



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de psicología

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Psicología de las Adicciones**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**Que para obtener el grado de:
Maestría en Psicología
Presenta:**

EIJI ALFREDO FUKUSHIMA TANIGUCHI

TUTOR: MTRO. CESAR A. CARRASCOZA VENEGAS

**COMITE: DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
DR. ROBERTO OROPEZA TENA
DRA. SARA CRUZ MORALES
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicada:

A mis padres por creer en mí y por el apoyo incondicional
que me han dado toda la vida.

A Hisa por ser mi ejemplo a seguir y hacer mi vida feliz

A mi abuela Sayo Fukushima

A las familias Fukushima, Taniguchi, Sakamoto, Sunami,
Kodama, Nakayama, Yokoyama, Kashiwagui
y en especial a mis tías Fumiko y Hisae.

Agradecimientos

Al Mtro. Cesar Carrascoza Venegas

Al Dr. Ariel Vite Sierra

Al Dr. Roberto Oropeza Tena

A la Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Al Dr. Agustín Vélez Barajas

A la Dra. Silvia Morales Chaine

Al Mtro. Horacio Quiroga Anaya

Centro Acasulco

Mtro. Miguel Angel Medina Gutiérrez

Dra. Lydia Barragán Torres

Dra. Jennifer Lira Mandujano

Mtra. Gabriela Ruiz Torres

CONADIC

Dr. Angel Prado García

Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez

A mis hermanos Yuji, Yosh, Juan Abraham, Juan Antonio, Héctor, Isami, Seiichi, Carlos, Take, Armando y Raúl por todos los momentos que hemos convivido.

A mis compañeros de cocaína Julián, Lizbeth, Linda por hacer más divertido el TBUC y en especial a Bety por tus palabras de aliento y comentarios en este trabajo.

A mis Amigos Mani, Alejandro, Sarahí, Sandra, Mich Aketon, Avi, Kanna, Shinpei, Nahoko, Amparo, Akari, Pao, Jeca, Naye y Didier por su sincera amistad

A mis hermanos de GTB Miguel M, Keiyi, Rodrigo, Miguel A, Enyin, Kike y Tokio por todo lo que he aprendido junto a ustedes.

A mis compañeros de CIJ Verónica, Jorge, Isaías, Karina, Sara, Raúl y Alma por su confianza y calidez.

A Atom y Makkuro.

Mil Gracias

INDICE

INTRODUCCION	3
1ª Parte: COMPETENCIAS PROFESIONALES	
COMPETENCIAS	
1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para escribir el fenómeno, hacer análisis de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.	6
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.	12
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias adictivas.	19
4. Aplicar programa de intervención para rehabilitar a personas adictas	28
5. Sensibilizar y capacitar a otros investigadores para la aplicación de programas preventivos primaria, secundaria y terciaria.	34
6. Implementar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.	40
2ª PARTE: MODELO DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA.	
INTRODUCCIÓN	55
ANTECEDENTES	56
REPORTE DE CASO	62
• Sesión 1: Decisión para cambiar y establecimiento de meta	73
• Sesión 2: Identificar situaciones que sitúan al usuario en riesgo de beber en exceso	76

• Sesión 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol	79
• Sesión 3.1: Habilidades de rechazo asertivo al ofrecimiento de alcohol.	82
• Sesión 4: Nuevo establecimiento de metas	84
RESULTADOS	86
SEGUIMIENTOS	89
CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS	94

En México las adicciones son un tema complejo e importante, en el cual, se ha puesto un especial interés en los últimos años debido al incremento en su consumo. La psicología ha adquirido un papel fundamental como respuesta con estrategias de solución de problemas relacionados con las conductas adictivas que repercuten en la salud, problemas individuales, familiares, escolares, sociales, etc (Oropeza, 2003).

Diferentes estudios y sistemas de vigilancia reportan constantemente los niveles de consumo de sustancias en nuestro país. En estos estudios epidemiológicos se puede observar que la mayor parte de una población no representan problemas considerables debido al consumo de alcohol, mientras que una mínima porción manifiesta síntomas de dependencia y una porción significativa tiene serios problemas asociados a su forma de beber a pesar de no ser dependientes (ENA, 1998).

Se ha observado que el patrón de consumo de alcohol en México es predominantemente episódico pero explosivo; el cual tiene lugar los fines de semana con grandes cantidades de alcohol ingerido por ocasión (Medina Mora y Tapia, 1996). Es decir, los problemas relacionados con la intoxicación aguda son más graves en comparación con los problemas asociados a la dependencia.

Sin embargo, el alcohol no es la única droga nociva, el tabaco es otra droga legal que tiene repercusiones directas en la calidad de vida. En México aproximadamente 53,000 personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo. (Tapia-Conyer et al., 2003).

En lo que respecta en drogas ilegales, se ha observado que la cocaína es la sustancia que presenta un mayor incremento en el consumo. En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993 la cocaína se encontraba en tercer lugar de consumo en población general; para la ENA de 1998 la cocaína asciende a segundo lugar de consumo en población general y manteniéndose en la ENA 2002.

Es importante notar que existe una distinción entre el abuso y dependencia de sustancias (ya sea alcohol, tabaco, cocaína, etc.). Pero en ambas se presenta un continuo de problemas derivados del consumo, teniendo implicaciones importantes para el tratamiento. La presencia de este tipo de problemas implica una gran pérdida económica a diferentes niveles. De esta manera, resulta más fácil comprender la importancia de la inserción del campo profesional de la Psicología en el contexto social de nuestro país, formando profesionales capaces de investigar aquellos factores asociados a la existencia de diversos problemas presentes en nuestra sociedad, de detectarlos, de tal manera que contribuya de manera directa a ofrecer alternativas de solución.

Los Psicólogos del campo de las adicciones deben contar con una formación integral en donde haga uso de la creatividad, iniciativa y una mejor

comprensión de los factores determinantes para lograr una integración de la persona con problemas de adicciones, satisfactoria para él y su familia, la sociedad y su posible retorno a la vida productiva.

Por lo tanto, la Maestría en Psicología de las Adicciones, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México tiene como objetivo formar psicólogos capacitados en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos para la comprensión del problema. De esta manera poder enfrentar los retos relacionados a los problemas de salud mental, sociales e individuales derivados del consumo de sustancias; permitiendo a los egresados:

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

El presente documento se divide en dos partes, la primera parte reporta los seis objetivos planteados para cubrir los requisitos en el Programa de Maestría de Adicciones; la segunda parte describe una sesión típica del ejercicio profesional de un caso tratado durante el programa de residencia en dicha maestría.

COMPETENCIAS PROFESIONALES

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

Uno de los retos más importantes que se enfrenta hoy en día la salud pública se refiere al problema de consumo de drogas. Su uso y abuso se han convertido en un fenómeno global que perjudica a todos los países. Constituyendo una alarmante realidad entre los grupos sociales. El desafío radica en encontrar alternativas menos costosas, en términos humanos y materiales, para proteger la salud de las personas, en particular los jóvenes.

Para el Sector Salud de nuestro país la reducción de la demanda de drogas incluye las iniciativas que buscan prevenir su consumo, disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso y proveer de información y tratamiento a los consumidores problemáticos o adictos, con miras a su rehabilitación y reinserción social.

Para lograr esto, el campo social y en particular de la salud debe obtener información objetiva y completa sobre el uso y abuso de sustancias adictivas. La epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias. La epidemiología puede definirse como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones, la cual permite: 1) evaluar la magnitud del problema, 2) caracterizar a la población involucrada, 3) identificar las posibles causas del trastorno bajo estudio. (Berruecos, Castro, Díaz, Medina- Mora, Reyes, 1994).

En México se utilizan diversas estrategias metodológicas para tener acceso a distintos aspectos del consumo de sustancias, indicadores e instrumentos aceptados internacionalmente como los más adecuados para estimar la magnitud y características del uso y abuso de drogas. Esta sistematización de las herramientas metodológicas permite, además, la comparación entre regiones, países y la evaluación de las tendencias a través del tiempo.

Una de las tareas actuales de la epidemiología es diseñar sistemas de información en salud adecuados para la adopción de decisiones clínicas y administrativas que se puedan basar en un constante caudal de información útil. La epidemiología se utiliza en dos grandes áreas de la salud que son: 1) La clínica (refiriéndose a la atención) y 2) a la investigación. Se han identificado 6 campos en los cuales la epidemiología puede convertirse en una herramienta para ayudar a los clínicos e investigadores a abordar los problemas contemporáneos de la salud.

Ellos son, de manera resumida, los siguientes:

- Etiología
- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Evaluación
- Educación

Estos campos se prestan a estudios descriptivos (en las áreas clínicas; por ejemplo: presentación de casos, series de pacientes, estudios de prevalencia o corte transversal), estudios analíticos (sólo tratados por algunos clínicos; aquí se incluyen los estudios de casos y controles y los de cohorte) y estudios experimentales (enfocados a la investigación de nuevos tratamientos).

La epidemiología de las drogas incluye las encuestas sobre las pautas de consumo de drogas lícitas e ilícitas en la comunidad que definen las poblaciones en peligro. También abarca estudios longitudinales de los factores personales y sociales que predicen el curso del consumo de drogas. La epidemiología de las drogas también incluye los estudios de la prevalencia y los correlatos de la adicción en la población general mediante entrevistas diagnósticas normalizadas. Los epidemiólogos encargados del consumo de drogas también usan los estudios observacionales de las poblaciones tratadas basados en sistemas administrativos y archivos médicos para examinar las tasas de mortalidad, morbilidad y abstinencia de los adictos. En el último decenio los epidemiólogos dedicados al estudio del consumo de drogas han aplicado cada vez más una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos de investigación sociológica, por ejemplo en las evaluaciones rápidas de la situación. Entre ellos están las entrevistas con informantes básicos y con grupos focalizados, y las entrevistas profundas, en combinación con métodos tradicionales como las encuestas de muestras representativas, el análisis de historias clínicas, las entrevistas telefónicas y las encuestas por correspondencia. Los métodos del observador participante y los métodos observacionales elaborados por los etnógrafos también se han empleado con éxito en estudios del abuso de drogas.

La perspectiva de la epidemiología del consumo de drogas difiere de la investigación biomédica tradicional en que rara vez requiere intervenciones médicas invasivas que pueden perjudicar directamente a las personas estudiadas. En general consiste en obtener información personal de los participantes, incluida información sobre el abuso de drogas. El principal daño potencial de la investigación epidemiológica del abuso de drogas resulta de la posibilidad de que un tercero tenga acceso a información delicada sobre el abuso de drogas y otros comportamientos ilegales y estigmatizados de los participantes en el estudio y la use en perjuicio de ellos, exponiéndolos a discriminación o, en ciertas condiciones, a procesamiento penal. Los participantes en estudios epidemiológicos tienen que ser protegidos contra este posible resultado. Los debates sobre la ética de la

epidemiología del abuso de drogas son en muchos aspectos también debates sobre las libertades civiles, los derechos humanos y la justicia.

Los principios éticos de confidencialidad y evitación del perjuicio de las personas estudiadas merecen respeto por sí mismos, pero también hay razones no éticas de peso para respetarlos. La investigación epidemiológica del abuso de drogas que no observa estos principios tiende a producir datos de fiabilidad y validez inciertos, porque puede hacer que muchos consumidores de drogas se nieguen a participar, y así producir una muestra no representativa. Los que aceptan participar en estudios que no garantizan la confidencialidad y crean otros riesgos pueden hablar menos abiertamente e incluso mentir deliberadamente. Tales estudios tienen poca credibilidad en la comunidad científica y podrían tener por resultado políticas sobre el abuso de drogas basadas en información errónea. Para obtener datos fiables y válidos sobre el abuso de drogas hay que hacer investigaciones epidemiológicas bien diseñadas que respeten las normas éticas (Naciones Unidas, 2004).

La investigación epidemiológica del abuso de drogas puede hacerse en diversos ambientes. Los más comunes son la comunidad y la escuela, pero también pueden hacerse en el lugar de trabajo, en la calle y otros lugares públicos: como reclusorios, centros de tratamiento de adicciones y otras instituciones médicas y de bienestar social, salas de atención médica urgente, hospitales y departamentos de policía. Estas investigaciones también pueden tener por objeto diversos grupos, como la población general, los jóvenes, los trabajadores sexuales, personas sin hogar, homosexuales, los pueblos indígenas etc.

A continuación se presentan los principales estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas en México:

- a) Encuesta Nacional de Adicciones (ENA): Llevada a cabo por la Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud. Es un estudio que se realiza mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados a una muestra representativa de la población que tiene un lugar fijo de residencia, seleccionando de manera aleatoria y sistemática a los entrevistados. Proporciona información que permite estimar la prevalencia del consumo de drogas; es decir, la proporción de la población que consumió “alguna vez en la vida” (prevalencia de vida), la que lo hizo el “último año” y los que reportaron haber consumido en el “último mes” previo a la entrevista. La información es analizada por frecuencia y cantidad de uso y problemas asociados, así como por variables sociodemográficas, como edad, sexo, escolaridad y empleo. Este tipo de estudios epidemiológicos, de carácter transversal, es el más utilizado para las comparaciones internacionales, ya que permite conocer en ese “momento de la aplicación” una visión global del problema.

En México, las primeras encuestas de hogares fueron realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) entre 1974 y 1986 en ciudades seleccionadas del país. A partir de 1988, se levantó la primera ENA en una muestra representativa de la población urbana del país e incluyó indicadores del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; en 1993 fue realizada la segunda ENA, en 1998 la tercera y actualmente en el 2002. Todas se llevaron a cabo con base en muestras probabilísticas de individuos de 12 a 65 años de edad que residen en zonas urbanas (excepto la ENA 2002 que incluyó población rural).

- b) Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes: Desde 1976, el IMP y la Secretaría de Educación Pública (SEP) han venido realizando encuestas en muestras representativa de la población estudiantil de los niveles de enseñanza media y media superior, lo que corresponde a las escuelas secundarias, preparatorias y técnicas a las que asisten jóvenes principalmente de 12 a 19 años de edad; con el propósito de obtener estimaciones del inicio y la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como aspectos de la percepción del riesgo u otras actitudes y conductas asociadas al uso y abuso. Proporcionando las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del sector educativo. Se han llevado encuestas nacionales en los siguientes años: 1976, 1986, 1991, 1993, 1997, 2000 y 2003 (ENA, 1998).
- c) Sistemas de registro de información: Estos registros constituyen una estrategia que recopila información secundaria de instituciones que mantienen un registro permanente sobre una serie de eventos de salud, criminales o sociales. Estos registros son menos costosos que las encuestas y los datos obtenidos complementan los resultados de los grandes estudios de encuestas. Dentro de los sistemas de registros existentes se encuentran:
1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Desarrollado desde 1991, tiene como principal objetivo mantener actualizado el diagnóstico del consumo de drogas, mediante la recopilación sistemática, en diversas fuentes institucionales, de información continua sobre cinco indicadores: población en tratamiento, urgencias médicas y traumáticas asociadas al consumo, mortalidad por causas asociadas, detenidos por delitos contra la salud y menores infractores con consumo de drogas (ENA, 1998).
 2. Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID): Sistema diseñado por el IMP desde 1986, registra las tendencias del consumo de drogas en la ciudad de México, a través de la información proporcionada por 44 instituciones de procuraduría de justicia y salud, que reportan de manera sistemática, el consumo de drogas de los individuos que captan. Se evalúa el fenómeno durante los meses de junio y noviembre de cada año (ENA, 1998).

La información resultante de los estudios epidemiológicos permite establecer directrices dentro de los programas preventivos y de tratamiento. Además, los datos obtenidos sirven de retroalimentación, ya que reflejan de

manera periódica la situación del consumo en poblaciones específicas. Los diferentes estudios epidemiológicos de México arrojan resultados que indican que al consumo de alcohol como la sustancia de mayor consumo.

A continuación se describen las habilidades adquiridas para esta primera competencia que se desarrollo a lo largo de los primeros semestres de la maestría en adicciones.

Habilidades Adquiridas:

Durante la maestría se adquirieron las siguientes habilidades para el desarrollo de esta competencia.

- Análisis de las principales características y tendencias del consumo de drogas.
- Detectar oportunamente los cambios ocurridos en el consumo de drogas y estimar las trayectorias del problema en la Ciudad de México.
- Identificar las drogas más consumidas.
- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios.
- Conocer el patrón de consumo de cada droga.
- Identificar nuevos tipos de drogas o el abandono del consumo de drogas ya conocidas.
- Implementar y evaluar programas de intervención y de tratamiento.
- Reconocer los conceptos y términos empleados en los instrumentos y hojas de evaluación (cuestionario que se aplica en las instituciones participantes del SRID).
- Recopilación de los datos del instrumento del SRID en Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- Captura, análisis estadístico, obtención de resultados para la elaboración del SRID (junio y noviembre del 2003).
- Realización del artículo para el Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003, del INP con la información del reporte de noviembre de 2003.

Conclusiones

La epidemiología nos permite conocer la importancia del impacto social que causa el consumo de drogas, la cual, se ha podido detectar a través de las encuestas y sistemas de reportes, medios de comunicación, políticas contra las drogas, creencias y actitudes de la sociedad en general, con respecto a los consumidores y traficantes de sustancias psicoactivas, que causan el consumo y las conductas adictivas. Por estos medios podemos entender la repercusiones que el consumo de sustancias puede tener en los diferentes sectores de la sociedad, y nos da la pauta para ampliar la investigación en el área, desarrollando programas terapéuticos específico que abordan el problema en cuestión.

Por lo tanto, la epidemiología es una de las herramientas que puede cambiar las prioridades del sistema de atención sanitaria y desplaza la preocupación predominante por la relación médico-paciente hacia el interés colectivo más amplio de todos los profesionales de la salud en la atención de poblaciones enteras. Teniendo en cuenta que, dentro de la investigación epidemiológica se plantea un conjunto singular de problemas éticos que apenas se ha empezado a estudiar. Entre ellos están las cuestiones relativas a la confidencialidad de la información, la protección de la vida privada de los participantes, la comunicación de los datos y el papel de la epidemiología en la promoción de la salud pública. Los epidemiólogos han propuesto diversas directrices éticas, pero el pensamiento sobre la ética de la epidemiología está todavía en la infancia, y todavía no hay consenso sobre los valores éticos básicos.

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

En México se observan algunos avances en la investigación sobre prevención del abuso de drogas (CONADIC, 2003), pero a pesar de esto, su consumo ha seguido aumentando en estos últimos años (ENA, 1988, 1993, 1998 y 2002), por lo que el abuso de sustancias sigue siendo una seria amenaza a la salud pública. Algo preocupante es la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol entre jóvenes de ambos géneros, que ya presenta valores similares, y en algunos casos, el consumo de las mujeres es más elevado. Además, el inicio temprano (antes de los 13 años) del consumo de alcohol y tabaco, es un factor de riesgo de consumo de otras drogas como la marihuana, los inhalables y la cocaína (Villatoro, Medina-Mora, Bermúdez & Amador, 2003).

Ante este panorama, la promoción de conductas saludables en los ámbitos en los que el estudiante se desenvuelve, como son su casa, la escuela y su entorno social, es una tarea que hay que fortalecer para el sano desarrollo de la juventud (NIDA, 2003).

La prevención se entiende como la protección de la salud en la población, y mejoramiento del ambiente ecológico y social, prevención y consecuencias de la enfermedad, eliminación de los riesgos identificables y protección de los grupos de alto riesgo. (Medina Mora & Tapia, 1996). La prevención en adicciones intenta evitar que el problema surja, fomentar la salud a través de la educación, sanear el medio psico-social y organizar los servicios de asistencia. Para lograr este objetivo se requiere conocer la dimensión de los problemas que van a atacarse, estudios epidemiológico y la metodología para el diseño de programas preventivos.

Por lo tanto, la prevención es un conjunto de acciones de información, orientación y educación principalmente, destinados a impedir el uso y abuso de drogas. La filosofía que acompaña estos esfuerzos es que es mejor, en todos los sentidos, prevenir que rehabilitar o tratar. Existen cuatro enfoques estratégicos para la prevención (Anicama, 1993):

1. El que pone énfasis en la represión, los argumentos éticos y el temor.
2. El que prioriza la información acerca de los efectos de las sustancias para que cada persona pueda tomar una decisión responsable en cada caso.
3. El que se centra en la educación integral, fortaleciendo las habilidades para la vida y la resistencia a las presiones sociales, promoviendo estilos de vida saludables y la ocupación creativa y positiva del tiempo libre.
4. El que recurre a la movilización de la comunidad y el recurso de las estructuras sociales de soporte.

Existen dos tipos de clasificación en prevención. La primera, de la Comisión de Enfermedades Crónicas propuesta en 1950. Consiste en tres niveles de prevención:

1. **Prevención Primaria:** Involucra la promoción de la salud, la eliminación del abuso de sustancias y sus consecuencias a través de esfuerzos a lo largo de la comunidad; tales como incrementar el conocimiento, modificación del ambiente, y cambios en la estructura social, en las normas y en el sistema de valores.
2. **Prevención Secundaria:** Utiliza formas de acercamiento como es la detección temprana de casos en grupos de alto riesgo e intervenciones oportunas y efectivas para corregir o minimizar el abuso de sustancias en los primeros años de inicio.
3. **Prevención Terciaria:** Consiste en tomar medidas para reducir el daño o la incapacidad y para minimizar el sufrimiento a causa del abuso de sustancias adictivas.

La segunda clasificación (Gordon, 1987) es muy difundida y actualizada por la administración de programas de salud, es el que hace énfasis en los momentos de la intervención preventiva. Desde esta perspectiva la prevención en México se divide en 3 niveles (Observatorio mexicano, 2002):

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

Sin importar la clasificación que se utilice, en los últimos años la preocupación ha sido centrandose en cómo hacer para que menos gente incida en el problema del consumo de drogas, por que ha conducido a centrar el interés en identificar qué factores pueden estar más involucrados directamente en el consumo de sustancias y facilitar el desarrollo del problema. En este sentido se ha distinguido entre factores o condiciones de riesgo y aquellos otros llamados factores protectores. Por factores de riesgo, entenderemos todas aquellas condiciones que exponen a los sujetos o los hacen más vulnerables a caer en el consumo de sustancias psicoactivas. Por su parte los factores protectores se refieren a aquellas condiciones del ambiente o variables individuales del sujeto que de una u otra forma impiden o los hacen más resistentes a caer en el consumo de drogas (Anicama, 1993).

Los factores de riesgo pueden ser muchos, dadas las condiciones de vida de la sociedad actual pero los más significativos pudieran ser entre otros:

1. Presentar variados problemas de conducta y ser considerado un “niño ó un joven difícil”.
2. Mostrarse socialmente incompetente.
3. Presentar conducta agresiva y violenta.
4. Ser sobreprotegido.
5. Observar modelos de conducta propios de la adicción.
6. Inicio temprano de consumo de drogas sociales (alcohol y tabaco).
7. Bajo nivel de afectividad y de emociones positivas en el círculo familiar.
8. Antecedentes familiares varios.
9. Deficiencias físicas.

Alguno de los factores de riesgo operan al mismo tiempo como estímulos de instigación o precipitación y pueden ser, entre otros:

1. Rechazo o aislamiento social.
2. Experiencias de fracaso y pérdida de autoestima.
3. Bajo rendimiento académico.
4. Separación de los padres.
5. Presión del grupo o pares de amigos.

Por otro lado los factores protectores que han sido objeto de un interés más reciente, pueden ser entre otros:

1. Comunicación adecuada en la familia.
2. Unidad e integración familiar.
3. Valores morales sólidos.
4. Éxito escolar reconocido.
5. Ser popular y querido por sus amigos.
6. Habilidades sociales para interactuar.
7. Buen nivel de autoestima.
8. Buen nivel de autocontrol.

Existe una variedad de condiciones individuales de la familia y del ambiente que pueden generar factores de riesgo o también convertirse en factores protectores que impidan el desarrollo de la conducta adictiva.

En los últimos años, se ha incrementado el desarrollo e instrumentación de investigaciones sobre prevención (especialmente universal) del consumo de alcohol y otras drogas. Durante este tiempo, el progreso se ha hecho en dos vertientes: la primera buscando entender mejor la etiología y secuencia de desarrollo del uso y del abuso de drogas. La segunda desarrollando y evaluando una gran variedad de aproximaciones preventivas (NIDA, 2003).

A pesar de estos logros, en México hay poca investigación sobre prevención universal del consumo de drogas; sin embargo, si se han desarrollado varios modelos. A continuación se describen brevemente los 10 principales programas preventivos de México (CONADIC, 2003):

Tabla 1. Principales Modelos preventivos en adicciones en México

Programa Institución	Nivel de prevención	Objetivo	Dirigido a
Construye tu vida sin adicciones (CONADIC)	Universal	Fortalecer la responsabilidad individual y social. Buscando estilos de vidas saludables y potencializando la calidad de vida positiva	Comunidades, Escuelas
Modelo de prevención (CIJ)	Universal, selectiva e indicada	Evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados al consumo de sustancias	Comunidades, escuelas y Centros de Integración Juvenil
Uso de alcohol, tabaco otras drogas en el lugar de trabajo (INP)	Universal y selectiva	Establecer una infraestructura que integre tres componentes: la empresa, el trabajador y el depto. De recursos humanos para prevenir el uso y abuso	Empresas
Chimalli DIF (SNDIF)	Universal y selectiva	Incrementar las habilidades protectoras. Estrategias de solución de problemas creando proyectos de vida positiva.	Comunidades
Programa de educación preventiva contra las adicciones (SEP)	Universal y selectiva	Promover y fomentar los valores que fortalecen la capacidad de discernimiento.	Escuelas primarias y secundaria y familiares
Yo quiero, yo puedo (IMIFAP)	Universal	Mejorar la calidad de vida en personas y su comunidad. Desarrollando habilidades psicosociales.	Estudiantes
Aguas con las adicciones (INEA)	Universal	Busca ofrecer una educación útil en la vida cotidiana, donde los contenidos se refieren a sus necesidades e intereses reales.	Jóvenes y adultos
Chimalli (INEPAR)	Universal y selectiva	Promueve la resiliencia. Contrarestando conductas de riesgo y provee habilidades y actitudes protectoras	Escuelas, centros comunitarios, barrios y colonias
Modelo comunitario de integración psicosocia (Fundación Ama la Vida)	Universal, selectiva e indicada	Desarrollo de un dispositivo integral de intervención. Con esfuerzo comunitario busca salud, seguridad personal	Comunidad
ECO2 (Cáritas)	Universal, selectiva e indicada	Incremento de la acción social su eficacia. Creando una cultura consciente de su entorno social.	Comunidades

Habilidades Adquiridas:

Durante la maestría se adquirieron las siguientes habilidades para el desarrollo de esta competencia.

- Análisis de las principales características de los modelos de prevención universal desarrollados en Estados Unidos de América y principalmente en México.
- Comprender cada uno de los componentes que integran los modelos de prevención.
- Identificar ventajas desventajas de los principales modelos preventivos.
- Conocer y desarrollar estrategias de reducción del daño.
- Investigar antecedente, desarrollo y evaluación del Modelo comunitario de integración psicosocial.
- Desarrollo de instrumentos de tamizaje en el consumo de alcohol.
- Desarrollo de instrumentos para detectar factores de riesgo y factores de protección.
- Conocimiento teórico para el desarrollo, aplicación y evaluación de programas de los diferentes niveles preventivos.
- Planear estrategias de intervención comunitaria para la prevención de conductas adictivas de acuerdo a las necesidades reales.
- Reconocer los factores de protección y factores de riesgo que caracterizan la conducta adictiva a través del análisis de resultados en investigaciones.
- Conocer y aplicar estrategias de reducción de daño.

Conclusiones

Es evidente que la prevención debe hacerse con un enfoque no dogmático, tomando lo mejor de cada modelo o estrategia y, actuar realísticamente dentro de las posibilidades individuales e institucionales dado que, así como las consecuencias afectan a todos, la responsabilidad de la acción también corresponde a todos, cada uno según sus capacidades y posibilidades.

Se ha encontrado que las aproximaciones más efectivas para la prevención del abuso de drogas se basan en diversos grados en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), en la teoría de la comunicación (McGuire, 1964), en las teorías analítico conductuales (Jessor & Jessor, 1977), así como en la comprensión de los factores de riesgo y protectores asociados con el uso de drogas de los adolescentes (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Normalmente son las aproximaciones cognitivo conductuales las que usan los principios básicos que sustentan estas teorías.

Estas aproximaciones descansan en gran medida en su conceptualización común respecto al abuso de drogas de los adolescentes. El inicio del uso de drogas se ha observado como un problema multifactorial que resulta de la interacción de factores etiológicos inter e intrapersonales (Marlatt & Gordon, 1985). El uso de una o más sustancias psicoactivas se ha aprendido por un proceso de imitación y reforzamiento de diferentes influencias sociales incluyendo pares, miembros de la familia y medios de comunicación. La vulnerabilidad a estas influencias está determinada por cogniciones de dominios específicos, actitudes y expectativas, grados de integración con las instituciones sociales (familia, escuela y comunidad), la disponibilidad de habilidades para enfrentarse con los ofrecimientos del uso de drogas y otras situaciones que pueden confrontar al adolescente (Botvin, Griffin, Díaz & Ifill-Williams, 2001).

Los modelos de prevención cognitivo conductuales buscan sensibilizar a los jóvenes sobre las influencias sociales que promueven el uso de drogas, modificar las expectativas asociadas con el consumo y enseñar habilidades para resistir la presión de usarlas (Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang, & Johnson, 1989). Otros modelos enfatizan la importancia de enseñar competencias generales personales y habilidades sociales (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu & Botvin, 1990), para ayudar a disminuir la motivación de usar drogas, volviéndolas menos atractivas y haciendo al adolescente menos vulnerable a las influencias sociales.

A pesar de estos logros en otros países, en México hay poca investigación sobre evaluación en prevención universal del consumo de drogas; sin embargo, si se han desarrollado varios modelos. Se han encontrado varios problemas con los modelos señalados: la mayoría no señalan datos de efectividad, ni a corto ni a largo plazo; hay otros que tratan de evaluar el modelo, pero hacen únicamente evaluación pretest-postest, sin hacer seguimiento; ninguno de ellos propone sesiones de refuerzo, después de transcurrido un tiempo de haber terminado el

programa. Muchas de las evaluaciones son meramente cualitativas, sin usar datos de consumo más objetivos, como la frecuencia y la cantidad de sustancia consumida, ni su efecto sobre los indicadores de prevalencia e incidencia del consumo.

Desarrollar programas de detección temprana e Intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias adictivas.

Los esfuerzos que se han desarrollado para combatir los problemas relacionados con el abuso del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; históricamente, se han centrado en aquellas personas que tienen una dependencia severa. En México, la mayoría de los servicios de tratamientos están orientados a los consumidores severamente dependientes (ej. alcohólicos), los cuales son atendidos por médicos, psiquiatras o grupos de auto ayuda (Vg. alcohólicos anónimos, Narcóticos anónimos), donde se instrumentan estrategias apropiadas para esas poblaciones. Esto se entiende, ya que estas personas presentan mayores problemas (físico, psicológicos, económicos, etc.) tiene problemas relacionados con el consumo y reciben más atención del público. Sin embargo, los consumidores con un bajo nivel de dependencia tienen una probabilidad muy baja de recibir un tratamiento adecuado a su problemática, lo que constituye un balance inadecuado en la prestación de servicios. (Sobell y Sobell, 1993).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002, reporta que existen en el país 32,315,760 personas entre los 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más consumieron alcohol en el pasado. El abuso de alcohol representa un elevado costo derivado del **consumo crónico**; no obstante, la intoxicación aguda se asocia con lesiones atendidas en salas de urgencia, costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, violencia, etc.

En la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol (ENA, 2002); 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta. La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos¹ la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el más expuesto, la proporción aumenta a 10.01%.

Tipo de droga	Alguna vez	Ultimo año	Ultimo Mes
Marihuana	3.48	0.60	0.31
Inhalables	0.45	0.08	0.08
Alucinógenos	0.25	0.01	0.01
Cocaína y derivados	1.23	0.35	0.19
Heroína	0.09	0.01	-----
Estimulantes de tipo Anfetamínico	0.08	0.04	0.01

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.

¹ A partir de la ENA de 2002 se encuestaron a la población rural y urbana

La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo en la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de *crack*. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años (Tabla 1 y 2). Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico (EsTA) y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (Tabla 2).

Alguna Vez	12 a 17 años	18 a 34 años	35 a 65 años
Marihuana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	-----	0.22	-----
Estimulantes de tipo Anfetamínico	0.13	0.11	0.03

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.

Como resultado, se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que sitúan en riesgo al individuo, al desarrollar dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas y en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves, en busca de aplicaciones a una variedad de escenarios, culturas y que sean de bajo costo (Heather, 1996).

La Detección Temprana y la Intervención Breve muestran gran importancia en relación con el costo-efectividad de las acciones destinadas al sector salud. Estas herramientas se ubican dentro de los lineamientos de la Prevención Secundaria, dónde el objetivo es identificar la enfermedad en sus primeras etapas evitando un tratamiento especializado, lo que genera un mayor gasto de recursos.

La población de interés son individuos que aun no se han responsabilizado de su consumo problemático. El concepto de Detección Temprana (DT) se emplea para referirnos a las habilidades basadas en procedimientos empíricos que identifican individuos con probables problemas de alcohol o que están *en riesgo* de desarrollarlos. La Detección Temprana puede ser también vista como una herramienta en el contexto de reducción de daño.

Por otro lado, las Intervenciones Breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a realizar alguna acción al respecto (Babor y Higgins-Biddle, 2001). Propiciando que el paciente reconozca que su patrón de consumo lo está colocando en riesgo y a alentarle a que reduzca o detenga su consumo.

Cabe mencionar la distinción entre “Consumo” y “Abuso” de sustancias el cual, ofrece un punto de partida para entender la finalidad de la Detección Temprana y de la Intervención Breve. La palabra consumo se refiere a cualquier ingesta de drogas, y cuando se habla de abuso se refiere a un continuo de posibilidades que va desde el consumo de riesgo hasta la dependencia. El abuso de drogas puede producir daños a la salud sin ser dependiente a la sustancias (Babor y Higgins –Biddie, 2001).

En las últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervenciones breves para bebedores y consumidores de otras sustancias con dependencia baja y media, que han mostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática.

Debe resaltarse que el costo de proporcionar intervenciones breves es relativamente bajo (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001). Se ha observado que los beneficios que se derivan de ellas se reflejan en otros indicadores costo-beneficio, como son una reducción del ausentismo laboral y un menor costo de días de hospitalización de los individuos que reciben atención. Otro de los beneficios es que han mostrado cierta efectividad a lo largo de los niveles de daño en el uso de sustancia y por lo tanto son idealmente ajustables como un método de promoción para la salud y la prevención de las enfermedades con pacientes de atención primaria (Henry-Edwards y cols., 2003).

Otra característica de las intervenciones breves radica en que generalmente no son intrusivas, por lo que no resultan agresivas para el usuario, quien, además, puede ser atendido generalmente en condiciones de tratamiento externo, sin que sea preciso su internamiento. (Carrascoza, 2004)

En el área de las intervenciones breves se hace de lado la distinción convencional entre tratamiento y educación para bebedores problemáticos o consumidores de sustancias. Las intervenciones breves dirigidas al tratamiento del consumo excesivo de alcohol u otras drogas se pueden caracterizar más propiamente como “educativas” que como tratamiento (Ayala y Carrascoza, 2000). En este contexto la labor del terapeuta es mucho más que únicamente proporcionar información; incluye métodos de cambio conductual derivados de los principios del aprendizaje social. La intervención en el abuso de sustancias debe influir en la motivación hacia el cambio, desarrollando una relación que respete la autonomía del sujeto pero al mismo tiempo, haciéndolo participe del proceso.

La intervención breve es la aplicación de estrategias que dirigen o facilitan la ocurrencia del proceso natural de cambio (Bien, Millar y Tosigan, 1993). Esto ayuda a crear conciencia de los problemas relacionados con el consumo excesivo, dando lugar a una disonancia cognitiva sobre el consumo de sustancias. Se ha observado que a pesar de que la Intervención breve no está dirigida a consumidores con dependencia severa, influye positivamente en la derivación de tratamientos especializados (Henry-Edwards, et al., 2003).

Por lo tanto, la Detección Temprana y la Intervención Breve, permiten reconocer sobre los costos y consecuencias del abuso del usuario, incrementa la auto-eficacia al cambio, utiliza el sistema de ayuda para apoyar el cambio, alienta a la responsabilidad sobre el cambio, y promueve el compromiso al cambio.

En los últimos años en México, se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve para bebedores y consumidores de otras drogas con dependencia baja y media, en particular intervenciones terapéuticas basadas en el modelo cognoscitivo-conductual cuya efectividad ha sido constatada en poblaciones de bebedores con niveles de dependencia media. Estos modelos consideran al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como un comportamiento adictivo y no como un proceso de una enfermedad progresiva e incurable, esta visión esta basada en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986), la cual sostiene que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos, por lo que al considerar el comportamiento adictivo como patrón de hábitos adquirido, se presupone que éste puede ser modificado a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Esta visión implica que el individuo que presenta tal comportamiento puede aprender a modificar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación.

El programa de maestría en psicología de las adicciones provee de los elementos necesarios para el desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias adictivas. Dentro de las aportaciones en investigación que brinda la Universidad Nacional Autónoma de México (Ayala, 2002), se encuentran programas especializados diseñados para trabajar la adicción a sustancias específicas. En ellos, el enfoque que predomina es el cognitivo conductual, bajo la modalidad de psicoterapia breve. Estos tratamientos se encuentran desarrollados principalmente en el Centro Acasulco, que depende de la Facultad de Psicología, UNAM. ,los cuales se describen a continuación:

Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala, H, Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L., 2001)

En 1992, se adaptó en la Ciudad de México en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, un programa de tratamiento cognoscitivo- conductual de intervención breve a cargo del Dr. Héctor Ayala Velásquez y cols., el cual, se ensayó con población mexicana, dicha intervención, se derivaba de un modelo desarrollado por los Doctores Mark y Linda Sobell inicialmente en Canadá, denominado Autocontrol Dirigido, para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo.

El programa de Auto cambio Dirigido, consiste en una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas

relacionados con el alcohol. El usuario desarrolla una estrategia general de soluciones de problemas que le permiten enfrentar otros cambios en el estilo de vida o de conducta. Los objetivos terapéuticos, son ayudar al paciente a establecer metas; encontrar razones para reducir o dejar de consumir alcohol; Incrementar la motivación para lograr éstas metas; Identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a ésta situación. Estas intervenciones son consistentes con los principios de lo que se conoce como entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999).

Modelo de detección temprana e intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, 2003).

Este modelo está dirigido a los adolescentes (entre 14 y 18 años de edad) escolarizados de nivel medio y medio superior, que consumen sustancias como alcohol y/o drogas y presentan problemas relacionados con este patrón de consumo pero que aun no desarrollan dependencia.

El modelo tiene el objetivo central de promover un cambio en el patrón de consumo de drogas a través de establecer metas de consumo, identificar las situaciones en que es más probable que consuman y desarrollar estrategias alternativas para enfrentar a estas situaciones. Con la reducción del patrón de consumo se pretende reducir los posibles riesgos y problemas relacionados con la conducta de consumo excesivo de alcohol o el consumo de drogas ilegales.

La principal estrategia es la aplicación principal del modelo dentro del escenario escolar, realizando acciones como talleres a maestros y personas de salud para la identificación oportuna de los casos; ya que éstos mantienen una relación más directa con los adolescentes. Una de las barreras más importantes es la falta de interés de los adolescentes de cambiar su patrón de consumo, cuando perciben que las consecuencias positivas superan las consecuencias negativas relacionadas con el consumo, por lo que se desarrolla una sesión de inducción donde se utilizan estrategias de entrevista motivacional.

Modelo de detección temprana e intervención breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína (Oropeza, 2003).

Este es un programa de tratamiento breve dirigido específicamente a consumidores a cocaína, especialmente para aquellos con una dependencia baja o media a la sustancia, asociado a una historia de diferentes tipos de problemas (sociales, familiares, escolares, económicos, orgánicos) asociados al consumo.

Esta modalidad de tratamiento breve cognoscitivo conductual se deriva de dos modelos de tratamiento. En primer lugar, el modelo de Autocambio dirigido (Sobell y Sobell, 1993) para consumidores problemas de alcohol; en segundo lugar, el modelo A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction (Carroll, 1998), dirigido, específicamente a consumidores de cocaína. El principal objetivo del

tratamiento es que los usuarios alcancen la meta de la abstinencia al final del mismo por lo que se busca impactar tanto en la frecuencia como en la cantidad de consumo. Este programa de tratamiento tienen como características principales el buscar el autocontrol del consumo de cocaína, contar con una estrategia de prevención de recaídas, así como motivar a los participantes a buscar un cambio en su forma de consumo de la sustancia.

Modelo de detección temprana e intervención breve para fumadores (Lira, 2002).

Este modelo está constituido por seis sesiones de tratamiento, en las primeras se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, así como las consecuencias relacionadas con éste. En las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

El modelo de tratamiento presenta las siguientes características:

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

En este programa los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que se estableció junto con el terapeuta. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e instrumentar sus propios planes para modificarlo. A diferencia de los otros modelos, en éste se apoya de forma opcional con la terapia de sustitución con nicotina (por ejemplo chicles o inhaladores).

Habilidades Adquiridas:

Esta competencia es una de las más importantes. Durante la maestría se adquirieron las siguientes habilidades para el desarrollo de esta competencia.

- Manejo de la teoría del aprendizaje social (Bandura 1977, 1986) en la concepción del procesamiento de información en la que los datos de la estructura de la conducta del consumo y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamiento de la acción del consumo.
- Detección de etapas de cambio del consumo, según el Modelo etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1982).
- Manejo de las técnicas de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999) para el incremento de la motivación hacia la búsqueda de la abstinencia.
- Manejo y detección del análisis funcional en el consumo de sustancias.
- Identificar los efectos a corto y a largo plazo de las diferentes drogas.
- Manejo de la intervención breve en desórdenes de consumo de sustancias.
- Aplicación e interpretación de pruebas de tamizaje para obtener información de severidad en el patrón de consumo de las diferentes sustancias.
- Asignar a los usuarios al nivel de tratamiento correspondiente de acuerdo al tipo específico de su a: nivel de dependencia, síntomas, problemas asociados, tipo de sustancias, etc.
- Manejo técnicas de afrontamiento en (por mencionar algunas):
 1. Identificar situaciones de riesgo de consumo de droga.
 2. Identificar y enfrentar pensamientos relacionados a la droga.
 3. Identificar y enfrentar el deseo de consumo de la droga.
 4. Habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de drogas.
 5. Toma de decisiones aparentemente irrelevantes.
 6. Solución de problemas sociales.
 7. Prevención de recaídas.
- Manejo y aplicación de terapia cognitivo conductual en el abuso de sustancias.
- Retroalimentación de manera positiva fomentando el aprendizaje sobre la aplicación de técnicas cognitivo – conductual.
- Aplicación y evaluación de instrumentos de medición de dependencia a sustancias.

Conclusiones

Los resultados de los diferentes modelos de detección temprana e intervención en el consumo de sustancias, han mostrado cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de sustancias en porciones significativas. Estos cambios se logran observar en el número de días en que permanecieron en abstinencia y/o en algunos modelos se observa un consumo moderado o de poco riesgo.

Los cambios en el patrón de consumo se ven acompañados por un incremento en el nivel de auto-eficacia para poder controlar la forma de consumo, una reducción en el número y tipo de problemas que tienen que enfrentar en la vida personal de los pacientes, así como sensaciones de bienestar, derivados de una percepción de que han experimentado una mejoría importante en su problema de consumo excesivo de las sustancias.

Las características de los modelos de tratamiento, en términos de su brevedad, bajo costo y nivel de efectividad los hacen apropiados para países cuyos recursos son limitados para establecer programas de atención especializada (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001). Pero se ha visto difícil el que las instituciones adopten estos modelos de atención. Entre alguna de las razones es, que la mayoría de las instituciones adoptan un modelo médico en la concepción de los sujetos que consumen sustancias como enfermos. Por otro lado que las instituciones de atención médica es más importante la atención de pacientes por día, dedicándoles de 15 a 20min por paciente. Mientras que estos modelos requieren de una hora a hora y media de atención por paciente. También se ha observado que las instituciones que brindan atención a consumidores de drogas, adoptan modelos enfocados a consumidores crónicos. Esto es comprensible ya que la gente que solicita ayuda o acude por ayuda, presenta problemáticas de salud que necesitan ser atendidas inmediatamente. A diferencia de los consumidores problema que aun no tiene algún daño orgánico y siguen siendo funcionales en su medio social. Por mencionar algunos situaciones por lo que es difícil que se adopten estos modelos.

Esto hace que los modelos de tratamiento solo sean breves y que muestren niveles de efectividad. Pero en términos de costo –efectividad no lo llegan a ser viables. Ya que las instituciones de gobierno invierten mucho dinero en las investigaciones sin que los modelos lleguen a ser adoptados en las instituciones de atención pública.

La posibilidad de poder incorporar este tipo de intervenciones breves en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública haría posible ampliar la oferta de servicios de prevención selectiva a un segmento de la población para la cual usualmente no existen opciones apropiadas de atención, pero cuyo patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas lo pone en riesgo de desarrollar una grave dependencia y experimentar un creciente número de problemas de tipo

físico y social. A medida que la concepción profesional se oriente más a una perspectiva de salud pública, en cuanto problema relacionados con el alcohol, tabaco y otras drogas, las intervenciones breves ofrecen una alternativa apropiada y efectiva para instrumentarse como parte de los servicios en un primer nivel de atención (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001).

**Aplicar programas de intervención para
Rehabilitar a personas adictas.**

El uso excesivo de alcohol, constituye un problema de relevancia social. Su producción y aceptación, en nuestro país, se ha ido incrementando en los últimos años (ENA, 2002). Existen estudios que han constatado que la conducta de beber y la ingesta de drogas son conductas adictivas y no procesos de una enfermedad progresiva e incurable. El uso de las drogas es considerado como una conducta aprendida a lo largo de un continuo, que va desde los problemas provocados por el uso excesivo, de la sustancia, efectos favorables y la muerte (Higgins, S., 1996); la cual, puede ser modificada.

Este aumento en el consumo se da por diferentes causas entre las que se encuentra; los factores sociales o comunitarios que influyen en la disponibilidad, así como su aceptación por la sociedad; los costos se han mantenido muy bajos (incluso por debajo de la inflación), es decir, cada vez las sustancias se encuentra disponibles a menor costo y a menor calidad, entre otras causa.

Se ha observado que la mayoría de los programas de rehabilitación en México, consisten en intervenciones de consulta interna; es decir; se interna al paciente en instituciones de adicciones, granjas de rehabilitación, etc., por un periodos de 28 días o más, mostrando cierto grado de efectividad en conseguir la abstinencia del consumo de sustancias. Pero se ha encontrado que los sujetos vuelven a recaer en el consumo, al incorporarse a su medio social.

Programa de Reforzamiento Comunitario

El Programa de Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA; Barragán, 2005) fue creado por Hunt y Azrin en 1973 y desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado, el cual considera al uso y abuso de sustancias como una conducta operante que es mantenida por los efectos del reforzamiento que proporciona la droga. Por lo tanto, el CRA reconoce el fuerte papel de las contingencias medioambientales en la animación para beber o en la influencia desalentadora para modificar esta conducta. Inicialmente el programa busca re-establecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, y familiares y vocacionales que rodean a los usuarios (Izquierdo, 2004).

El programa utiliza reforzadores sociales, recreacionales, familiares y vocacionales para asistir a los usuarios en su proceso de recuperación. La meta principal es establecer un estilo de vida sin alcohol y que los reforzadores de la abstinencia sean de alta calidad y más atractivos que los reforzadores asociados al consumo de sustancias, es decir se elimina el reforzadores positivo del consumo y se incrementa el valor reforzador de la sobriedad (Meyers y Squires, 2001).

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

El CRA toma un enfoque diferente a vencer los problemas de alcohol, uno que esta basado en proporcionar estímulos para dejar de beber antes de que se presente el castigo para seguir bebiendo. Con el fin de que, el cliente, el terapeuta, y los otros significativos trabajen juntos para cambiar el estilo de vida de bebedor (por ejemplo, su entorno social de apoyo y actividades) para que la abstinencia llegue a ser más recompensante que el beber (Millar, & Meyers, 1999).

Este programa tiene una duración aproximada de 18 sesiones (3 meses), incluye una variedad de componentes de entrenamiento en habilidades pero no todos los pacientes recibirían o necesitarían todos los componentes. El entrenamiento es adaptado a las necesidades de los individuos y los esfuerzos son enfocados para alcanzar las metas planteadas, dichos componentes se encuentran alrededor del esquema central de identificar y establecer las metas que el paciente identifique (aún cuando no reporte su abuso de sustancias como un problema importante). Más que forzar al paciente a aceptar la adicción, el programa de reforzamiento comunitario se enfoca en los problemas percibidos (e.g., conflictos maritales, empleo, etc.). En la mayoría de los casos, lidiar con éstos problemas conlleva inevitablemente al problema de la adicción y se espera que al final el paciente decida enfrentar esta problemática (George et al. 1997).

El Programa de Reforzamiento Comunitario CRA cuenta con las siguientes características:

- Atiende dependencia media y severa.
- Es un tratamiento integral, los componentes hacen cambios en los estilos de vida del usuario.
- Es flexible, no todos los componentes se le imparten al usuario, y estos se pueden mover dependiendo de las necesidades individuales de cada paciente.
- El usuario se vuelve parte activa del tratamiento, ya que es su propio terapeuta y el responsable del cambio.
- Genera aprendizaje tanto en el usuario, como en su medio ambiente y su Otro Significativo (no consumidor que impacte en el usuario y que sea cercano a él)
- Incluye un Club Social al egresar del tratamiento, para que el usuario vuelva a establecer redes sociales con ex bebedores.

Este programa consiste en once componentes principales del tratamiento, los 11 consisten en identificar, establecer y alcanzar las metas que el paciente identifique. A continuación se mencionan los componentes y sus objetivos:

Tabla 1. Programa de Reforzamiento Comunitario	
Componente	Objetivo
Admisión	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los criterios de Inclusión • Proporcionar información del CRA • Firma de carta compromiso
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el patrón de consumo Línea base • Evaluar precipitadotes • Evaluar Auto – Eficacia • Avaluar satisfacción General de la vida cotidiana • Evaluar percepción de riesgo • Variables Psicosociales
Análisis Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar precipitadotes internos y externos • Identificar consecuencias positivas inmediatas del consumo • Identificar consecuencias negativas del consumo • Identificar conducta de no consumo que le permitan obtener gratificantes y satisfacer la función de la conducta de consumo • Aprender a elaborar planes de acción
Muestra de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un compromiso de un periodo de no consumo • Identificar las ventajas de la muestra • Considerar motivadores, previos al no consumo • Identificar situaciones de riesgo • Elaborar planes de acción
Metas de vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana • Establecer planes y periodos para su consecución
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a hincar conversaciones, escuchar, expresar empatía, ofrecer ayuda, aceptar responsabilidad, dar y recibir críticas, dar y aceptar reconocimientos, hacer peticiones positivas, compartir sentimientos positivos y negativos.
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar un problema • Aprender estrategias de solución de problemas • Aprender a generar alternativas solución de problemas • Aprender a analizar cada alternativa (ventajas y desventajas) • Aprender a elegir la alternativa más conveniente • Aplicar en su escenario natural la alternativa escogida • Evaluar los resultados de la aplicación de la alternativa
Rehusarse al consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender conductas eficientes para lograr resistirse al consumo • Aprender a rehusarse asertivamente • Aprender a pedir ayuda social y familiar • Aprender a utilizar la reestructuración cognitiva ante invitaciones auto generadas
Consejo marital	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender habilidades de reconocimiento diario • Aprender a hacer peticiones positivas • Aprender a solucionar problemas y negociar con la pareja

Búsqueda de empleo	<ul style="list-style-type: none">• Aprender a buscar un empleo de acuerdo a sus intereses y habilidades y libre de precipitados• Aprender a identificar intereses• Aprender a identificar habilidades profesionales y/o personales• Llenado de solicitud de empleo• Elaboración de un currículum vital• Identificar 10 fuentes probables de empleo• Aprender a enfrentar el rechazo
Habilidades sociales recreativas	<ul style="list-style-type: none">• Identificar y practicar actividades gratificantes• Identificar actividades y personas con quienes realizar actividades gratificantes• Probar reforzadores de actividades recreativas• Proporcionar el acceso al reforzador
Auto control emocional	<ul style="list-style-type: none">• Identificar la función de emociones (tristeza, ansiedad, enojo, celos)• Aprender ciclos de la violencia, y la escalada del enojo.• Auto-registro del enojo, ansiedad, tristeza y celos• Aprender a utilizar técnicas de relajación

Diversos estudios han mostrado resultados sobre la efectividad del Programa de reforzamiento Comunitario en alcanzar la abstinencia. Logrando integrarlos exitosamente a una variedad de modelos de tratamientos como la terapia familiar, entrevista motivacional, entre otros (Millar, Meyers y Hiller – Sturmhöfel, 1999).

Un estudio realizado por Hunt y Azrin (1973), donde participaron 16 usuarios dependientes al alcohol, asignados aleatoriamente a uno de los dos tratamientos disponibles: 1)CRA y 2) Tratamiento centrado a 12 pasos de AA. Los resultados después de 6 meses de seguimiento mostraron que los participantes del CRA sobresalieron con un 14% de días de consumo comparado con un 79% de grupo de 12 pasos (Meyers y Squires, 2001).

Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas:

Esta competencia complementa las habilidades que se requieren para poder aplicar los tres niveles de Prevención. Siendo esta la prevención indicada. Ya que se atienden a los consumidores crónicos y/o como dependencia al alcohol y otras drogas. Se adquirieron las siguientes habilidades

- Conocimiento teórico del Programa de Reforzamiento Comunitario CRA.
- Investigación en estudios sobre el CRA llevados a cabo con otras sustancias y con Habilidades de Comunicación en población dependiente.
- Identificar y evaluar los síntomas específicos asociados al consumo crónico de sustancias.
- Elección de los componentes del CRA necesarios para cada uno de los usuarios.
- Identificar los antecedentes (disparadores) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de sustancias.
- Reconocer junto con el usuario situaciones de alto riesgo de consumo.
- Búsqueda de conductas que produzcan consecuencias positivas y a corto plazo similares o mejores que la conducta de consumo.
- Motivar en todo momento y recompensar cualquier conducta no consumo.
- Creación e implementación del Entrenamiento en Habilidades de Comunicación con usuarios crónicos de alcohol y otras drogas
- Ensayos conductuales y retroalimentación de cada una de las sesiones del programa, con el objetivo de formarme como terapeuta de este tratamiento.
- Búsqueda de participación de una persona significativa (espos(a) o familiar) del usuario al tratamiento.

Conclusión

El programa de Reforzamiento Comunitario (CRA, Barragán, 2005) es un enfoque completo e individualizado de tratamiento diseñado para iniciar cambios en el estilo de vida y el ambiente social que mantendrán una abstinencia en el consumo de alcohol y otras drogas a largo plazo. CRA es un enfoque flexible de tratamiento con una filosofía fundamental del reforzamiento positivo. Estas características hacen al programa aplicable a una gran variedad de poblaciones.

Investigaciones clínicas han encontrado que el CRA es efectivo en tratar el abuso de alcohol y dependencia a otras drogas. Estas investigaciones se han realizaron en una variedad de regiones geográficas, en escenarios del tratamiento (por ejemplo, pacientes internos y pacientes externos), y con enfoques de la terapia de la familia. El alcance y la duración de CRA son compatible con las exigencias de la mayoría de los servicios de salud, por lo que este enfoque puede jugar un papel cada vez más importante en el tratamiento de personas con el alcoholismo y dependencia a otras drogas (Barragán, 2005).

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

La capacitación y el desarrollo del personal profesional en los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, constituyen una herramienta ideal para mejorar la calidad en los servicios que se brindan a la población.

Actualmente la capacitación de los programas; que se llevan a cabo en el Centro Acasulco; de manera normal se dan por procesos empíricos de observación, imitación de algún supervisor o compañero, el cual en el proceso de su desarrollo profesional se determinan pocas expectativas de capacitación para poder impulsar un avance general en los programas.

La capacitación es un proceso de enseñanza aprendizaje en el que el personal participa en actividades educativas específicas para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas necesarias que le permitan llevar a cabo funciones particulares para instrumentar y aplicar el contenido de los mismos. Por lo tanto, la capacitación repercute sobre el desempeño y desarrollo profesional, la modificación del comportamiento del individuo para elevar el aprovechamiento de los recursos, mejorar la calidad y combinación del potencial humano con los bienes, insumos y tecnologías que se requieren para otorgar un servicio de salud.

Existen dos aspectos fundamentales en torno al proceso de capacitación: la aptitud y la actitud, pues ambos determinan el impulso que la persona otorga a su propio desarrollo y por lo tanto en espera de mayores beneficios. Las aptitudes pueden ser susceptibles de medición cuantitativa porque los individuos tienen en mayor o menor grado dones de comprensión, fuerza de concepción, reflexión e inventiva que constituyen rasgos permanentes de su manera de ser. En cambio, la actitud se identifica mediante manifestaciones de la conducta espontánea o en las reacciones relevantes de otros, es adoptada por el hombre e influye en el rendimiento y en la productividad de las propias aptitudes (Nuro. & Cols., 2002).

Se ha observado que los programas de tratamientos en adicciones que se brindan en el Centro Acasulco son sumamente estructurados y son más didácticos que muchos otros tratamientos. Son tratamientos breves, cognitivos conductuales, cuyo objetivo principal es proporcionar ayuda a los consumidores de sustancias para llegar a la abstinencia. Los terapeutas asumen una postura directiva y más activa que otros terapeutas que realizan otras formas del tratamiento del abuso de sustancia. Mucho del trabajo es durante cada sesión, inclusive revisar los ejercicios de la sesión, analizar los problemas que pueden haber ocurrido desde la última sesión, el entrenamiento de habilidades, la retroalimentación de entrenamiento de habilidades, la práctica durante la sesión y planeación para la semana próxima. Esta postura activa se debe equilibrar con tiempo adecuado para entender y comprometer con el paciente. Por lo que se observa que la

capacitación en estos programas de tratamiento no es una tarea fácil, donde se tiene que planear y estructurar la forma y el contenido de la capacitación.

Otra tarea importante que surge después de la capacitación es la supervisión. La supervisión de los terapeutas es un componente central en el entrenamiento de los terapeutas, que permitirá alcanzar mejores resultados. La supervisión consiste en la formación de un modelo de entrenamiento donde se evalúa la capacidad del terapeuta para estructurar los conocimientos adquiridos para llevarlos a la práctica. Aun cuando el profesional haya sido entrenado en un marco teórico determinado, lo que resulta primordial es cubrir estos elementos teórico/prácticos para probabilizar un mejor desempeño (Median, 1997). De esta manera para el profesional el aprender implica demostrar las habilidades para mejorar la problemática de los pacientes.

Con la finalidad de que las características de los Modelos de tratamiento en el Centro Acasulco sean llevadas de la manera más efectiva y con apego al tratamiento, fue necesario desarrollar un modelo de supervisión.

El modelo de supervisión (Fukushima, Escobedo y Oropeza, 2006) es un diseño que puede ser utilizado para evaluar y diseminar el tratamiento psicoterapéutico en diferentes escenarios clínicos. A través de este modelo de supervisión se procura controlar la variabilidad en la implementación del tratamiento.

El modelo de supervisión consta de 2 elementos centrales (ver figura 1):

a) Capacitación en los Modelos de tratamiento a partir de un manual: Consiste en la formación teórica y práctica a través del Manual del Terapeuta (la mayoría de los modelos cuentan con un manual), el cual especifica la psicoterapia para usuarios de drogas y da una guía para su implementación. Este primer elemento tiene como objetivo establecer las metas claras del Tratamiento, los estándares de cuidado clínico, fomenta la transferencia del Modelo de tratamiento para la aplicación en varios escenarios clínicos. A continuación se menciona los pasos de este elemento:

1. Selección de terapeutas
2. Componentes teóricos del Modelo de tratamiento.
3. Tópicos y ejercicios del Modelo de tratamiento.
4. Observación de terapeutas en sesión.
5. Participación pasiva como Coterapeuta en sesiones.

b) Evaluación de terapeutas: Este elemento busca controlar la implementación del Modelo de tratamiento según las pautas del manual, la calidad y consistencia del terapeuta en el desarrollo de las sesiones; así prevenir errores durante el tratamiento. Una característica clave es la evaluación de adherencia y competencias de terapeutas, las cuales, se revisan en videograbaciones para estandarizar y estructurar sus reacciones y la retroalimentación que se proporcionan durante las sesiones.

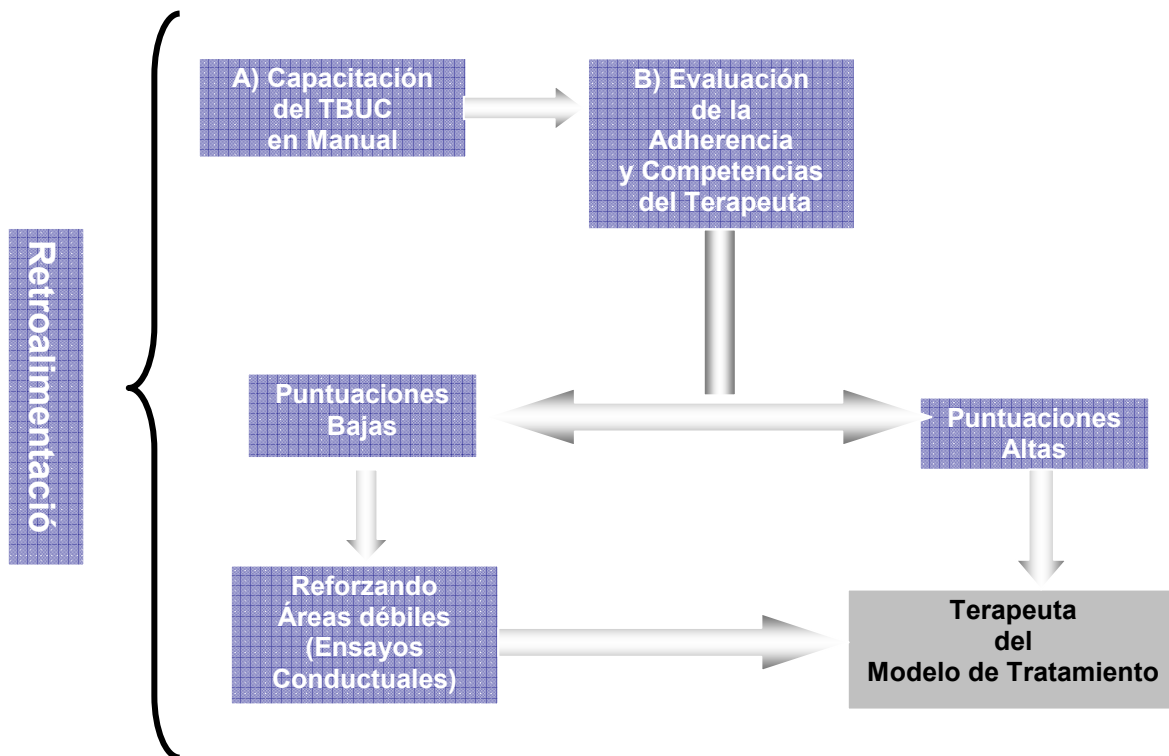


Figura 1. Modelo de supervisión

Calificación de la Adherencia y competencia (YACSII de Nuro & Cols. 2002): Es un componente central de modelo de supervisión que, implica el control de la adherencia y competencias del terapeuta. Con el desarrollo del manual de terapeutas del Modelo de tratamiento, un requisito de las psicoterapias implica la evaluación de la integridad del tratamiento. Esta evaluación del tratamiento debe incluir una supervisión de la adherencia de terapeuta al protocolo del tratamiento y una determinación que las intervenciones se realizan competentemente. La adherencia se refiere a hasta que punto el terapeuta utilizó las intervenciones y las técnicas prescritas por el manual de terapeutas y evitadas las intervenciones proscritas (las intervenciones para no ser utilizadas). La evaluación de la adherencia es generalmente cuantitativa, y por lo tanto, bastante objetivo. La competencia se refiere al nivel de la habilidad mostrada por el terapeuta durante el tratamiento. La evaluación de la competencia es generalmente cualitativa.

La evaluación de la adherencia y competencia permite obtener información particular de las debilidades y fortalezas de los terapeutas en formación, qué tipo de intervenciones las realizan competentemente y qué terapeutas requieren de mayor retroalimentación. Por lo tanto los resultados obtenidos se utilizan para

controlar y comparar el desempeño de los terapeutas durante su formación en el Modelo de tratamiento.

Los terapeutas que demuestran puntuaciones altas en la adherencia al Modelo de tratamiento y muestren mejores competencias durante el desarrollo de las sesiones son considerados terapeutas del Modelo de tratamiento. A dichos terapeutas se les da un seguimiento de supervisión con menor frecuencia.

Por otro lado los terapeutas cuyo desempeño en calidad no cumplan los niveles de adherencia, son asignados a sesiones controladas, las cuales consisten en ensayos conductuales para reforzar las habilidades que se consideran escasas o insuficientes, y se aumentan las supervisiones hasta que el terapeuta alcance los niveles de adherencia deseados.

Con el modelo de supervisión descrito se espera aumentar la adherencia y competencia de terapeutas; ofrezca pautas útiles para el desarrollo de investigaciones de la eficacia y la integración del Modelo de tratamiento, con miras a su diseminación. Así como preparar a terapeutas competentes que den soluciones adecuadas y de calidad a la problemática del consumo de sustancias de los pacientes.

Habilidades Adquiridas:

- Analizar y evaluar el contexto y a la población a quienes se va dirigir el curso, taller o conferencia.
- Diseño del curso, taller, conferencia.
- Elaborar del guión del curso, taller, conferencia para que mantener una logística explicativa y facilitar el aprendizaje en los participantes
- Fomentar la participación y el aprendizaje a través de dinámicas.
- Aplicar técnicas de modelamiento, juego de roles para la adquisición de habilidades.
- Crear un modelo de supervisión de los tratamientos.
- Crear instrumentos de evaluación de adherencia y competencias para el modelo de supervisión.
- Ofrecer retroalimentación a los nuevos terapeutas a través de las evaluaciones del modelo de supervisión.
- Capacitar a nuevos terapeutas en el modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.

Conclusiones

A través de un aprendizaje didáctico y de un trabajo de supervisión, los profesionales en el campo de las adicciones, garantiza la capacitación de otros profesionales y contribuye a la actualización de procedimientos efectivos dirigidos a la disminución de problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Además se propone que la realización de estas actividades sean de bajo costo, de gran efectividad y de corta duración dirigido a públicos numerosos para asegurara una continuidad en el proceso de actualización (Ayala, Carrascoza, y Echeverría, 2003).

Uno de los beneficios que se obtienen con el desarrollo de este modelo de supervisión que los resultados se ven reflejados en una mayor satisfacción de los servicios ofrecidos al usuario y con ello más probabilidad de éxito, lo cual repercute en cambios positivos a nivel personal, familiar, social y de salud.

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

La investigación científica ha contribuido al desarrollo actual de la Psicología, permitiendo establecer teorías, probarlas y desarrollar nuevas. Por lo tanto, la investigación ayuda a comprender los fenómenos sociales para el avance progresivo del conocimiento. Dentro del tema de las adicciones la investigación tiene como reto comprender las diversas áreas del conocimiento que aún no son bien definidas.

El programa de la Residencia en Adicciones orientado desde la perspectiva cognitivo-conductual y la intervención breve, busca capacitar al alumno en las áreas de la investigación, la prevención y la intervención de las conductas adictivas, mediante el empleo de los métodos y técnicas de mayor efectividad y actualidad, para la detección y rehabilitación de personas con estos problemas.

La investigación en adicciones está orientada a que el alumno conozca a través de diferentes modelos de investigación aplicados, el uso de diferentes estrategias y metodologías relacionadas con diversos tipos de adicciones tales como, problemas de alcoholismo, cocaína, y el consumo de sustancias en adolescentes. Por lo que en el presente apartado se presenta un estudio de caso único, dentro del programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003).

Caso único de un usuario de cocaína

Resumen

Actualmente el consumo de la cocaína en México, es una seria preocupación para los profesionales de la salud por todos los problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que causa. Debido a eso, es importante desarrollar programas de servicio de atención y tratamiento adecuados para las necesidades específicas de estos consumidores.

El Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003) se basa en el *Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema* (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995), adaptado para población mexicana; y en el *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction* de Carroll (1998), este último propuesto por el National Institute of Drug Abuse (NIDA), como uno de los modelos para trabajar el consumo de esta sustancia. Ambos modelos han demostrado gran efectividad y eficacia para trabajar el consumo de sustancias.

El objetivo de este trabajo fue aplicar el modelo de Tratamiento Breve para Consumidores de Cocaína en un usuario consumidor. En la presente investigación participó un sujeto (hombre), cuya edad es de 21 años, con un promedio de educación de 9 años. Los resultados muestran cambios positivos importantes y significativos en el patrón de consumo de cocaína, en la autoeficacia de situaciones de riesgo de consumo y en el nivel de dependencia a la cocaína.

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una sustancia cristalina, blanca, e inodora producida por la planta de coca “*Erythroxylum*”, que crece principalmente en Centroamérica y Sudamérica (Rudgley, 1999). Es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al sistema nervioso. Hay dos formas básicas de la misma, que son las más consumidas en México: el clorhidrato de sal (cocaína en polvo) y los cristales de cocaína (crack o piedra). Ambas formas son fuertemente adictivas, aunque los cristales, al fumarse, hacen que el consumidor se sienta eufórico en menos de 10 segundos (Oropeza, 2003). La cocaína es la droga que por sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Sin embargo, la magnitud del efecto de la cocaína y el tiempo de aparición de estos efectos son factores muy importantes en la génesis del refuerzo positivo y por tanto en la capacidad de producir dependencia (Lorenzo y Lizasoain, 1998).

En México, el surgimiento de su consumo se da, sobre todo, en la segunda mitad de la década de los ochenta, aumentando vertiginosamente en los noventa. De hecho, la cocaína es la droga que más ha aumentado su consumo en los últimos años, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, de 1993 y de 1998 (ENA, 1988, 1993, 1998 y 2002).

El consumo de la cocaína es un problema serio que aflige a nuestro país. En la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) se estimaba que 1.23 % de los mexicanos de 12 a 65 años (en población urbana y rural) había usado esta sustancia alguna vez en la vida.

La tendencia general de consumo de cocaína “alguna vez en la vida” en población de 12 a 65 años de edad de las ENA de 1988, 1993, 1998 y 2002¹, se estimó en 1988 en 0.33, en 1993 en 0.56%, en 1998 en 1.45% y en 2002 1.23% de la población total. Estos resultados indican que en 10 años la prevalencia de consumo de cocaína ha aumentado casi cuatro veces más. (Ver Figura 1).

¹ En las ENAS de 1988, 1993 y 1998 solo se consideró la población urbana y para la ENA de 2002 se consideraron las poblaciones urbanas y rurales.

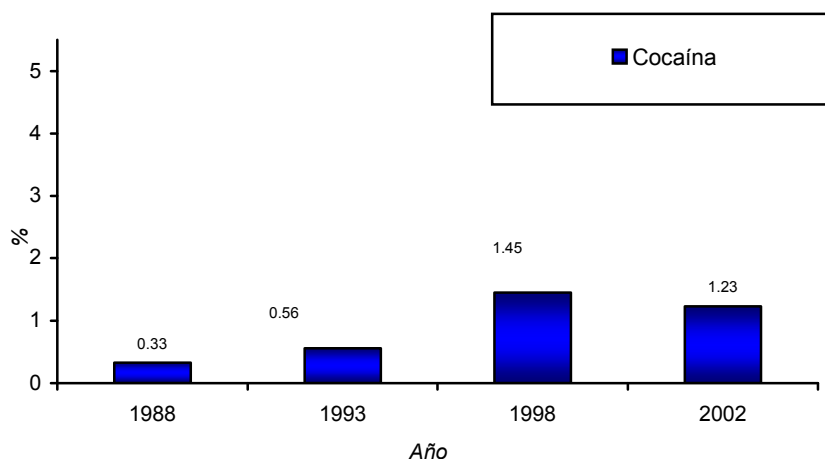


Figura 1. Tendencias del consumo de cocaína alguna vez en la vida. Población de 12 a 65 años de edad. Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1988, 1993, 1998 y 2002.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos realizados a la fecha (Ortiz, Soriano y Galván, 1997), indican que la cocaína ha pasado de ser una droga preferentemente característica de estratos socioeconómicos altos, masculinos y con edades superiores a los 20 años, a una droga que en la actualidad es consumida por individuos de todos los niveles socioeconómicos, en edades más tempranas y con un incremento en el número de mujeres adictas a ésta.

Debido a la demanda y a la necesidad de un tratamiento específico para consumidores de cocaína; en este caso la cocaína (Ortiz, Soriano y Galván, 1997), se desarrolló y se instrumentó el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003) en la Facultad de Psicología, UNAM. Este modelo de tratamiento tiene como características principales el buscar el autocontrol del consumo de la cocaína (Sobell y Sobell, 1993), contar con una estrategia de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), así como intentar motivar a los participantes a buscar un cambio en su forma de consumo de la sustancia (Miller y Rollnick, 1999).

Asimismo, busca impactar tanto en la frecuencia como en la cantidad de consumo. Los tópicos que se abordan en la sesiones de tratamiento es identificar los precipitadores del consumo y enfrentar tanto el deseo como los pensamientos relacionados con el consumo de la droga, enseñar una estrategia de asertividad asociada con el rechazo al ofrecimiento de la sustancia, el darse cuenta de cómo las decisiones que se toman están muy conectadas con el consumo, aprender una estrategia general de solución de problemas y desarrollar planes de acción para las situaciones de riesgo más comunes.

Por lo tanto el objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad del TBUC en un usuario consumidor de cocaína.

METODO

Sujeto

Participó un usuario de cocaína de sexo masculino, con las siguientes características sociodemográficas:

Edad: 21 años.
Escolaridad: 1o preparatoria (9años de estudio).
Estado civil: Soltero.
Ocupación: Vendedor ambulante

Escenario

Un cubículo del Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco”, de la Facultad de Psicología, UNAM, acondicionado exprofeso.

Instrumentos

- Indicadores de dependencia a drogas del DSM IV (Oropeza, 2000). Escala de dependencia a sustancias del DSM IV. Son 13 reactivos dicotómicos.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001). Adaptado a población mexicana a partir del Drug Abuse Screening Test (DAST, Skinner, 1982). Arroja un índice cuantitativo de problemas de drogas, incluyendo algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de drogas psicoactivas experimentadas en un periodo de 12 meses.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001). Adaptado a población mexicana a partir del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis & Martin, 1985). Tiene 60 reactivos que se dividen en 8 subescalas, que son emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social.
- Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, Pérez, De León, Oropeza & Ayala, 2001). Adaptado a población mexicana a partir del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ, Annis & Graham, 1988). Mide la percepción de autoeficacia al observar qué tanta confianza percibe el usuario que podrá resistir consumir la droga en el futuro, en ocho categorías que miden situaciones de alto riesgo.
- Autorregistro (Echeverría & Ayala, 2001). Se usa para recolectar información sobre el consumo de cocaína y otras sustancias durante un periodo significativo (Carrol, 1998). Se debe señalar la cantidad de droga, la situación asociada, así como los pensamientos y sentimientos asociados con el consumo (tratando de analizar los antecedentes y consecuentes).

- Línea base retrospectiva (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979, adaptada por Ayala, 1997): El método de la línea retrospectiva se desarrolló para ayudar a recordar conductas de consumo de alcohol o drogas reciente. Es un registro del año, cuyo objetivo es identificar la frecuencia (en días) y cantidad de consumo del usuario.

Variables

Independiente (VI):

- Programa Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Es un tratamiento con enfoque cognitivo-conductual con componentes motivacionales fomentando el cambio en el consumo de la cocaína. Consiste en 8 sesiones, en cada una de las sesiones se trabaja una habilidades de enfrentamiento para evitar la recaída del consumo:
 1. Balance decisonal
 2. Manejo de problemas relacionados con el consumo de cocaína
 3. Identificar y enfrenar pensamientos de cocaína
 4. Identificar y enfrenar el deseo de la cocaína
 5. Habilidades asertivas de rechazo
 6. Decisiones aparentemente irrelevantes
 7. Solución de problemas sociales
 8. Reestablecimiento de metas y planes de acción

Dependiente (VD):

La variable dependiente tomo cuatro niveles:

- Consumo de cocaína.
- Autoeficacia para prevenir 8 situaciones de riesgo de consumo de cocaína (emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social).
- Nivel de dependencia. A través de los criterios del DSM-IV y el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).

Diseño

Se empleó un diseño experimental intrasujeto ABC, en donde A fue la línea base, B la intervención y C el mantenimiento (Hersen y Barlow, 1988).

PROCEDIMIENTO

A continuación se describen los pasos en que se llevaron a cabo la Admisión, Procedimiento y Seguimiento

Admisión al TBUC

- a) El usuario asistía a la sesión de Admisión, donde a través de una entrevista y de la aplicación de una serie de instrumentos se determinaba si era apto para participar en el programa. Al inicio de esta sesión se hacía una breve entrevista sobre su consumo de cocaína y se le aplicaba el cuestionario de preselección. Si el usuario era apto para participar en el programa, se le explicaba las características del tratamiento. Una vez que el usuario estaba de acuerdo con las mismas, firmaba un formato de consentimiento de participación en el TBUC y que sus datos podrían ser utilizados en investigación. Después se aplicaba el DSM IV y el CAD. Por último, se deja de tarea, para la siguiente sesión, el autoregistro y el ISCD.
- b) Al inicio de la sesión de Evaluación se revisaba la tarea, empezando con el autoregistro (a partir de esta sesión, las siguientes sesiones iniciaban con la aplicación de este instrumento). Después se revisaba el ISCD, analizando cuáles son las situaciones de mayor consumo. Durante la sesión, se aplicaba la Entrevista Inicial y evaluación del consumo de drogas, el CACD y la LIBARE. Se dejaba de tarea el material de la sesión “Balance Decisional” y el autoregistro.

Procedimiento y seguimiento TBUC

El tratamiento consta de ocho sesiones de tratamiento y de cuatro seguimientos.

En cada sesión, se revisaba el material (lecturas y ejercicios) que se dejaron de tarea en la sesión anterior y, si durante la misma se terminaba de revisar todos los ejercicios, se le dejaba la siguiente tarea, que normalmente era el material de la siguiente sesión. En caso de no concluir la revisión de la tarea, se le daba una cita más para concluir con la revisión.

- a) *Primera Sesión (Balance Decisional)*: El objetivo de esta sesión es de que los pacientes logren establecer una meta de cambio en el consumo de cocaína, a través de un balance decisional. El balance decisional consiste en que los pacientes evalúen los beneficios y costos de continuar consumiendo, así como el de cambiar su consumo. Una vez tomada la decisión de cambiar el consumo, se establece la meta de reducir el consumo gradualmente durante el tratamiento o abstenerse totalmente. Por último se analizan las razones por las cuales se busca un cambio.

- b) *Segunda Sesión (Manejo del Consumo de Cocaína)*: En esta sesión se trabaja la recuperación como meta a largo plazo. El objetivo de esta sesión es que el paciente logre identificar el problema del consumo de cocaína esto se lleva a cabo reconociendo los precipitadores (lo que provoca) y consecuencias (costos y beneficios) del consumo de cocaína. Una vez que se reconocieron los precipitadores y consecuencias se analizan y evalúan las Situaciones de alto riesgo para evitar las recaídas en el consumo.
- c) *Tercera sesión (Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína)*: El objetivo de esta sesión es como su nombre le indica que el paciente logre identificar los pensamientos sobre cocaína los cuales lo han llevado al consumo. Y logre enfrentar de la manera más adecuada una situación de riesgo. En esta sesión se le enseña al paciente estrategias de enfrentamiento como son: Relacionar uno de los momentos de consumo con un estado negativo particular, Desafiar los pensamientos de consumo de cocaína, establecer prioridades de actividades, Repasar consecuencias negativas del consumo de cocaína, Buscar distracciones o Hablar con alguien.
- d) *Cuarta sesión (Identificar y Enfrentar el Deseo de la cocaína)*: En esta sesión el paciente tiene que identificar el deseo, con actividades relacionadas a cómo entender el deseo, y reconocimiento de los disparadores del deseo. Posteriormente se le enseñan estrategias de enfrentamiento que son: Involucrarse en actividades de distracción (en donde evalúa las probabilidades de llevar a cabo esta actividad), Hablar del deseo, Manejo de deseo (es un ejercicio de imaginación) y Desafiar y cambiar el deseo (esta estrategia consiste en cambiar las auto – pláticas destructivas por auto – pláticas constructivas).
- e) *Quinta sesión (Habilidades de Rechazo y Asertividad)*: En esta sesión se le brinda al paciente herramientas útiles para enfrentar el acceso a la cocaína. Primero se hace un análisis de las situaciones de acceso. Se le enseña a generar los tres tipos de respuestas posibles al rechazo en el ofrecimiento de la droga (Pasivas, Agresivas y Asertivas) y se analizan el manejo de las fuentes de acceso. Por último se practican las respuestas asertivas, esta tarea consiste en hacer una lluvia de ideas con respuestas para rechazar futuros ofrecimientos de la cocaína, se analizan las respuestas y se evalúan cual de ellas sería las más adecuadas.
- f) *Sexta sesión (Decisiones Aparentemente Irrelevantes, DAI)*: Uno de los factores que puede influir en que una persona consuma cocaína son algunas de las decisiones que toma a diario y que aparentemente no son importantes. Por lo tanto es necesario que el paciente aprenda a darse cuenta y a analizar el tipo de decisiones que está tomando para evitar las llamadas decisiones aparentemente irrelevantes. En esta sesión se identifican las DAI con ejemplos personales, las recaídas por las DAI y se toman decisiones futuras para evitar las DAI.

- g) *Séptima sesión (Solución de problemas sociales)*: Una cuestión a la que frecuentemente se enfrentan los pacientes es a los problemas cotidianos, que se vuelven más complejos y se agravan debido al consumo de cocaína. El objetivo de esta sesión es dotar a los pacientes de una estrategia de solución de problemas. Se llevan acabo una serie de pasos: Reconocer el problema (¿Ese es un problema?), Identificar y especificar el problema (¿Cuál es el problema?), Generación de alternativas (¿Qué puedo hacer para solucionar el problema?), Toma de decisiones (¿Qué pasaría si....?) y Evaluar la efectividad de la aproximación (¿Qué pasará cuando yo...?).
- h) *Octava sesión (Reestablecimiento de Metas y Planes de Acción)*: El objetivo de esta sesión es reestablecer una meta final siendo esta la abstinencia. Primero se hace una evaluación de las metas establecidas en la sesión "Balance Decisional". Posteriormente se hace el reestablecimiento de metas buscando la abstinencia. Se analizará la probabilidad de que el paciente tenga alguna recaída. Enfatizando la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de enseñanza, y no como fracasos o indicadores de un fracaso evidente del programa de tratamiento y por último se pide al paciente evalúe el tratamiento.

Las sesiones de seguimiento se hicieron al mes, tres y seis meses de haber dado de alta al usuario. El objetivo de estas sesiones era determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo y las consecuencias asociadas que se derivan de este cambio en el comportamiento adictivo.

- a) *Seguimientos*: En cada sesión se revisó la posible existencia de consumo de cocaína. Se comentó y se analizó la aplicación de las habilidades a nuevas situaciones de posible riesgo, cerrando las sesiones motivando al paciente al no consumo.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Resultados de la intervención en cuanto al consumo

La determinación de la efectividad del tratamiento se obtuvo a través de la comparación de tres fases: la línea base retrospectiva (LIBARE), durante diez sesiones que comprendieron las fases de evaluación, tratamiento y seguimiento a seis meses. Los últimos dos a través del autoregistro.

La figura 2 muestra la media el promedio general de consumo durante el LIBARE, tratamiento y seguimiento. El promedio total obtenido en la LIBARE fue de 6.67 grs./semana, durante el tratamiento fue de 0.3 grs./semana y durante el seguimiento a 6 meses fue de 0.125grs./semana.

Además, los resultados del programa se determinaron mediante una serie de indicadores sobre el patrón de consumo del sujeto que fueron: el nivel de auto-eficacia ante situaciones de riesgo de consumo y el nivel de dependencia a la cocaína.

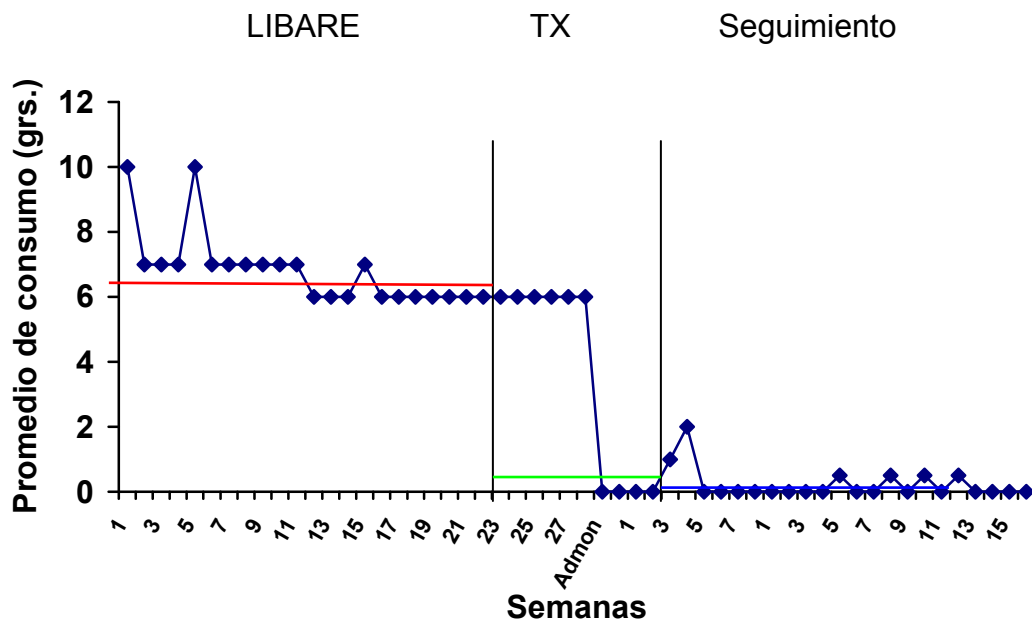


Figura 2. Comparación entre el promedio de consumo en la LIBARE, tratamiento y el seguimiento a seis meses

Evaluación de la autoeficacia

Dentro de los objetivos centrales del tratamiento fue buscar que los usuarios del tratamiento aumentaran su auto confianza o auto-eficacia para controlar su consumo en las situaciones que consideran más riesgosas donde se presentan episodios de consumo excesivo.

Para determinar el grado de autoeficacia ante la situación de riesgo, se utilizó el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, ver figura 3) y se comparó con el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, ver figura 4) ambos se aplicaron al inicio del tratamiento y durante el seguimiento.

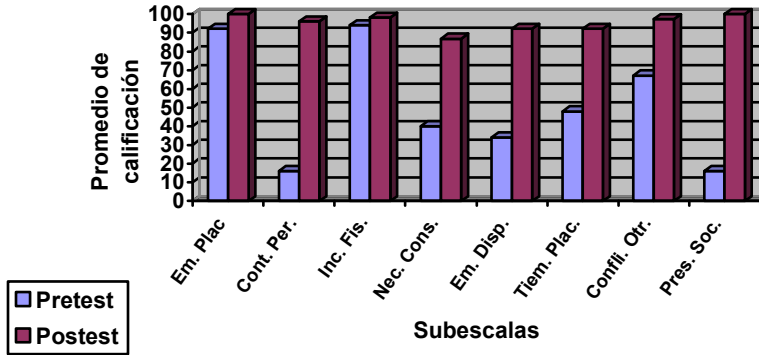


Figura 3. Índice de mejoría en el pretest y posttest del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)

En la figura 3 se puede observar que la comparación a los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento en el CACD, se observa un aumento en la autoeficacia en las 8 categorías (Emociones placenteras, Control personal, Incomodidad física, Necesidad de consumo, Emociones displacenteras, Tiempo placentero con otros, Conflicto con otros y presión social de consumo) en el seguimiento a seis meses.

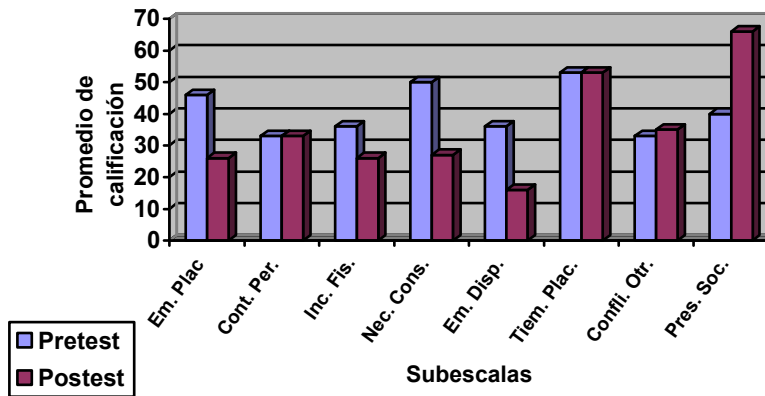


Figura 4. Índice de mejoría en el pretest y posttest del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

En la figura 4 se puede observar que la comparación a los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento en el ISCD, hubo una disminución en las 5 subescalas (Emociones placenteras, Control personal, Incomodidad física, Necesidad de consumo y Emociones displacenteras). Presentándose un aumento o sin cambio en las 3 subescalas (Tiempo placentero con otros y Conflicto con otros y presión social de consumo) en el seguimiento a seis meses.

Nivel de dependencia

El nivel de dependencia y abuso de la cocaína se determinó con base en la frecuencia de síntomas que comprenden el síndrome de dependencia de la cocaína. Dicho nivel de dependencia se analizó antes del inicio del tratamiento y en el seguimiento; a través de las escalas del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) y criterios de dependencia del DSM -IV.

Tabla 5 Resultados del CAD

CAD	Pretest	Postest
Sin problema		
Leve		😊
Moderado	😊	
Sustancial		
Severo		

Tabla 6. Resultados DSM-IV

DSM-IV	Pretest	Postest
Sin Problema		
En Riesgo		😊
Dependencia	😊	

La tabla 5 muestra el resultado del CAD de acuerdo a los 5 niveles del problema, en donde se observa que el sujeto antes del tratamiento presenta un índice de nivel de abuso de drogas de Moderado y una vez concluido el tratamiento presentó un nivel de abuso de drogas leve. La tabla 6 muestra los resultados de los criterios de dependencia según el DSM IV. En donde el sujeto presentó un índice de dependencia en pretest y en el postest un índice en riesgo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad del TBUC en un individuo con problemas de consumo de cocaína y en los problemas relacionados con el mismo. Los resultados obtenidos de la aplicación del programa de intervención, muestran cambios importantes en el patrón de consumo de cocaína. Estos cambios se manifestaron, durante el tratamiento, en un mayor número de días en que permaneció en abstinencia. Estos cambios parecen mantenerse a lo largo de un periodo de seis meses posteriores al tratamiento. Aun que se observan algunos episodios de consumo durante el seguimiento. Esto se debe a nuevas situaciones de riesgo, las cuales no se contemplaron durante el tratamiento.

Por otro lado, también se observan cambios importantes en la autoeficacia en prevenir situaciones de riesgo de consumo de cocaína. Así como cambios en el nivel de dependencia a la cocaína antes y después de la aplicación del TBUC. Encontrando que, los cambios en el patrón de consumo estuvieron acompañados por un aumento en el nivel de confianza para poder abstenerse del consumo de la droga. Aun que se sigue percibiendo de riesgo situaciones como tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social de consumo, se ha logrado aplicar estrategias para prevenir dichas situaciones.

Este resultado es similar a los encontrados por Oropeza (2003) y es comparable a los resultados encontrados en los modelos de tratamientos breves dirigidos a consumidores de cocaína y también a otros modelos de tratamiento breve cognoscitivo conductual, dirigido a consumidores de alcohol (Ayala, et al, 1995).

LIMITACIONES

Una de las limitaciones en este estudio, fue el no poder concluir hasta el seguimiento de 12 meses después de concluir el tratamiento. Limitando a no saber los efectos del tratamiento hasta ese periodo. Y a desconocer si el sujeto pudo enfrentar satisfactoriamente las nuevas situaciones de riesgo identificadas durante el seguimiento de 6 meses.

SUGERENCIAS

Se recomienda seguir aplicando el modelo TBUC a varios consumidores de cocaína y así poder determinar la efectividad del TBUC. También se recomienda aplicar un seguimiento a los 9 meses de haber concluido el tratamiento para no perder datos importantes de los usuarios.

Habilidades adquiridas

Parte esencial de la residencia, constituyó la formación en la competencia de investigación. Las actividades desarrolladas en los diferentes programas de intervención permitieron desarrollar: investigación, conocimiento teórico y práctico y la prestación del servicio de atención. Así mismo, fomentó una capacitación profesional- basada en un modelo de entrenamiento práctico con supervisión, en escenarios de investigación, que permitieron hacer propuestas de intervención efectivas en relación con los problemas y demandas sociales en el área de las adicciones; así como, propuestas de investigación para el mejoramiento de las intervenciones.

Respecto a las habilidades adquiridas a lo largo de la formación de esta competencia son:

- Conocimiento de los diferentes Diseños de Investigación
- Análisis de los estudios cualitativos y cuantitativos en el abordaje de las adicciones para posteriormente desarrollar la propuesta de Intervención de usuarios de sustancias.
- Identificar la farmacología, psicofarmacología y farmacofisiología de diversas sustancias psicoactivas.
- Identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta, así como la historia natural de la conducta adictiva.
- Conocimiento y uso de las herramientas de la epidemiología para hacer investigación de la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de interés, en población general y en grupos especiales.
- Entrenamiento en el uso de las herramientas para medir e identificar adecuada y en forma temprana a personas con conductas adictivas o conductas en riesgo (prevención selectiva).
- Diagnosticar el problema de uso de sustancias y canalizar a los pacientes al tratamiento más adecuado.
- Dominio de las técnicas adecuadas de motivación para mantener a los usuarios en el tratamiento.
- Establecer las metas del tratamiento (reducción de la conducta adictiva y/o abstinencia, mejora del funcionamiento en otras áreas).
- Dominio en el uso de herramientas para la rehabilitación de personas adictas, modificando hábitos y favoreciendo la readaptación; poder Evaluar la eficacia del programa de atención profesional: detección, intervención y seguimiento.
- Supervisión del ejercicio profesional de otros psicólogos y/o profesionales afines como una estrategia de enseñanza-aprendizaje dirigida al fortalecimiento de competencias profesionales.

Conclusión

El consumo de drogas en nuestro país muestra actualmente un incremento alarmante. De manera particular, a cocaína es una seria preocupación para los profesionales de la salud por todos los problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que causa. México cuenta cada vez con un mayor número de Instituciones, programas y profesionistas de todos los sectores cuyo compromiso se orienta a la instrumentación de acciones que buscan detener el avance de esta problemática. Pero estas acciones no han podido mostrar resultados cuantitativos que nos indiquen la efectividad en la solución de los problemas.

La investigación entendida como un proceso dirigido a la generación de conocimiento científico y tecnológico es efectiva en la medida en que se vincula con las necesidades sociales, institucionales y empresariales. Pero el desarrollo de la investigación y los procesos que ella implica, no pueden concebirse en forma aislada o individual, pues, la investigación debe abordar problemas de carácter social, institucional y empresarial; además este abordaje debe darse sobre la base de problemas propios, mas no de interés ajeno a nuestra realidad. Es preciso, vincular la investigación académica a las necesidades del sector comunitario y empresarial, intentando alcanzar el vínculo entre este sector y la universidad. De esta manera, podremos desarrollar investigaciones de alto nivel científico que posibiliten la excelencia académica a la vez de obtención de resultados de alto impacto que contribuyan al desarrollo económico, social y cultural del país.

En consecuencia, hoy en día, nuestra sociedad requiere de un mayor número de profesionistas especializados y competentes en el diseño y desarrollo de programas de intervención, instrumentación de modelos tanto Institucionales como Comunitarios, y desarrollo de investigación que permita el avance teórico-metodológico en el campo de conocimientos en adicciones.

***MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E
INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES
PROBLEMA***

Introducción

Actualmente la búsqueda de programas para prevenir o reducir la amplia problemática social que resulta el consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas ha sido, a nivel internacional, una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionales.

Para reducir la demanda y la problemática que genera el consumo de sustancias (legales e ilegales), los Modelos de Detección Temprana e Intervención Breve para sustancias adictivas, antes mencionados, han sido desarrollados en la Facultad de Psicología de la UNAM, por investigadores en el área de las adicciones, basados en el Programa de Auto-cambio Dirigido que fue inicialmente establecido por la Fundación de Investigación sobre las adicciones del gobierno de Canadá (Sobell y Sobell, 1993).

Estos modelos buscan ayudar a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta, a través del reconocimiento de su consumo, uso de su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de sustancias buscando la abstinencia. El usuario que recibe el modelo, desarrolla estrategias generales de solución de problemas, que pueden emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas relacionados al consumo.

A continuación se presenta una descripción del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema basándose en el desarrollo de las sesiones, mencionando los componentes que lo integran. Tomando un caso que fue admitido y atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la facultad de psicología, UNAM.

Antecedentes

Panorama actual del consumo de alcohol en México

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002) menciona que en el país hay poco más de 32 millones de bebedores (32,315,769) que representan al 46% de la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones (26,874,662) viven en localidades urbanas, de más de 2,500 habitantes, y representan al 51% de esta población. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente el 32% de la población de ambos sexos. Cinco por ciento reportaron nunca haber bebido alcohol, dando razones religiosas y una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores (tabla 1).

Tabla 1. Índice de bebedores por tipo de población, sexo y grupos de edad (ENA, 2002).

Población Urbana	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
12-17 años	2,979,230	30	1,726,518	35.1	1,252,712	25.4
18-65 años	23,895,432	55.6	13,581,107	72.2	10,314,325	42.7
12-65años	26,874,662	50.8	15,307,625	64.5	11,567,037	39.6
Población Rural	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
12-17 años	543,197	14.4	357,775	18.9	185,422	9.8
18-65 años	4,897,901	37.4	3,512,513	60.7	1,385,388	18.9
12-65años	5,441,098	32.2	3,870,288	50.4	1,570,810	17.3
Población total 12-65 años	32,315,769	46.3	19,177,913	61.1	13,137,847	34.3

Se observa que los hombres siguen siendo quienes beben más (ENA, 2002), en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer, cuando se considera a la población urbana hay una diferencia considerablemente mayor de 3.2 hombres por cada mujer en comunidades rurales.

La cerveza es la bebida de preferencia de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%) el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol del 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menor frecuencia. Existen importantes diferencias en las preferencias de hombres y mujeres (Ver figura 1), ya que estas últimas prefieren cerveza en menor proporción que los varones (56% vs 79% respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs 18%).

A diferencia del consumo diario tan común en las sociedades europeas, sigue siendo una práctica poco frecuente en México, ya que solamente el 1.5% de la población reportó esta frecuencia de consumo. Sólo la tercera parte (37%) de

los bebedores limitan su consumo a una copa o dos copas por ocasión de consumo, 28% reporta que ha llegado a consumir 3 ó 4 copas. Cuando comparamos los resultados de poblaciones rurales y urbanas, encontramos que en las primeras, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, con 10% de la población rural, ya que reportan haber bebido más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con solamente el 5% de la población urbana.

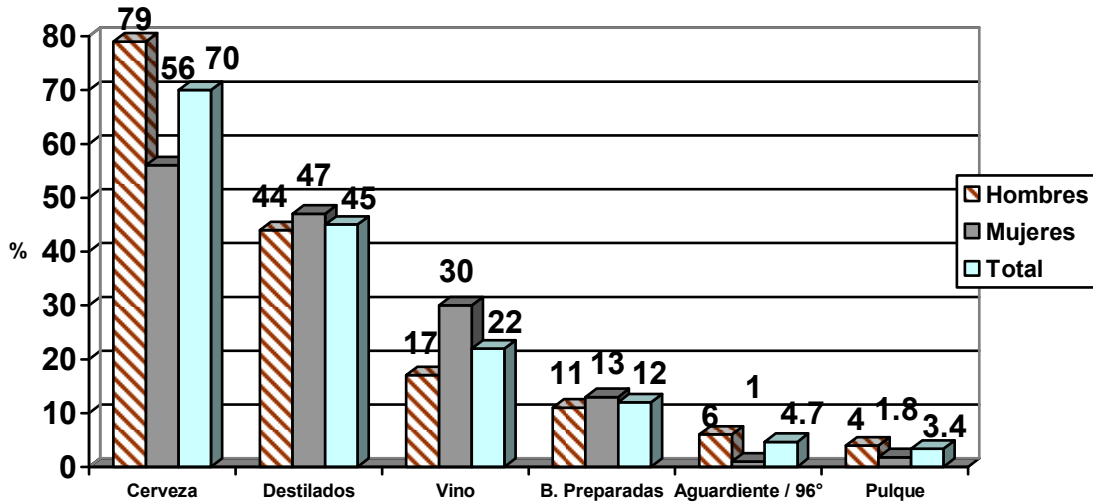


Figura 1. Bebida de preferencia por sexo (ENA, 2002).

Poco más de 14 millones de personas (14,261,752) beben alcohol con patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros, al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de éstos 3,266,490 lo hace por lo menos una vez a la semana. 795,573 adolescentes entre 12 y 17 años, que no han alcanzado la edad legal para beber, los hacen con patrones de riesgo. El consumo de alcohol aparece como primer factor de mortalidad prematura y responsable del 6.2% de *Años Perdidos por Discapacidad*. Las principales causas de muerte asociadas al consumo de alcohol son: accidentes, enfermedades del hígado, homicidios, cardiopatías, suicidio, etc.

Los datos de la ENA 2002 señalan una menor diferencia en los niveles de consumo entre hombres y mujeres, lo que podría señalar una tendencia a la mayor incorporación de las mujeres al consumo. Desafortunadamente los adolescentes presentan un mayor consumo y un inicio temprano en el consumo excesivo, asociándose a mayor riesgo de dependencia. En México, los programas de tratamientos para el consumo excesivo de alcohol que existen, han puesto un mayor énfasis en el tratamiento de un pequeño segmento de la población con dependencia, pero se ha ignorado a aquellas personas que abusan de las bebidas alcohólicas y que representan el segmento más numeroso de la población y con mayor proporción de consecuencias a nivel social derivados de su patrón de consumo (Medina-Mora, 2001).

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

Ante esta situación se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo de desarrollar una elevada dependencia al alcohol. En el esfuerzo de encontrar una solución a los problemas asociados al consumo excesivo, Sobell y Sobell (1993) se basaron en tres áreas de investigación para conformar el Programa de Auto Cambio dirigido para bebedores problema:

- Modelo de intervención breve
- Recuperación natural del consumo excesivo
- Conceptualización de la motivación como un estado de disponibilidad al cambio.

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

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve surge en México, a partir del Programa de Auto Cambio dirigido, como una estrategia costo-efectiva para la reducción del consumo de alcohol y sus problemas asociados. El Modelo identifica individuos con problemas de alcohol o en riesgo de desarrollarlos (bebedores problema). El tratamiento consiste en incrementar la conciencia sobre el abuso, elevar la auto-eficacia, la responsabilidad y el compromiso por el cambio.

Este modelo esta integrado por componentes cognitivo-conductuales, que propone que la mayor parte del comportamiento humano es aprendido y que son estos mismos principios del aprendizaje los aplicados para cambiar la conducta humana. De acuerdo con los la Teoría del Aprendizaje Social (TAS, Bandura, 1986), el abuso de alcohol es considerado como una conducta mal adaptada, la cual se define como un patrón repetitivo caracterizado por la búsqueda de recompensas a corto plazo (un bienestar) y a menudo con efectos dañinos a largo plazo (problemas personales o sociales). La TAS supone que al individuo como una orientación adaptativa donde puede elegir el alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines, por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva. La perspectiva que enfatiza la TAS, es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y

psicológicos y esta interrelación de factores puede favorecer al aprendizaje de determinadas conductas, pero así mismo nos permite modificar aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, o que son pocas adaptativas.

Dentro de los componentes cognoscitivo-conductuales, las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol constan de un número mínimo de sesiones (hasta 6 u 8). Sus ventajas consisten en ser de bajo costo, de rápida aplicación, de efectos inmediatos. La evidencia experimental muestra que los resultados son perdurables *in situ*. Las intervenciones breves proporcionan la oportunidad de ayudar al usuario en una etapa temprana previa al consumo problemático de alcohol, antes de que la dependencia de la sustancia se haya desarrollado y de que se produzca un daño permanente.

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

En este sentido la motivación es vista como un constructo multidimensional que tiene múltiples determinantes, algunos abusadores de sustancias que se perciben a ellos mismo como que tiene problemas, son capaces de cambiar fuera de un tratamiento formal, sugieren que hay una buena disposición para cambiar una conducta. La tarea de la motivación no es vista como un tratamiento, más bien como una posible tarea de concientización del problema, tarea para percibir que se necesita cambiar, buscar tratamiento. La motivación ha sido definida como las razones individuales escogidas para cambiar la conducta adictiva y la fuerza del deseo para hacerlo, es un componente esencial del individuo y la fuerza para el deseo y probabilidad del cambio (Donovan y Rosengren, 1997).

El Modelo de las etapas de cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente (1982), consiste en cinco etapas de cambio que representan el proceso por el que pasa la gente cuando piensa acerca de cambiar su forma de beber, empieza a hacerlo y trata de mantener una nueva conducta. El entendimiento de cada una de las etapas y la motivación ayudan en el proceso terapéutico, a aceptar la posición actual del usuario de alcohol, a evitar un alejamiento del usuario con la consecuente resistencia al tratamiento y a aplicar estrategias de consejo más adecuadas para cada etapa del proceso. A través de las intervenciones breves se puede ayudar al inicio del cambio de consumo, a mantenerlo y prevenir que regrese a un consumo anterior. A continuación se presenta una tabla de las

etapas de cambio y el tipo de consejo conveniente en el proceso del tratamiento (tabla 2).

Tabla 2. Modelo de las etapas de cambio

Etapa	Habilidad
<u>Precontemplación:</u> el usuario no contempla aun la necesidad de cambio, aunque está conciente de las consecuencias negativas del consumo, es imposible que haga algo por cambiar.	El usuario necesita información que vincule sus problemas potenciales con su forma de abuso de alcohol.
<u>Contemplación:</u> el usuario esta conciente de los puntos a favor y en contra de su abuso de alcohol, peor siente ambivalencia acerca del cambio. El usuario aún no ha decidido cambiar.	El usuario debería explorar los sentimientos de ambivalencia y los conflictos entre el abuso de alcohol y valores personales. La intervención breve puede buscar incrementar la conciencia del usuario sobre las consecuencias del abuso continuo y los beneficios de decrementar o terminar su uso.
<u>Determinación:</u> Una vez que el usuario ha decidido cambiar y empieza a planear los pasos hacia una recuperación.	El usuario necesita trabajar en el fortalecimiento del compromiso. Una intervención breve puede darle al cliente una lista de opciones de tratamiento a escoger, así como ayudarle a planearlo de la mejor manera.
<u>Acción:</u> El usuario intenta nuevas conductas, pero aún no son estables e incluso puede presentar recaídas en el consumo. Esta etapa implica el primer paso activo hacia el cambio.	El usuario requiere un plan de ayuda para ejecutar un plan de acción y puede tener que trabajar habilidades para mantener la sobriedad. Las intervenciones breves se deben aplicar a lo largo de esta etapa para prevenir la recaída.
<u>Mantenimiento:</u> El usuario establece nuevas conductas a largo plazo.	El usuario necesita ayuda para la prevención de recaídas. La intervención breve puede evaluar las acciones presentes y redefinir los planes del mantenimiento de la sobriedad a largo plazo.

El modelo de intervención breve asume que el proceso de cambio es activado cuando se percibe los beneficios del uso de alcohol y drogas (aumentando las actividades agradables y mejoría de las habilidades de afrontamiento), y los costos de mantenimiento de la conducta (problemas familiares, legales y de empleo). Si el uso de sustancias es reducido o eliminado a favor de la conducta adaptativa porque no produce beneficios útiles el uso de sustancias, el equilibrio se reestablece. La intervención breve es vista como un vehículo que dirige o facilita la ocurrencia natural del proceso de cambio; esta aproximación ayuda al individuo al elevar su conciencia de los procesos que le ha credo el abuso de sustancias, proporcionándole la oportunidad de considerar factible, la aceptación de alternativas para cambiar su estilo de vida, puesto que ha causado daño y dolor a su familia, han perdido su trabajo o se sienten avergonzados por su comportamiento.

Por último, la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1991) tiene como propósito proporcionar aplicaciones motivacionales en la práctica y en los programas de tratamiento, así como cambiar la concepción de la motivación del usuario a un punto de vista de abstinencia de la sustancia. Las técnicas del incremento motivacional están relacionadas con la participación creciente en el

tratamiento y con resultados positivos tales como la reducción del consumo, tasas más altas de abstinencia, mejora en la auto-estima y mayor adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, de acuerdo con las características del bebedor problema el objetivo del tratamiento es la reducción del patrón del consumo de alcohol (moderación o abstinencia) disminuyendo las consecuencias negativas del consumo de sustancias. Los procedimientos de intervención breve incluyen evaluación y retroalimentación, contrato y establecimiento de metas, técnicas de modificación conductual y biblioterapia auto-dirigida. Como objetivos específicos se propone lo siguiente:

- Ayudar a los pacientes a establecer metas.
- Identificar las situaciones de riesgo de consumo.
- Desarrollar habilidades y estrategias alternativas para enfrentar dichas situaciones.

El Modelo de detección temprana e Intervención breve para bebedores problema para cumplir con los objetivos se apoya en cuatro sesiones de tratamiento:

1. Balance decisional.
2. Análisis funcional
3. Desarrollo de planes de acción
4. Reestablecimiento de metas.

Durante las actividades de residencia, en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema, se atendieron cuatro usuarios; sin embargo a continuación se presenta un caso, que se consideró representativo o típico, de este programa.

REPORTE DE CASO

1. Motivo de consulta y evaluación.

ADMISIÓN

La admisión es el primer paso en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve. Es importante ya que es el primer contacto que se tiene con el usuario, además, es el momento en el que se recibe información valiosa para ser utilizada en el tratamiento. Además, se identifica si el usuario es candidato para el tratamiento o si es necesaria una canalización a otro tipo de intervención. Por lo que es importante conocer el motivo de consulta y obtener toda la información básica acerca de las características del consumo e identificar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario.

Esta sesión debe promover la interacción positiva para establecer un ambiente favorable que coadyuve a la recopilación de la información y el proceso de cambio. A través de practicar los principios generales propuestos por la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Es el momento para crear una alianza con el terapeuta y motivar al usuario para continuar, una evaluación inicial permite obtener información sobre el problema de consumo de ésta persona y determinar algunas variables importantes involucradas en éste proceso.

El caso que se presenta a continuación forma parte del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve desarrollado en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM y del cuál se muestran cada una de las sesiones correspondientes, con la finalidad de mostrar cada uno de los elementos involucrados a lo largo del tratamiento, así como los resultados de éste mismo.

Fecha de la sesión: 28/Enero/2005

Características Sociodemográficas del usuario

Edo. Civil: Soltero

Sexo: Masculino

Edad: 27 años

Escolaridad: Pasante de licenciatura

Trabajo: Comerciante

El usuario es un joven de 27 años de edad, que trabajaba en un negocio personal, de venta de artículos para patines y patinetas, en un bazar ubicado en la Ciudad de México, y se encuentra actualmente viviendo con sus padres.

Acude al Centro Acasulco solicitando ayuda para mantener la abstinencia de alcohol que llevaba desde hace 2 semanas. Mencionó que inició su consumo

desde hace 15 años. Empezando a causarle problemas desde hace 4 años. Se presentó con un patrón de consumo de 10 a 12 tragos estándar¹ de cerveza por ocasión, con una frecuencia de 4 veces por semana. La duración de un trago estándar es de aproximadamente 15 min. y el tiempo de espera para servirse otro trago estándar es inmediato. Consumía siempre en compañía de amigos en lugares públicos y privados. Las situaciones en las que consumía excesivamente son en fiesta.

Se le pidió que evaluara subjetivamente la severidad de su problema durante el último año, de las sustancias que reportó haber consumido. El usuario contestó que él considera un “*Gran Problema*” su forma de beber por las consecuencias que ha tenido, y consideró “*Sin problema*” el consumo de las otras sustancias durante la sesión (Ver tabla 1).

Mencionó que una vez que empieza a consumir no puede parar su consumo. A menos que se lo plantee antes de tomar. Este consumo excesivo lo atribuye a presiones del trabajo y casa. La principal razón por la cual dejó de tomar y solicitó ayuda; fue por un accidente automovilístico después de una fiesta en la cual consumió excesivamente durante el último mes.

Tabla 1. Escala de severidad del problema con su consumo de sustancias

Sustancia	Sin problema	Un pequeño problema	Un problema menor	Un mayor problema	Un gran problema
Alcohol				X	
Tabaco		X			
Marihuana	X				
Crack	X				
LSD	X				
Anfetaminas	X				

Con relación a las áreas de vida afectadas por el consumo de alcohol, el usuario consideró la relación familiar y las actividades laborales como las más afectadas. Además de reportó problemas que han repercutido en su relación de pareja, y con la ley (tránsito vehicular). En ese momento, presentó problemas menores con amistades, ya que ellos son quienes lo buscan en su trabajo para beber alcohol. En cuanto al área académica y de salud, mencionó que los considera un pequeño problema, el primero por no poder concluir la carrera al no titularse y la segunda por estar afectando su condición física por el consumo de alcohol (ver tabla 2).

¹ Copa o trago estándar es equivalente a 0.5 Onzas ó 12 Grs. De alcohol absoluto (Medina-Mora, 2001)

Tabla 2. Dificultades que afectan o limitan alguna de las siguientes áreas

Área	Nunca	Algunas Veces	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Amistades		X			
Laborales			X		
Familiares			X		
Académicas		X			
Sexuales	X				
Salud		X			

Al finalizar la sesión se le recordó la fecha y hora de la siguiente sesión, además se le entregó y explicó la manera de llenar algunos instrumentos de evaluación. Por último se motivó al usuario por su iniciativa al asistir al tratamiento.

EVALUACIÓN

La sesión de evaluación tiene como objetivo obtener información necesaria acerca de la historia, patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la auto-eficacia del usuario, con relación a diversas situaciones de consumo, por medio de la aplicación de los instrumentos correspondientes.

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

La evaluación debe verse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después de la introducción de los procedimientos del tratamiento. La evaluación permite cuantificar el problema que quiere modificarse y también permite medir la respuesta a la intervención. Esta información proporciona al terapeuta una base de datos que permite evaluar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer junto con el usuario, la meta del tratamiento y medir la precisión de la valoración inicial.

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

A partir de ésta sesión, el usuario inicia un trabajo con el manejo de su propia responsabilidad y en donde a partir de los logros obtenidos de manera inmediata se reforzará su mantenimiento dentro de éste proceso, así como el contar con las herramientas necesarias que sirvan de guía para definir las estrategias más adecuadas para el cliente, lo cual es resultado de éste proceso de admisión y evaluación.

Fecha de la sesión: 31/Enero/2005

En la sesión de evaluación se exploró a cerca del consumo; donde el paciente reportó que se mantenía en abstinencia. Se continuó con la entrevista inicial, explorando las siguientes áreas:

- **Salud física:** Mencionó nuevamente que el principal problema por el que está buscando ayuda es el consumo de alcohol. No presentó ningún antecedente de haber asistido a tratamiento por consumo de sustancias ni por algún problema de salud. Físicamente se mostró con buen estado de salud, ya que su peso y altura corresponden a su edad y no ha presentado cambios de peso (Pesando 65kg y mide 1.73m).

- Situación laboral: Tiene un negocio propio desde hace 4 años, al cual le dedica medio tiempo al día. En el último año, no trabajó 10 días aproximadamente debido al consumo del alcohol. Reportó un ingreso promedio de \$10,000. pesos mensuales; de los cuales destina \$1,500 pesos mensuales al consumo de alcohol. Mencionó que ha descuidado el negocio, lo que ha ocasionado que no haya productos nuevos en la tienda.
- Historia del consumo de alcohol: El usuario lleva 4 años con problemas relacionados al consumo del alcohol, en el último año fue arrestado 2 veces por el abuso en el consumo de alcohol e ir manejando. Incluso accidentándose (ha sido arrestado en 10 ocasiones por problemas relacionados con el consumo a lo largo de su vida). Consideró el consumo del alcohol como un problema mayor, ya que ha tenido consecuencias negativas, las cuales considera serias.

El porcentaje de consumo de alcohol y tipo de bebida por ocasión es el siguiente:

- ❖ Cerveza 80%
- ❖ Destilados 20% (Vodka y tequila)

Lleva 8 intentos de dejar o reducir su consumo. El periodo más largo que logró estar en abstinencia es de 1 año a partir de diciembre de 1996, Sin embargo, nuevamente reincidió en el consumo por no encontrar otra forma de enfrentar las presiones del trabajo.

- Historia del consumo de otras drogas: Mencionó que su consumo tabaco es reciente (desde 2003). Llegó a consumir marihuana durante un año y medio, casi a diario; dejándola de consumir en el 2000.

También tuvo consumo de cocaína (crack) durante año y medio; consumiendo 1 vez a la semana; dejándola de consumir desde 2003. Así como LSD, consumiendo en 10 ocasiones durante 1998 y teniendo un consumo de una ocasión, en el 2004. Incluso ha tenido consumo de anfetaminas en 4 ocasiones a lo largo de su vida.

El usuario comentó que el consumo de estas sustancias las ha dejado por voluntad propia. Reconociendo que le trajo problemas físicos (menos condición física) y económicos, pero que podría llegar a consumirlas por antojo. Considerándolo como un pequeño problemas, estando preocupado al respecto, pero sin ninguna experiencia negativa grave.

- Otros: A pesar del consumo de otras drogas nunca ha asistido o pedido ayuda. Siendo está la primera vez que acude a un tratamiento por consumo de sustancias.

Dentro de las actividades que le gusta realizar en su tiempo libre se encuentran el hacer deporte (patinar) e ir al cine. Las cuales no se relacionan con el abuso del consumo de alcohol.

Mencionó que ningún familiar o amigo lo presiona a consumir y en ese momento contaba con el apoyo de su novia y de sus padres.

Se mostró insatisfecho con su estilo de vida, ya que el consumo de alcohol le ha ocasionado pérdida o deterioro de las relaciones familiares, amistades y trabajo. Y por no poder alcanzar sus metas en el trabajo y la universidad.

Evaluación realizada por medio de cuestionarios e instrumentos

El propósito de la evaluación es cuantificar el problema que sirva de punto de referencia para valorar que tan variables son las estrategias iniciales y las metas que se quieren alcanzar. A continuación se describen los cuestionarios e instrumentos que se aplican en la sesión de admisión y evaluación. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos del usuario:

- **Cuestionario de Pre Selección:** Este instrumento que consta de 11 reactivos diseñado específicamente para investigación. Da una descripción de las características del consumidor que pide participar en el programa. Se incluyen los criterios de inclusión y exclusión.
- **Breve Escala de Dependencia de Alcohol (BEDA)²:** Es una escala de 15 reactivos que mide la dependencia hacia el alcohol en población adulta (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- **Pistas (Trail Making Test)³:** Es una subescala retomada de la batería Halsted-Reitan. Las Pistas en su parte A y B es posible revisar el daño cognoscitivo, resultado del consumo excesivo de alcohol.
- **Forma de consentimiento⁴:** Es un formato elaborado específicamente para este programa donde se señalan algunas de las características del programa: duración, forma de trabajo, obligaciones del terapeuta y del usuario.
- **Entrevista Inicial⁵:** Este instrumento incluye diferentes apartados que permiten obtener información sobre diferentes áreas de la vida del paciente como son: salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas y consecuencias adversas al uso de sustancias.
- **Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol (LIBARE)⁶:** Desarrollada por Sobell y Sobell (1979) se utiliza para medir el *patrón de consumo* (cantidad, frecuencia e intensidad). Este instrumento sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes del tratamiento.

² Interpretación de puntajes: 1 a 9 puntos = dependencia baja; 10 a 20 puntos = dependencia media y 20 ó más = dependencia severa.

³ Tiempo máximo: Prueba A 60 segundos y Prueba B 120 segundos.

⁴ Forma de consentimiento en participar como paciente en investigación sobre el estudio y tratamiento de problemas de consumo de alcohol.

⁵ La información que se obtiene con este instrumento es útil para la planeación del tratamiento, y nos indica algunos cambios relacionados con estilo de vida de los usuarios y las consecuencias del consumo, que se presentan después de haber participado en el programa de tratamiento.

⁶ Esta técnica presenta a los usuarios un calendario y se les pide que recuerden su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. Y se hace la conversión a copa estándar.

- **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA, Annis y Kelly 1984)**⁷: Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones específicas en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior y que pueden ser identificadas como situaciones de alto riesgo para una recaída.
- **Cuestionario de Confianza Situacional (CCS, Annis y Nelly 1984)**⁸: El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Consta de 8 reactivos que evalúa la habilidad percibida del usuario para resistirse a consumir bebidas alcohólicas en situaciones particulares. Aunque el CCS reúne información sobre comportamientos recurrentes, es decir, auto-eficacia presente, por su lado, su contraparte, el ISCA, es un instrumento de valoración retrospectiva. Sin embargo ambos instrumentos tienen el mismo número de categorías de valoración pero en distintos momentos. Una vez que son completados los instrumentos se puede desarrollar un perfil de las situaciones que presentan mayor riesgo de recaídas (Los resultados del CCS y del ISCA se presentan en la sesión 2).
- **Autorregistro**⁹ (Echeverría y Ayala, 1997): Es un registro diario del consumo y puede usarse para recolectar información sobre el consumo de alcohol durante un periodo significativo.

Los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos de evaluación son los siguientes:

- a) **Resultado del cuestionario de pre selección:** Mostró que el usuario es candidato al Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Cabe mencionar que en los reactivos correspondientes a la Historia de consumo reportó beber más de 30 tragos estándar a la semana. Sin consecuencias a la salud.
- b) **Resultados del BEDA:** Obtuvo un puntaje de 14, lo que indicó que el usuario presentó una dependencia media al alcohol, lo que nos permitió corroborar que el usuario es candidato ideal para el programa.
- c) **Pistas (Trail Making Test):** En la prueba de pistas el usuario entendió bien las instrucciones, respondió adecuadamente, el trazo de líneas fue correcto, solo presentó un error en la prueba A. En la primera parte se tardó 50

⁷ Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías divididas en dos grandes grupos: 1) Situaciones personales que se subdivide en 5 (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, Auto control, Necesidad de consumo) y 2) Situaciones que involucran a terceras personas que se subdivide en 3 (Conflicto con otros, presión social y momentos desagradables). Los resultados se presentarán en la sesión 2.

⁸ A los usuarios se les pide que se imaginen a sí mismos en cada una de las 8 situaciones (similares a las del ISCA) y que indiquen en una escala del 1 al 100 qué tan confiados o seguros están que en el momento presente resistirían la tentación de beber en exceso en una situación similar. Los resultados se presentarán en la sesión 2.

⁹ Si consume, debe señalar la cantidad de alcohol, la situación asociada, así como los pensamientos y sentimientos asociados con el consumo.

segundos y en la segunda parte 1 minuto con 10 segundos. Descartando cualquier daño cognoscitivo.

- d) **Resultados del LIBARE:** En el periodo de 1 de febrero de 2004 al 31 de enero de 2005 el usuario presentó un consumo total de 689 copas estándar. Con un total de 155 días totales de consumo (42.5% del año, ver figura 1). Con un promedio de 4.08 copas por día. Número máximo de copas que llegó a consumir por día fueron 30. Cabe mencionar que tuvo 33 días de abstinencia, siendo el periodo más largo del último año.

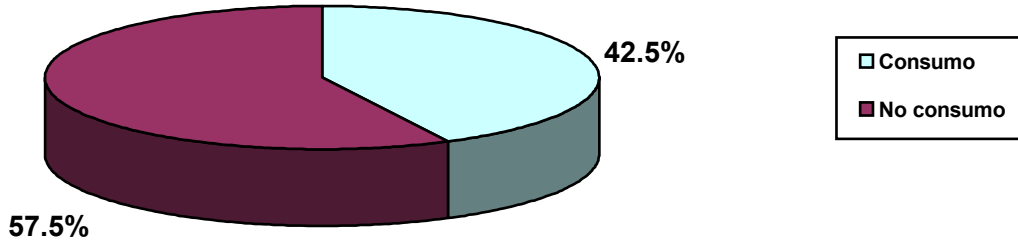


Figura 1. Porcentaje de consumo y no consumo durante el último año.

Los 2 meses que el usuario presentó un consumo mayor fueron diciembre de 2004 y enero de 2005 con 132 y 133 copas estándar respectivamente y el mes sin consumo fue marzo del 2004 (ver figura 2).

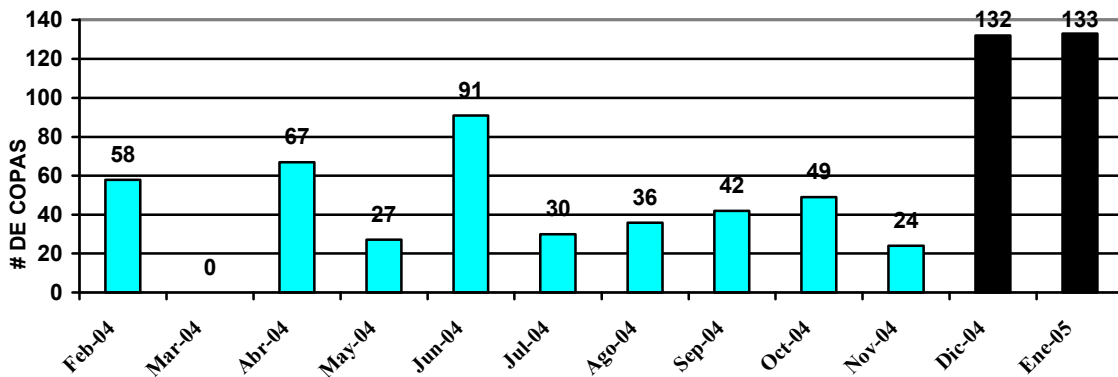


Figura 2. Promedio de consumo del último año antes de la intervención (LIBARE)

Los días de la semana que el usuario presentó mayor consumo son los Miércoles, Viernes y Sábados (Ver figura 3).

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
46	24	24	96	46	205	248

Figura 3. Promedio de consumo por día de la semana durante el último año (LIBARE)

DIAGNOSTICO

En base a los resultados obtenidos durante las sesiones de admisión y evaluación se presentan los siguientes puntos que sirvieron de guía de tratamiento para el usuario.

Dentro del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente ¹⁰: Se considera al usuario que llegó al programa en una etapa de *contemplación*, ya que el usuario reconocía puntos a favor y en contra de su abuso de alcohol. Por lo que el usuario requirió buscar incrementar la conciencia sobre las consecuencias del abuso continuo y los beneficios del decremento del alcohol. Fue necesario motivar al paciente para dar el primer paso, en el inicio y mantenimiento en el programa de tratamiento, reconociendo la labor que lleva dos semanas de abstinencia del alcohol.

El usuario presentó las características de un bebedor problema, al consumir en promedio de 4.08 copas estándar por ocasión. El mayor número de copas por ocasión reportado fue de 30 (ver tabla 3).

Tabla 3. Características del consumo de alcohol durante el último año

Número máximo de bebidas alcohólicas por ocasión.	30	Consumo promedio diario	4.083
Número máximo de días de abstinencia	33	Días totales de consumo	155
Porcentaje de días donde se bebió alcohol	42.5%		

Por otra parte, en sus evaluaciones presentó niveles de dependencia medial al alcohol. Sin daño cognoscitivo por el consumo; presentando problemas por el consumo, principalmente en las áreas de familia, pareja y laboral. Con riesgo de consumo excesivo en situaciones que involucran momentos agradables con otros, emociones agradables y situaciones de auto control (ISCA y CCS) como las principales situaciones de riesgo de reincidir en el consumo. Por lo que el usuario fue candidato al Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.

¹⁰ Modelo útil para identificar el proceso de cambio; el cual consiste en 5 etapas (Precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento)

TRATAMIENTO

A continuación, se presentan los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas en el Modelo de Detección temprana e Intervención Breve para bebedores problema en la tabla 4.

Tabla 4. Objetivos terapéuticos y Técnicas de Intervención empleadas

Objetivos	Técnicas
<p><u>Sesión de Admisión:</u> Establecer el primer contacto con el usuario, averiguando si el sujeto es candidato o no para ingresar al programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional: Induce a la persona a comprometerse a modificar su comportamiento y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para resolver su conducta de abuso en el consumo de alcohol.
<p><u>Sesión de Evaluación:</u> Realizar una valoración muy completa del consumo del alcohol del usuario y obtener más información sobre la historia de consumo por medio del llenado de instrumentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Entrevista a profundidad del consumo de alcohol y otras sustancias. • Aplicación de instrumentos <p>Aumentar la auto-eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro del consumo: <ol style="list-style-type: none"> a) Registro de consumo b) Situación de consumo c) Pensamientos y sentimientos relacionados al consumo
<p><u>S1: Balance Decisional:</u> Ayudar al usuario a encontrar razones para reducir o suspender su consumo de alcohol. Aumentar en el usuario el conocimiento acerca de su rol que juega dentro del proceso de cambio Establecer la primera meta de consumo (abstinencia o moderación) para las próximas semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Balance Decisional: <ol style="list-style-type: none"> a) Análisis de las ventajas y desventajas de cambiar su consumo b) Análisis de las ventajas y desventajas de continuar con él. • Motivación al usuario para elegir la meta de tratamiento. Compromete al usuario al cambio. • Disonancia cognitiva a través de resultados de LIBARE
<p><u>S2: Identificar situaciones de riesgo de beber en exceso:</u> Que el usuario reconozca las situaciones de riesgo en las cuales consume alcohol excesivamente para que pueda identificar sus precipitadores principales y vaya formulando planes de acción alternativas al encontrarse en estas situaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional: Identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias) y consecuencias (positivas y negativas; a corto y a largo plazo) de la forma de consumo. • Análisis de resultados del ISCA y del CCS.
<p><u>S3: Enfrentar problemas relacionados con el alcohol:</u> Que el usuario realice su propio plan de acción por medio de conductas alternativas ante un consumo excesivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de acción: <ol style="list-style-type: none"> a) Análisis de situaciones pasadas. b) Plan de acción c) Evaluación. • Entrenamiento de habilidades de afrontamiento:

	<ul style="list-style-type: none"> a) Rechazo a ofrecimientos b) Alternativas recreativas
<p><u>S4: Reestablecimiento de metas:</u> Que el usuario identifique las situaciones de riesgo que se pueden presentar en el futuro y los planes de acción para los mismos. Además, se establecerá un segundo establecimiento de metas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación a través del Resumen final del tratamiento para analizar el progreso del usuario. • Evaluación de la auto-eficacia. • Reestablecimiento de Metas
<p><u>Seguimientos a 1,3,6 y 12 meses:</u> Conocer lo que ha sucedido durante ese tiempos a partir de la última sesión, saber si se ha cumplido el establecimiento de la segunda meta, si ha existido alguna recaída y si surgieron situaciones de riesgo que no se hayan contemplado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de: <ul style="list-style-type: none"> a) Consumo b) Situaciones de riesgo c) Planes de acción

El modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema se conforma por varios componentes. Este modelo se considera flexible, es decir, que no existe un orden establecido y se pueden hacer ajustes según las necesidades de cada usuario.

SESIÓN 1: DECISIÓN PARA CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE META

El objetivo de esta primera sesión es ayudar al usuario a encontrar las razones para reducir o suspender su consumo de alcohol. También ayudarlo a explorar la ambivalencia normal experimentada cuando se contempla un cambio importante en su estilo de vida. Es el momento en que el usuario establece su primera meta de consumo (abstinencia o moderación) para las próximas semanas.

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

Esta sesión se realiza 7 días después de la evaluación inicial en la cuál, el usuario establece las razones para cambiar su patrón de consumo por medio del Balance Decisional. El terapeuta discute con el usuario cuáles son los beneficios y costos para cambiar su patrón de consumo, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo alcohol como lo ha hecho en el último año. Se realiza su Primer Establecimiento de Metas en donde elige, con apoyo del terapeuta, moderación o abstinencia como meta para las siguientes semanas planteando la importancia de ésta y el nivel de confianza que tiene para lograrla. Se entrega los resultados de la Línea Base Retrospectiva de Consumo aplicada en la evaluación inicial, que proporciona información sobre frecuencia y cantidad de consumo en los doce meses previos al tratamiento y se compara con la meta de consumo que eligió el usuario y el consumo real que tuvo durante esa semana, el cual se determina con base en los registros de auto-monitoreo que realiza diariamente el usuario.

Se presenta una descripción de esta primera sesión retomando el caso.

Desarrollo de la sesión: 7/Febrero/2005

La sesión inició mostrando los resultados obtenidos en la LIBARE, donde el usuario se mostró muy sorprendido al ver que durante el último año había consumido aproximadamente unas 689 copas estándar. Se analizó junto con él las situaciones y días en las que llegó a consumir en exceso, logrando reconocer que los miércoles después del trabajo eran propensos al consumo, así como el viernes y sábado durante fiestas o reuniones sociales.

Durante esta sesión el usuario entregó su autorregistro mencionando que se encontraba arrepentido y con sentimiento de culpa por haber tenido 2 consumos y no poder cumplir su meta de abstinencia: el primer consumo se dio el día sábado 5 de febrero en una reunión con amigos, con un consumo de 3 copas estándar de cerveza, las cuales consumió en un tiempo aproximado de 3 hrs.; el segundo consumo fue en domingo 6 de febrero de 1 copa estándar de cerveza durante la comida.

La tercera actividad dentro de la sesión fue la revisión de los ejercicios y lecturas del paso 1 “decidir cambiar y establecimiento de metas” entregados la sesión pasada; la cual el usuario no tuvo ninguna duda, dando lugar al trabajo con este material.

El balance decisional tiene como objetivo crear una discrepancia entre lo que el usuario quiere para su futuro y la conducta de consumo actual. En la figura 4 se muestra el ejercicio realizado por el usuario:


	Cambio en el consumo	Continuar consumiendo
Beneficios y/o Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la salud (1) • Control sobre el comportamiento • Tener más dinero • Sentirse bien consigo mismo • Mejora en las relaciones interpersonales (2) • Mejoras en el trabajo (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajase de las tensiones del trabajo • Disfrutar de la bebida
Costos y/o desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • No poder relajarse de las tensiones • Extrañar la bebida 	<ul style="list-style-type: none"> • Empeorar la salud • Preocupar a los papás • Problemas de auto control • Accidentes automovilísticos

Figura 4. Resultados del Balance decisional del usuario

Al revisar las respuestas, se observa que el usuario había contemplado tanto, beneficios de cambiar su consumo y costos de continuar consumiendo; incluyendo en las ventajas sus principales razones de cambio¹¹. Este ejercicio permitió tranquilizar al usuario sobre el no cumplimiento de la abstinencia con la que llegó en las sesiones iniciales evaluativas.

Se observó en el balance de beneficios y/o ventajas mayor peso (importancia) en cambiar su consumo, aunque en continuar consumiendo dio importancia al consumo como una manera de relajar sus tensiones laborales. Por

¹¹ Las primeras 3 razones de cambio se enumeran en la fig. 4 del balance decisional en beneficios de cambiar su consumo.

lo que fue necesaria la búsqueda de actividades recreativas para dicho fin. Retomando la información obtenida en la entrevista inicial, el paciente encontró como mejor opción retomar la actividad física del patinaje.

En el balance de costos y/o desventajas de cambiar su consumo vs continuar consumiendo. Se observó que las razones mencionadas son totalmente opuestas al balance de beneficios y/o ventajas.

Establecimiento de meta

La siguiente actividad de la sesión fue el establecer la primera meta, donde el usuario eligió la meta de la moderación del consumo, ya que esta decisión lo dejaba más tranquilo y sin preocupaciones de no poder cumplir la abstinencia. Con esto se establecieron las condiciones de consumo: quedando en el curso de una **semana** consumir **no más de 3 días** y en un **día promedio** (por ocasión) consumir **no más de 4 tragos** estándar. Planeando consumir bajo las siguientes situaciones: estar con su novia y/o amigos que no consumen en exceso; no consumir en situaciones donde se encuentre tenso o inquieto por el trabajo, así como, con amigos que sabe que consumen en exceso.

Por último se discutió acerca de la importancia para el logro de la meta, concluyendo que el cambio de su consumo era lo más importante que la mayoría de las cosas que quería cambiar, pues sabe que esto le permitirá resolver las situaciones como: salud, relaciones con padres y pareja; y mejorar las ventas y productividad en el trabajo. La confianza para lograr esta meta, se ubicó en 75% (dentro de una escala de 0 a 100%) debido a que sus amigos consumidores lo frecuentan mucho a su negocio y lo invitan a beber; sin que el usuario pueda rechazar o evitar esta situación.

Al analizar la meta escogida por el usuario, se consideró una meta realista. Ya que al no contar con habilidades para mantener una abstinencia total del alcohol, se creyó que el tratamiento lo proveería de las habilidades necesarias a través de un consumo moderado de alcohol.

SESIÓN 2: IDENTIFICAR SITUACIONES QUE SITUAN AL USUARIO EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO

Esta sesión tiene el propósito de identificar y analizar la relación entre el estilo de vida del usuario, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de esa forma de consumo. Básicamente, se le pide al usuario que identifique qué situaciones se presentan por su modo de beber. Al igual que la sesión anterior, se inicia con el análisis del auto-registro, se comentan los aspectos que llamaron la atención del usuario al revisar su lectura y se analizan los ejercicios de la tarea.

Durante esta sesión se retroalimenta al usuario al presentarle los resultados de ambos cuestionarios aplicados en la sesión de evaluación: ISCA y CCS. Con el objetivo de ayudar al usuario a tener una visión más amplia de aquellas situaciones que precipitan su consumo en exceso.

Desarrollo de la sesión 14/Febrero/2005

Al inicio de esta sesión el usuario comentó estar más tranquilo con la meta establecida la semana pasada, ya que durante la semana tuvo un consumo de ½ trago estándar de cerveza, el cual lo planeó para cumplir con lo establecido. Durante la revisión de la sesión, el usuario comentó sobre la montaña de éxito, donde se consideró estar tomando la ruta B, por presentar algunas recaídas que le estaban enseñando mucho para no repetir esas situaciones.

Se revisaron las situaciones de riesgo en las cuales identificó los siguientes:

- a) **Situación 1:** Los viernes al terminar la semana, se encuentra presionado y cansado por la labor de las ventas en su tienda, frecuentemente lo visita al cierre, un amigo (con quien suele beber en exceso) quien lo invita a beber en la tienda, posteriormente siguen bebiendo en una fiesta durante toda la noche.

Tabla 5. Análisis funcional de la situación 1 de consumo excesivo

Precipitadores:	Consecuencias negativas del consumo:
1. Que se presente su amigo (situación inesperada)	1. Problemas con la ley por conducir en estado de ebriedad y chocar
2. Tratar de relajarse y despreocuparse por el negocio (situación que uno mismo busca)	2. Preocupar a los familiares (inmediatas)
3. Que sea viernes (ambiental). <i>Consecuencias Positivas del consumo:</i> Estar feliz y despreocupado del negocio	3. Cruda física y moral (a largo plazo). Esta situación (problemas con la ley) se presentó 4 veces durante el último año.

b) **Situación 2:** Un viernes, ir a una posada con amigos (que beben en exceso).

Tabla 6. Análisis funcional de la situación 2 de consumo excesivo

Precipitadores:	Consecuencias negativas del consumo:
<ol style="list-style-type: none"> 1. El tener ganas de tomar (situación que uno mismo busca) 2. Que este acompañado de sus amigos que saben que beben en exceso 3. El que sea viernes (ambiental). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener malestar físico (a largo plazo). Esta situación se presentó el 50% de las veces en las que bebió durante el año pasado
	Consecuencias positiva del consumo:
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasar un momento agradable en compañía de sus amigos

c) **Situación 3:** Se encontraba en su trabajo, ese día hizo mucho calor antojándosele unas cervezas y fue a buscar a sus amigos.

Tabla 7. Análisis funcional de la situación 3 de consumo excesivo

Precipitadores:	Consecuencias negativas del consumo:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener el antojo 2. Estar con los amigos 3. Saber que el día siguiente es domingo y no se labora (ambiental). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chocar el carro. 2. Problemas con la ley 3. Preocupar a los familiares (inmediatas) 4. Tener malestar físico y moral al día siguiente (a largo plazo).
	Consecuencias positiva del consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Estar feliz y sin preocupaciones • Sentirse eufórico

El paciente pudo observar y analizar que las consecuencias positivas se presentaron en menos ocasiones y únicamente a corto plazo; mientras que las consecuencias negativas se presentaron en mayor ocasión, e incluso a corto y largo plazo. Las situaciones 1 y 2 presentaron precipitadores muy similares, mientras que la situaciones 1 y 3 presentaron consecuencias muy similares.

Una vez revisado las 3 situaciones de riesgo, se le entregó los resultados del ISCA y del CCS (ver tabla 8) y se compararon con las situaciones de riesgo presentadas. Las situaciones que reportó el ISCA como aquellas en las que el usuario puede llegar a beber en exceso son: momentos agradables con otros (53.33%), cuando presenta emociones agradables (43.33%), probando auto control (33.33%) y por presión social (30%). Las cuales el usuario las ha reportado en la entrevista inicial y en las situaciones anteriores.

Tabla 8. Resultados del usuario del ISCA y CCS

Resultados	ISCA	CCS
	%	%
Emociones desagradables	20	75
Malestar Físico	0	0
Emociones Agradables	43.33	50
Probando auto control	33.33	90
Conflicto con otros	8.33	100
Presión social	30	70
Momentos agradables con otros	53.33	50

Cabe mencionar que, en cuanto a la confianza situacional (tabla 8) se observó que es baja ante situaciones de emociones agradables, malestar físico, momentos agradables con otros y presiones sociales. Estas situaciones se presentaron en el usuario cuando se encontró en fiestas, antros y en el trabajo. Por lo que fue importante considerar un plan de acción ante dichas situaciones. Haciendo ver que puede encontrar situaciones agradables de convivencia sin el consumo de alcohol. Se le hizo la observación al usuario la necesidad de incrementar su confianza situacional para prevenir estas situaciones y no volver recaer.

SESIÓN 3: ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Para esta sesión se desarrollan estrategias de enfrentamiento a las situaciones de alto riesgo presentadas en la sesión pasada. Con el objetivo de que no recaiga en el consumo excesivo. Se generan planes de acción (alternativas al consumo) con pasos concretos y objetivos.

Durante ésta sesión, se presenta un programa general de solución de problemas en donde el usuario debe describir las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes para las opciones más factibles y realistas. En el Modelo se han hecho modificaciones tradicionales al modelo de Prevención de recaídas descrito por Marlatt, ya que en vez de proveer nuevas habilidades de enfrentamiento, el modelo se enfoca a identificar habilidades existentes en el usuario, además de que permite que sea él mismo usuario quien seleccione la solución más efectiva y accesible para él.

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

Desarrollo de la sesión: 01/Marzo/2005)

La tercera sesión se desarrolló dos semanas después, ya que el usuario no pudo asistir por cuestiones personales. Durante la tercera sesión se revisó el autorregistro, la primera semana se observó que tuvo dos consumos el primero con un trago estándar de cerveza en viernes y el segundo otro trago estándar de cerveza. La segunda semana (en la que se encontró fuera de México) presentó 6 días de consumo: el primero con 4 tragos estándar de 3 cervezas y 1 tequila, el segundo con un trago estándar de cerveza, el tercero de dos tragos, el cuarto y el quinto con 4 tragos estándar de 3 cervezas y 1 tequila por día y el último día con dos tragos estándar de cerveza. El usuario se mostró tranquilo a pesar de no poder cumplir la meta en días de consumo, por considerar esos consumos planeados y aplicar estrategias¹² para no llegar a embriagarse.

A continuación se presentan las opciones y consecuencias generadas por el usuario ante las tres situaciones de riesgo de las sesiones pasadas:

¹² Estrategias empleadas: Acompañar la bebida con alimentos, beber una copa estándar por hora y el estar acompañado por su novia.

Tabla 9. Opciones y plan de acción ante la situación de consumo excesivo 1

Situación de consumo excesivo # 1	Acudir a una fiesta
Opción #1	No ir a la fiesta, buscando otra actividad.
Probables consecuencias de la opción #1	<ul style="list-style-type: none"> • Molestia de los amigos por no acudir (consecuencia negativa) • Que ya no lo inviten a futuras fiestas (consecuencia positiva y negativa) • No beber alcohol y poder aprovechar el tiempo en otras actividades (consecuencia positiva)
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Decir a sus amigos que no es seguro que vaya. • Buscar otra actividad • Disculparse por no ir a la fiesta
Opción #2	Ir a la fiesta, con la meta de tomar 3 tragos estándar y divertirse (CONSIDERADA LA MEJOR OPCIONES ANTE ESTA SITUACIÓN)
Probables consecuencias de la opción #2	<ul style="list-style-type: none"> • Que sus amigos se extrañen que solo bebe 3 tragos estándar (consecuencia negativa) • No beber en exceso (consecuencia positiva) • Disfrutar la fiesta de otra forma sin llegar a estar en ebriedad (consecuencia positiva)
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Llegar temprano a la fiesta. • Disfrutar de la fiesta sin el consumo. • No pedir de beber. • Retirarse de la fiesta si ya consumió sus 3 bebidas.

Tabla 10. Opciones y plan de acción ante la situación de consumo excesivo 2

Situación de consumo excesivo # 2	Un amigo fue a visitarlo a su negocio y lo invitó unas cervezas por su cumpleaños
Opción #1	Decir que ya no esta tomando
Probables consecuencias de la opción #1	<ul style="list-style-type: none"> • Que su amigo le insista (consecuencia negativa) • Mencionar que lo deje de buscar para tomar (consecuencia positiva y negativa) • Beber sin excederse (consecuencia positiva)
Opción #2	Tomar la decisión de beber 3 copas como máximo. (CONSIDERADA LA MEJOR OPCIONES ANTE ESTA SITUACIÓN)
Probables consecuencias de la opción #2	<ul style="list-style-type: none"> • Estar muy bien con sus amigos y pasar un momento agradable (consecuencia positiva).
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Decir a sus amigos de antemano que solo se tomará 3 copas como máximo. • Ser firme en su decisión. • Tomar solo 3 copas y considerar que el momento no este basado en el alcohol. • Combinar con alimentos

Opción # 3	Proponer otra actividad, en vez de tomar (ej. Salir a patinar o ir al cine) (considerada como la mejor opción)
Probables consecuencias de la opción #3	<ul style="list-style-type: none"> • No tomar (consecuencia positiva) • Hacer ejercicio (consecuencia positiva) • Divertirse de otra forma (consecuencia positiva)
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer otra actividad, procurando que sea atractiva. • Decir como pretexto que siempre se hace lo mismo. • Invitar a personas que se puedan involucrar en las actividades.

Tabla 11. Opciones y plan de acción ante la situación de consumo excesivo 3

Situación de consumo excesivo # 3	Después del trabajo o en situaciones de estrés con presencia de pensamientos y deseo en el consumo de alcohol
Opción #1	Analizar la situación para ver si en realidad amerita la preocupación (CONSIDERADA LA MEJOR OPCIONES ANTE ESTA SITUACIÓN)
Probables consecuencias de la opción #1	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver el estado de estrés consumiendo alcohol (consecuencia negativa) • Solucionar el problema sin alcohol (consecuencia positiva)
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar un momento para poder analizar la situación. • Salir a caminar o ir a comer. • Realizar un balance decisional. • Buscar a algún amigo con quien platicar.
Opción #2	Buscar otra forma de sacar el estrés (ejercicio)
Probables consecuencias de la opción #2	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercitarse (consecuencia positiva) • No poder llevarla a cabo por estar en el trabajo (consecuencia negativa)
Plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Darse tiempo para poder sacar el estrés. • Buscar una forma de solucionar el problema. • Distraerse.

Estas tres situaciones se analizaron objetivamente y se operacionalizaron los planes de acción, evaluando las opciones planteadas por el usuario y se escogieron las mejores opciones para evitar el consumo excesivo de alcohol. Durante la sesión el usuario se mostró muy contento por estar aprendiendo en cada sesión acerca de su consumo y como afrontar las situaciones de riesgo y darse cuenta de que también se puede disfrutar los momentos con sus amigos sin la necesidad de beber en exceso.

Al observar que el usuario presentó con una Confianza situacional baja ante la presión social (ej. Cuando lo invitan a tomar o le ofrecen más copas para seguir consumiendo). Se trabajó una sesión extra al plan original del tratamiento, para que el usuario adquiera habilidades de rechazo asertivo al ofrecimiento de alcohol.

SESIÓN 3.1: Habilidades de rechazo asertivo al ofrecimiento de alcohol.

El objetivo de esta sesión fue que el usuario aprenda a responder de manera asertiva a los ofrecimientos del alcohol, de esta manera, controlar mejor posibles situaciones de riesgo. Esta sesión se trabajó de la siguiente manera. La última sesión se le entregó al usuario una lectura explicativa acerca de las respuestas asertivas y con ejercicios. El usuario identificó las fuentes de acceso de consumo de alcohol a las que se expone con mayor frecuencia. Por medio de la técnica “lluvia de ideas” el usuario generó respuestas asertivas al rechazo al ofrecimiento de alcohol; evaluó dichas respuesta identificando el tipo de respuesta. Por último puso en práctica dichas respuestas asertivas.

En la lectura se le explica las tres maneras de comunicarnos y/o responder a una persona son:

- **Agresiva:** son las respuestas hostiles a los demás.
- **Pasiva:** cuando respondemos pero dejando que se pisoteen nuestros derechos.
- **Asertiva:** respuestas que implican que lo que diga sea adecuado, claro y definitivo, en un momento específico.

Las respuestas asertivas son respuestas verbales que se caracterizan por ser claras, contundentes, adecuadas y oportunas; éstas son indispensables para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de alcohol. Durante el proceso de cambio en el consumo de alcohol el rechazo ante las posibles fuentes de acceso del consumo debe ser más firme por la insistencia que ejercen.

A continuación se presenta una descripción de la sesión extra.

Desarrollo de la sesión: 7/Marzo/2005

Primero se trabajó identificando a sus proveedores de alcohol. Un proveedor es cualquier persona que le ofrezca la sustancia (su hermano, un amigo, un distribuidor). Identificarlos pudo ayudar a manejarlos, enfrentarlos y rechazarlos exitosamente (ver tabla 12).

Tabla 12. Identificar a las personas que proveen alcohol al usuario.

Quién	Cuándo	Dónde	Cómo
Pedro ¹³	Viernes en las tardes	Su negocio	Va por el a su negocio y lo invita a tomar cerveza
Juan ¹⁴	Fines de semana	En fiestas, antros	Juan se ofrece servirle alcohol

¹³ Nombre ficticio de un amigo del usuario con quienes frecuenta tomar en exceso

¹⁴ Nombre ficticio de un amigo del usuario con quienes frecuenta tomar en exceso

Una vez identificado a las personas que proveen al usuario de alcohol (ver tabla 12), el ejercicio de respuestas asertivas consistió en una “lluvia de ideas” de posibles respuestas ante las situaciones de riesgo y proveedores identificados. Después se evaluaron las 3 mejores respuestas y se analizan que tipo de respuesta son (pasiva, agresiva o asertiva; ver tabla 13).

Este ejercicio enseñó habilidades al usuario para evaluar la disponibilidad del alcohol, para aprender a romper el contacto con proveedores, y para poder rechazar los ofrecimientos con los que se tenía que enfrentar.

Tabla 13. Evaluación de respuestas asertivas

Respuestas	Tipo de respuesta	Evaluación
Ahora no tengo dinero.	Pasiva	Puede servir pero podría haber una futura invitación
No gracias, estoy en tratamiento.(2)	Asertiva	Funcionaria muy bien ya que conocen los problemas que le ha traído el beber
Gracias, mejor vamos a patinar (1)	Asertiva	Considerada la mejor opción, ya que sus amigos les gusta patinar
Primero vamos a comer (3)	Pasiva	Puede servir pero podría haber una futura invitación

Los usuarios que permanecen ambivalentes respecto a la reducción de beber alcohol tienen dificultades particulares cuando se les ofrece directamente alcohol. Pero esta sesión ayudó a identificar las fuentes de acceso a las que se expone con mayor frecuencia y aprendió cómo rechazarlas de manera asertiva.

SESIÓN 4: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

Esta última sesión se realiza un resumen final del tratamiento con el objetivo de analizar el progreso del usuario. El terapeuta comenta los avances logrados por el usuario con relación a sus planes de acción y realiza un resumen de los resultados de las sesiones anteriores con el propósito de realizar un Segundo Establecimiento de Metas, para los próximos seis meses; el usuario y el terapeuta deben establecer si se requieren sesiones adicionales para revisar los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado, y se realicen planes de acción para otras áreas de la vida que requieren solución.

Desarrollo de la sesión: 14/Marzo/2005

En la cuarta sesión se presentaron los avances logrados por el usuario en relación al consumo y cómo los planes de acciones ayudaron a lograr su meta establecida en la primera sesión. Al iniciar la sesión se revisó el autorregistro y se le retroalimentó sobre el consumo a lo largo del tratamiento por medio de la siguiente figura.

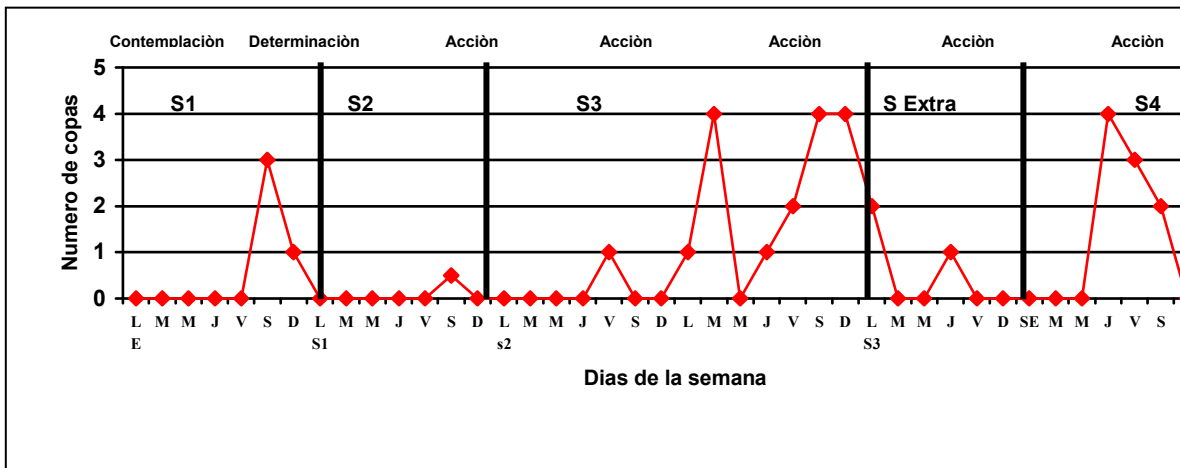


Figura 5. Promedio de consumo durante las sesiones de tratamiento

Los beneficios que identificó el usuario, como parte de su cambio en el consumo, se relacionaron con situaciones interpersonales con su pareja, familia y amigos, ya que dejaron de preocuparse por su forma de beber y lo apoyaron en esta cuestión. También identificó mejoras en el trabajo, ya que sus preocupaciones se relacionaban a actividades que dejaba de hacer por consumir. Dentro de sus actividades en su tiempo libre aumentaron, el ir a patinar que lo ayudó mucho físicamente y actividades con su pareja (como ir al cine).

El usuario presentó un consumo de 2.3 copas por ocasión durante el tratamiento comparado con 4.08 copas durante el año pasado. A continuación se presenta un resumen de los consumos durante el tratamiento.

Tabla 14. Resumen del consumo de alcohol del usuario durante el tratamiento

Sesión 1	Se presentaron dos episodios de consumo, uno de 3 copas y el otro de 1 copa. Durante esta sesión el usuario comentó haber estado triste ya que no pudo mantener la abstinencia que había mantenido. A pesar de que tuvo consumos moderados. Pero con los ejercicios de la sesión 1, al ver que tenía la opción de moderación se encontró muy satisfecho con esta meta.
Sesión 2	Se presentó un solo episodio de media copa estándar, donde el usuario logró identificar muchas situaciones de riesgo, y aplicar estrategias que él contaba,
Sesión 3	Durante el transcurso de la sesión 2 a la 3; la cual duró dos semanas; se presentaron 7 episodios de consumo. Donde surgieron nuevas situaciones de riesgo, las cuales, fueron identificadas y analizadas para evitar consumos excesivos. A pesar de los 7 episodios todos fueron menores a las 4 copas.
Sesión extra	Al reconocer los proveedores de alcohol del usuario, él pudo rechazar varios ofrecimientos de consumo y presentó dos episodios de consumo durante esta semana
Sesión 4	Se presentaron 3 episodios de consumo moderado, sin la necesidad de seguir bebiendo.

Se revisó el segundo establecimiento de metas en el que el usuario decidió disminuir aún más su consumo con las siguientes características:

- En un **día promedio**, planeó beber **no más de 3 tragos** estándar durante ese día.
- Durante la **semana promedio**, planeó beber **no más de 3 días**.
- Planeando beber solamente cuando se encuentre su novia y amigos que no beben en exceso.
- Planeando no beber en absoluto cuando se encuentre con amigos que beben en exceso y/o cuando se encuentre presionado o estresado por el trabajo.

Así mismo, se evaluó qué tan importante fue el logro de esta meta y que tan confiado se siente de poder lograrla. El usuario respondió que el logro de esta meta era la más importante de todas las cosas que le gustaría cambiar (100%)¹⁵, quedando igual que la evaluación en la sesión 1; en cuanto a la confianza que tiene para lograr la nueva meta de consumo, el usuario se mostró muy confiado (90%)¹⁶, incrementando 15% en comparación con el primer establecimiento de metas.

¹⁵ Evaluación en una escala de 0 a 100 % de importancia.

¹⁶ Evaluación en una escala de 0 a 100 % de importancia.

RESULTADOS

El presente reporte muestra que la intervención llevada a cabo con el usuario arrojó resultados favorables y puede ser considerada como exitosa, al alcanzar los objetivos planteados en el inicio y como resultado final. Mantener la reducción en cantidad y frecuencia de alcohol por parte del sujeto, así como la reducción de los problemas originados anteriormente debido al consumo y conductas inadecuadas.

Durante el desarrollo de las sesiones se observa que el patrón de consumo de alcohol durante la intervención fue menor comparado con el consumo antes de la intervención (LIBARE). El consumo posterior al tratamiento presentó algunas caídas, al no cumplir con la meta inicial en cuanto a días de consumo por semana pero manteniendo un consumo de 3 copas por ocasión; esto se debió a situaciones nuevas de riesgo. A continuación se presenta el promedio de copas estándar por semana en el LIBARE, tratamiento y seguimientos:

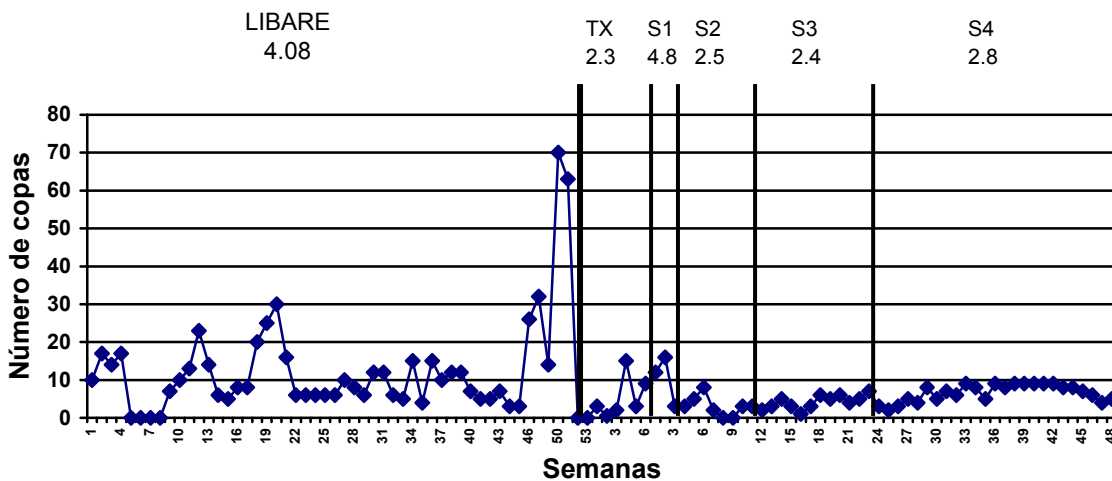


Figura 6. Promedio de copas estándar en LIBARE, Tratamiento y seguimientos

Al observar los promedios de copas estándar por semana. Se presentó una disminución del LIBARE (4.08 copas) hasta el tratamiento (2.3 copas). Pero se presentó algunas recaídas durante el primer mes de seguimiento con un consumo de (4.8 copas) y posteriormente en los siguientes tres seguimientos se mantienen en 2.5, 2.4 y 2.8 copas (ver figura 7).

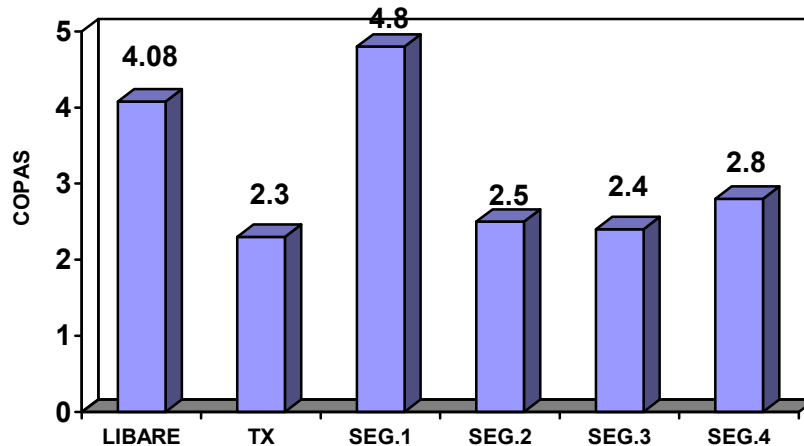


Figura 7. Promedio de copas estándar por semana

Se ubicó al usuario en las sesiones evaluativas en la etapa de “contemplación” del modelo de Prochaska y DiClementi. En este caso el usuario estaba consciente de que tenía un problema y estaba dispuesto a vencerlo, pero no había un compromiso de emprender la acción. Durante la sesión uno ayudó mucho al usuario al encontrar las razones para reducir su consumo por medio del balance decisional, por lo que se ubicó en una etapa de “determinación” al decidir cambiar y planear su recuperación estableciendo una meta.

En la sesión dos se dio inicio a la etapa de acción una vez establecida la meta e ir cumpliéndola. Además fue reforzada esta etapa de cambio al identificar las situaciones de riesgo que lo llevaban al consumo de alcohol de manera problemática y las consecuencias ocasionadas por el exceso en el consumo, conociendo los antecedentes y consecuencias de su consumo. Manteniéndose motivado para el cambio.

Para la sesión tres el usuario se mantuvo en una etapa de acción, aunque presentó caída al no poder cumplir su meta en cuestión del número de ocasiones de consumo por semana; al presentarse situaciones nuevas, las cuales no fueron contempladas en la sesión pasada. Pero el usuario se mantuvo en esta etapa de acción, ya que realizó planes de acciones y planeó su consumo moderado por ocasión. Esta sesión ayudó al usuario a desarrollar estrategias para enfrentar situaciones de alto riesgo, e incrementó su auto-eficacia al lograr sus planes de acción. Aun que fue necesario motivar mucho respecto a la caída, haciendo ver que es parte de un proceso de aprendizaje y no un fracaso. El usuario logró aplicar las herramientas a partir de esta sesión, modificando su conducta, experiencias o entorno con el fin de vencer sus problemas, presentando cambios más manifiestos.

En cuanto a la confianza situacional; en la aplicación del CCS y comparándola con la primera aplicación, el usuario aumentó considerablemente en la siguientes situaciones malestar físico de 0% a 80%, en emociones agradables de 50% a 80% y en momentos agradables con otros de un 50% a 80%

(ver figura 8). El usuario mencionó que la confianza a aumentado pero siempre esta latente las situaciones inesperadas.

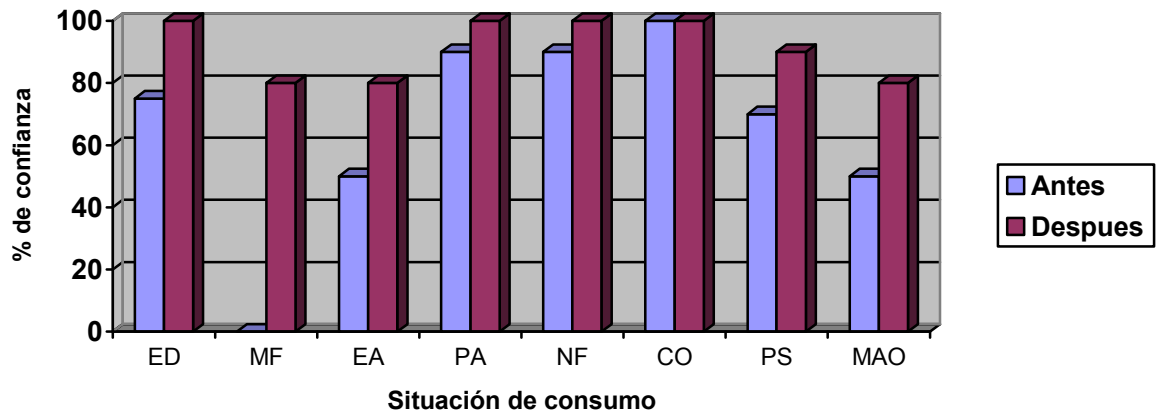


Figura 8. Comparación del CCS al inicio y al final del tratamiento.

En cuanto a la evaluación del programa, el usuario señaló que le pareció muy útil para poder solucionar sus problemas relacionados con el consumo, y que pudo reconocer las situaciones que lo pueden llevar al consumo excesivo. Así como, aprendió a convivir de forma agradable sin la necesidad de que éste gire alrededor del consumo excesivo. Por lo tanto, consideró que el tratamiento era apropiado con contenido interesante y fácil de aplicar, permitiendo un cambio en su forma de consumo. Debido a que logró cumplir su meta de consumo moderado no se requirieron sesiones adicionales, se le felicitó por el logro. Por último se le dio de alta del tratamiento.

SEGUIMIENTOS

El propósito de los seguimientos fue conocer lo que sucedió con el consumo a partir de la última sesión de tratamiento, saber si cumplió con el establecimiento de la segunda meta, si existió alguna recaída y si surgieron situaciones de riesgo que no se contemplaron o podido manejar.

Desarrollo de la sesión de seguimiento a 1 mes 11/abril/2005

En la sesión el usuario refirió haber leído las sesiones y haber continuado con el autorregistro del consumo, la primera semana presentó dos consumos: el primero de 2 copas estándar de cerveza y el segundo, presentó una recaída al consumir 10 copas estándar de cerveza, la situación fue en una fiesta donde se encontraban amigos que no frecuentaba desde hace tiempo. Sintióse muy tranquilo y feliz por la convivencia a pesar de no haber cumplido con la meta.

La segunda semana tuvo tres días de consumo de 3 copas estándar de cerveza, en las cuales se presentaron situaciones inesperadas. Las situaciones que se presentaron fueron de la siguiente forma: en vacaciones de semana santa, se encontraba fuera de la ciudad de México y con amigos que no beben en exceso. A pesar de estas situaciones se pudo cumplir con la meta. Se analizaron como factores de riesgo las excursiones o viajes fuera de la Ciudad de México.

La tercera y cuarta semana se presentaron dos días de consumo con 3 copas estándar de cerveza por ocasión. Sin consecuencias negativas. En general refirió sentirse muy bien y se percató que los problemas de pareja, familiares y de trabajo dejaron de presentarse.

Desarrollo de la sesión de seguimiento a 3 meses Junio/2005

Durante los dos meses siguientes al primer seguimiento. El usuario pudo lograr su meta establecida en la última sesión del tratamiento. Consumiendo menos de tres copas estándar y no más de tres veces por semana. El usuario al cumplir con su meta logró percatarse de las mejoras en su negocio, con pareja y familia. Por lo que lo motivó a continuar con la misma meta establecida.

Desarrollo de los seguimientos a 6 y 12 meses Septiembre /2005 y Enero 2006

En los seguimientos a los 6 y 12 meses el usuario planeó su consumo, aunque no cumplió su meta establecida. Presentó 3 consumos que fueron planeados con 5 copas estándar. Sin consecuencia alguna ya que sus consumos se presentaron acompañadas de comidas y en lapsos de 1 copa/hora.

Por otro lado, el usuario logró llevar a cabo satisfactoriamente sus habilidades adquiridas durante el tratamiento, así como pudo rechazar asertivamente a ofrecimientos de consumo de alcohol. También logró evitar el uso del automóvil en ocasiones de consumo planeado.

Durante el primer seguimiento se ubicó al usuario en la etapa de “acción”, ya que el usuario intentó aplicar nuevas habilidades para no consumir, pero en ocasiones fueron inestables y se presentaron recaídas en el consumo. Por lo que fue necesario reconocer situaciones y planear estrategias contra situaciones de riesgo imprevistas.

A partir del segundo seguimiento hasta el cuarto se ubicó en una etapa de “mantenimiento, al controlar su consumo y conseguir con su meta final. En los seguimientos fue necesario reforzar las estrategias aplicadas para mantener la motivación y la meta con éxito.

El usuario se mostró muy agradecido y comentó estar muy satisfecho al acudir a este tratamiento por darse cuenta al escoger la moderación en el consumo de alcohol puede llevar una vida sin problemas.

CONCLUSIONES

El Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema tuvo como fin llevar al usuario a la moderación buscando solucionar problemas interpersonales debidos al consumo. Esto se logró a través del balance decisional evaluando los pros y los contras de beber alcohol y de dejar de beber; así como de estrategias motivacionales en donde ayudó al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol, así como ayudó al paciente a establecer metas; encontrar razones para reducir o dejar de consumir alcohol; incrementar la motivación para lograr éstas metas; identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrolló estrategias alternativas para enfrentarse a éstas situaciones.

Las dos escalas; pros y contras, apoyaron la aproximación comparativa para balancear la toma de decisiones. La principal utilidad del balance decisional fue que identificó los juicios individuales de la variedad de los pros y contras a través de las etapas de cambio (Prochaska et al., 1994). Durante la etapa de precontemplación, el individuo pudo juzgar los pros y contras de la conducta problema restando importancia a los contras. El balance decisional demostró ser un buen predictor a través de las etapas de cambio (Prochaska et al., 1985; 1994).

Para el incremento de la motivación fue necesario trabajar con dos estructuras motivacionales la Intrínseca y la extrínseca. Curry et al (1990) menciona que las recompensas intrapersonales están consideradas como motivaciones intrínsecas, como el sentirse competente. En este caso al poder rechazar ofrecimientos de alcohol. Esta motivación intrínseca incluyó tres dimensiones: el primero es el deseo de auto competencia al rechazar ofrecimientos y lograr los planes de acción. La segunda dimensión es la incongruencia psicológica; esto se logró al crear disonancias cognoscitivas en cuanto a su forma de beber y la meta deseada. Finalmente, la tercera dimensión es la experiencia negativa de las consecuencias de la salud, al no presentar consumos ya no se presentaron.

Por otro lado, cuando la conducta comienza a obtener recompensas externas, se consideran motivaciones extrínsecas. En este caso el ahorro de dinero por no consumir, poder adquirir mercancías nuevas para el negocio, etc. Este proceso de motivación es explicado a través del condicionamiento operante. Donde la conducta es seguida por consecuencias y éstas dependen de las contingencias ambientales. Otra alterativa del empleo del condicionamiento operante fue diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Donde se propuso reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo (en este caso ir al cine, patinar, etc.) reorganizando el abiete de la persona (Higgins, Heil y Plebani Lussier, 2004).

El desarrollo de habilidades para enfrentar el problema que le ha ocasionado el consumo; consistió en reconocer situaciones de riesgo que se pueden presentar y evitar la recaída. Las habilidades de enfrentamiento consisten en buscar que el usuario modifique su conducta de los viejos hábitos asociados al consumo y que aprenda hábitos nuevos y saludables, para prevenir las recaídas. De esta manera llegar a la planeación de acciones para solucionar el problema del consumo de alcohol.

Dentro del desarrollo de habilidades fue necesario enfrentar los ofrecimientos o invitaciones al consumo de alcohol. Donde se observó que el usuario no era asertivo en su rechazo a estas invitaciones. Por lo que se realizó una sesión extra que permitió generar respuestas asertivas y entrenamiento al rechazo. Obteniendo en primer lugar, el rechazo asertivo al ofrecimiento de alcohol de sus amigos, incrementó la auto-eficacia ante estas situaciones de riesgo y motivó intrínsecamente al sujeto al mantener sus amistades sin la necesidad de consumir alcohol.

Se puede observar que a partir de la descripción del caso del usuario demuestra que el Modelo ha sido exitoso para éste usuario típico, principalmente al observar cambios en el patrón de consumo¹⁷, así como los problemas asociados con el consumo, que afectaban principalmente sus relaciones interpersonales.

Aunque, muchos de los resultados de diferentes intervenciones muestran que la única opción sea la abstinencia, las personas que eligen estas opciones de tratamiento, muestran una disminución más que una interrupción total y determinante de su consumo. Por lo tanto, en esta intervención fue importante plantear la opción de moderación del consumo, a fin de obtener un resultado favorable en el control del consumo, sin dejar la importancia de la reducción del daño y las habilidades de afrontamiento y auto control que desarrolló el usuario. Esto se logró a través de las estrategias de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) donde se busca que el usuario tenga mayor autocontrol sobre el consumo, y anticipando y afrontando las situaciones de riesgo y los problemas asociados con las recaídas. Estas estrategias ayudan al mantenimiento del cambio conductual

Otro de los indicadores que reflejó el éxito de su cambio está relacionado con el incremento de su auto eficacia para el control de su consumo ante determinadas situaciones. Se ha visto que ésta es un elemento importante en el éxito de los programas preventivos en conductas adictivas, muestran que una variable importante es la auto-eficacia percibida por los consumidores de sustancias para enfrentar las situaciones de riesgo para el consumo y para alcanzar una meta establecida con relación a su consumo.

De tal forma, el incremento en la Auto-eficacia, fue un logro obtenido en relación a la capacidad de enfrentar adecuadamente esos eventos y poder modificar y mantener la moderación como meta elegida por el mismo. Es decir,

¹⁷ Disminución en la cantidad y frecuencia de consumo hasta llegar a una moderación.

incrementar la auto-eficacia fue necesario, ya que ésta afecta directamente a la conducta, e indirectamente a través de las metas, expectativas de resultado, percepción de impedimentos u oportunidades. Afectando las decisiones sobre los cursos de acción que las personas eligen y su compromiso con ellas (Bandura, 2001).

Las estrategias de intervención pueden lograr la estabilidad del cambio de conducta y evitación de recaída para el resto de la vida. Es decir, llegar a la etapa de mantenimiento, donde el individuo debe trabajar más ahínco para mantener su comportamiento e cambio. Durante esta etapa se enfrentará a multitud de tentaciones, estresares e influencia de viejos patrones de consumo.

- Anicama, J. (1993)- Conductas de Riesgo Asociadas al Abuso de Drogas. *Drogas: producción, comercialización, prevención, control y rehabilitación*. Memorias V Seminario Internacional de CEDRO. Lima, Perú.
- Ayala, H. (2002). Desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales en México. CONACYT 36266 - H. febrero, 2002 – enero, 2007.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995) Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problemas en México, *Salud Mental*. 18(4), 18-24.
- Ayala, H. y Carrascoza, C. (2000). El alcoholismo: una perspectiva psicológica. *Enseñanza e investigación en psicología*. 131- 140. Vol. 5 no. 1
- Ayala, V. H., & Gutiérrez, L. M. (1993). Una Revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional Contra las Adicciones. marzo-abril no. 16, pp 1-10
- Ayala, H., Echeverría, L, Sobell, M. y Sobell, L. Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En: Ayala, H y Echeverría, L. (2001) *Tratamiento de conductas adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Intervención Breve para el consumo de riesgo y Perjudicial de Alcohol. Organización Mundial de la Salud.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall. Citado en Sobell, M. & Sobell, L. (1993). *Problem drinkers: Guide self-change treatment*,. New York: Guilford press.
- Barragán, L. (2005). Programa de Reforzamiento Comunitario CRA. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM:
- Berruecos L., Castro M. E., Díaz Leal L., Medina Mora M. E., Reyes P. (1994). Curso Básico sobre Adicciones. Centro contra las adicciones (CENCA), Fundación Ama la Vida. Primera edición, pp11-13.
- Bien, T.H., Millar, W.R. y Tosigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems. A review. *Addiction*, 88, 315-336.

- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin, E. M. (1990). Preventive adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention science*, 2(1), 1-13.
- Carrascoza, C. (2004). Prevención y tratamiento de las adicciones en México: una propuesta terapéutica. Diplomado en intervención breve para consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Carroll, K, M, (1998). A Cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, MD: NIDA
- CONADIC (2003). *Modelos Preventivos*. México: Conadic, 1.
- Curry S, Wagner EH y Gothaus LC.(1990) Intrinsic and extrinsic motivation for moking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58:310–316.
- Donovan, D. y Rosengren, B. Motivación para el cambio de conductas y tratamiento entre abusadores de sustancias. *The Addictive Behavior Change Process*. (pp 127-152).
- ENA – Encuesta Nacional de Adicciones (1988). *Drogas ilegales*. México: SS.
- ENA - Encuesta Nacional de Adicciones (1993). *Drogas ilegales*. México: SS.
- ENA - Encuesta Nacional de Adicciones (1998). *Drogas ilegales*. México: SS.
- ENA - Encuesta Nacional de Adicciones (2002). *Drogas ilegales*. México: SS.

- Fukushima, E.; Escobedo, J. y Oropeza, R. (2006). Modelo de supervisión en el TBUC. Cartel del IV Coloquio internacional. Diseminación de programas de prevención y tratamiento de conductas adictivas. UNAM. México.
- Gordon, R. (1987). An operacional classification of disease prevention. In J.A. Steinberg, & M.M. Silverman (eds.) Preventing mental disorders (pp. 20-26) Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heather, N. (1996). The public Health and Brief Interventions. *British Journal of Addictions*. 84 (4) 357-370.
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M. y Poznyak, V. (2003). Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.
- Higgins, S. T. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumerdemand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors*, 21(6), 803-816.
- Higgins, S.T., Heil, S.H., y Plebani Lussier, J. (2004). Clinical emplications of reinforcement as a determinant of substance use disorder. *Anual Review of Psychology*, Vol. 55. 431-461.
- Izquierdo, S. (2004). Entrenamiento de Habilidades sociales y su impacto en la calidad de vida en usuarios crónicos de alcohol y otras drogas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Jesor, R. & Jesor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y Evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. FES-Iztacala, UNAM.
- Lorenzo, L.; Lizasoain, L. (1998). Drogodependencia. España: Panamericana.

- McGuire, W. J. (1964). Inducing resistance to persuasion: some contemporary approaches. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (192-227). Nueva York: Academic Press.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Martínez, K. (2003) *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Meyers, R. J. y Squires, D. (2001). The community reinforcement approach. A guideline develop for the behavioral health recovery management project. New Mexico: University of New Mexico, CASAA.
- Millar, M y Meyer, R. (1999). The Community Reinforcemnet Approach. *Alcohol Research & Health*. Vol. 23 No. 2 pag. 116-121.
- Millar, W. y Rollnick, S.(1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona. Paidos.
- Medina Mora, M.E. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. Tapia CONYER (ed)., *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva* (2ª ed, pp. 21-44). México: Manual Moderno.
- Medina Mora, M.E. y Tapia, R. (1996). *Panorama epidemiológico del abuso de drogas en la Republica Mexicana*.
- Morales, S. Carascosa, C. Ayala, H. (1999). *Programa de Reforzamiento comunitario. Manual del terapeuta*. Facultad de psicología, UNAM.
- Naciones Unidas (2004) *La epidemiología del abuso de drogas: cuestiones, principios y directrices*. Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas Módulo 7 del Manual. Oficina contra la droga y el delito. Nueva York.
- NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescent. A research based guide for parents, educators and community leaders*. Maryland: NIH.
- Nuro, K. & Cols. (2002). *Yale Adherence and Competente Scale (YACSII) Guidelines, Second Edition*. Training series No. 7. NIDA
- Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y drogas (2002). *Enfoque Actual de la prevención*. CONADIC, SSA.

- Oropeza, R. (2003) *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J. (1997). Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. Salud Mental, 20 suplemento 8 – 14.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y., & Johnson, C. A. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C (1982). Transtheoretical therapy: Torrad a more interactive model of change, *Psychotherapy: Theory, Research, and oractice*, 19, pp 276-188.
- Programa de Acción: Capacitación gerencial. Visión preliminar. (2001-2006). SSA. México.
- Rudgley, R. (1999). Enciclopedia de las sustancias psicoactivas. España: Paidos.
- Sobell, M. y Sobell, L. (1993). *Problem drinkers: guided self change treatment*. New Cork: Guilford.
- Tapia-Conyer, R.; Kuri, P.; Cravioto, P. González, J. F.; Hoy, M. J.; Galván, F.; et al (2003). Situación del consumo del tabaco en México. En Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003* (pp. 63-69).
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Bermúdez, P. & Amador, N. G. (2003). *Encuesta en la Ciudad de México sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar*. INP-SEP. México.