reconfirmación de los reactivos, aplicación a la muestra objetivo y el análisis estadístico de los reactivos.

El poder crear y desarrollar un instrumento de medición, encamina al profesionalista en psicología de las adicciones, a explorar de manera objetiva las diferentes poblaciones relacionadas con el consumo de sustancias adictivas, así como las posibles causas y consecuencias que se relacionan con el fenómeno en sus diferentes áreas (individual y social). Además, permite conocer de manera clara y objetiva las variables de interés que se encuentran relacionadas con el fenómeno de estudio, las cuales se encuentran sustentadas por un marco teórico y una metodología previa. La construcción de instrumentos de medición permite presentar, de forma objetiva, el comportamiento de la problemática, ya sea en un grupo específico (jóvenes, adultos, trabajadores, etc.), a nivel individual o bien de toda la población. De igual manera, los programas de intervención pueden ser evaluados y mejorados a partir de los resultados obtenidos por el análisis de los datos de los instrumentos de medición.

La participación en esta residencia y en estas actividades me permitió:

- Identificar los agentes relacionados con el consumo de sustancias adictivas.
- Establecer los factores que determinan el inicio, mantenimiento y cese del consumo de sustancias adictivas.
- Analizar los eventos y situaciones que están relacionados con el consumo de sustancias en las diferentes poblaciones a nivel nacional.
- Establecer la tendencia del consumo de sustancias en la sociedad.
- Crear y desarrollar instrumentos de medición, con los cuales se pueda conocer y evaluar la problemática de interés.
- Detectar los cambios en el consumo de drogas en la población y la repercusión de éstos en el individuo y la sociedad.

Por último, se puede concluir que el conocer y desarrollar estudios de tipo epidemiológico y/o psicosocial permite el desarrollo y modificación de programas preventivos o de intervención en el área de las adicciones. Además, el tener los datos que reflejan la tendencia del fenómeno adictivo en nuestro país así como de otros países, genera la creación de políticas públicas tanto nacionales como internacionales para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. El programa de residencia en psicología de las adicciones, cuenta con los elementos necesarios que permiten al profesional de la salud, obtener los conocimientos y habilidades para el desarrollo e implementación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial, con lo cual se generan las herramientas necesarias para poder enfrentar el problema de las conductas adictivas en nuestra sociedad.

II. Desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que se presente el fenómeno adictivo.

El objetivo de este capítulo es presentar un resumen de los conceptos básicos, las actividades y sobre todo las destrezas obtenidas durante la maestría en lo concerniente al área de la prevención en sus diferentes niveles.

Para ello, entenderemos a la prevención como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias (NOM-028-SSA2-1999).

De esta forma las acciones de los programas preventivos deberán ser enfocadas a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso adictivo y de los daños asociados a éste, de igual forma deben encaminarse a la reducción de la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección y el desarrollo de resiliencia, en los diferentes niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

Dichos niveles componen la acción integral de la prevención, los cuales son articulados y simultáneos (Caplan, 1985). Así tenemos que:

La *Prevención Primaria*: implica la participación de la comunidad bajo la organización de "Agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que constituyen la enfermedad.

La *Prevención Secundaria*: Es una manera especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia que incluye el número de casos, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Tiene como objetivo evitar la cronicidad y la aparición de secuelas.

La *Prevención Terciaria (Rehabilitación)*: procura reducir el funcionamiento defectuoso (secuela) y el daño, recobrando la posibilidad de reintegración del individuo.

En la actualidad, la conceptualización de los tipos de intervención preventiva se alejan de clasificarlos como primaria, secundaria y terciaria, hacia un sistema de clasificación que se centra en el riesgo del individuo para desarrollar un problema en particular y el costo de la intervención, por lo que se propone una nueva clasificación para estas intervenciones preventivas: la prevención universal, la selectiva y la indicada (Gordon, 1987).

Las intervenciones preventivas universales, están dirigidas a todos los residentes de un área geográfica o comunidad que no han sido identificados como en riesgo o con propensión a presentar un desorden, aun cuando el escenario pueda ser de alto riesgo. Existen dos ventajas en particular de las intervenciones universales, una de ellas, es que evita la utilización de etiquetas y estigmatización de los receptores de los programas, ya que se ofrece a la población en general y por otro lado, que pueden ser dirigidas para reducir el impacto de factores de riesgo comunitarios, lo que favorece estrategias de movilización y empoderamiento comunitario (Offord, 2000).

En las intervenciones preventivas selectivas, los receptores de los programas son seleccionados para la intervención con base a su identificación como de alto riesgo. Los individuos son identificados como de alto riesgo ya sea por las características que éstos presenten o porque pertenecen a un grupo de alto riesgo. Las ventajas de las intervenciones preventivas selectivas incluyen la posibilidad de enfrentar la problemática de manera temprana, antes de que se convierta en severa y resistente, así como de estar acompañada por diversos problemas sociales, económicos y médicos. Por otro lado, estas intervenciones tienen el potencial de ser efectivas, ya que los recursos disponibles se pueden dirigir exclusivamente a los grupos en riesgo. Ambas ventajas descansan en la habilidad en identificar los grupos de alto riesgo con exactitud (Offord, 2000).

Con respecto a las intervenciones preventivas indicadas, los programas están diseñados para personas que ya están experimentando el desorden o exhibiendo otro tipo de comportamientos riesgosos. Este tipo de intervenciones constituyen en general, tratamientos dirigidos a detener la progresión del desorden o a reducir el daño que este trae consigo (Marlatt y cols. 1998).

En nuestro país se cuenta con un número reducido (diez) de modelos preventivos, cuyos métodos, procedimientos y técnicas permiten la evaluación de su efectividad en cada uno de los niveles preventivos. Entre ellos podemos mencionar: “Modelo preventivo construye tu vida sin adicciones” de la dirección general técnica en adicciones y salud mental del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), “Modelo de prevención de Centros de Integración Juvenil” desarrollado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), “Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo” del Instituto Nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”, “Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias CHIMALLI-DIF” del sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, “Programa de educación preventiva contra las adicciones” de la subsecretaría de servicios educativos para el Distrito Federal, Secretaría de Educación Pública (SEP), “Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4°, 5° y 6° grados de primaria. Yo quiero, yo puedo” del Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (IMIFAP), “Modelo comunitario de integración psicosocial” de la fundación ama la vida IAP, “Modelo de educación para la vida y el trabajo, aguas con las adicciones” del Instituto de educación de los adultos, “Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI” del Instituto de educación preventiva y atención de riesgos A. C., “Modelo de intervención social profesionalizada” del sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y “Modelo preventivo ECO2” del centro Caritas, A. C. (CONADIC-SSA, 2003).

Dicho modelos se ven superados por el creciente aumento del fenómeno adictivo, por lo que es necesario la elaboración y desarrollo de nuevos programas preventivos, así como el crear estrategias efectivas de evaluación para los ya existentes y poder contar con un sistema de prevención adecuado para las necesidades de la sociedad.

Durante el curso de la maestría en psicología con residencia en psicología de las adicciones se realizaron varias actividades relacionadas con programas y modelos preventivos, las cuales permitieron obtener los conocimientos y habilidades necesarias para en un futuro desarrollar, implementar y evaluar

programas de prevención en sus diferentes dimensiones (universal, selectiva e indicada).

Para el profesionalista con especialidad en adicciones, es importante contar con los escenarios involucrados en el desarrollo y aplicación de programas preventivos, así como tener las facilidades de poder participar en ellos. Durante la residencia, se pudo asistir al Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud, de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, en donde se desarrollaba el proyecto: “Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo”, el cual fue adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de un amplio programa de investigaciones, y que posteriormente fue extendido a la comunidad (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Natera, Tiburcio y Vélez, 2003; Medina-Mora, Carreño, De la Fuente, 1998; Natera y Tiburcio, 1998).

Dicho proyecto tiene como antecedentes la investigación realizada en el programa: “Modelo de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familiares”, financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” (Medina-Mora y cols., 1998).

Entre los objetivos de este modelo se encuentran:

- 1) Establecer una infraestructura que integre tres componentes, la empresa, el trabajador (que puede ser a través de su sindicato) y el departamento de recursos humanos, para que sean capaces de desarrollar programas efectivos para la prevención de los problemas asociados al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además que puedan conjuntar los recursos de la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo; y

- 2) Desarrollar, poner en marcha y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad.

El modelo consta de nueve etapas para la introducción e implantación dentro de las empresas, con la finalidad de asegurar su utilidad, continuidad y permanencia, éstas se describen a continuación:

1. Formar un comité con la participación de todos los sectores.
2. Establecer una política laboral en torno al consumo.
3. Desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario.
4. Diseñar estrategias de intervención para trabajadores.
5. Identificar y manejar los problemas.
6. Entrenar a supervisores y personal de salud.
7. Establecer un programa de referencia a tratamiento.
8. Dar seguimiento a las acciones del programa.
9. Realizar la extensión de los programas a la familia y la comunidad.

De manera particular se participó en la fase II: "Implementación del programa de intervención" durante el curso de la residencia, en la cual, se determinaron los niveles de consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como los factores organizacionales y personales que se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas y que se asocia con la presentación de problemas laborales. A partir de esta información, se establecieron los indicadores significativos en este sector de la población, para ser incluidos en el programa de intervención breve implementada en apoyo al trabajador y la empresa, cuyo objetivo fue de identificar un problema de alcohol real y motivar al trabajador a que haga algo al respecto. Asimismo, se efectuó la evaluación de dicho programa bajo tres condiciones:

1. Exposición a carteles y folletos con contenidos de sensibilización que tienen como objetivo la disminución de su consumo.
2. Exposición a carteles, folletos (con contenidos de sensibilización) y una intervención breve con apoyo del manual: "Uso responsable de bebidas alcohólicas".

3. Aplicación de un consejo sencillo.

Con esta evaluación se pretende saber si la intervención breve en sí misma representa una alternativa viable en las empresas, además de proporcionar elementos que le permitan a las empresas trabajar por la cultura de la prevención en términos del costo-beneficio.

Los resultados obtenidos proporcionarán información sobre la magnitud del problema del consumo de sustancias en escenarios laborales, así como establecer qué características de los ámbitos laborales pueden estar propiciando el consumo de sustancias y la relación entre este consumo con los problemas en el ámbito laboral. Así como, introducir en las empresas un cambio hacia una cultura de la prevención e intervención temprana que represente una alternativa para lograr beneficios como: ambientes de trabajo que apoyen la salud mental y física de los trabajadores, mejorar el desempeño del trabajador y en general el clima organizacional. Disminuir consecuencias negativas en la empresa como: ausentismo, accidentes, problemas de comunicación y pertenencia, entre otras. Todo esto tiene beneficios para los trabajadores, las empresas y sobre todo para toda la sociedad.

El programa “Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo” se basa en la metáfora del semáforo, en el que se utiliza la luz verde para indicar un nivel de consumo de alcohol sin riesgos (no beber alcohol o beber moderadamente), luz ámbar o amarilla para indicar alerta debido a que el individuo está consumiendo en riesgo (se requiere de apoyo a fin volver a la zona verde) y luz roja para indicar la necesidad de intervención (el empleado tiene problemas y requiere de cuidado continuo a fin de reintegrarle a la vida productiva). Para lo anterior se proporciona a los trabajadores un cuestionario que les permite identificarse en el nivel de riesgo, además de proporcionarles un manual que pretende promover la moderación en el consumo de alcohol a través de enseñar al trabajador a contar el alcohol que consume, a identificar las tentaciones para el consumo excesivo y a desarrollar estrategias para resistir estas tentaciones. Otro componente del programa, es la capacitación de supervisores y personal de salud en la detección y manejo de trabajadores en riesgo o con problemas de consumo, y

en estrategias para la oportuna canalización a tratamiento de los trabajadores con dependencia moderada-severa. Por último, se pretende dar seguimiento de las acciones del programa, mediante la evaluación del proceso, resultados e impacto, de manera que en caso necesario, se modifiquen o intensifiquen las acciones.

Adquisición de habilidades y destrezas.

El desarrollo de programas preventivos de cualquier tipo (universal, selectivos o indicados) es necesario en el ámbito de las adicciones y deben contar con un sustento teórico, investigaciones y conocer su instrumentación en la práctica, así como el contar con un sistema de evaluación para dichos programas (Llanes, 2003).

Es de suma importancia el poder implementar y crear sistemas de evaluación para los programas preventivos; en la actualidad se cuenta con un modelo de evaluación conocido como “La pirámide de la eficacia”, la cual es una guía sencilla para valorar el impacto de la práctica preventiva, se compone de cinco niveles: el primer nivel corresponde a la evidencia anecdótica, testimonios por parte de personas que han participado en el plan de acción y que dan cuenta de la influencia de la percepción; en el segundo nivel se encuentran los reportes por escrito de la experiencia, hechos públicos en congresos, memorias, revistas de divulgación, etcétera; el tercer nivel es una intervención evaluada, con mediciones antes y después de la intervención, y publicada en revistas científicas; el cuarto nivel son las evaluaciones con grupos y/o comunidades intervenidas y no intervenidas con seguimiento y meta-análisis, es decir, evaluar las evaluaciones; y el quinto nivel se refiere a tener un amplio nivel de réplica, estrategias de transferencia tecnológica de intervenciones probadas con métodos científicos (Castro, Llanes y Margain, 2003).

La participación en el proyecto “Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo”, así como en el curso de “Prevención en adicciones” me permitió desarrollar las siguientes habilidades:

- Determinar los factores organizacionales y personales relacionados con el consumo de alcohol y la asociación con los problemas laborales.

- Implementar y evaluar un programa de intervención breve bajo tres condiciones (1ª. Exposición a carteles y folletos con contenidos de sensibilización y fomentando la disminución de su consumo; 2ª. Exposición a carteles, folletos e intervención breve y 3ª. Aplicación de un consejo sencillo).
- Determinar los problemas laborales que se derivan del consumo de sustancias.
- Desarrollar, implementar y evaluar un programa preventivo del uso de sustancias adictivas en los centros de trabajo.

Se puede concluir que es de suma importancia contar con programas preventivos para las adicciones en sus tres dimensiones (universal, selectiva o indicada), ya que permiten la reducción y control del fenómeno. Además, es necesario que dichos programas cuenten con un proceso de evaluación científica (como “La pirámide de la eficacia”), con el fin de monitorear su efectividad y conjuntamente con los estudios epidemiológicos, estos programas pueden ser mejorados o bien desarrollar nuevos.

Por último, como profesional especializado en las adicciones, es primordial conocer las bases teóricas de los diferentes modelos preventivos para posteriormente poder desarrollar los programas preventivos, los cuales se pueden adaptar a las necesidades de las diferentes instituciones de salud, privadas o públicas, así como de la sociedad, ya que no solo se pueden aplicar al fenómeno de las adicciones sino a toda conducta que implique un riesgo para el individuo y la sociedad.

III. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

Los problemas relacionados con el abuso del alcohol son de creciente importancia en nuestro país y generalmente están asociados con una serie de consecuencias a nivel social, médico y económico.

El concepto de problema relacionado con el alcohol viene definido por la OMS como "Dificultad para realizar una o más actividades que, de acuerdo con la edad del sujeto, el sexo y el papel social normativo, son comúnmente consideradas como esenciales, componentes básicos de la vida diaria, tales como el cuidado de sí mismo, las relaciones sociales y la actividad económica" (Díez-Manrique, García-Barredo, García, Peña y Vázquez, 1993, p. 44).

Además, es muy frecuente, entre las personas que presentan problemas derivados del consumo excesivo de alcohol o que constituyen una población de riesgo, que sólo un bajo porcentaje acuden a un servicio de atención solicitando ayuda. Por lo que, una solución a estas dificultades es la intervención en atención primaria; así se han desarrollado en los últimos años diversos modelos de intervención breve (Cooney, Zweben y Fleming 1995; Heather, 1995).

Desde el marco de la atención primaria, son numerosos los autores que apoyan la intervención breve (IB) como estrategia para tratar los problemas relacionados con el alcohol, proporcionando un estilo de consumo moderado (en límites de bajo riesgo), constituyendo una estrategia de intervención temprana en los bebedores no dependientes (Heather, 1996; Díez-Manrique y García, 1999; Kristenson y Osterling, 1994; Babor y Gran, 1992).

La IB se realiza en un tiempo breve como indica su nombre, si bien puede oscilar desde unos minutos hasta algunas sesiones donde el terapeuta informa de los riesgos asociados al consumo de alcohol, los límites de consumo moderado y sugiere consejos para reducir dicho consumo en el contexto de una entrevista empática que fomenta un consumo responsable.

De esta manera, las intervenciones breves pueden utilizarse como un método para proveer una atención más inmediata a pacientes en lista de espera para programas más especializados o intensivos, como un tratamiento inicial para personas no dependientes, para usuarios con conductas de riesgo de uso, y como anexos al tratamiento más intensivo para personas dependientes.

Algunos autores plantean la existencia de dos tipos de intervenciones breves: las intervenciones basadas en un servicio específico, propuestas como esquema terapéutico básico y las intervenciones de base comunitaria que pueden ser realizadas de forma puntual en determinadas personas (Heather, 1995).

Asimismo, se propone una diferenciación entre intervención muy breve o mínima (una única sesión de consejo de 5-10 minutos, que puede incluir o no material de autoayuda) e intervención breve (sesión de 15-30 minutos extensible a 2-3 visitas de refuerzo, con material de autoayuda y evaluación de seguimiento) en la que se trata la ambivalencia y se sugieren estrategias de cambio (Rodríguez-Martos, 2000).

En general, los procedimientos de intervención breve están dirigidos a optimizar los recursos de los pacientes, a ayudarles a aprender a solucionar problemas interpersonales, emocionales y de toma de decisiones, con el objetivo de producir cambios en la conducta, lo que significa que en esencia, no se diferencian de otras formas de atención clínica (Krumbolt y Thorensen, 1981; Jannis, 1987).

Por otro lado, en las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado alternativas de intervención breves para bebedores con un bajo nivel de dependencia, que han mostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática (Sobell y Sobell, 1993).

El tratamiento de corte cognitivo–conductual, se caracteriza por su baja intensidad y corta duración, así como por el hecho de que los servicios de atención se ofrecen en una modalidad de consulta externa y porque en estas

intervenciones la meta terapéutica puede ser tanto la moderación como la abstinencia, permitiendo que los usuarios elijan su meta terapéutica.

La terapia breve cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Este enfoque terapéutico es el más conveniente para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que los individuos tiene sobre sí mismos. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (Rotgers, 1996).

Las características de las terapias cognitivo-conductuales incluyen: a) el terapeuta se enfoca en los problemas actuales de la persona (como la adicción, depresión, etc.); b) se establecen metas realistas y consensuadas con el paciente; c) se busca obtener resultados rápidos para los problemas más urgentes del individuo y; d) se utilizan técnicas empíricamente contrastadas para aumentar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas (Meichenbaum y Cameron, 1982).

La terapia cognitivo-conductual es una terapia de corta duración y ha sido extensamente estudiada en ensayos clínicos controlados; es estructurada (está dirigida a la consecución de objetivos y centrada en los problemas inmediatos); es flexible (puede ser adaptada a distintos perfiles de pacientes y a una amplia variedad de situaciones; es compatible con diferentes tratamientos (p. ej. farmacoterapia) y, engloba diversas técnicas psicoterapéuticas relevantes y comunes a los tratamientos que han demostrado ser útiles (Carroll, 1998).

Estas características hacen de la terapia cognitivo-conductual un enfoque especialmente válido para el tratamiento de las personas con desórdenes provocados por el uso de sustancias (Rotgers, 1996).

Otro tipo de terapia es la de "Prevención de recaídas", que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida y posteriormente se adaptó para los adictos a cocaína, es la más utilizada (Marlatt y Gordon, 1985;

Carroll, Rousanville y Keller, 1991). En ésta, se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, a que encuentren maneras de evitar las situaciones, y que desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de sustancias. Esto se logra a través del análisis funcional, el cual consiste en identificar los antecedentes y consecuentes del comportamiento del uso de sustancias. Además, se potencian y desarrollan las habilidades de los pacientes para enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo y se les entrena en la prevención de recaídas. Se incluye el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (Frojan, 1998).

Durante el curso de la maestría en psicología con residencia en psicología de las adicciones se realizaron varias actividades relacionadas con el “*Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*”, el cual es un tratamiento breve de corte cognitivo-conductual dirigido a bebedores problema. Este tratamiento se caracteriza por ser una *intervención motivacional y breve*, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol mediante el desarrollo de estrategias generales de solución de problemas (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

De igual manera, se participó en el programa de “Intervención breve para fumadores”, el cual es una intervención de tipo motivacional y breve que consta de seis sesiones de tratamiento, en donde se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, las consecuencias relacionadas con éste y por último desarrolle estrategias para manejar esas situaciones. 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 implementar sus propios planes para modificarlo.

La participación en estos proyectos como terapeuta me permitió adquirir las siguientes habilidades:

- Identificar los factores antecedentes y consecuentes relacionados con el consumo de alcohol y tabaco.
- Determinar los estilos de enfrentamiento con los que cuenta el usuario.
- Analizar los factores que están relacionados con el cambio en el patrón de consumo de los usuarios.
- Implementar y evaluar un programa de intervención breve de acuerdo a las necesidades que requiere el usuario con una dependencia leve o moderada.
- Desarrollar un sistema de evaluación del usuario en relación a su consumo de sustancias.
- Establecer un diagnóstico apropiado del usuario para su adecuada intervención, considerando su nivel motivacional y su evaluación inicial.
- Determinar la oportuna canalización a tratamientos conjuntos o semejantes, de acuerdo a las necesidades requeridas por el usuario.
- Crear sistemas de evaluación para la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Con lo cual, pude obtener los conocimientos y habilidades necesarias para en un futuro desarrollar e implementar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas. Programas que sean efectivos y que cubran las necesidades de las personas con algún tipo de conducta adictiva y de la sociedad, los cuales deben tener un sustento teórico y metodológico capaz de proporcionar el máximo beneficio de una forma eficaz, eficiente y personalizada.

De esta manera, el profesional especializado en las adicciones debe conocer las bases teóricas de los diferentes modelos de intervención para las conductas adictivas, con las cuales pueda desarrollar programas de intervención o bien mejorar los ya existentes para satisfacer las necesidades de la sociedad ante las adicciones. Además, dichas intervenciones necesitan ser difundidas e implementadas en las diferentes instituciones de salud, privadas o públicas, con la finalidad de incrementar la gama de tratamientos que buscan la reducción de daño, ya que en la actualidad el modelo de salud se enfoca primordialmente a la población con dependencia, lo cual implica que gran parte de la población con un consumo problemático de droga quede fuera de esta clasificación o mejor dicho de una atención médica. Por lo que es necesario implementar o modificar las políticas de salud encaminadas a fortalecer este tipo de intervenciones breves para los consumidores que no caen en la clasificación de dependientes pero si en la de consumidores con problemas con su consumo de droga.

Por último, cabe mencionar que para la formación del profesional de la salud del campo de las adicciones es necesario contar con los recursos físicos y materiales (cámara de gesell, videocámaras, micrófonos, etc.) adecuados para poder realizar la capacitación y supervisión de la aplicación de los programas de intervención.

IV. Aplicación de programas de intervención para rehabilitar personas adictas.

El problema del consumo de drogas constituye, en esta década, una de las principales preocupaciones de la sociedad, ya que actualmente, al consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana (que se ha mantenido a lo largo del tiempo) se le han sumado el consumo de anfetaminas, cocaína, benzodiazepinas y solventes volátiles las cuales tienen un incremento notable en los últimos años (ENA, 2002).

De acuerdo al “Manual de diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales” (DSM-IV, 1994), la dependencia a alguna droga se caracteriza por un conjunto variable de signos y síntomas, físicos y psicológicos, que muestran la existencia de una compulsión a seguir consumiendo una sustancia psicoactiva de forma periódica o continuada. Como elemento característico, quien es dependiente presenta un menor control sobre el consumo de una sustancia determinada y continúa con su uso a pesar de la aparición de efectos tóxicos. Si bien en una primera etapa la conducta de autoadministración se establece con el fin de experimentar los efectos de una sustancia, tras un consumo reiterado, ésta se dirige fundamentalmente a evitar el malestar derivado de la supresión.

En la génesis y el mantenimiento de una dependencia intervienen numerosas variables, por esta razón el estudio y entendimiento requiere de un enfoque interdisciplinario. Algunas variables que son dignas de destacar son las propiedades farmacológicas de las sustancias, los condicionantes fisiológicos y psicológicos del adicto, así como diversos factores sociales y ambientales relacionados con la droga (como la disponibilidad, las modas, la presión del grupo y el aprendizaje previo con sustancias). Además, la vulnerabilidad para generar dependencia a una droga, está relacionada con algunas características del individuo habiéndose incluso reconocido en algunos casos la existencia de factores hereditarios (Koob, Sanna y Bloom, 1998).

Por otra parte, la ingesta de alcohol y/o 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 al aprendizaje de patrones de conducta mal adaptativas. De tal manera que estas conductas pueden ser modificadas a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Además, existen factores que explican el paso del uso experimental al consumo excesivo o continuo, como son la historia de reforzamiento del individuo, la disponibilidad, aceptación social, entre otros (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

En la residencia también se participó en el “Programa de reforzamiento comunitario o CRA (por su siglas en ingles, *Community Reinforcement Approach*)”, el cual es un tratamiento de corte cognitivo-conductual dirigido a dependientes de alcohol, cocaína, marihuana y solventes, que tiene como objetivo la abstinencia del consumo e incrementar el comportamiento funcional de los individuos (Hunt y Azrin, 1973; Barragán, 2005).

Este programa se caracteriza por ser una intervención motivacional, desarrollada dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. El análisis conductual aplicado se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante. Las principales características de este enfoque son que se centra en las conductas observables directamente, la conducta está controlada por el ambiente, sus técnicas están basadas en el condicionamiento operante y busca mejorar la conducta que se encuentra bajo estudio. El programa de reforzamiento comunitario, busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. En general, el programa tiene como objetivo ayudar a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo, mediante el desarrollo de estrategias generales para crear los estilos de vida saludables (Barragán, 2005).

Para lograr este cambio, el programa consiste de 11 componentes de tratamiento (en un inicio fueron nueve, pero las necesidades de los usuarios obligaron la implementación de dos más), los cuales giran en torno a identificar, establecer y alcanzar las metas del usuario en sus diferentes áreas de vida.

Los componentes del programa son: análisis funcional de consumo, análisis funcional de no consumo, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, habilidades de comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, búsqueda de empleo, habilidades sociales y recreativas, prevención de recaídas y manejo de las emociones (enojo, tristeza, ansiedad y celos), además de contar con una sesión previa de admisión y una evaluación (Barragán, 2005).

Habilidades y destrezas adquiridas.

La participación como terapeuta en el “Programa de reforzamiento comunitario” me permitió:

- Identificar los factores antecedentes y consecuentes relacionados con el consumo de drogas y de situaciones libres de droga mediante la aplicación del análisis funcional de consumo y de no consumo.
- Implementar y evaluar un programa de tratamiento para personas con una dependencia severa que cubra las necesidades para su rehabilitación.
- Desarrollar un sistema de evaluación para el usuario dependiente severo considerando su consumo de sustancias, así como su estado cognitivo y físico.
- Generar y establecer estilos de enfrentamiento en diferentes áreas de vida del usuario dependiente para su rehabilitación.
- Estructurar un plan de tratamiento específico de acuerdo a las necesidades de las personas con una dependencia severa.
- Determinar la oportuna canalización a tratamientos conjuntos o semejantes, cuando sea necesario para cubrir las necesidades del usuario en su rehabilitación.

El atender a personas con dependencia severa con la aplicación de este programa (CRA), ofrece al profesional de las adicciones adquirir las bases necesarias para que en un futuro pueda implementar intervenciones terapéuticas encaminadas a la rehabilitación de las personas con dependencia

severa a alguna o varias drogas. Hay que recordar que este tipo de intervenciones, se enfocan a tratar la dependencia severa por lo que su meta a alcanzar es la abstinencia total y la reintegración del usuario a una vida cotidiana productiva sin el consumo, mejorando la calidad de vida de él, su familia y de su entorno social, las cuales marcan la diferencia con el capítulo anterior donde el usuario puede escoger entre la moderación o la abstinencia. Además, es importante conocer y manejar este tipo de intervenciones, debido a que no siempre los usuarios van a tener una dependencia leve o moderada sino que a veces se tendrá que intervenir a los pacientes con dependencia severa y es en estos últimos en los cuales este tipo de terapia es la más recomendada y ha demostrado datos positivos de eficacia (Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel, 1999).

Por último, es necesario contar con las estrategias adecuadas que cubran la amplia gama de necesidades (individuales, sociales y económicas) requeridas por la persona dependiente para enfrentar y establecer su vida sin consumo. Por lo que es indispensable la capacitación en técnicas cognitivo-conductuales como la relajación, manejo de emociones, estrés, imaginación, asertividad, etc., las cuales permitirán al terapeuta encaminar al usuario a alcanzar su meta de una forma eficaz y eficientemente.

V. Sensibilización y capacitación a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los problemas relacionados con el abuso del alcohol, tabaco y drogas, como se ha venido diciendo, son de creciente importancia en nuestro país y generalmente están asociados con una serie de consecuencias en todos los niveles (individual, social, y económico). Como profesional de la salud especialista en adicciones, es necesario contar con la información y las habilidades adecuadas para poder trabajar en primer lugar con las personas que están experimentando problemas con el consumo del alcohol u otra droga, o bien que muestren algunos signos de dependencia y en segundo lugar poder contribuir en la formación de profesionales especializados y bien preparados para afrontar el problema de las adicciones.

Por medio de la capacitación, los profesionales de la salud serán capaces de estar actualizados sobre la magnitud de los problemas relacionados con el consumo excesivo de sustancias en la práctica clínica, desarrollar habilidades clínicas para detectar, evaluar y proporcionar tratamiento a personas con problemas en su consumo de drogas o de personas que están desarrollando una dependencia a la sustancia.

Podemos definir a la capacitación como el proceso sistemático por el cual se modifica o altera el comportamiento del personal de una organización en una dirección tal que se consigan las metas de ésta, mediante la trasmisión de habilidades y conocimientos de un tema específico para mejorar o incrementar la práctica de dicho personal (Ivancevich, 2004).

De esta forma, el proceso de capacitación se auxilia de ciertas técnicas para la facilitación del aprendizaje como son:

Conferencias. Esta aproximación tradicional de enseñanza, permite la exposición verbal de información amplia en poco tiempo y se busca propiciar la reflexión sobre el tema abordado (Pasut, 1997).

Formación de pequeños grupos. Esta técnica consiste en dividir al grupo en equipos y proporcionarles información a fin de que lean, deliberen y extraigan

ejemplos concretos sobre el tema a tratar. Tiene como finalidad el fomentar la participación activa del grupo, propiciar la integración del grupo y la unificación de criterios (Pasut, 1997).

Juego de roles. Esta técnica permite que algunos miembros seleccionados del grupo adopten papeles asignados y actúen según las situaciones, circunstancias y condiciones representativas del mundo real sobre el tema de interés. También se puede dramatizar entre algún miembro del grupo y el capacitador con la finalidad de poder observar como es la utilización de una o varias técnicas de intervención específica. Normalmente, el juego de roles, es de corta duración (de 15 a 20 minutos) y va seguido de comentarios a cargo del resto de los miembros del grupo sobre lo que han escuchado y observado. Es una técnica muy eficaz, dado que los integrantes del grupo se sienten involucrados emotivamente, lo cual conduce a la discusión y participación de todo el grupo (Pasut, 1997).

Por otra parte, durante la capacitación es necesario generar un clima de comunicación y confianza entre los participantes, con la finalidad de promover la interacción interpersonal, compartir experiencias, estimular la motivación de los participantes, dar oportunidad a los participantes de recibir y/o poner en práctica la nueva información o conocimientos, fomentar la adquisición de conceptos y el cambio de actitudes. Para lograr este clima, es necesario que el capacitador conozca los intereses y motivaciones de las personas que van a participar en la capacitación, a fin de seleccionar los materiales, la información y un lenguaje acorde a los participantes.

Además de lo anterior, es importante tomar en cuenta que el tema de las adicciones es un tópico que puede ser sensible para ciertas personas, ya que involucra aspectos emocionales, religiosos, culturales y experiencias personales que pueden afectar a los participantes y el proceso de capacitación, por lo que se debe hablar con los participantes, previamente al curso, de estas posibles reacciones y de la importancia de analizarlas con el fin de enriquecer el curso de capacitación. También es primordial que el capacitador examine su propia actitud hacia el tema, ya que si le provoca una reacción emocional, es importante que la comente al inicio del curso, ya que de esta forma ayudará a

que algunos participantes se abran y comenten sus actitudes personales hacia el tema generando un ambiente de confianza y profesionalismo.

Finalmente, el capacitador debe invitar y no obligar o presionar a los participantes a discutir y preguntar sus dudas sobre el tema en discusión. Además es recomendable informar a los participantes sobre su experiencia en el tópico y su área de especialización, así como mencionar que tratará de contestar todas las preguntas, sin embargo, si alguna pregunta no la puede responder se compromete a buscar la respuesta con los especialistas para su exposición posterior. Y por último, siempre hay que concluir la capacitación fomentando la duda e interés sobre el tema tratado y motivar a los participantes a informarse más sobre éste o bien, mantener contacto con él para resolver aquellas dudas que surjan en la práctica clínica (Pasut, 1997).

Como parte de las actividades de la residencia se capacita a profesionales en el área de las adicciones, principalmente en los diferentes modelos de intervención para personas consumidoras de algún tipo de sustancia adictiva. Dentro de éstas, pude participar en actividades encaminadas a la sensibilización de profesionales de salud para la realización de programas preventivos y de tratamiento para las adicciones, como fue la presentación de ponencias en cursos y congresos nacionales, con lo cual pude obtener la capacidad de transmitir los conocimientos y la experiencia clínica de forma eficaz. También tuve la oportunidad de capacitar a alumnos de maestría en la aplicación del “Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema” y en el programa de “Intervención breve para fumadores”, utilizando las técnicas de conferencia, moldeamiento y juego de roles.

Adquisición de habilidades y destrezas.

La participación en los programas de la residencia permitió desarrollar la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarias para la creación de programas de capacitación en las diferentes modalidades de atención (prevención, investigación y tratamiento) de las conductas adictivas. Entre estas habilidades y destrezas están:

Estructurar programas de capacitación acorde a las necesidades del grupo a capacitar.

Crear materiales adecuados para el desarrollo de la capacitación con el fin de alcanzar las metas de ésta.

Identificar las necesidades de los participantes en relación al tema de interés.

Elaborar sistemas de evaluación de los cursos de capacitación.

Generar ambientes enriquecedores en los grupos de capacitación.

Manejar y aplicar los conocimientos teóricos y prácticos en un ambiente grupal e individual.

Trasmitir información científica y de interés a profesionales interesados en el tema de una forma eficaz.

Todas estas habilidades y destrezas se desarrollaron con la practica, ya que no se cuenta con un espacio encaminado específicamente al desarrollo de estrategias de capacitación, por lo que es recomendable implementar un programa para este fin, y de esta forma poder transmitir los conocimientos teóricos y prácticos relevantes adquiridos en un programa de maestría con residencia en las adicciones, a la población del sector salud relacionada con este fenómeno mediante el desarrollo e implementación de programas de capacitación.

VI. Implementación de proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones.

Dentro de la materia de adicciones, la realización de investigación es primordial, ya que gracias a ésta, los programas de prevención y tratamiento pueden ser mejorados o bien desarrollar nuevos que cubran las necesidades de las personas con consumo de sustancias y de la sociedad.

Durante el curso de la maestría en psicología con residencia en psicología de las adicciones se participó en dos cursos de metodología, que tuvieron como objetivos:

- Identificar y plantear un problema de investigación.
- Evaluar la pertinencia de las hipótesis experimentales.
- Describir las principales características y procedimientos de las diversas modalidades de los diseños de un solo caso.
- Explicar los alcances y limitaciones de los diseños experimentales de un solo caso.
- Identificar y solventar los dilemas éticos asociados al empleo de diseños experimentales.
- Analizar y aplicar la metodología del diseño de grupos para la investigación de tratamientos en adicciones.

Dichos objetivos fueron cubiertos con la elaboración de un anteproyecto final el cual tuvo como título: “Efectividad de la intervención breve combinada con terapia de reemplazo en dos modalidades para fumadores con dependencia severa”, integrándose de una introducción sobre los temas de interés, la pregunta de investigación, los objetivos, la metodología, el análisis de resultados, la discusión y las conclusiones (ver anexo 1).

También, se participó en el “Programa de autocambio dirigido para fumadores”, en el cual se realizaron las investigaciones: “La disposición al cambio en personas que solicitan tratamiento para dejar de fumar a través de la “Escala de las etapas de disposición al cambio y anhelo de tratamiento (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES 8D)” y “Validez interna del SOCRATES 8D en población fumadora mexicana”.

La primera investigación se realizó en el centro de servicios psicológicos Acasulco de la Facultad de Psicología, que es uno de los escenarios del programa de residencia en adicciones. Se empleó la escala SOCRATES 8D desarrollada por Miller y Tonigan (1996) que permite obtener información sobre la percepción que tienen los usuarios sobre su consumo y su anhelo de entrar a tratamiento, la escala consta de 19 reactivos relacionados con tres etapas de cambio (acción, reconocimiento y ambivalencia). Los objetivos de la investigación fueron: a) Obtener en personas que solicitaron tratamiento para disminuir el consumo de tabaco su disposición al cambio en las tres etapas, y b) Evaluar si esta escala puede ser útil en el programa de “Intervención breve para fumadores” (Lira, 2002).

La muestra se conformó por 121 fumadores entre 18 y 65 años de edad con una media de 31 años, de los cuales el 44% fueron mujeres y 56% hombres, la mayoría fueron solteros (54%) y el nivel de estudio fue de preparatoria o superior en el 70% de los casos y el 30% restante fue entre primaria y secundaria. Se les aplicó la escala SOCRATES 8D, posterior a la aplicación se acordó cita para iniciar su tratamiento y seguimiento del mismo. La población se asignó a tres grupos con base en los resultados de su tratamiento, en el primero se colocaron a todos aquellos que no asistieron a su primera cita, en el segundo a todos los que iniciaron tratamiento pero lo abandonaron y en el último a los que lograron concluir su tratamiento. Se utilizó un diseño descriptivo transversal y se aplicó estadística descriptiva para el análisis de los resultados obtenidos.

Los resultados que se obtuvieron fueron: De los 121 fumadores, en el área de reconocimiento, la mayoría (85.8 %) presentaron una puntuación “baja”, es decir no consideran que su forma de fumar los afecta y no expresan la necesidad de un cambio. Mientras que el porcentaje restante (14.2) reconocen tener problemas con su consumo de tabaco (figura 1).

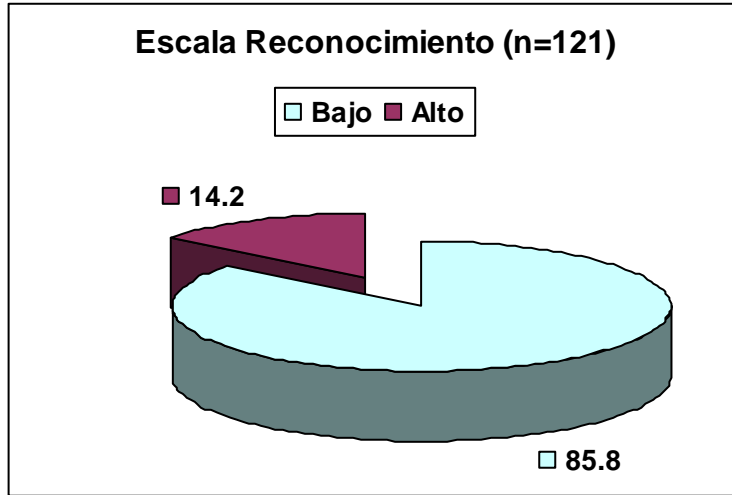


Figura 1. Porcentaje de fumadores que solicitaron tratamiento para dejar de fumar con puntuaciones altas y bajas obtenidas en la escala de reconocimiento del SOCRATES 8D.

En la segunda área se presentó una ambivalencia “baja” en un 53.7% de la población, lo cual indica que no hay cuestionamiento alguno sobre su consumo de tabaco. Por otro lado, el 33.9 % obtuvieron una ambivalencia alta, es decir, existen cuestionamientos acerca de su forma de fumar (figura 2).

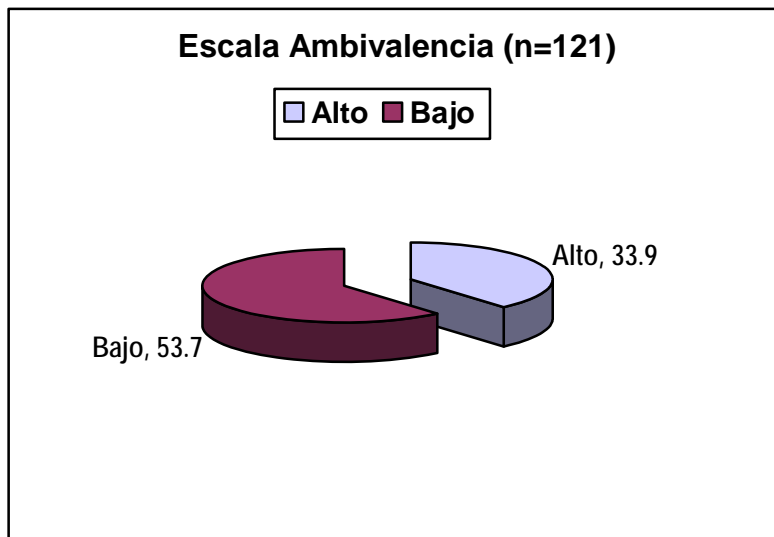


Figura 2. Porcentaje de fumadores que solicitaron tratamiento para dejar de fumar con puntuaciones altas y bajas obtenidas en la escala de ambivalencia del SOCRATES 8D.

En la última área se encontró que la población encuestada mantiene puntuaciones “bajas” en un 83.5 % en acción, es decir las personas no están realizando actividades para cambiar su consumo ni tampoco han hecho cambios recientes. En cambio el porcentaje restante (11.5) se encuentra en la búsqueda de actividades para el cambio en su consumo de tabaco (figura 3).

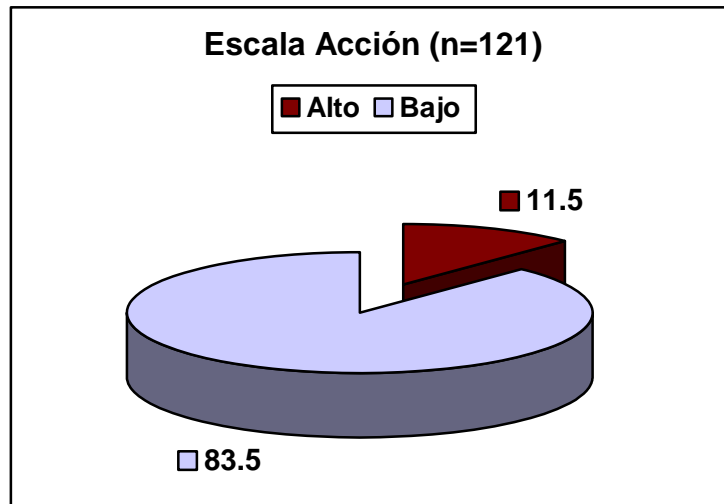


Figura 3. Porcentaje de fumadores que solicitaron tratamiento para dejar de fumar con puntuaciones altas y bajas obtenidas en la escala de acción del SOCRATES 8D.

A partir de estos resultados se dio seguimiento a los usuarios, en donde se encontró que el 22.3 % (27 personas) asistieron a tratamiento, mientras que la población restante (94 personas) pospusieron su tratamiento indefinidamente. De las 27 personas que ingresaron a tratamiento, sólo 13 lo concluyeron (48.2 %) y 14 lo abandonaron (51.8 %). En los primeros, se observó que en el área de reconocimiento tuvieron una puntuación baja en su mayoría (38.5 %), con ambivalencia baja (100 %) y un nivel de acción alto (53.9 %). Para las personas que abandonaron el tratamiento (14), la mitad de ellos presentaron un nivel bajo de reconocimiento, mientras que existe una alta ambivalencia en el 42.9 % de estos casos y un nivel de acción bajo en el 71.4 % de ellos (figura 4 y 5).

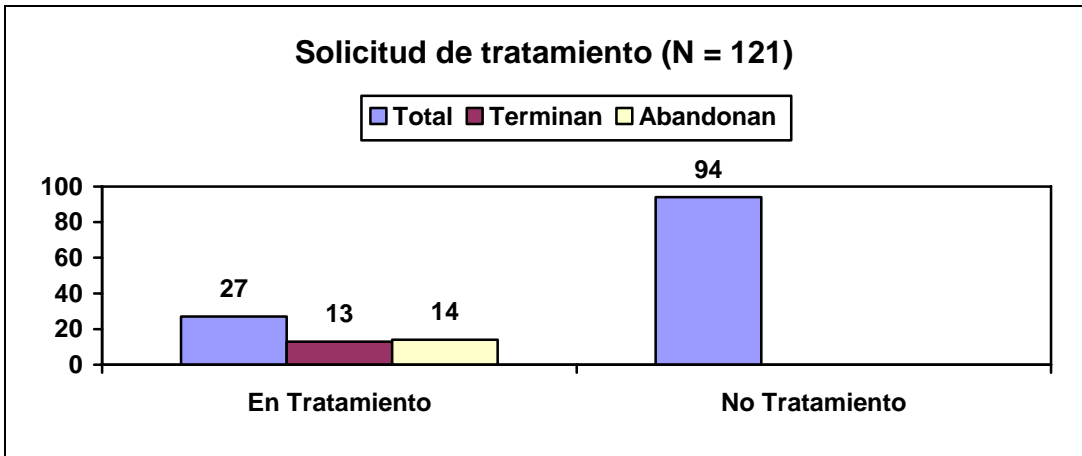


Figura 4. Distribución de la población total que solicitó tratamiento para dejar de fumar, así como de aquellos que entraron a tratamiento y lo terminan o abandonan.

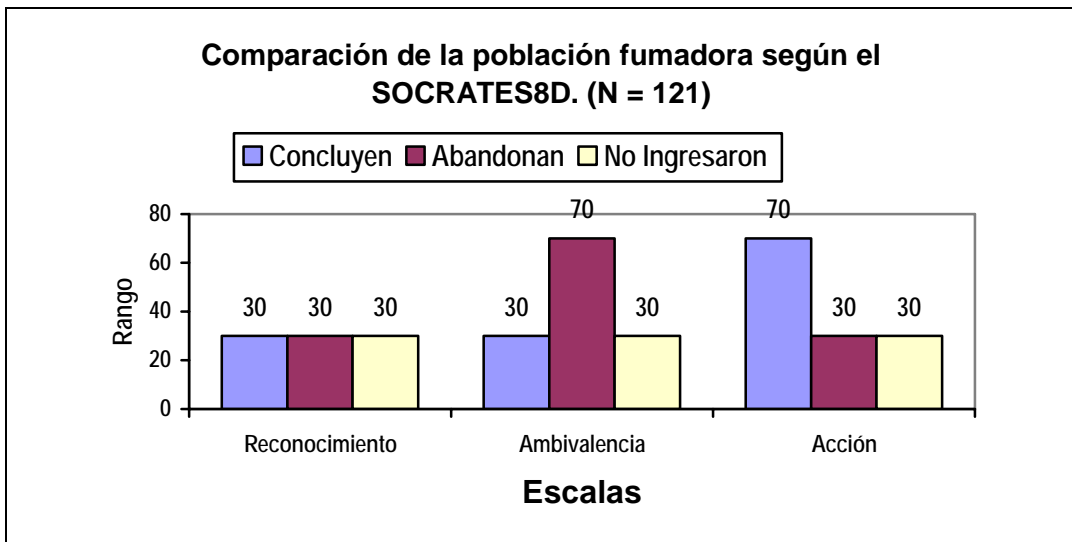


Figura 5. Comparación de los diferentes grupos de fumadores con base en los resultados obtenidos en las escalas del SOCRATES 8D, en donde el rango determina si el sujeto tiene una puntuación muy baja (menor a 20), baja (de 20 a 30), media (de 40 a 50), alta (de 50 a 70) o muy alto (mayor a 70).

Con los resultados obtenidos se deduce que las personas que obtienen puntuaciones altas en reconocimiento, bajas en ambivalencia y altas en acción tienen una gran probabilidad de concluir el tratamiento. Mientras que las personas que puntuaron con un bajo reconocimiento, una alta ambivalencia y poca o mediana acción tienden a no concluir el tratamiento. Por último, la población que no ingresó a tratamiento, presentaron puntajes bajos en reconocimiento, ambivalencia y acción.

Por lo anterior podemos concluir que el SOCRATES 8D es un instrumento de evaluación que perfila la entrada y el mantenimiento en un tratamiento. Tiene importancia clínica, en combinación con otros instrumentos, para comprender la estructura de la motivación y disposición para el cambio del paciente, así como para el monitoreo de éste durante la intervención, con miras a regular las acciones que permitan alcanzar la meta establecida.

En la segunda investigación (“Validez interna del SOCRATES 8D en población fumadora mexicana”), el objetivo fue obtener la validez interna de la escala de las etapas de disposición al cambio y anhelo de tratamiento (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES 8D). Se aplicó a 220 fumadores que solicitaron tratamiento para dejar de fumar. El análisis de datos mostró una confiabilidad alta en la escala general ($\alpha = .9254$), mientras en cada escala fue de $\alpha = .7657$ en ambivalencia, $\alpha = .9052$ en acción y $\alpha = .8983$ en reconocimiento. Por lo anterior, el SOCRATES 8D es un instrumento confiable para la población mexicana, por lo que su utilización en las intervenciones terapéuticas de tipo cognitivo-conductual para dejar de fumar permite el monitoreo de la motivación y la disposición a cambiar del usuario durante la intervención, además puede determinar la entrada y el mantenimiento de los sujetos en un tratamiento.

Adquisición de habilidades y destrezas.

El involucramiento y participación en las citadas investigaciones y materias teóricas me permitió:

- Crear proyectos de investigación acorde a las necesidades de la sociedad.

- Elaborar investigaciones con diseños de grupos y de caso único.
- Identificar y aplicar la metodología adecuada para cada tipo de investigación.
- Elaborar sistemas de evaluación de los resultados de la investigación.
- Determinar los alcances y limitaciones de los proyectos de investigación, así como su impacto en la sociedad.

Finalmente, el desarrollar este tipo de habilidades permitió insertarme en el proceso de desarrollar proyectos de investigación encaminados a resolver las necesidades de los programas de prevención y tratamiento para su mejora, y de esta forma implementar nuevas y mejores formas de intervención.

Cabe mencionar que los trabajos finales de las investigaciones mencionadas se presentaron en forma de cartel, en el caso de “La disposición al cambio en personas que solicitan tratamiento para dejar de fumar a través de la “Escala de las etapas de disposición al cambio y anhelo de tratamiento (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES 8D)”, en el “XI Congreso nacional de la sociedad española de toxicomanías”. Mientras que la investigación sobre “Validez interna del SOCRATES 8D en población fumadora mexicana”, fue una presentación oral en el “XVII Congreso de la sociedad mexicana de análisis de la conducta”.

Por último, cabe mencionar que también se realizó una revisión bibliográfica sobre “La neurotoxicidad de las drogas de síntesis o diseño”, la cual se presentó dentro del simposio “Los adolescentes y consumo de drogas de diseño en México: antecedentes y perspectivas” en el “XXXII Congreso nacional de psicología” (ver anexo 2).

VII. Reporte de caso.

Por respeto a la confidencialidad del paciente, el nombre y datos personales han sido modificados utilizando sólo la inicial de su primer nombre, el resto de su información se encuentra en el expediente del centro de atención psicológica Acasulco.

1. Motivo de consulta y evaluación.

1.1. Información obtenida de entrevista

O. es un joven de 27 años con licenciatura terminada en informática, actualmente es soltero y se encuentra trabajando como personal de soporte de computadoras en una dependencia del gobierno, vive con su mamá a la que ayuda económicamente para los gastos de la casa.

Refiere que acude a consulta porque *“considero que estoy empezando a consumir demasiado alcohol y temo caer en algo más severo”*. Reporta que su consumo es desde hace 15 años y que en estos últimos tres le ha causado problemas, su bebida preferida es la cerveza y el vodka. Menciona que por lo regular su consumo es los fines de semana comenzando algunas veces desde los viernes y concluyendo los domingos, en los cuales tiene un consumo promedio de 15 tragos estándar llegando a veces a los 20 tragos. Los cuales son consumido en un tiempo, entre trago y trago, de *“10 a 20 minutos aproximadamente, dependiendo de que tan sediento me encuentre o con quien este”*.

Al parecer, O. ubica las situaciones de felicidad y de depresión en las cuales bebe en exceso, y por lo regular siempre lo hace acompañado y en lugares privados, *“consumo por obtener los efectos del alcohol, principalmente la sedación”*.

Al preguntarle cómo afecta en su vida su consumo de alcohol, O. menciona sentirse temeroso e inseguro: *“tengo miedo, de que mi forma de beber llegue a cosas más graves”, “me siento rechazado por mi familia cuando bebo y*

principalmente por parte de mi mamá lo que me hace sentirme triste y es una razón para seguir tomando”.

En la actualidad dice tener problemas en su área interpersonal, financiera y emocional a causa de su consumo, pero sin ser graves éstos. O. teme que su consumo excesivo lo lleve a presentar problemas severos en su vida diaria y busca la forma de poder controlar su consumo ya que de entrada no quiere dejar de beber por completo.

Por lo anterior y al haber cumplido con los criterios de preselección establecidos (mayor de 18 años de edad pero no mayor de 70 años, sabe leer y escribir, domicilio permanente, actualmente trabaja, en la actualidad vive con su familia, no presenta alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens, bebe más de 30 tragos estándar a la semana; no acude a tratamiento porque la ley se lo exige, su droga primaria de abuso no es la heroína e inyectada; no acude a tratamiento de auto-ayuda para resolver su problema con el abuso de alcohol y / o drogas; y esta dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y varias sesiones de seguimiento), O. ha sido incluido en el *“Programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema”.*

1.2. Evaluación realizada por medio de cuestionarios

1.2.1. BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA).

Fue diseñada para medir dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Se derivó del “Cuestionario de datos de dependencia al alcohol (Edinburgh Alcohol Dependence Schedule)” desarrollado en 1980, ya que, se buscaba una forma de aplicación más sencilla y rápida (Davidson, y Raistrick, 1986)

En la publicación original los autores reportaron las siguientes características:

- 1) Idóneo para bebedores problema que buscan ayuda;
- 2) Proporciona grado de dependencia;
- 3) Sensible a todo el rango de dependencia;
- 4) Sensible a cambios que se den con el tiempo;

5) Relativamente libre de influencia socio-cultural.

La escala original fue desarrollada utilizando un proceso de ensayo y error para identificar el mejor conjunto de reactivos que midieran el concepto de dependencia delineado por Edwards y Gross (1976). Los 34 reactivos originales fueron reducidos a una versión breve de 15 reactivos. La versión breve correlacionó muy alto ($r = 0.92$) con la versión más larga en la muestra original de 41 bebedores moderados, 30 pacientes psiquiátricos, y 174 bebedores problema que asistían a un tratamiento (Davidson, y Raistrick, 1986).

El BEDA está dirigido a población adulta, bebedores problema, centrado en aquellas personas con una dependencia media a moderada. Ha sido utilizado con pacientes en programas de tratamiento, personas que no están en tratamiento, tanto a hombres como a mujeres.

Cada uno de los 15 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos:

"NUNCA", si nunca ha estado en esa situación.

"ALGUNAS VECES", si algunas veces ha estado en esa situación.

"FRECUENTEMENTE", si ha estado en esa situación con frecuencia.

"CASI SIEMPRE", si ha estado casi siempre en esa situación.

Los cuales tienen un valor de 0 (nunca) a 3 (casi siempre), con los cuales se obtiene un sólo puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos, el cual se puede interpretar de la siguiente manera:

DEPENDENCIA BAJA (de 1 a 9 puntos).

DEPENDENCIA MEDIA (de 10 a 19 puntos).

DEPENDENCIA SEVERA (de 20 a 45 puntos).

Los resultados obtenidos por O. fue de 18 puntos lo cual indica una *dependencia media*.

1.2.2. PISTAS.

Con la aplicación de la subescala de “Pistas” en su parte A y B retomada de la batería Halsted-Reitan es posible revisar el daño cognitivo, resultado del consumo excesivo de alcohol. La prueba de “Pistas”, muestra similitudes con subescala de símbolos y dígitos de la “Escala de Inteligencia para Adultos Weschler (WAIS)”, principalmente en términos de la evaluación de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario.

La aplicación de esta prueba es de cinco minutos, cuenta con dos partes, en la primer parte se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte, se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de aplicación, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado no se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de aplicación de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, el aplicador otorga el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea.

En esta prueba O. no presentó ningún problema en su ejecución ya que las resolvió adecuadamente dentro del tiempo establecido para cada parte (*41 segundos en A y 75 seg. en B*).

1.2.3. INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA).

Fue elaborado por Annis (1982), es un instrumento que mide las situaciones específicas de consumo de alcohol, que son identificadas como de alto riesgo para una recaída en un individuo (Annis, 1986). El ISCA puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en que un individuo consume en exceso alcohol y como instrumento de investigación el ISCA proporciona una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída (Annis y Davis, 1985; Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002).

Consta de 100 reactivos que están divididos en dos categorías (personales e interpersonales) y en ocho subcategorías, estos reactivos miden las situaciones

en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. La distribución de las categorías y subcategorías es la siguiente:

Situaciones personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco subcategorías:

- Emociones desagradables (20 reactivos).
- Malestar físico (10 reactivos).
- Emociones agradables (10 reactivos).
- Probando auto-control (10 reactivos).
- Necesidad o urgencia por consumir (10 reactivos).

Situaciones interpersonales, aquellas que involucran a terceras personas, que se subdividen en 3 subcategorías que son:

- Conflicto con otros (20 reactivos).
- Presión social (10 reactivos).
- Momentos agradables (10 reactivos).

Los resultados obtenidos por O. se presentan a continuación:

SITUACIONES	PUNTUACIÓN.
Emociones desagradables.	45
Malestar Físico.	16
Emociones Agradables.	37
Probando Auto-control.	31
Necesidad Física.	23
Conflicto con otros.	38
Presión social.	37
Momentos agradables con otros.	30

1.2.4. CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS).

El CCS fue desarrollado por Annis y Graham (1988) para evaluar la habilidad percibida del usuario para resistirse a consumir bebidas alcohólicas en ocho situaciones particulares (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros), es decir, mide la auto-eficacia de los individuos ante estas situaciones. Es un instrumento útil para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente, así como el grado de confianza en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso. También se emplea como una medida confiable (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída (Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002).

El CCS, consiste en que el usuario indique que tan seguro se siente de resistir la necesidad de beber en exceso, colocando el porcentaje de seguridad a lo largo de una línea que va de 0 (inseguro) a 100 (seguro) en cada una de las ocho situaciones.

Los resultados obtenidos por O. fueron los siguientes:

SITUACIONES	PORCENTAJE DE SEGURIDAD
Emociones desagradables.	30
Malestar Físico.	50
Emociones Agradables.	0
Probando Auto-control.	30
Necesidad Física.	50
Conflicto con otros.	70
Presión social.	10
Momentos agradables con otros.	10

1.2.5. LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE).

Se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han mostrado que la LIBARE es un instrumento de medición adecuado, a pesar de que la obtención de datos es por un método retrospectivo, para la obtención del patrón de consumo de alcohol (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979; Vuchinich, Tucker, Harllee, Hoffman y Schwartz, 1985; Sobell, Sobell, Klajner, Pavan y Basian, 1986; Connors, Watson y Maisto, 1985; Sobell y Sobell, 1992).

Sirve para medir los estimados de consumo de bebidas alcohólicas por día durante los últimos 12 meses, con la ayuda de un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia (Sobell y Sobell, 1992).

La LIBARE proporciona medidas directas y precisas de los niveles de consumo individual; por lo que puede ser utilizada para dar retroalimentación a los paciente sobre su consumo y aumentar su motivación al cambio, también puede ser utilizada para medir los cambios en los niveles de consumo durante y después de un tratamiento. Es un método que ha mostrado una mayor eficacia para evaluar el patrón de consumo, a pesar de no contar con una precisión exacta en la especificación de la cantidad diaria o en las fechas de consumo, al aplicar este instrumento se obtiene una aproximación cercana a la realidad en los días de consumo excesivo (Sobell y Sobell, 1992).

Los resultados de la LIBARE de O. se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Reporte resultados línea base retrospectiva.

Nombre del paciente.		O.	Fecha LIBARE. 05/10/2004			
Edad.	27	Sexo.	M	Periodo del 06/10/2003 al 04/10/2004		
Resultados Libare.						
1 Enero.		2004		104		
2 Febrero.		2004		58		
3 Marzo.		2004		100		
4 Abril.		2004		136		
5 Mayo.		2004		115		
6 Junio.		2004		93		
7 Julio.		2004		75		
8 Agosto.		2004		45		
9 Septiembre.		2004		63		
10 Octubre.		2004		21		
10 Octubre.		2003		47		
11 Noviembre.		2003		111		
12 Diciembre.		2003		119		
Total consumo: 1167						
Domingo.	Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes.	Sábado.
240	0	15	60	32	242	578
Número máximo de bebida alcohólica			20	Consumo promedio diario.		9.231
Número máximo de días de abstinencia			18	Rango de días.		364
Porcentaje de días donde se bebió alcohol			28.69 %	Días totales de consumo.		113
						Resultado.
Su consumo total anual de tragos estándar es de:						1167
Su consumo semanal de tragos estándar es de:						22
Su número promedio de tragos en un día de consumo es de:						9
El máximo número de tragos que tomó en un día en los últimos 30 días y en el último año fue:						20
Durante el año pasado: No bebió el						69.4 %
Bebió moderadamente (de 1 a 4 tragos por ocasión)						0.8 %
Bebió excesivamente (de 5 a 10 tragos por ocasión)						18.4 %
Bebió muy excesivamente (más de 10 tragos por ocasión)						11.4 %

2. Recursos disponibles y déficit.

O. cuenta con gran interés en solucionar su problema de consumo de alcohol, tiene una alta motivación para lograrlo, la cual se refleja en que por sí mismo ha buscado alternativas para reducir su consumo, como por ejemplo no reunirse con sus amigos. Es una persona que posee un cierto grado de autocontrol porque a pesar de consumir grandes cantidades nunca se ha puesto en situaciones que pongan en peligro su integridad física, como por ejemplo manejar en estado de ebriedad. Le gusta realizar actividades recreativas como ir al cine, hacer deporte y leer, actividades que lo hacen sentirse muy bien. Por otro lado, O. cuenta con el apoyo de su familia especialmente el de su madre para poder controlar su consumo de alcohol, así como de amigos que no consumen. A pesar de contar con un grupo de amistades amplió, O. se considera tímido, especialmente con sus amigas, por lo que tiene un bajo nivel de asertividad.

3. Diagnóstico.

De acuerdo a los criterios del DSM-IV, O. presenta abuso de sustancias adictivas (*alcohol*), ya que presenta un patrón de consumo de sustancias adictivas mal-adaptativo; es decir, que la cantidad (*15 a 20 tragos*), frecuencia (*1 a 2 veces por semana*) y forma en la que el individuo toma o ingiere dicha sustancia le está ocasionando problemas clínicamente significativos o de estrés disfuncional (*problemas con su familia*). Manifiesta en un período de 12 meses, los siguientes síntomas del criterio A: 1) Uso frecuente de la sustancia que impide al individuo cumplir con sus obligaciones y responsabilidades laborales, escolares o del hogar (por ejemplo, ausencias frecuentes en el trabajo o pobre calidad en su desempeño debido al consumo de sustancias; reportes, *llamadas de atención*, suspensiones escolares; rebeldía en los niños y jóvenes para realizar sus tareas y asignaciones del hogar) -*en el caso de O. tiene problemas con su mamá y bajo rendimiento en sus labores*-; y 2) Consumo continuado de sustancias adictivas a pesar de todos los problemas sociales en sus relaciones interpersonales producidos por su consumo. (Por ejemplo problemas con la esposa, pleitos y violencia física) -*O. tiene problemas de establecer una*

relación de pareja por su consumo y discusiones verbales con su mamá-. Y no cumple con el criterio de dependencia en el consumo de la sustancia adictiva (Criterio B).

En resumen, O. cumple con las características de un bebedor problema (persona que bebe esporádicamente, en cantidades que lo ponen en riesgo de tener problemas de salud, sociales o psicológicos, sin presentar problemas de dependencia) (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

4. Tratamiento

Los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas se resumen a continuación.

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Identificar la disposición para el cambio y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.	Entrevista motivacional.
Obtener la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la auto-eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo	Aplicación de instrumentos de medición.
Toma de decisión.	Balance decisonal.
Establecer limite de tragos.	Establecimiento-de metas.
Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.	Automonitoreo. Análisis funcional.
Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol	Cambios en la conducta de beber. Entrenamiento de habilidades sociales para rehusar el consumo y de afrontamiento. Elaborar planes de acción. Solución de problemas. Establecer sistema de recompensas.
Nuevo establecimiento de metas	Balance decisonal, automonitoreo y análisis funcional.

Una descripción más detallada del tratamiento y de las técnicas empleadas se explica a continuación en el desarrollo por sesiones.

5. Desarrollo por sesiones.

El tratamiento se llevó a cabo en seis sesiones y cuatro seguimientos.

La primera sesión corresponde a la admisión, la cual se dedicó a conocer el motivo de consulta de O., el cual fue: *“creo que mi consumo de alcohol ha ido en aumento y tengo miedo de que se convierta en algo más grave”*. En la historia de consumo, reporta beber desde hace 12 años y que en estos últimos tres años le ha causado problemas, su bebida favorita es la cerveza y el vodka, consume los fines de semana principalmente los viernes y sábados (*“a veces inicio el viernes y puedo continuarmela hasta el sábado y el domingo solo tomo poco”*), llega a consumir hasta 15 tragos, cada consumo lo realiza en un tiempo de 10 a 20 minutos *“dependiendo que tan sediento me encuentre”*. O ubica las situaciones de felicidad y de depresión en las cuales bebe en exceso, siempre lo hace acompañado y en lugares privados, él consume por los efectos del alcohol *“me gusta sentirme sedado”*. Posteriormente, se le explicó las características del tratamiento (que consistía en una intervención breve de seis sesiones: una de admisión, una evaluación y cuatro de tratamiento, así como de cuatro seguimientos, y que es de corte cognitivo-conductual). Se le explicó las diferencias entre bebedor problema y alcohólico (bebedor problema es aquella persona que consume esporádicamente y en grandes cantidades que puede estar en riesgo de tener conflictos de salud, o familiares, o puede tener accidentes leves pero aun no tiene pérdidas importantes en sus áreas individual, interpersonal, social y económicas. En cambio el alcohólico o mejor dicho consumidor crónico, como nosotros lo llamamos, tiene un nivel de dependencia severa, ya que consume la mayor parte del tiempo y en grandes cantidades, además de contar con pérdidas importantes en sus diferentes áreas de vida, por ejemplo pérdida de la pareja, del empleo, etc.), después de explicar las diferencias se le preguntó a O. que en donde se ubicaba él, mencionando *“creo que soy un bebedor problema”*, por último se aplicó el cuestionario de preselección, el BEDA y la prueba de pistas y como cumplió con los criterios establecidos se ingresó al “Programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema”.

La segunda sesión corresponde a la evaluación, en donde se explicó a O. el objetivo de la evaluación (conocer el patrón de consumo de alcohol y drogas, contraindicaciones del consumo, consecuencias adversas del consumo, tratamientos previos y períodos de abstinencia, situaciones de riesgo y la auto-eficacia para controlar el consumo a fin de planear adecuadamente el tratamiento y determinar la meta más adecuada) y se aplicaron los instrumentos para este fin (entrevista inicial, ISCA, CCS y LIBARE) con su respectiva explicación.

Se comenzó con el llenado de la entrevista inicial, obteniendo sus datos de las áreas de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol, de drogas y de tabaco, así como de las consecuencias adversas del consumo de éstas. O. no ha recibido tratamiento alguno previo para su consumo, ni presenta problemas de salud física, tiene pocas actividades recreativas y estas están relacionadas a su consumo de alcohol –*“me gusta hacer ejercicio pero lo deje por mi forma de tomar, además solo voy a fiestas y siempre término en la mesa de los borrachos”*- cuenta con el apoyo de su familia y en general reporta encontrarse en este momento *“inseguro”* con su estilo de vida. Tiene cinco años trabajando de tiempo completo en el mismo lugar y nunca ha faltado o perdido el trabajo por su consumo de alcohol ni de drogas, mensualmente gasta aproximadamente el 20% de su salario en el consumo de alcohol. Ha consumido alcohol por los últimos 12 años comenzando su beber excesivo y con problemas hace tres años, nunca ha llegado a estar en el hospital y solo una vez fue detenido por tener aliento alcohólico, por lo que el considera su consumo como *“un problema mayor”*. O. comentó que sólo ha intentado 3 veces dejar de consumir y lo máximo que duró fue de dos semanas, debido a que su mamá fue operada y el estuvo al cuidado de ella en el hospital. No consume drogas fuera del alcohol y del tabaco, este último es en baja cantidad *“sólo me fumo cuatro cigarros diarios pero ya tengo como seis meses que lo hago esporádicamente”*. Con lo que respecta a las consecuencias adversas O. no presenta daño físico, mientras que en el caso de daño cognitivo, afectivo y de problemas financieros su consecuencia es menor y solo en problemas interpersonales (mamá y pareja), financieros (se queda sin dinero) y agresión (llega a pelearse) es de tipo mayor.

Al finalizar la entrevista se continuó con la aplicación del ISCA, se le explicó a O. que este instrumento está desarrollado para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para beber en exceso o tener una recaída. Se continuó con el CCS con la finalidad de medir su seguridad (auto-eficacia) para controlar su consumo de alcohol en diversas situaciones.

Posteriormente se le explicó la definición de trago estándar (media onza de etanol puro por lo que 1 cerveza = 1 copa de vino = 1 cuba = 1 caballito de tequila) para de esta forma poder aplicarle el LIBARE, con el cual O. pudo identificar el promedio de consumo en el transcurso del año pasado, mostrando un consumo típico de fin de semana y días festivos. De igual forma, se le entregó el autorregistro y se le explicó cómo debía llenarlo, anotando los días en los cuales se presentó el consumo, la cantidad consumida, las situaciones en las que se consumió y los pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo.

Para finalizar se le entregó la primera lectura “Paso 1: decidir cambiar y establecimiento de metas”, indicando la importancia de realizar los ejercicios correspondientes que se encuentran al final de la lectura y con los cuales se trabajara las siguiente sesión.

La tercera sesión corresponde al Paso 1, después de preguntarle como le fue en la semana con su consumo, se pasó a revisar detalladamente el autorregistro de la semana, encontrando que hubo consumo de diez tragos el viernes, diez el sábado y cuatro el domingo. O. mencionó que se encontraba aburrido antes de iniciar su consumo del fin de semana, con el análisis del autorregistro O. se dio cuenta que su consumo se presenta cuando no tiene otra cosa que hacer o cuando asiste a reuniones en donde se bebe alcohol. Posteriormente se le presentaron los resultados del LIBARE, con los cuales notó que su consumo era elevado (1167 tragos al año) y que los días que consume son principalmente los viernes y sábados, además de que su consumo máximo por ocasión es de 20 tragos y los días totales de consumo

fue de 113. También se le indicó que a lo largo del año no bebió de forma moderada (1 a 4 tragos por ocasión), bebió excesivamente (5 a 10 tragos) el 57% de las veces y el resto bebió muy excesivamente (más de 10 tragos). Datos que alarmaron a O. y a la vez reforzaron su decisión a cambiar su forma de beber.

Seguidamente se pasó a revisar la lectura uno y los ejercicios del balance decisional, las razones de cambio y el establecimiento de metas (ver tablas 2 y 3). Con los cuales O. se percató que tiene mayores beneficios de cambiar su forma de consumir que costos, y que sus razones para ello son el de poder hacer ejercicio, tener una pareja estable y poder disfrutar de los eventos sociales con sus amigos y familia sin tener que beber en exceso. O. estableció la meta de *disminuir su consumo*, ya que se le dificultaría en este momento el no tomar en absoluto, por lo que su meta de consumo quedó establecida en *no beber más de cinco tragos por ocasión y sólo un día a la semana*, mientras planeó no beber en absoluto cuando se encontrara deprimido, lejos de su casa o cuando estuviera con personas que beben demasiado; por otra parte sólo bebería cuando estuviera con personas de su confianza y cerca de su casa. Cuando O. estableció su meta reportó que para él era 100% importante lograrla y se sentía con un 50% de confianza de cumplirla. Posteriormente se le explicaron las técnicas de reducción de consumo (estar bien descansado, relajado y sin presiones, saciar la sed antes de empezar a consumir, haber comido antes de consumir, botanear mientras consume, tomar menos copas, prolongar el tiempo entre copa y copa, diluir las bebidas y aceptar la invitación a beber solamente si siente seguro de parar) y para finalizar la sesión se le entregó la lectura dos “Paso 2: identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso” junto con los ejercicios a realizar en casa.

TABLA 2. EJERCICIOS REALIZADOS PARA LA LECTURA 1 DE LA PRIMERA SESION (1 A y 1B).

EJERCICIO 1A: DECISIÓN DE CAMBIO		
	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	<p>Aprovechar mejor mí tiempo libre.</p> <p>Ahorrar lo que destinaba al consumo de alcohol.</p> <p>Tener menos riesgos de sufrir un accidente.</p> <p>Relacionarme de una forma mejor con el sexo opuesto.</p> <p>No tener crudas morales respecto al comportamiento de que tengo cuando estoy ebrio.</p>	<p>Perder el tiempo.</p> <p>Estar con los amigos.</p> <p>Olvidar la monotonía.</p> <p>Relajarme.</p> <p>Sentirme alegre.</p>
COSTOS	<p>Perder algunos amigos.</p> <p>Tener anécdotas divertidas.</p> <p>Aburrirme en las fiestas.</p>	<p>Tener problemas de salud física y espiritual.</p> <p>No podré tener una relación de pareja.</p> <p>Problemas con la familia y con las autoridades.</p> <p>Tendré más riesgo de sufrir accidentes.</p> <p>Todos me conocerán por borracho.</p>

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR.

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

1. Dedicarme de lleno a la práctica de un deporte y mejorar mi aspecto físico.
2. Tener una pareja estable ya que por mi forma de beber termine con mi anterior pareja.
3. Disfrutar más los eventos sociales y con mi familia sin tener que beber en exceso.

TABLA 3. EJERCICIOS REALIZADOS PARA LA LECTURA 1 DE LA PRIMERA SESION (1 C).

EJERCICIO 1C: ESTABLECIMIENTO DE METAS

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

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

Mi meta es:

Cuadro 1
NO BEBER EN ABSOLUTO
 Si marcó esta meta inicie el Paso 2. Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso e inicie su Auto registro.

Cuadro 2
DISMINUIR MI CONSUMO
 Si usted quiere disminuir su consumo de alcohol, debe continuar leyendo y resolviendo esta sección

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

1. En un **DÍA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** 5 tragos estándar durante ese día.
2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** 1 días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)_____.

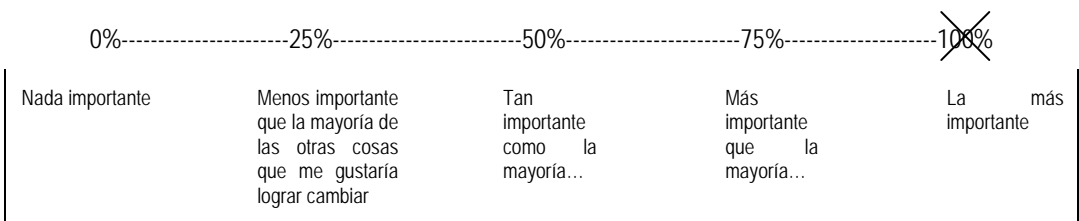
Recuerde que esta iniciando un cambio, evite por lo pronto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

3. Planeo **NO BEBER EN ABSOLUTO** en las siguientes circunstancias:
Quando me encuentre deprimido y lejos de casa, cuando me encuentro con personas que beban demasiado

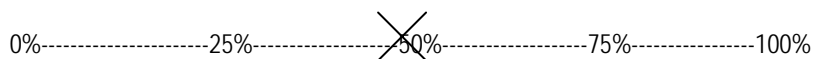
4. Planeo beber **SOLAMENTE** en las siguientes circunstancias:
Quando me encuentre con personas de confianza y cerca de casa

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

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



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



Creo que no lograre
mi meta

Tengo cierta
confianza en
lograr mi meta

Tengo
confianza
en...

Tengo bastante
confianza en...

Estoy total-mente
seguro de lograr mi
meta

Durante la cuarta sesión (Paso 2), se comenzó examinando el autorregistro de esa semana, en el cual se registraron dos días de consumo, de cuatro y once tragos respectivamente, por lo que se le preguntó como se sentía ante este hecho ya que rebasaba la meta establecida, O. mostraba un desaliento por su resultado, sin embargo al explorar la duración y el tiempo de consumo entre tragos, se observó que fueron en un lapso de 45 minutos y que el día en que consumió los once tragos fueron en tres situaciones diferentes (en el estadio de fútbol, a la hora de la comida con su hermano y en la noche con un amigo) y con periodos de abstinencia entre ellas y dentro de un consumo moderado. Otro hecho que se resaltó fue el que pudo dejar de consumir y retirarse de la situación, hecho que anteriormente no lo podía hacer ya que siempre comenzaba a consumir y no paraba por un buen rato. Se resaltaron las situaciones de su consumo comparando estas con los resultados del ISCA y del CCS, con lo cual O. expresó *“creo que bebo cuando estoy con mis amigos, cuando me siento triste o cuando voy a lugares donde se que va a haber alcohol suficiente”*, información que se utilizó para explicar y analizar los diferentes tipos de disparadores que favorecen el consumo y a su vez las consecuencias del consumo, conjuntamente se revisaron sus ejercicios de identificación de situaciones en las que había tomado alcohol en exceso (ver tabla 4), las cuales fueron en reuniones con sus amigos, fiestas familiares y un día después de una fiesta; se exploraron los disparadores (alcohol disponible, amigos, aburrimiento, tristeza, presión de los amigos, sentirse en un ambiente agradable, estar con otros consumidores, olvidarse de los rollos que trae en la cabeza, curarse la cruda y estar de ocioso) y las consecuencias de cada una de las situaciones (fluir la charla, risas, cooperación entre amigos, pasar el tiempo, embrutecernos, llegar tarde a casa, que la familia se moleste, amanecer mal con cruda, apartar pensamientos de mi mente, bienestar físico al quitarse la cruda, olvidarme de algunas cosas, cruda moral y depresión), este ejercicio de análisis funcional (describe y examina las situaciones que rodean el consumo y las relaciones que existen entre los estímulos que disparan este

abuso y las consecuencias que le siguen) ayudaron a comprender a O. su conducta de beber e identificar que sus principales disparadores son el sentirse triste y reunirse con sus amigos y no poderse rehusar al consumo.

Por último se determinó que su meta seguiría en una ocasión de consumo por semana y no más de cinco tragos, se le entregó la tercera lectura "Paso 3: enfrentar los problemas relacionados con el alcohol".

TABLA 4. EJERCICIO 2: SITUACIONES EN LAS QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que Usted considere como **LA MÁS FRECUENTE**.

1ª. Cuando me reúno con los amigos, particularmente el sábado por la noche y he bebido más de 10 copas.

2ª. Reuniones familiares o fiestas familiares.

3ª. Un día después de una fiesta o una reunión.

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

1ª. Pues que hay alcohol disponible y los amigos insisten y luego no te dejan ir, además estaba aburrido y me sentía algo triste.

2ª. Estar en un ambiente agradable donde conozco a todos, además pues no hay bronca estas en confianza y a casi todos les gusta consumir y se les hace normal, te olvidas un rato de todos los rollos que traes en la cabeza.

3ª. Sobró alcohol y me sentía mal "crudo" había amigos disponibles para seguir consumiendo conmigo además no tenía nada que hacer en particular.

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

1ª. Inmediatas - fluye la charla, las risas el ambiente, sale el dinero de los bolsillos para comprar más alcohol, pero luego se pasa el tiempo y nos seguimos y nos embuteceamos así que llego muy tarde a casa y mi familia se molesta conmigo por eso mejor solo me duermo un rato y luego al otro día me salgo para seguir consumiendo.

2ª. Hay un ambiente fiesta mucho bullicio, risas y además pues no cuesta el consumir, pero luego casi sin darme cuenta ya estoy más de la cuenta y amezco mal y con ganas de seguir consumiendo y apartar pensamientos de mi mente.

3ª. Pues un bienestar físico pues hay que evitar la cruda permaneciendo borracho pero como ya había consumido un día anterior me emborracho más fácilmente y luego no me acuerdo de algunas cosas además al otro día me dan unas crudas morales muy fuertes y me siento muy deprimido los dos primeros días.

Durante la quinta sesión (paso 3), se comenzó examinando el autorregistro encargado para esa semana, encontrado que O. tuvo un exceso el fin de semana ya que tomó sólo dos días y en un día llegó a consumir hasta 15 tragos mientras que el día anterior se tomó sólo una cerveza en la noche al

llegar de trabajar. Se le preguntó como se sentía antes de consumir y cuales fueron las situaciones que lo llevaron a consumir 15 tragos y en que tiempo fue su consumo, para lo que mencionó que comenzó en la mañana porque salió con una amiga que también toma y con ella se tomó siete cervezas de las 11am a las 4pm (40 minutos por copa), después se fueron a la casa de un amigo y se tomó 4 tragos con él de las 5 a las 7:30pm (37 min.), fue a dejar a su amiga, cenó y regreso con su amigo consumiendo otras cuatro cervezas, al día siguiente ya no consumió a pesar que se le antojaba mucho una cerveza y mejor se puso a lavar su coche con lo que se le pasaron las ganas. Mencionó que leyó la lectura hasta el domingo y dice que si la hubiera leído antes posiblemente no hubiera llegado a consumir esa cantidad. Como la finalidad de esta sesión es la elaboración de planes de acción y el entrenamiento de habilidades sociales para rehusar el consumo, se consideró el evento del fin de semana para ejemplificar como se desarrolla un plan de acción y poner en práctica algunas estrategias para rehusar el consumo, ya que no pudo realizar sus ejercicios del paso tres en casa. Para ello utilizamos el formato del ejercicio, que se describe en la tabla 5.

TABLA 5. EJERCICIO REALIZADO PARA LA FORMACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE RIESGO.

Describe las opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 1: Salir con una amiga que también toma.

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

OPCION 1

Invitarla al cine o a un lugar en el cual tenga que manejar de regreso

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 1

Pasar un rato agradable, poder platicar sobre la película, no pensar en el alcohol, el saber que tengo que manejar una distancia larga me ayuda a no tomar, pasar más tiempo con ella, ponerme nervioso y a la vez alegre.

OPCION 2

Invitarla a desayunar o tomar una bebida sin alcohol primero y no directamente pedir cervezas

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 2

Tener más tiempo sin consumir alcohol, tener el estómago lleno antes de la cerveza y evitar que se me suba rápido, quitarme la sed con agua o refresco y entonces pedir la cerveza si realmente se me antoja.

OPCION 3

No salir con ella.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 3

Sentirme aburrido, estar deprimido, enojado todo el día.

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

- 1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCION # 2
- 2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? OPCION # 1

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

- A) MI MEJOR OPCION: Opción # 2 (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCION:

Primero la llevaría a un lugar donde podamos desayunar o comer algo, le preguntaría si tiene hambre, en caso de que no la tenga optaría por yo pedir un platillo para compartir y decirle que se me antoja un jugo de naranja, buscaría la manera de que ella también pidiera una bebida sin alcohol o limonada. Conversaría sobre temas en general, de las cosas que le gustan y no de borracheras o problemas familiares. En caso de pedir cerveza, platicaría más de lo que le tomo o bien intercalaría un refresco entre cada cerveza, en caso de que ella me pregunte porque no quiero cerveza le contestaría "porque no se me antoja y además tengo que manejar".

Una vez que quedó claro como hay que realizar los planes de acción se escogieron dos habilidades para no tomar alcohol que podía aplicar en la misma situación, las cuales fueron rehusar el consumo y estar relajado, se escogieron estas dos ya que O. se pone nervioso cuando sale con alguna amiga y también le cuesta trabajo decir que "no" ha una invitación a tomar alcohol. El procedimiento de este ejercicio se presenta en la tabla 6.

TABLA 6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: CREAR ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO.

La técnica utilizada fue el juego de roles. Donde primero se le enseñó a O. como rehusar el consumo con frases asertivas (saber decir NO) y después se le enseñó un ejercicio de relajación mediante la respiración. Cada ejercicio se repitió en tres ocasiones, la primera fue para enseñar una respuesta no asertiva y después la que es asertiva con una repetición.

Pregunta: ¿Quieres una cerveza?

Respuesta:

No, ahorita no (es de tipo no asertiva, porque doy pauta de que al rato si la quiero tomar).

No, gracias (es de tipo asertiva, porque soy directo y firme).

Insistencia: Andale, no seas mala onda solo una para acompañar a los cuates.

Respuesta:

Te dije que no, ya no tomo (no asertiva, soy agresivo y provocho que me sigan insistiendo con tal de probarme si es verdad que ya no tomo).

No, gracias, pero te acompaño con un refresco (asertiva, me mantengo firme en mi decisión y ofrezco una alternativa).

Nueva insistencia: No seas payaso, como con refresco acaso ya te cambiaste de bando.

Respuesta:

¡Acaso no entiendes que ya no tomo!, deberías hacer lo mismo (no asertiva, sube mi agresividad, me enojo y reto al de enfrente)

Te agradezco tu invitación, pero ya te dije que te acompaño con un refresco si es que quieres mi compañía o si lo prefieres te veo mañana (asertiva, recalco mi postura de no tomar y de querer estar con la persona, así como dar una nueva alternativa).

TABLA 6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: CREAR ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO (continua).

RELAJACIÓN

Con ojos cerrados o abiertos.

Inhala profundamente por la nariz procurando que el aire llegue hasta la parte inferior de tu estomago.

Es como se inflaras un globo dentro de tu estomago.

La inhalación debe ser suave y sostenida.

En cada inhalación hay que contar mentalmente del 1 al 5, sostenerla durante 3 segundos y exhalar contando nuevamente del 1 al 5.

Hacer tres repeticiones seguidas.

Al final de los ensayos, se le da la oportunidad a O. de tomar anotaciones para que se los lleve por escrito y los repita como tarea en su casa.

Se le recordó su meta para la semana y se le hizo la observación de que tiene más de una situación en donde existe el consumo y la posibilidad de plantear una meta más realista, por lo que optó por incrementar el número de días de consumo a dos y mantenerse en no rebasar las cinco por ocasión. No se le entregó la lectura cuatro: "Paso 4: nuevo establecimiento de metas" y solo se le encargó seguir con su autorregistro y contestar los ejercicios del paso tres así como practicar las habilidades enseñadas.

Durante la sexta sesión (paso 4), se le preguntó cómo le había ido durante la semana, a lo que contestó que tuvo dos días de consumo, que sólo en uno pudo alcanzar la meta de cinco tragos y que en el otro tuvo un consumo de siete tragos; se revisaron los ejercicios de la lectura tres, donde indicó que su

primera opción para la situación de reunirse con sus amigos, sería de encontrar nuevas actividades para distraerse los fines de semana, como hacer nuevas amistades las cuales no tomen, ya que se dio cuenta que la mayoría de las veces que consume es porque no tiene otra cosa mejor que hacer o bien asistir a centros recreativos no relacionados con el consumo de alcohol. Para su situación de las reuniones familiares su mejor opción es entrar a clases de baile para divertirse en las fiestas de otra forma que no sea consumiendo ó bien estar ocupado como anfitrión. En su última situación la de consumir un día después de una fiesta o reunión, su mejor opción fue la de reducir el consumo durante la reunión, de esta forma no tendría la tentación de curársela al día siguiente. Retomando todos los datos proporcionados se hizo un resumen y se revisó la lectura “Paso 4: nuevo establecimiento de metas” buscando un replanteamiento de su meta inicial la cual sea realista y basándose en su desempeño durante el tratamiento, para establecer por segunda ocasión su meta se le mostró la gráfica de la evolución de su consumo, en donde se mostró su patrón de consumo y con base a éste se le motivó a tomar una sesión adicional, explicando la importancia de que no sólo es plantear las opciones de enfrentamiento sino tener la oportunidad de llevarlas a la práctica, aceptando satisfactoriamente la propuesta, dejando su nueva meta en disminuir su consumo, estableciendo dos días a la semana y no más de seis tragos por ocasión. En esta sesión se tenía que aplicar nuevamente el CCS, pero se dejó pendiente para la sesión adicional.

La sesión adicional fue la última sesión y se dedicó primeramente a saber como le fue en la semana a O., reportó estar satisfecho con su desempeño, ya que a pesar de no anotarlo en su automonitoreo, mencionó haber tenido un consumo en una fiesta de sólo cuatro tragos en toda la noche y una comida de trabajo en la cual sólo consumió dos cervezas, hecho que se le felicitó y motivo a continuar de esta forma. Se le preguntó como lo había logrado, mencionando que puso en práctica lo de las respuestas asertivas, así como de tomar lentamente las cervezas y con alimentos. Posteriormente se revisó toda la información que se tocó a lo largo de las sesiones, haciendo énfasis en los disparadores que pueden desencadenar su consumo excesivo y que es importante considerar constantemente un plan de acción para enfrentar esas

situaciones a pesar de que no siempre salgan como lo planeado es mejor tenerlos a no tenerlos. Se le preguntó si tenía alguna duda o si necesitaba retomar algún tema visto durante el tratamiento, respondiendo negativamente, de esta forma se procedió a la aplicación del CCS encontrando diferencias marcadas, ya que en todas las áreas hubo un aumento de seguridad. Por último se le entregó un nuevo autorregistro recordándole la importancia de su llenado y acordando la fecha de su primer seguimiento, no antes de recordarle que llevará a la práctica las diferentes estrategias para no consumir y la importancia de continuar desarrollando nuevos planes de acción para cada situación que él considerará de riesgo, así como de leer nuevamente su material.

Para finalizar, O. mencionó sentirse satisfecho con su logro ya que el cambio fue notado por su mamá con la cual ya no tenía problemas por su forma de beber y que las habilidades le estaban sirviendo para hacer nuevas amistades y volver a hacer ejercicio.

5. Resultados

Los objetivos propuestos por O. han sido básicamente cumplidos al terminar el tratamiento (reducción del consumo de alcohol y aumento de autoeficacia). En los resultados (ver figuras 6 y 7) existe un descenso en el consumo al final del tratamiento comparado con su LIBARE, a pesar de no llegar a niveles de consumo moderado la meta de O. se ve cumplida. Meta que se vio cumplida durante los primeros seguimientos (1, 3 y 6 meses) con excepción de un evento que se presentó en el segundo seguimiento en donde tuvo un consumo de 15 tragos por motivo de su cumpleaños, después de este evento retomó su meta y se mantuvo hasta tener una nueva recaída (5 ocasiones de consumo de 10 a 15 tragos) entre el tercer y cuarto seguimiento, sin embargo hubo un descenso definitivo a cero tragos después de la última ocasión con exceso de consumo.

Figura 6. Consumo de alcohol de O. del último año obtenido por medio de la aplicación del LIBARE.

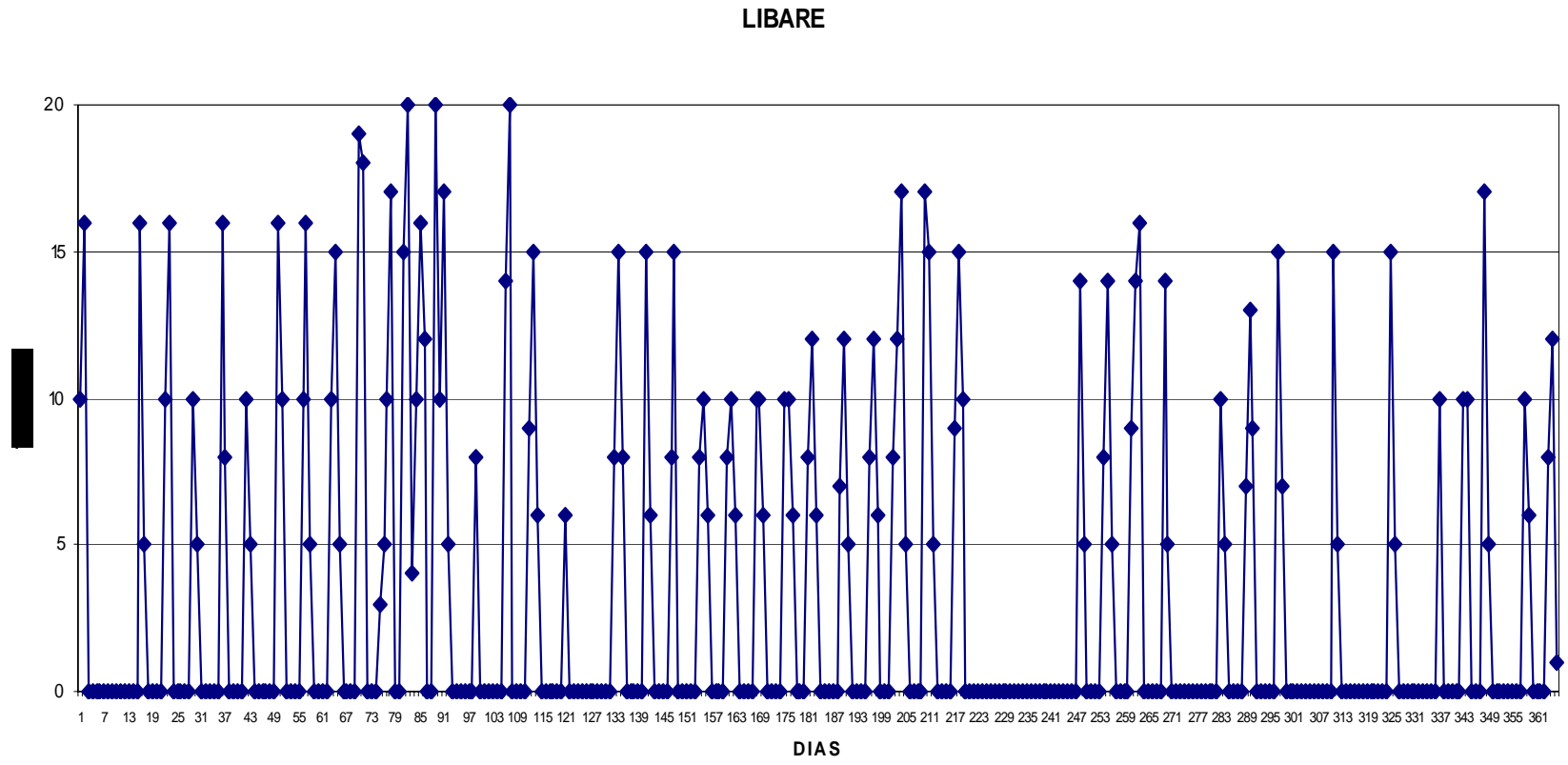
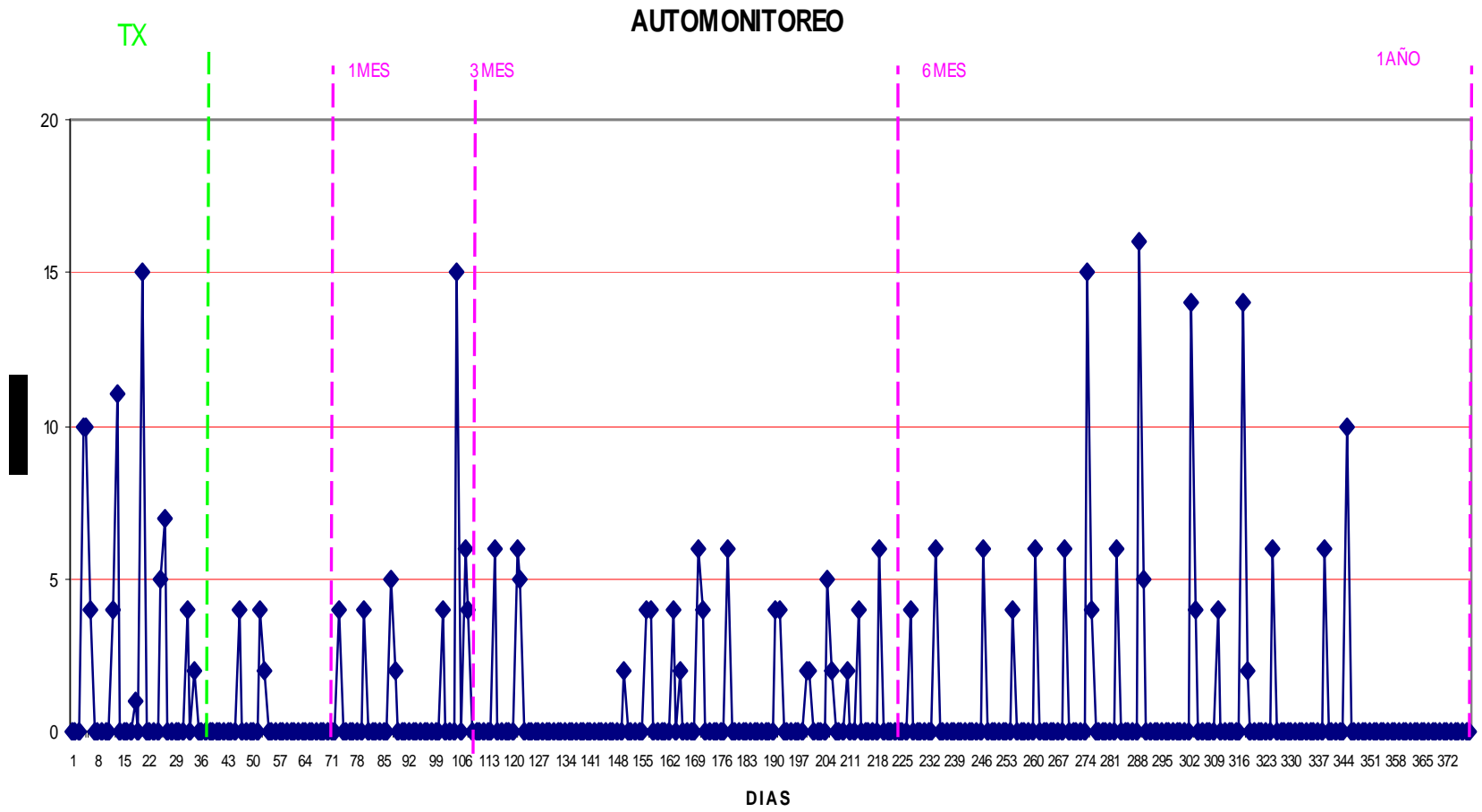


Figura 7. Consumo de alcohol de O. durante el tratamiento (Tx) y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses post tratamiento.



Con respecto a los resultados obtenidos en el CCS durante toda la intervención podemos mencionar que hubo un aumento en la autoeficacia de O. ver figura 8.

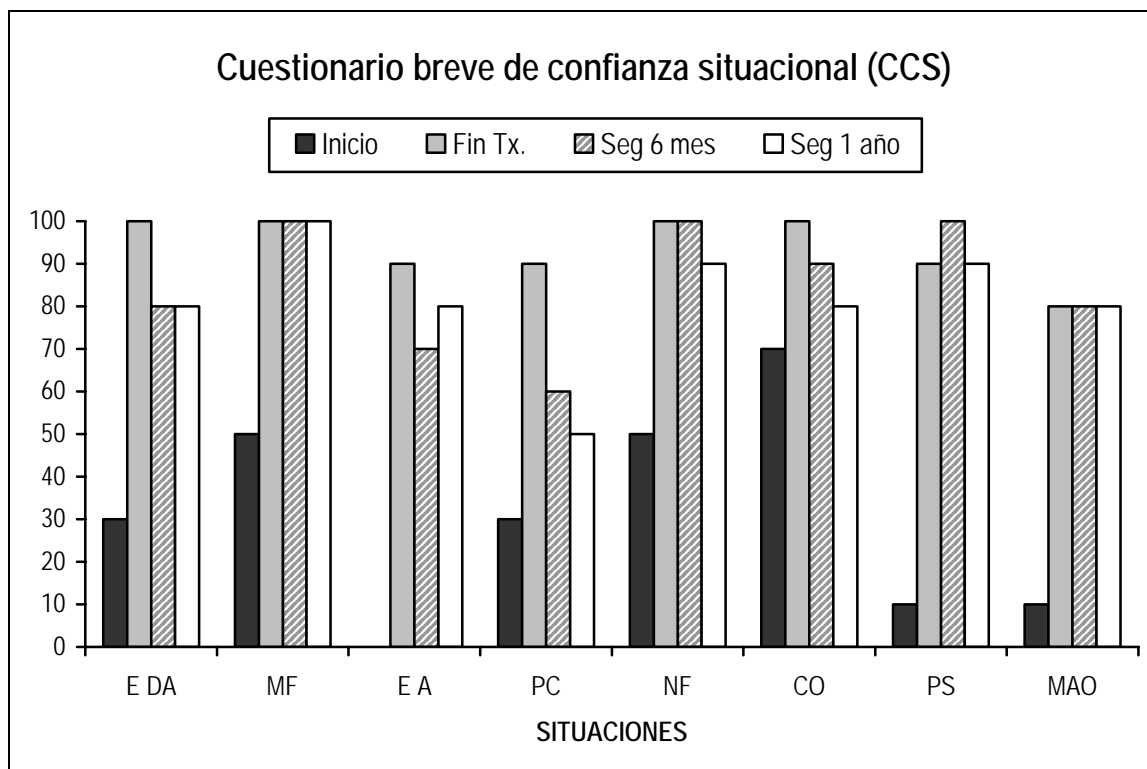


Figura 8. Comparación de la confianza que reportó O. en el CCS aplicado al inicio de la intervención, al final, a los seis meses y al año de concluido el tratamiento. Donde ED = Emociones desagradables, MF = Malestar físico, EA = Emociones agradables, PA = Probando mi control sobre el consumo de alcohol, NF = Necesidad física, CO = Conflicto con otros, PS = Presión social y MA = Momentos agradables con otros.

Mientras que los resultados del ISCA muestran un descenso en casi todas las escalas con excepción de las de probando mi control sobre el consumo de alcohol y en la de presión social, ver figura 9.

De igual forma se pueden ver las comparaciones entre el ISCA y el CCS en la tabla 7, en donde se observa que al aumentar la autoeficacia las situaciones de consumo donde se bebe en exceso tiende a bajar, en el caso de O. las situaciones de probando el control sobre el consumo y la de presión social, mantiene un descenso menor que las otras, a pesar que en esta última su nivel de autoeficacia que reporta O. es alto (90%).

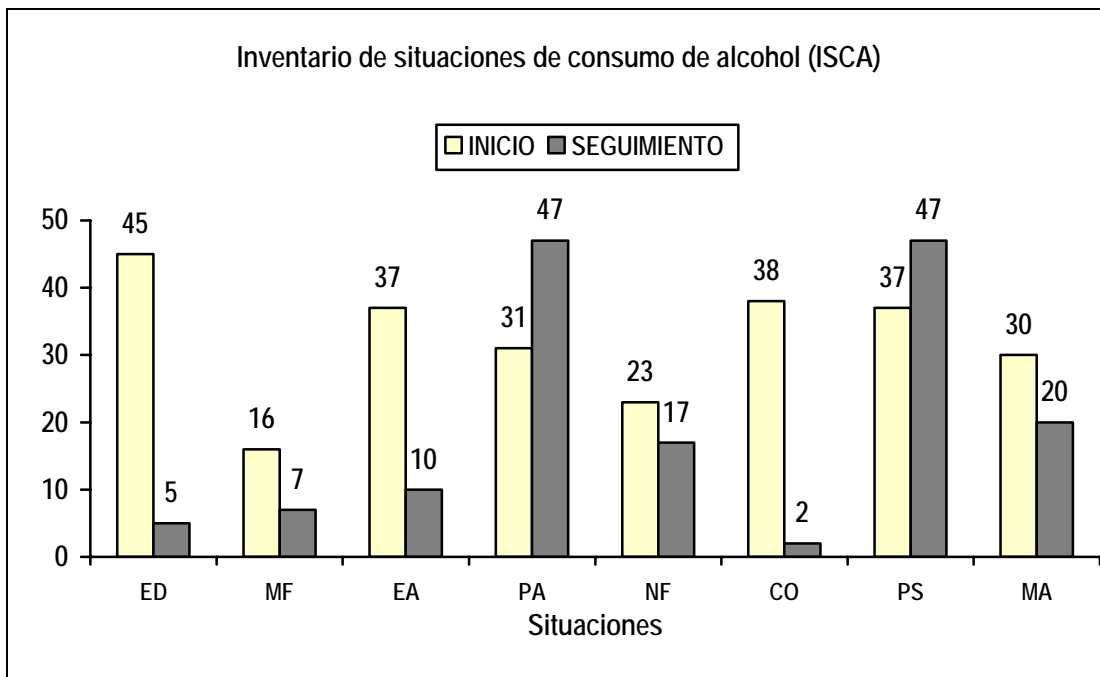


Figura 9. Comparación de las diferentes situaciones de consumo reportadas por O. de acuerdo a los resultados del ISCA. Donde ED = Emociones desagradables, MF = Malestar físico, EA = Emociones agradables, PA = Probando mi control sobre el consumo de alcohol, NF = Necesidad física, CO = Conflicto con otros, PS = Presión social y MA = Momentos agradables con otros.

TABLA 7. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR O. EN EL ISCA Y CCS AL INICIO (I) Y EN EL SEGUIMIENTO (S) A UN AÑO DEL TRATAMIENTO.

SITUACIONES	ISCA (I).	CCS (I)	ISCA (S)	CCS (S)
Emociones desagradables.	45	30	5	80
Malestar Físico.	16	50	7	100
Emociones Agradables.	37	0	10	80
Probando Auto-control.	31	30	47	50
Necesidad Física.	23	50	17	90
Conflicto con otros.	38	70	2	80
Presión social.	37	10	47	90
Momentos agradables con otros.	30	10	20	80

Por último se encontró una reducción notable en el BEDA la cual se presenta en la tabla 8.

TABLA 8. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS POR O. EN EL BEDA AL INICIO Y AL SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL TRATAMIENTO.

	PUNTUACION	NIVEL DEPENDENCIA
BEDA INICIAL	18	MEDIA
BEDA SEGUIMIENTO	3	BAJA

Al término de un año después del tratamiento, O. ha tenido muchos cambios en su entorno, sus problemas con su mamá desaparecieron, está en un equipo de fútbol, comienza una relación de pareja y sobretodo se siente más confiado, a pesar de haber tenido eventos de exceso de confianza en los cuales tuvo las recaídas, éstos se tomaron como proceso de aprendizaje, ya que permitieron a O., por si solo, replantear su meta y considerar la abstinencia ante las situaciones donde se ponga a prueba su control sobre el consumo de alcohol.

6. Seguimientos.

El primer seguimiento se realizó al mes de concluido el tratamiento, primeramente se revisó si O. continuó con su autoregistro, mencionando que no lo había realizado, pero que no había rebasado su meta de seis por ocasión de consumo ni dos días a la semana. Posteriormente se le preguntó si habían surgido dudas o situaciones no contempladas donde pudiera tener un consumo elevado, para lo que mencionó que tenía miedo de recaer en las posadas (ya que el seguimiento se realizó una semana previa a las vacaciones decembrinas), situación que se trabajo mediante la elaboración de planes de acción encaminados a enfrentar ésta, así como fortalecer sus estrategias de rehusar el consumo. Por último se revisaron las consecuencias que se habían presentado desde que cambio su consumo de alcohol, O. comentó que sólo habían sido positivas y que a pesar de no tomar seguía reuniéndose con sus amigos, estaba realizando deporte ya que se integró a un equipo de fútbol y su economía había mejorado.

El segundo seguimiento se realizó a los tres meses, en este se revisó como le había ido con su consumo, O. comentó que se encontraba preocupado y

nervioso, debido a que presentó un consumo elevado (15 tragos) el día de su cumpleaños, al preguntarle el porque de este consumo, respondió: *“es que como era mi cumpleaños y ya no me había emborrachado, pues me di permiso de tomar”*, sin embargo al día siguiente volvió a sentir la cruda moral y decidió no darse permisos ni descuidarse, ya que el confiarse demasiado de que *“puedo controlar mi consumo”* es un disparador para no controlar el consumo y excederse fácilmente, por lo que se trabajó en realizar un plan de acción para las situaciones en las cuales O. podía confiarse y llegar a rebasar su meta. Por último, se le motivó a continuar con su meta y que considerara el no beber en absoluto, en todas aquellas situaciones en donde el tuviera el pensamiento que podía controlar el consumo, así como en aquellas circunstancias en donde se pusiera una meta de consumo. También se le recordó que no dejara de observar su conducta, ni olvidar las razones por las cuales él decidió disminuir su consumo y recordar las consecuencias positivas que ha logrado, en tan poco tiempo, con el simple hecho de disminuir su consumo.

El tercer seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el tratamiento, se revisaron sus planes de acción encaminados a mantener su meta. O. comentó sentirse satisfecho ya que en estos últimos meses no había tenido ninguna recaída y se sentía más seguro de mantenerse así, esto lo logró gracias a no confiarse ni darse permisos y que la mayoría de las veces ha estado por debajo de su meta. Se le aplicó nuevamente el CCS y encontrándose una disminución en algunas áreas (emociones desagradables y agradables, probando el control, y conflicto con otros). Cuando se le preguntó a O. por esta disminución él comentó *“creo que en algunas situaciones pensé que tenía más confianza de la real”*, comentario que sirvió para resaltar el área de “probando el control” que sólo se sentía con un 60% de confianza de rechazar el consumo. Esta área se ha venido trabajando desde el tratamiento, ya que a la fecha aún no se establecen las estrategias adecuadas para enfrentarla, por lo que se le recomendaron lecturas relacionadas con la asertividad, especialmente el libro “Como decir No sin culpas de Eduardo Aguilar Kubli”, por último se le pidió que cuidara mucho el ponerse en un reto entre él y el alcohol porque ya sabíamos quien iba a ganar, asistiendo afirmativamente. Para finalizar, cabe mencionar que O. se encuentra más

relajado y sin culpa, se le nota contento con sus logros y con ganas de seguir trabajando para mantener su meta hasta el próximo seguimiento.

El cuarto y último seguimiento se realizó al año de concluido el tratamiento. Lo primero que se realizó fue preguntarle como había sido su consumo en los últimos meses y respondió que *“ni bien ni mal”*, porque volvió a tener eventos con consumos por arriba de su meta (5 ocasiones de 10 hasta 16 tragos), situación que le preocupó y decidió cambiar su meta de disminución a no tomar en absoluto, ésta última la ha cumplido desde hace un mes y durante este tiempo no ha tenido ganas de consumir, de hecho mencionó O. que *“ni se me antoja”*. Se le felicitó por la toma de decisión y se le preguntó si realmente era lo que el quería, a lo que O. contestó afirmativamente y dijo *“creo que me voy a dar la oportunidad de vivir sin tomar”*, nuevamente se le felicitó por su decisión y se procedió a la aplicación del LIBARE, el ISCA, el CCS y el BEDA. Con estos instrumentos se pudo observar la mejoría de O. sobre su consumo, recomendando el poder seguir realizando sus estrategias para no consumir y de igual forma se le dijo que con esto daba concluido el tratamiento y que su cita quedaba abierta.

VIII. CONCLUSIONES.

El presente reporte profesional pretende reflejar el conjunto de experiencias teóricas y clínicas obtenidas durante el programa de maestría en psicología con residencia en psicología de las adicciones de la UNAM. Este plan de estudios, encamina al profesional de la salud a desarrollar las competencias, conocimientos, actitudes y estrategias adecuadas para la comprensión completa e intervención eficiente del fenómeno adictivo.

Como se revisó en el documento, el avance en el abuso de alcohol y otras drogas sobrepasa al sistema de salud de nuestro país, por lo que es necesario la preparación de nuevos profesionales de la salud que puedan realizar eficientemente tareas de investigación, prevención y tratamiento de personas con conducta adictiva, necesidad social que se ve cubierta por el programa de residencia en psicología de las adicciones.

Por otra parte, es de suma importancia contar con los escenarios adecuados para el desarrollo de las competencias, actitudes y estrategias convenientes para abordar el fenómeno de las adicciones. Se contaron con estos escenarios gracias al programa de estudio de la residencia en adicciones, ya que en el caso de los estudios epidemiológicos se pudo asistir y participar en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente (INPJRF). Para adquirir la competencia sobre prevención se asistió al Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A. C. (INEPAR), el cual cuenta con los recursos físicos y académicos para fomentar el aprendizaje de calidad en los profesionales de salud en el ámbito de la prevención. Con respecto a la adquisición de la experiencia clínica para la atención de pacientes con dependencia a alguna droga se asistió al centro de servicios psicológicos Acasulco de la Facultad de Psicología (UNAM), en el cual se aplicaron los modelos de intervención breve para fumadores, para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas, y el de autocambio dirigido para bebedores problema. Cabe mencionar que se llevan a la práctica otros modelos como es el de usuarios de cocaína y el de adolescentes quienes se inician en el consumo de sustancias adictivas, en los

cuales mi participación sólo fue de conocerlos desde su marco teórico y que por falta de tiempo (terminó la maestría) no pude llevarlos a la práctica.

En este trabajo, se hace hincapié en el consumo del alcohol por ser la droga de mayor consumo y por ser la primera por la cual solicitan tratamiento las personas dependientes en este centro de atención, además de ser la droga primaria del reporte de caso que se presentó. A pesar de que no se pudo realizar la práctica clínica en el modelo de cocaína, obtuve las bases necesarias para poder hacerlo en un futuro. Es importante considerar que la atención a los usuarios consumidores va a partir de la droga que consumen, ya que cada tipo de drogas tiene sus características particulares sobre todo a nivel de efectos en el organismo, por lo que en el caso de la cocaína, heroína, inhalantes y dependencia severa al alcohol, se debe considerar el trabajar conjuntamente con un tratamiento médico-psiquiátrico para lograr la recuperación total de la persona sin poner en riesgo su integridad física, mental y emocional.

En resumen, concluyo que nuestra actual sociedad necesita contar con los recursos necesarios para enfrentar el creciente problema de las conductas adictivas, por lo que nosotros como especialistas en el campo de las adicciones tenemos la obligación de poner al servicio de la comunidad, de manera eficaz y oportuna, los diversos avances en el campo de las adicciones en las áreas de detección, prevención, atención primaria y rehabilitación, así como de intervenir en la creación y modificación de las políticas de salud pública.

Por último, puedo mencionar que la adquisición de las habilidades expuestas en este reporte, es el producto de las clases, cursos, seminarios, congresos y sobretodo de la práctica clínica que se llevaron a cabo durante esta residencia, así como de la supervisión y excelente orientación de los profesores y tutores.

A N E X O S

ANEXO 1.

ANTEPROYECTO: EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN BREVE COMBINADA CON TERAPIA DE REEMPLAZO EN DOS MODALIDADES PARA FUMADORES CON DEPENDENCIA SEVERA.

Realizado para la materia de “Diseños de investigación”, impartida por el profesor Dr. Ariel Vite Sierra.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que hay casi 1,100 millones de fumadores en el mundo. Del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias.

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2000 indican que el 28% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana son fumadores activos, lo que representa más de 13 millones de personas fumadoras, además, 53% de la población son fumadores involuntarios o pasivos, lo que lleva a señalar que 7 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, se encuentran en mayor o menor grado expuestas a los daños que el tabaco ocasiona. También se señala que de los usuarios de tabaco, el 72.5 % fueron clasificados como fumadores leves (1 a 5 cigarros), 18.8 % como moderados (6 a 15 cigarros) y el 8.7% como dependientes (consumo diario de 16 o más cigarrillos).

En México, se registran 147 muertes cada día a causa del tabaquismo y numerosos casos de enfermedades asociadas, las cuales podrían prevenirse. Por lo que el tabaquismo se ha considerado como uno de los principales problemas de salud pública no sólo en nuestro país sino en todo el mundo. Como un intento por solucionar dicho inconveniente, se han desarrollado diferentes estrategias como son las relacionadas con los impuestos, programas publicitarios, programas educativos dirigidos a la población en general y programas para ayudar a los fumadores a dejar este hábito. En relación a esta última estrategia, existen diversos programas que van desde recomendaciones realizadas por médicos y/o familiares con duración de 15 minutos hasta programas multidisciplinarios de 15 sesiones ó más, donde participan acondicionadores físicos, médicos, nutriólogos, neumólogos y psicólogos (WHO, 2001).

En las últimas dos décadas, se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve, basadas en la teoría del aprendizaje social que han mostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento de acciones específicas para la solución de problemas de uso de sustancias. Estas alternativas se caracterizan por emplear técnicas de autocontrol, prevención de recaídas y entrevista motivacional. Con base en el modelo de la teoría del aprendizaje social, en México se realizó una investigación para evaluar el modelo de autocontrol dirigido para bebedores problema y los resultados obtenidos mostraron una gran efectividad para esta problemática (Miller y Rollnick, 1991; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Posteriormente, retomando los mismos supuestos teóricos y metodológicos, Lira (2002), desarrolló y evaluó una intervención breve para fumadores con 10 usuarios, los resultados mostraron cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), comparando las mediciones de los datos a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento aun mes. Así mismo, se observaron cambios en

indicadores relacionados a la confianza situacional de los sujetos para el consumo de tabaco (auto-eficacia) que permitieron evaluar su efectividad.

Por otra parte, diferentes investigaciones señalan que al combinar los diferentes tratamientos de terapias sustitutivas (Terapias de Reemplazo Nicotínicas) con técnicas conductuales, la efectividad de estos tratamientos se incrementa considerablemente (Sansores y Ramírez, 2001; Shiffman, Manson y Henningfield, 1998).

Por ejemplo, Hall, Tunstall, Ginsberg, Benowitz y Jones (1987), trabajaron con 30 fumadores que consumían 30 cigarros por día, formando cuatro grupos: chicle de Polacrilex (2mg) – tratamiento breve, placebo- tratamiento breve, chicle de Polacrilex (2mg)- tratamiento conductual y placebo- tratamiento conductual. El tratamiento breve (5 sesiones), consistió en completar ejercicios sobre las razones de fumar, lectura de materiales educativos que describían las técnicas para dejar de fumar y las consecuencias de continuar fumando, participación en grupos de discusión y elección de técnicas específicas para dejar de fumar. El tratamiento conductual (14 sesiones) consistió en un entrenamiento en prevención de recaídas, ejercicios para incrementar su compromiso, fumar aversivo de 3 cigarros en 6 segundos. Los resultados mostraron que en los grupos de chicle Polacrilex (2mg)- tratamiento breve y el grupo chicle de Polacrilex (2mg) - tratamiento conductual el 50% y el 34% de sujetos respectivamente se mantuvieron en abstinencia después de 13 meses.

En otro estudio, se comparó el efecto del chicle de Polacrilex (2mg) con un régimen fijo y una administración libre combinado con un programa breve conductual de prevención de recaídas. Los resultados mostraron que quienes recibieron chicle de polacrilex fue más probable que fueran abstinentes que quienes no lo recibieron en el seguimiento a los dos y seis meses. El grupo de administración fija del chicle mostró ser más efectivo que la administración libre. El grupo de administración fija del chicle fue significativamente más probable reportar el empleo de lo aprendido en el programa de prevención de recaídas (Killen, Fortmann, Newman y Varady, 1990).

Fortmann y Killen (1995) compararon el efecto del uso del chicle, el empleo de un programa de prevención de recaídas (basado en la lectura de folletos), incentivos y la combinación del chicle con el programa de prevención de recaídas en fumadores leves y dependientes. La aplicación de dichos tratamientos mostró que el chicle incrementó la abstinencia, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los grupos de tratamiento en prevención de recaídas e incentivos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre fumadores leves y dependientes en el efecto del uso del chicle, sin embargo, en los seguimientos los fumadores dependientes tuvieron una probabilidad significativamente superior a tener una recaída.

De tal forma, que pocas investigaciones en México se han enfocado a evaluar sistemáticamente la efectividad de intervenciones breves en combinación con terapias sustitutivas. En este sentido, el objetivo del presente proyecto es evaluar la efectividad de un programa de intervención breve para fumadores con dependencia severa a la nicotina (fumen más de 15 cigarros al día) combinado con el uso de dos modalidades de terapia de reemplazo nicotínica (chicles e inhalador con nicotina).

El programa de intervención breve (6 sesiones), se caracteriza por emplear técnicas de auto- control, análisis funcional de la conducta de fumar, y la identificación de situaciones de riesgo para promover un cambio en la conducta de fumar, mientras que la terapia sustitutiva de nicotina se caracteriza por incorporar al organismo la nicotina a dosis terapéuticas para eliminar gradualmente posteriormente sin los efectos del síndrome de abstinencia. Por lo anterior la siguiente metodología será encaminada a responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad del programa de intervención breve para fumadores combinado con el uso de dos modalidades de terapia de reemplazo nicotínica (chicles e inhalador con nicotina) en la reducción del consumo de tabaco en fumadores con dependencia severa, es decir, fumen más de 15 cigarrillos al día?

Y alcanzar los siguientes objetivos:

Obtener la efectividad del programa de intervención breve para fumadores combinado con el uso de dos modalidades de terapia de reemplazo nicotínica (chicles e inhalador con nicotina) para personas con dependencia severa a la nicotina.

Analizar si esta modalidad de intervención es efectiva para la reducción o abstinencia del consumo de tabaco.

Proporcionar una alternativa de tratamiento para las personas con una dependencia severa a la nicotina que sea eficiente, efectiva y eficaz.

Evaluar el impacto a largo plazo de este tratamiento en el mantenimiento de la meta propuesta por el paciente con respecto a su consumo (reducción o abstinencia).

METODO.

Sujetos.

El estudio se conformará con 5 sujetos que cumplan los siguientes criterios:

Inclusión:

- Saber leer y escribir.
- Tener entre 30 y 45 años de edad.
- Tener un nivel de dependencia severa.
- No tener adicción con otras drogas.
- No presentar alguna enfermedad física (hipertensión, diabetes, tiroides, problemas cardíacos o pulmonares, no haber presentado en el último mes dolor de pecho, úlceras, o algún tipo de cáncer).
- No estar tomando algún medicamento por prescripción médica o por auto-medicación.
- No presenten trastornos psiquiátricos
- Estar de acuerdo con lo planteado en el formato de "Consentimiento Informado".

Exclusión:

- Presentar reacciones secundarias adversas ante la utilización de la terapia de reemplazo nicotínica.
- Que se les diagnostique alguna enfermedad física durante el transcurso del tratamiento.

Escenario.

Centro Comunitario "Acasulco" de la Facultad de Psicología, U. N. A. M.

Equipo y material.

Instrumentos de evaluación:

- Cuestionario de Pre- Selección: El objetivo es conocer si el usuario cubre los criterios de inclusión para participar en el programa como la presencia de alguna enfermedad que requiera atención médica.
- Consentimiento Informado: Su objetivo es explicar las características de la intervención (número de sesiones, duración, etc.) e informarle al usuario que la intervención forma parte de un proyecto de investigación.
- Entrevista inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998): El objetivo de la entrevista inicial es obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y drogas.
- Cuestionario de nivel de dependencia para fumadores de Fagerström (Sansores y Espinosa, 1999), el objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con: frecuencia de consumo (número de cigarros por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarro de la mañana y control del consumo.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998): El objetivo es obtener una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo ó con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0 % (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar.
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función de número total de días de consumo, numero total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo y de consumo excesivo en los últimos 60 días. Se aplica por un entrevistador con una serie de apoyos para ayudar a las personas a recordar su consumo diario como: calendario, días festivos, días de abstinencia y de consumo.

Material para la intervención breve.

- Auto- Monitoreo para fumadores: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalar situaciones de consumo y hora de consumo durante y después de la aplicación del programa.
- Folleto No. 1 "Información general": el objetivo es proporcionar al usuario información general sobre el consumo de tabaco a través de plantear preguntas y respuestas generales sobre la supresión del cigarro.

- Folleto No. 2 “Identificación de situaciones de riesgo”. El objetivo es que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo de tabaco y consecuencias a corto y a largo plazo.
- Folleto No. 3 “Desarrollo de planes de acción”: El objetivo es que el usuario plantee opciones y desarrolle planes de acción para las situaciones de riesgo identificadas.

Material para la Terapia de Reemplazo Nicotínica.

- Goma de mascar con 2mg de nicotina.
- Inhalador con 10mg de nicotina.

Equipo y material de laboratorio para la realización de prueba de cotinina en orina.

Variable independiente.

Intervención Breve combinada con dos modalidades de Terapia de Reemplazo Nicotínica (goma de mascar e inhalador).

Variables dependientes.

Consumo de cigarrillos y nivel de nicotina (cotinina en orina).

Diseño experimental.

Se utilizará el diseño de criterio cambiante, en donde se considerará la meta del paciente y el nivel de nicotina para el establecimiento de cada criterio.

Procedimiento.

Los usuarios que completen la Ficha de admisión del centro Acapulco y reporten la problemática de tabaquismo, serán contactados para acordar una cita para la sesión de admisión en la cual se aplicarán los instrumentos que permitirán conocer si el usuario cumple con los criterios de inclusión, así mismo se le explicará la estructura del programa y objetivos.

Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y obtengan un nivel de dependencia severa de acuerdo a la clasificación del Cuestionario de Fargeström se les realizará una prueba de cotinina en orina para corroborar y establecer el nivel promedio de nicotina que consume por día.

A partir de la sesión de admisión se entregará un autorregistro el cual servirá para llevar un control del consumo de cigarrillos, chicles e inhalador (a partir de la sesión uno, ya que se establezca el nivel de nicotina por día), con base a la meta establecida por el usuario.

A los pacientes seleccionados se le aplicará individualmente el “Programa de auto cambio dirigido para fumadores” que se caracteriza por ser una intervención breve que utiliza retroalimentación personalizada, técnicas de la entrevista motivacional, balance decisional, metas auto-seleccionadas, auto-monitoreo, lecturas breves y tareas. Conjuntamente se les proporcionará la terapia de reemplazo nicotínica (chicles e inhalador), con tal de mantener y reducir gradualmente sus niveles de nicotina en sangre. Es importante mencionar que los usuarios seguirán fumando cigarrillos a la

par de que consuman la goma de mascar y el inhalador, sin rebasar el nivel de nicotina en sangre por día establecido previamente con los estudios de laboratorio. Ya que se busca ir sustituyendo gradualmente los cigarros por la goma o inhalador según sea el caso y posteriormente reducir el nivel de nicotina en sangre.

Con el transcurso de las sesiones se disminuirá gradualmente el consumo de cigarrillos, chicles e inhalador con nicotina, para lo cual en cada una de las sesiones se sacará el nivel de nicotina a alcanzar (criterio-meta).

Al termino de la intervención el usuario dejará la terapia de reemplazo nicotínica y se volverá a realizar un análisis de cotinina en orina al mes y año de haber terminado el tratamiento.

Consideraciones éticas.

El estudio incluye un aspecto que pudiese afectar al paciente, que son las reacciones secundarias a la aplicación de la terapia de reemplazo de nicotina, por lo que se vigilará constantemente estas reacciones y a la mínima aparición se le suspenderá al paciente esta terapia y será canalizado a un especialista para la atención de estas reacciones y a otra modalidad de intervención para su adicción a la nicotina.

A los participantes se les dará una carta de informado donde se establecen las obligaciones y derechos por parte de la institución y de los pacientes que decidan participar, así como de las complicaciones que se pudieran presentar con la aplicación de la goma de mascar e inhalador con nicotina.

La participación de los pacientes será de carácter voluntario y no se condicionará en ningún momento la atención del centro para su adicción a la nicotina.

Limitaciones del estudio.

Se tiene, como sucede siempre en estudios similares, algún sesgo respecto a la selección de la población estudiada.

La participación de los sujetos, ya que al ser voluntaria se considera una deserción o bien pocas personas interesadas en participar.

Es un estudio largo, ya que se necesita seguimientos a los 6, 12, 18 y 24 meses, por lo que mantener a los sujetos completos se dificulta.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para realizar el análisis de los datos que se obtengan, se hará un análisis de inferencia visual. Con base en el diseño de criterio cambiante, se evalúan los cambios de la variable dependiente por medio de la graficación de los resultados de cada sujeto. Se evaluarán los cambios en el nivel, tendencia y estabilidad de la conducta (patrón de consumo) por medio de una serie temporales de mediciones (Kazdin, 1982).

De acuerdo con este análisis, se evaluará el programa de intervención, con base a cambios en patrón de consumo de cigarros comparando las mediciones de los datos a lo largo de las fases de línea base y tratamiento. Asimismo otro de los indicadores que permitirán evaluar el programa se refiere al nivel de cotinina que presenten en la segunda y tercera aplicación.

DISCUSIÓN.

A partir de la aplicación del programa de intervención breve combinada con terapia de reemplazo para fumadores con niveles severos de dependencia se discutirán:

- Los efectos específicos en el patrón de consumo (función del número días en que permanecían abstemios y la estabilidad en la fase de seguimiento) y los cambios en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo (en función del perfil observado antes de la aplicación del programa, Marlatt y Gordon , 1985; Miller, & Rollnick, 1991).
- Discutir los resultados y su impacto a largo plazo en relación a otras investigaciones.
- Discutir y cuestionar la efectividad reportada en investigaciones anteriores ya que, generalmente se señala que existe una efectividad del tratamiento pero sin mencionar específicamente con qué tipo de personas funciona, por ejemplo no se menciona el número de cigarros que fuma la persona, si era dependiente ó no, sexo, con historia de depresión, etc.
- Discutir la falta de criterios específicos y claros que permitan realizar una selección entre las diferentes terapias farmacológicas ó de reemplazo.
- Discutir si existen fallas en la evaluación de la dependencia a la nicotina, lo que impide el progreso hacia el entendimiento de su rol en la cesación de fumar. Algunos entiende la dependencia a la nicotina como física y conductual y otros solo la consideran como física exclusivamente, evaluándola a partir del grado en que la nicotina controla la conducta, de la severidad de los síntomas de abstinencia, la dosis auto administrada diariamente. El cuestionario de Fagerström fue diseñado para medir la dependencia física y así poder identificar a las personas que puedan beneficiarse de las terapias de reemplazo con nicotina.
- Discutir opciones propuestas en los últimos años debido a la falta de resultados positivos: por ejemplo las terapias de reducción del daño.
- Discutir la efectividad de esta modalidad de intervención con las ya existentes considerando las ventajas y desventajas que puede presentar.

REFERENCIAS.

Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría L. y Gutiérrez L. M. (1998). Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa. UNAM.

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

Encuesta Nacional de Adicciones de México (2000). Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría "Ramón de la fuente", México.

Fortmann, S. y Killen, J. (1995). Nicotine gum and self-help behavioral treatment for smoking relapse prevention: Results from a trial using population-based recruitment. Journal of Consulting y Clinical Psychology. Vol. 63(3), Jun, 460-468.

Hall, S., Tunstall, C., Ginsberg, D., Benowitz, y Jones, R. (1987). Nicotine and Behavioral Treatment: A Placebo Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 603- 605.

Kazdin, A. E. (1982). Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings. New York: Oxford University Press. Cap.7. Changing-Criterion Designs.

Killen, J., Fortmann, S., Newman, B. y Varady, A. (1990). Evaluation of a Treatment Approach Combining Nicotine Gum With Self- Guided Behavioral Treatments for Smoking Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 85-92.

Lira, M. J. (2002). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para la Adicción a la Nicotina. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM: FES- Iztacala.

Marlatt, G. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

Miller, R. W. y Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.

Sansores, H. R. y Espinosa, A. M. (1999). Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para dejar de Fumar del Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias. México: INER, Secretaria de salud.

Sansores, R. y Ramírez, A. (2001). Alternativas de tratamiento. CONADIC Informa, Mayo, 19-21.

Shiffman S. (1982) "Relapse following smoking cessation: A situacional analysis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50. 71- 86.

Shiffman, S., Manson, K. M. y Henningfield (1998). Tobacco Dependence Treatments : Review and Propectus. *Annual Review Public Health*, 19, 335-358.

World Health Organization Europe. Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. (2001). Consultado Febrero 10, 2001, de <http://www.who.int/>

ANEXO 2

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA: NEUROTOXIDAD DE LAS DROGAS DE DISEÑO. MDA, MDMA (Éxtasis), MDEA y MBDB, DOM y DOB, 2-CB y SMARTDRUGS.

RESUMEN.

El amplio grupo de drogas sintéticas o de diseño derivadas de las anfetaminas se encuentran en continua renovación, debido al aumento del consumo de estas y de una forma alterna de burlar las leyes antidrogas. Entre estas podemos encontrar 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), 3,4-metilendioximetanfeta-mina (MDMA), 3,4-metilenedioxi-n-etilamfetamina (MDEA), 3,4-metilenedioxi-fenil-butano (MBDB), 2,5-dimetoxi-4-metilamfetamina (DOM), 2,5-dimetiloxi-4-bromoanfetamina (DOB), 2,5-dimetoxi-4-bromo-feniletilamina (2-CB) y las Smart Drugs. El estudio de su mecanismo de acción implica la participación de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina, con un complejo comportamiento que da lugar a una difícil interpretación de los múltiples efectos aparecidos durante su consumo. En esta revisión sobre la neurotoxicidad de las drogas de diseño se encontró que aun existen interrogantes sobre la repercusión de estas sustancias sobre el organismo, sobretodo en las de reciente aparición, debido a la poca información que se tienen de sus compuestos ya que día a día éstos son modificados con tal de evadir la ley. A pesar de esto se puede observar que tienen una alta toxicidad a corto y largo plazo y que su daño en las vías dopaminérgicas y serotoninérgicas de varias regiones cerebrales conducen a cuadros psiquiátricos severos como la psicosis.

PALABRAS CLAVE: Anfetaminas, éxtasis, MDA, MDMA, MDEA, MBDB, DOM, DOB, 2-CB y las Smart Drugs, dopamina, serotonina, neurotoxicidad, farmacología, toxicología.

INTRODUCCIÓN.

Como consecuencia directa de la prohibición de los alucinógenos y las llamadas "drogas duras", entre 1970 y 1980 cientos de laboratorios clandestinos en los Estados Unidos comenzaron a sintetizar compuestos químicos similares en estructura y efecto a las drogas prohibidas. Estos nuevos compuestos recibieron genéricamente el nombre de drogas de diseño (*designer drugs*). Ninguno de ellos es un alcaloide que se pueda aislar directamente de una planta, todos se obtienen a través de procesos químicos de mayor o menor complejidad.

Las drogas de diseño pueden clasificarse básicamente en tres tipos:

- a) Agentes destinados a imitar los efectos de los opiáceos (blanca china, *Tango* y *Cash*, *belladona*, *nueva heroína*).
- b) Agentes diseñados para sustituir a la cocaína (cocaína en cristal, *nieve de coco*, *cocaína sintética*).
- c) Sustancias que podríamos llamar originales debido a la novedad de sus efectos (*píldora del amor*, *éxtasis*, *Venus*, *expediente X*, *STP*, etc.).

A nivel químico, pertenecen al grupo de feniletilaminas, que es el resultado de una cruce entre enteógenos y anfetaminas, por lo que algunos las llaman anfetaminas alucinógenas o anfetaminas visionarias. Si a nivel de estructura química este término puede ser exacto, mientras que a nivel de efectos sensoriales no funciona, ya que

estas drogas tienen un "carácter" particular. Aunque pueden llegar a ocasionar alteraciones en la percepción cromática, táctil y auditiva, ninguna feniletilamina posee auténticas propiedades alucinógenas. Por otra parte, en dosis moderadas tampoco inducen efectos similares a los de la anfetamina. Según Antonio Escohotado (1990), son fármacos sin potencia como estimulantes y de escaso o nulo poder visionario, pero son capaces de inducir una experiencia emocional de tal magnitud que suspende las etiquetas e inhibiciones, creando en los individuos una especie de sentimiento difuso de amor y benevolencia. Para él, lo psicodélico de estos compuestos se relaciona con alteraciones en la esfera emocional más que con el ámbito de la percepción.

En la actualidad, la investigación que se realiza sobre las anfetaminas está impulsada por el abuso que se hace de los derivados de consumo como el éxtasis. Los avances científicos muestran un mecanismo de acción complejo, debido a la analogía estructural con los neurotransmisores y la capacidad para actuar sobre diversas áreas del cerebro con los subsiguientes efectos.

La visión farmacológica de las anfetaminas es compleja y se encuentra en constante actualización, bien sea por la síntesis de nuevos compuestos o bien por el hallazgo de nuevos mecanismos que intentan explicar sus efectos entactógenos y tóxicos. Dentro de la denominación de las anfetaminas se incluyen todas aquellas sustancias derivadas de la estructura de fenilisopropilamina, las cuales se han agrupado en: anorexígenas (anfetamina, fenfluramina, fenproporex, anfepramona y clobenzorex), entactógenas (metanfetamina, éxtasis, MDA, MDEA y MBDB) y alucinógenas (DOM, DOI, STP y PMA).

FARMACOCINÉTICA.

Todos los derivados anfetamínicos se absorben bien por vía oral, desarrollando sus efectos en los próximos 30 minutos, se distribuyen por todo el organismo atravesando muy bien la barrera hematoencefálica favoreciendo la acumulación en el cerebro, riñón y pulmón. Son potentes agonistas catecolaminérgicos; actúan directamente en los receptores membranales de la adrenalina, noradrenalina y serotonina, e inhiben su recaptura por las terminales nerviosas, lo que produce un efecto prolongado a nivel de los receptores.

Las píldoras de MDA se administran de manera oral acompañadas con líquidos. Esta droga empieza a actuar entre los 30 y 60 minutos después de la ingestión, alcanzando un máximo a los 90 minutos y presentando una duración de entre 8 y 12 horas. Al llegar al cerebro la MDA se fija en los receptores adrenérgicos estimulando el SNC, con ello aumenta el nivel de vigilia, provoca una sensación de bienestar físico e intensifica las percepciones sensoriales y emocionales (Armstrong y Noguchi, 2004).

La MDMA se presenta en forma de píldoras, su absorción es más rápida y completa si ésta se coloca debajo de la lengua; en el caso de las cápsulas, regularmente se disuelven en jugos o aguas de frutas. Un modo alternativo de tomarla es a través de la aspiración, en cuyo caso produce un efecto más inmediato aunque su duración se reduce. Los efectos comienzan a notarse entre los 20 y los 60 minutos posteriores a la ingestión, su acción máxima se presenta entre una y dos horas después; tras lo cual disminuye progresivamente hasta desaparecer entre las cuatro y las seis horas. Al llegar al cerebro, la MDMA provoca la liberación de dopamina y noradrenalina. Estimula el sistema nervioso central provocando alteraciones en la esfera emocional (Armstrong y Noguchi, 2004; Steele, McCann y Ricaurte, 1994).

Tanto la MDEA como la MBDB se obtienen aislando un aceite de la nuez moscada y tratándolo con amoníaco. Se administran por vía oral, tardan aproximadamente 45 minutos en llegar al cerebro y sus efectos permanecen entre 3 y 5 horas en el caso de la MDEA y entre 4 y 6 horas la MBDB. Se cree que interactúan principalmente con los receptores de dopamina y noradrenalina activando el SNC y generando leves alteraciones en la percepción sin producir fenómenos de despersonalización. Las dosis bajas de la MDEA se calculan entre 50 mg; las medias entre 100 y 150 mg; las altas en 200 mg. Respecto a la MBDB las dosis bajas son de 80 a 100 mg, las medias están entre los 150 y 180 mg y las altas entre los 200 y 210 mg. Todavía no hay, en ninguno de los dos casos, reportes sobre una dosis letal, pero puede suponerse que se hallará superando los 500 mg (Colado, Granados, O`Shea, Esteban y Green, 1999)

Tanto la DOB como la DOM son feniletilaminas diseñadas a partir de las estructuras químicas de la mezcalina y la anfetamina. Se administran oralmente. Sus efectos completos no se perciben sino hasta 2 horas después de su administración y pueden durar entre 14 y 20 horas en el caso de la DOM y entre 18 y 30 horas en el caso de la DOB. Mediante el escáner corporal se ha descubierto que la DOB se dirige en primer término hacia los pulmones, y es sólo después de esto que la verdadera actividad metabólica está disponible para interactuar en el Sistema Nervioso Central, lo cual es consistente con la tardanza en comenzar sus efectos y su larga duración. En cuanto a la DOM, se sabe que al entrar en contacto con el cerebro, genera una estimulación sináptica en los receptores adrenérgicos que ocasiona euforia y leves alteraciones perceptivas. Ambas drogas son muy potentes. En el caso de la DOM, la dosis activa mínima reportada por su descubridor es de 2 mg, las dosis medias van de 3 a 6 mg, las altas de 8 a 10 mg. En cuanto a la DOB, su dosis activa mínima es de 1 mg, la media de 2 mg y la dosis elevada es de 3 mg. Dosis superiores a las altas pueden considerarse muy peligrosas en ambos casos. Hay un reporte forense que refiere 9 mg como causa de muerte por grave sobredosis de DOB (Marek y Aghajanian, 1996).

La 2-CB es una feniletilamina diseñada a partir de la mezcalina. Esta droga se consume por vía oral. Los efectos comienzan entre los 15 y 25 minutos y se prolongan de 2 a 4 horas. Parece ser que cuando llega al cerebro, la 2-CB se fija a los receptores de dopamina, adrenalina y noradrenalina. En dosis altas es un intenso visionario, mientras que en dosis menores es un suave amplificador sensorial. Las dosis bajas se calculan entre 5 y 10 mg, las dosis medias entre 12 y 24 mg; las altas entre 25 y 30 mg; aunque no hay reportes específicos, dosis letales pueden sobrepasar los 65 mg (Sallés y Dierssen, 1995).

Todas las smart drugs se ingieren por vía oral y sus mecanismos de acción son muy variados. Los productos farmacéuticos originales tienden a aumentar las propiedades funcionales del cerebro a través del aumento de conexiones neuronales al mejorar los niveles de neurotransmisión química que llevan señales eléctricas de una célula a otra. Esto ocasiona que una persona pueda memorizar y correlacionar mucha más información en relación con su capacidad ordinaria. El resto de las drogas de esta categoría que en realidad son imitaciones de otros psicoactivos no actúan de esta manera y en la mayoría de los casos se desconoce su mecanismo de acción (Escohotado, .1990)

NEUROFISIOLOGÍA.

Las anfetaminas involucran varios neurotransmisores en su mecanismo de acción como son la dopamina (DA), serotonina (5-HT), GABA, adrenalina (A) y noradrenalina (NA).

Sus efectos principales se observan en la corteza cerebral, el tallo cerebral y la formación reticular. Al actuar en estas estructuras hay activación de los mecanismos del alertamiento, aumento en la concentración mental, mayor actividad motora, disminución de la sensación de fatiga, elevación del estado de ánimo, inhibición del sueño y del hambre (Armstrong y Noguchi, 2004; Steele, McCann y Ricaurte, 1994; Gold, Geyer y Koob, 1989).

Los mecanismos de la acción anorexígenas son consecuencia de dos mecanismos diferentes: 1) El incremento de la liberación de DA en la hendidura sináptica del hipotálamo lateral, se produce tanto por el bloqueo del proceso de recaptura como por el aumento de la liberación de neurotransmisor, ya que la d-anfetamina desplaza a la DA de sus depósitos citoplasmáticos no granulares, con la consiguiente depleción del neurotransmisor (Liang y Rutledge, 1982). Y 2) Una inhibición en la recaptación de 5-HT por desplazamiento del neurotransmisor de su transportador presináptico específico. Este mecanismo parece más selectivo para fármacos como fenfluramina y dexfenfluramina, las cuales también liberan serotonina de los depósitos intracelulares y activan receptores 5-HT1 (Flórez, 1997).

Mientras para los derivados entactógenos y alucinógenos el mecanismo de acción mixto, similar al de las anorexígenas, en el que intervienen liberación de DA en varias áreas cerebrales (corteza motora, hipotálamo y sistema límbico) y la inhibición de la recaptura de serotonina. Para las anfetaminas alucinógenas (DOM, DOI, STP) se ha comprobado la existencia de una afinidad por los receptores 5-HT2A (Freo, 1996), que sería mucho menor para derivados del tipo MDMA y que coincide con el mecanismo propuesto para alucinógenos como el LSD (Marek y Aghajanian, 1996).

Para los derivados de estructura fenilisopropilamina se explican mediante el mecanismo de aminas simpaticomiméticas, que se caracteriza por la estimulación directa, de receptores adrenérgicos, como indirecta, mediante el incremento de la liberación de neurotransmisor, del sistema nervioso vegetativo simpático.

TOXICIDAD AGUDA Y CRÓNICA.

Los efectos adversos son inquietud, irritabilidad, nerviosismo, euforia, falta de apetito, pérdida de peso, mareo, midriasis, ftofobia, hiperglucemia, taquicardia, aumento de la presión arterial, arritmias, angina de pecho, irritación gastrointestinal y diarrea.

Las principales causas de la aparición de efectos tóxicos son el desarrollo de dependencia y las sobredosis, inducidas frecuentemente por la aparición de tolerancia.

El desarrollo de dependencia es ocasionado por la participación de las anfetaminas sobre las vías dopaminérgicas mesolímbicas, ya que se ha descubierto la participación de d-anfetamina, metanfetamina y p-cloroanfetamina en los mecanismos de regulación de los factores de transcripción, por sus acciones sobre receptores D1 y D2 y por la inhibición de la recaptura de serotonina (Wang y McGinty, 1995; Moorman y Leslie 1996).

La toxicidad tras el consumo continuado de derivados anfetamínicos se encuentra denominada psicosis anfetamínica, ya que la d-anfetamina produce síntomas similares a la esquizofrenia paranoide idiomática (Sallés y Dierssen, 1995).

Esta neurotoxicidad se manifiesta claramente en una disminución notable en la neurotransmisión serotoninérgica, con reducción en la densidad de neuronas de serotonina, noradrenalina en diferentes áreas cerebrales, de igual forma, en estudios con ratas, se encuentra una degeneración de las terminales gabaérgicas del cerebro,

(Armstrong y Noguchi, 2004; Weissman y Caldecott-Hazard, 1995; Commins, Axt, Vosmer y Seiden, 1987; Nishisawa, Mzengeza y Diksic, 1999; Ricaurte, Katz y Martello, 1992).

Otro factor que parece incrementar la degeneración neuronal es la hipertermia que característica de la aplicación de estos fármacos (Millar y O'Callaghan, 1995; Colado y col., 1999).

CONCLUSIONES.

Las investigaciones sobre la toxicidad de las drogas de diseño parten de los estudios de las anfetaminas y de sus primeros derivados como el MDA y MDMA o Éxtasis, de allí que todas compartan similitudes en su acción neuroquímica y su neurotoxicidad.

Estudios han demostrado la participación activa de las neuronas serotoninérgicas, las cuales se ven afectadas por el consumo crónico en sus mecanismos de recaptura y en los receptores ocasionando un daño permanente y que esta relacionado con los cuadros sicóticos.

De igual forma existe una alta participación de las catecolaminas lo cual establece el proceso de dependencia a la droga, ya que se ven involucradas las neuronas dopaminérgicas del sistema de recompensa. Estudios recientes en animales han encontrado la participación de las terminales gabaérgicas las cuales son inhibidas por el uso crónico de las drogas como el MDMA, DOM y MDEA.

REFERENCIAS

Armstrong, B. D. y Noguchi, K. K. (2004). The Neurotoxic Effects of 3,4-Methylenedioxyamphetamine (MDMA) and Methamphetamine on Serotonin, Dopamine, and GABA-ergic Terminals: An In-Vitro Autoradiographic Study In Rats. *Neurotoxicology*. Dec;25(6):905-14.

Colado, M. I., Granados, R., O'Shea, E.; Esteban, B. y Green, A. R. (1999). The acute effect in rats of 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDEA, «eve») on body temperature and long term degeneration of 5-HT neurones in brain: a comparison with MDMA (« Ecstasy»). *Pharmacol. Toxicol.* 84, 261-266.

Commins, D. L., Axt, K. J., Vosmer, G. y Seiden, L. S. (1987). Endogenously produced 5,6-hydroxytryptamine may mediate the neurotoxic effects of parachloroamphetamine. *Brain Res.* 419, 253-261.

Escohotado, A. (1990). *El libro de los venenos*. España: Ómnibus Mondadori.

Flórez, J. (1997). *Farmacología humana*. Madrid: Masson.

Freo, U. (1996) Cerebral metabolic effects of serotonin drugs and neurotoxins. *Life Sci.* 59, 877-891.

Gold, L. H., Geyer, M. A. y Koob G. F. (1989). Neurochemical mechanisms involved in behavioral effects of amphetamines and related designer drugs. *NIDA Res Monogr.*;94:101-26.

Liang, N. Y. y Rutledge, C.O. (1982). Comparison of the release of (H3) dopamine from isolated striatum by amphetamine, fenfluramine y unlabelled dopamine. *Biochemical Pharmacology.* 31, 983-992.

- Marek, G. J. y Aghajanian, G. K. (1996). LSD and the phenethylamine allucinogen DOI are potent partial agonists at 5-HT 2A receptors on interneurons in rat piriform cortex. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 278, 1373-82.
- Miller, D. B. y O'Callaghan, J. P. (1995). The role of temperature, stress and other factors in the neurotoxicity of the substituted amphetamines, 3,4-methylenedioxy methamphetamine and fenfluramine. *Mol. Neurobiol.* 11, 177-192.
- Moorman, J. M. y Leslie, R. A. (1996). p-chloroamphetamine induces c-fos in rat brain: a study of serotonin 2A/2C receptor function. *Neuroscience*, 72, 129-139.
- Nishisawa, S., Mzengeza, S. y Diksic, M. (1999). Acute effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine on brain serotonin synthesis in the dog studied by positron emission tomography. *Neurochem. Int.* 34, 33-40.
- Ricaurte, G. A., Katz, J. L. y Martello, M. B. (1992). Lasting effects of (\pm) 3,4-methylenedioxymethamphetamine on central serotonergic neurons in non-human primates. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 261, 616-622.
- Sallés, J. y Dierssen, M. (1995). Neurobiología del abuso de anfetaminas y sustancias derivadas. En Meana, J.J. y Barturen, F. (eds) «Psicoestimulantes: cocaína, anfetaminas y xantinas». Instituto Deusto de Drogodependencias. Bilbao. Pp 4-85.
- Steele, T. D., McCann U. D. y Ricaurte, G. A. (1994). 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy"): pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*. May. 89(5):539-51.
- Wang, J. Q. y McGinty, J. F. (1995). Differential effects of D 1 and D 2 dopamine receptor antagonists on acute amphetamine or methamphetamine induced up regulation of zif/268 mRNA expression in rat forebrain. *J. Neurochem.* 65, 2706-2715.
- Weissman, A. D. y Caldecott-Hazard, S. (1995). Developmental neurotoxicity to methamphetamines. *Clin. Exp. Pharmacol Physiol.* 22, 372-374.

REFERENCIAS.

Aguilar K. E. (1987). *Asertividad: Cómo ser tu mismo sin culpas*. México: Pax México.

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4.a ed. Washington, DC: American. Psychiatric. Press.

Annis, H. M. (1982). *Inventory of drinking situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En Miller, W. R. y Heather, N. *The addictive behaviors: Vol. 11. Processes of change*. New York: Pergamon Press.

Annis, H. M. y Davis, C. S. (1985). Assessment of expectancies in alcohol dependent clients. En Marlatt, G. A. y Donovan, D. *Assessment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Annis, H. M. y Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ39). User`s guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Ayala, V. H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Auto-control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 113-127.

Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa. UNAM.

Babor, T. F. y Grant, M. (1992). *Project on identification and management of alcohol-related-problems. Report on phase II. A randomised clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva WHO.

Barragán, T. L. (2005). Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado en Psicología. UNAM.

Caplan, G. (1985). Principios de Psiquiatría Preventiva (2ª ed.). Barcelona: Paídos.

Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M. y Vélez, A. (2003). Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. En: Secretaria de Salud y CONADIC (Eds.), Modelos preventivos: Serie planeación (pp. 14-21). México: SSA.

Carroll, K. (1998). Therapy manuals for drug addiction. Manual 1: A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.

Carroll, K., Rousanville, B. y Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 17:249-265.

Castro, M. E., Llanes, J. y Margain, M. (2003). El modelo preventivo Chimalli: la autoevaluación y el empoderamiento mediante un movimiento comunitario con componentes científicos y de desarrollo humano. *LiberAddictus*, 75 (suppl, octubre) 7-12.

CONADIC-SSA, (2002). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México.

CONADIC-SSA, (2003). Modelos preventivos. Serie planeación, México.

Connors, G. J., Watson, D. W., y Maisto, S. A. (1985). Influence of subject and interviewer characteristics on the reliability of young adults' self-report of drinking. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 7, 365-374.

Cooney, N. L., Zweben, A. y Fleming, M. F. (1995). Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health care settings. En: Hester, R. K. y Miller, W. R., (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon. p. 45-60.

Cooper, A. M., Sobell, M. B., Maisto, S. A. y Sobell, L. C. (1980). Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*. 41, 1186-1195.

Díez-Manrique, J. F. y García, U. E. (1999). Programa Cantabria de intervención breve. Gobierno de Cantabria. Dirección Regional de Bienestar Social y Dirección General de Salud Mental. Santander.

Díez-Manrique, J. F., García-Barredo, P. R., García, U. E., Peña, M. C. y Vázquez, B. J. (1993). Análisis bibliográfico del concepto Problemas Relacionados con el Alcohol. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 21(2):44-50.

Echeverría, L. (2002). Panorama epidemiológico en México. En Echeverría, L., Tiburcio, M., Ayala, H. y Martínez, M. (Eds.), *Manual del curso de capacitación para profesionales de la salud en el "Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema"* (p. 3). México: UNAM, CONACYT y CONADIC.

Echeverría, L., Ayala, H., Galván, E. y Martínez, M. (2002). Guía de intervención para profesionales de la salud en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. México: UNAM y CONACYT.

Edwards, G. y Gross, M. N. (1976). Alcohol dependence: provisional description of clinical syndrome. *Br J Med* 1, 1058-1061.

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

Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares, (2003). INEGI INMUJERES UNIFEM, México.

Frenk, J., Lozano, R. y González-Block, M. (1994). *Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Informe final, México D. F., Fundación Mexicana para la Salud.

Frojan, M. (1998). Consultoría conductual: la terapia psicológica breve. Madrid: Pirámide.

Gómez, D. O., Puentes, E., Martínez, T. y Lozano, R. (2004). Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. Secretaria de Salud, México.

Gordon, D. (1987). An operational classification of disease prevention. En: J. Steinberg J. y Silverman M. (Eds.), Preventing mental disorders. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.

Heather, N. (1995). Brief intervention strategies. En: Hester, R. K. y Millar, W. R. (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon p. 105-122.

Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the british experience. Addictive Behaviors 21(6):857-868.

Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. Behaviour Research & Therapy 11 (1), 91-104.

Ivancevich, J. M. (2004). Administración de recursos humanos. McGraw Hill, México, p. 614.

Jannis, I. (1987). Formas breves de consejo. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Koob, G. F., Sanna, P. P. y Bloom, F. E. (1998). Neuroscience of addiction. Neuron. 21:467-76.

Kristenson, H. y Osterling, A. (1994). Problems and possibilities. Commentaries: com Comments in the WHO report "Brief Intervention for Alcohol Problems": a summary and some international comments. Addiction 89:671-674.

Krumbolt, J. y Thorensen, E. (1981). Métodos de consejo psicológico. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kuri, M. P. (2002). Tabaquismo en México. En Secretaria de Salud (Eds.), Observatorio Mexicano en tabaco alcohol y otras drogas (pp.27-29). México: Consejo Nacional contra las Adicciones.

Lira, M. J. (2002). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para la Adicción a la Nicotina. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM: FES-Iztacala.

Llanes, J. (2003). Reflexiones sobre prevención. *LiberAddictus*, 75 (suppl, octubre) 3.

Maisto, S. A., Sobell, M. B., Cooper, A. M. y Sobell, L. C. (1979). Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavioral Assessment*. 1 315-326.

Marlatt G. y Gordon J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., y Williams, E. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college student's drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.

Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Rascón, M. L., Mariño, M. C. y Villatoro, J. (1991). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Anales* 2, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 133-137.

Medina-Mora, M. E. (1994). Las adicciones: su situación actual. En Berruecos, V. L. y Díaz-Leal, A. L. (Eds.), *Curso básico sobre adicciones* (pp. 10-52). México: Fundación Ama la Vida I. A. P., Centro Contra las Adicciones.

Medina-Mora, M. E., Carreño, S. y De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the alcohol use disorder identification test. En Galanter, M. (Ed.), *Recent developments in alcoholism*, Vol. 14: The consequences of Alcoholism.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1982). Cognitive-behaviour therapy. En Wilso, G. y Franks, C. (Eds.), Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations. New York: Guilford Press.

Millar, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.

Miller, W. R., Meyers, R. J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119.

Natera, G. y Tiburcio, M. (1998). Model program for the prevention of drug and alcohol abuse among workers and their families. Results from family component. Reporte técnico. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Norma Oficial Mexicana, (1999). NOM-028-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Secretaría de Salud, México.

Offord, R. D. (2000). Selection of level of prevention. *Addictive Behaviors*, 25 (6), 833-842.

OMS/OPS, (2006). Estrategia de cooperación con el país México. Organización panamericana de la salud oficina regional de la organización mundial de la salud. Noviembre 2005 [Publicación electrónica]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/d/csu/CCSMEX05-11.pdf>

Pasut, M. (1997). Técnicas grupales: elementos para el aula flexible. Buenos Aires: Novedades educativas, p105.

Rodríguez-Martos, A. (2000). Efectividad de las técnicas de consejo breve. Monografía alcohol. *Adicciones* 14 (supl 1): 337-352.

Rotgers, F. (1996). Behavioral theory if substance abuse treatment: bringing science to bear on practice. In Rotgers F, Keller D, Morgensen J (eds). *Treating Substance Abuse: theory and technique*. New York: Guilford Press. p. 174-201.

Rubio, M. H. (2001). Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo. CONADIC-SSA, México.

Sobell, B. M. y Sobell, C. L. (1993). Problem Drinkers. Guided self-change treatment. The Guilford Press, New York.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1992) Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen J. y Litten R. Z. (Eds), Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods (pp). New Jersey: Human Press.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D. y Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method of assessing normal drinker college students? recent drinking history: Utility for alcohol research. Addictive Behaviors. 11, 149-161.

Tovilla, P. M. (2001). Programa de acción: Adicciones. Farmacodependencia. CONADIC-SSA, México.

Velasco, F. R. y Solís, R. L. (2001). Programa de acción: Adicciones. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. CONADIC-SSA, México.

Villatoro, J. y Medina-Mora, M. E. (2002). Las encuestas con estudiantes. En Secretaria de Salud (Eds.), Observatorio Mexicano en tabaco alcohol y otras drogas (pp.125-152). México: Consejo Nacional contra las Adicciones.

Vuchinich, R. E., Tucker, J. A., Harllee, L., Hoffman, S. y Scejwartz, J. (1985). Reliability of reports of temporal patterning. Paper presented at a poster session at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.