

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

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

## **REPORTE DE UN CASO ATENDIDO BAJO EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A**

**LINDA ESPARZA REYNAGA**

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

COMITÉ TUTORAL: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA  
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA  
DR. ROBERTO OROPEZA TENA  
DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS  
MTRO. CESAR AUGUSTO CARRASCOSA VENEGAS



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Al proyecto CONACYT G36266-H por apoyar las actividades que se describen en este reporte de experiencia profesional.

A mi tutora la Dra. Sara Eugenia Cruz Morales y al Dr. Agustín Vélez por su disposición y valiosa retroalimentación para elaborar este trabajo.

A los miembros de mi comité, por su dedicación y apoyo a mi formación académica:

Mtra. Mariana Gutiérrez Lara  
Dr. Samuel Jurado Cárdenas  
Mtro. Horacio Quiroga Anaya  
Dr. Roberto Oropeza Tena  
Dr. Agustín Vélez Barajas  
Mtro. Cesar Augusto Carrascosa Venegas

De manera muy especial agradezco al Dr. Roberto Oropeza por todo su apoyo recibido desde que me dio clases en segundo semestre de la licenciatura, y porque gracias a él aprendí gran parte de lo que sé sobre adicciones. También por todos sus consejos, que me ayudaron a ser mejor persona y realmente no me cabe este espacio para agradecerle todo el apoyo que me brindó.

A mis compañeros del centro Acasulco, Julián, Eiji, Lizbeth, Bety, Memo, Humbert, y a mis compañeros de clase, Mateo, Lilian, Sarahí, Alfredo, Rafael y Oscar.

A mi familia, amigos y gente que me quiere, Esaú, Julieta, Carlos, Adriana, Ricardo, Janeth y Fernando. A Yetel por hacerme alegre el paso por esta maestría y por ayudarme a hacer realidad uno de mis sueños más importantes.

*GRACIAS A TODOS.*

# INDICE

Introducción al Reporte de Experiencia Profesional	4
<i>1ª Parte – Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones</i>	
Primera Competencia	8
Segunda Competencia	15
Tercera Competencia	23
Cuarta Competencia	30
Quinta Competencia	38
Sexta Competencia	43
<i>2ª Parte - Programa de Tratamiento Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema</i>	
Introducción al Reporte de Caso Clínico	49
Motivo de Consulta	51
Evaluación	53
Recursos Disponibles y Déficit	56
Diagnóstico	57
Programa de Tratamiento	59
Primera Sesión (27/ sep/05)	60
Segunda Sesión (4/ oct/05)	65
Tercera Sesión (11/ oct/05)	68
Cuarta Sesión (25/ oct/05)	71
Resultados del Tratamiento	75
Seguimientos	
1er seguimiento (29/ Nov/05)	76
2do seguimiento (13/ Mar/06)	78
3er seguimiento (3/ Jul/06)	81
Resultados del Seguimiento	83
Conclusiones del Caso	87
Conclusiones del Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones	91
Referencias	93

El consumo de drogas en México, representa un importante problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Adicciones (2002), reportó que en la última década se presentó un aumento considerable en la prevalencia del consumo de drogas a nivel nacional. Dicha encuesta reveló que en general, existen más consumidores de drogas legales que ilegales. Asimismo, que la droga ilegal de mayor consumo es la marihuana, dado que 2.4 millones de personas la ha consumido alguna vez en la vida con una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Mientras que, el segundo lugar en las preferencias lo ocupa la cocaína, ya que el 1.23% de la población la ha consumido.

Al respecto, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) menciona que durante 1986, únicamente el 1.6% de todos los usuarios de drogas detectados en la Ciudad de México había consumido cocaína, mientras que en 1995, lo hizo el 31% de dichos usuarios, siendo éste, el incremento más alto que se haya dado en todas las drogas. Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), reportaron un aumento considerable en el número de pacientes que consumieron cocaína, el cual varió de 12.2% en 1990 a 32.4% en 1995. Aunque fueron los centros localizados en las ciudades fronterizas, los que reportaron los porcentajes más altos de consumo de cocaína: 72% en Mexicali, 66% en Tijuana y 60% en Ciudad Juárez.

Por otra parte, no solo se han observado cambios en la proporción de consumidores de cocaína, sino que también, se han encontrado cambios en los patrones de uso que se conocían en el país. Anteriormente, la cocaína era una droga preferida principalmente por los sectores privilegiados de la

sociedad, pero en 1995, los datos del SRID indicaron que uno de cada dos consumidores de esa sustancia (46.2%), era de nivel socioeconómico bajo.

Ante la problemática expuesta, las acciones implementadas en México para hacerle frente han incluido la aplicación de programas de prevención y de tratamiento, tanto en instituciones públicas como privadas. En dichas instituciones se llevan a cabo diversas modalidades de tratamiento orientadas a rehabilitar y promover la adaptación de los individuos a su medio ambiente, haciendo énfasis en alcanzar la abstinencia.

Aunque actualmente, también se cuenta con escenarios de tratamiento cuyas intervenciones consideran como meta alcanzar la moderación del consumo de alcohol, siendo éstos principalmente tratamientos cognitivo conductuales (Ayala y Gutiérrez, 1993).

La Universidad Nacional Autónoma de México, ante la necesidad de ofrecer opciones de intervención para dar respuesta al problema del consumo de sustancias adictivas. Desarrolló un programa de maestría en psicología de las adicciones, orientado bajo la perspectiva cognitivo conductual y las intervenciones breves, con el objetivo de capacitar a profesionales de la salud para investigar y resolver problemas relacionados al consumo de drogas, a través de lograr que los alumnos adquieran las siguientes competencias:

1. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.

3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve, con énfasis cognoscitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
4. Aplicar programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas procurando mejorar su calidad de vida.
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria secundaria y terciaria.
6. Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

El presente informe para obtener el grado de Maestría en Psicología, se divide en dos partes. La primera parte se enfoca en la descripción de los logros obtenidos en las seis competencias, que plantea el Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones, y la segunda parte aborda el manejo de un caso clínico, tratado durante el programa de residencia.

---

## PRIMERA COMPETENCIA

*Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.*

Para comprender de manera más clara el tipo de actividades que interesa desarrollar en esta competencia, es necesario tener presente los objetivos y los usos de la epidemiología.

La mayoría de los epidemiólogos y los médicos están de acuerdo en que la epidemiología es la disciplina que consiste en el manejo experto de técnicas útiles para prevenir y controlar las enfermedades en el ámbito poblacional. De acuerdo con este punto de vista, la principal labor del epidemiólogo, es recolectar información con el fin de emplearla para resolver problemas prácticos (Savitz, 1997).

En otros términos, la Epidemiología es el estudio de la distribución de los eventos de la salud y de sus determinantes en diversas poblaciones, para aplicar su conocimiento en la prevención y control de los problemas de salud. De esta manera, la Epidemiología se emplea no sólo para describir y analizar las causas de una situación sanitaria específica, sino también, para diseñar, evaluar y proyectar las intervenciones que se requieren para prevenir y tratar enfermedades.

La Epidemiología como disciplina de salud pública, tiene diferentes aplicaciones. De acuerdo con Beaglehole, Bonita y Kjellstrom (1996) sus usos más comunes son: la vigilancia de enfermedades (estudio de la historia natural de la enfermedad), la búsqueda de las causas, la evaluación de las pruebas diagnósticas, la evaluación de la eficacia de tratamientos y de nuevas intervenciones, y la evaluación del desempeño de los servicios de salud.

### *Vigilancia de enfermedades*

El objetivo de la vigilancia de enfermedades, es responder a la pregunta básica acerca de cuál es la frecuencia de una

enfermedad, es decir, quién la adquiere, cuándo ocurre y dónde se localiza. De igual manera, la Epidemiología se preocupa por el curso y el resultado (historia natural) de las enfermedades en los individuos y en los grupos.

En el entorno clínico, el curso y el resultado de las enfermedades en los individuos y en los grupos, ha llevado a conformar la descripción clínica de las enfermedades, así como, a predecir sus posibles resultados y por consiguiente a buscar las medidas preventivas más efectivas.

### *Búsqueda de las causas*

Una vez que las enfermedades se han identificado, la Epidemiología ayuda a comprender los mecanismos y las causas de una situación sanitaria específica, considerando para ello, los factores biológicos, químicos, físicos, psicológicos u otros que puedan estar afectando la salud. Dicha información, resulta esencial para identificar y diseñar las estrategias que ayudarán a prevenir una enfermedad. Por ejemplo, la Epidemiología se ha empleado para identificar los comportamientos sexuales que conducen a la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), al igual que se ha empleado para determinar de qué manera el tabaco se encuentra implicado en el desarrollo de diferentes cánceres y de otras enfermedades cardiovasculares.

### *Evaluación de pruebas diagnósticas*

La finalidad de la Epidemiología en la evaluación de pruebas diagnósticas, es obtener evidencia objetiva sobre la presencia o ausencia de una condición específica en un individuo o en una población.

Dicha evidencia ayuda a diferenciar a las personas con una cierta enfermedad, de las personas asintomáticas y de las personas con signos o síntomas de una enfermedad, mediante un proceso llamado tamizaje. De esta manera, ha sido posible identificar a las personas

que se encuentran en un estadio inicial de diabetes, que se podrían beneficiar con un tratamiento sencillo (régimen alimentario) antes de que la enfermedad avance a un estadio, donde la única alternativa es la farmacoterapia (insulina).

### *Evaluación sobre la eficacia de nuevos tratamientos e intervenciones*

En general, todos los medicamentos nuevos, vacunas, métodos de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y otras actividades relacionadas con la salud, se deben evaluar en cuanto a su seguridad, eficacia y efectividad antes de recomendar su uso y distribución en hospitales, farmacias u otros entornos. La función de la Epidemiología en este caso, es desarrollar los diseños de investigación y realizar los estudios necesarios.

### *Evaluación del desempeño de los servicios de salud*

Recientemente la Epidemiología se ha empleado para evaluar tanto la efectividad como la eficacia de los servicios de salud. Por ejemplo, la epidemiología se ha empleado para identificar los procedimientos más apropiados para dar atención hospitalaria, incluida la estancia hospitalaria de ciertas condiciones, así como, para comparar la eficacia del saneamiento en contraposición con el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas y también, para evaluar como repercute en la salud pública la reducción de los aditivos con plomo en la gasolina, entre muchas otras aplicaciones.

Como se ha observado a través de lo expuesto acerca de los usos de la epidemiología. Esta disciplina aporta de manera muy importante al conocimiento y manejo de diversos problemas de salud, a lo cual no escapa el estudio de las adicciones. De tal manera, que a continuación se describen las actividades teóricas y prácticas que se desarrollaron durante la residencia en psicología de las adicciones en materia de epidemiología, así como, las habilidades que se adquirieron a través de tales actividades y por último se mencionan las limitaciones y sugerencias sobre la presente competencia.

## *Actividades Teóricas*

A nivel teórico se revisaron los términos epidemiológicos o conceptos básicos necesarios para interpretar adecuadamente la situación actual de las adicciones en México. Algunos de ellos son, la prevalencia, incidencia, patrones de uso (abuso y dependencia), tolerancia y síndrome de abstinencia. Asimismo, se revisó la tipología de los usuarios de diversas sustancias (leve, moderado, severo), y se analizó cómo se presentan los diversos patrones de consumo en grupos específicos.

Por otra parte, se conoció la situación epidemiológica del consumo de drogas y sus consecuencias tanto en México como en el contexto internacional y cómo interviene en ello la oferta y la demanda. Se conoció la utilidad de emplear indicadores, como el consumo per cápita, la prevalencia, incidencia y los patrones de consumo poblacionales, al igual que, la interacción que existe entre las prevalencias de distintas sustancias de abuso y su relación con la presencia de otros factores de riesgo (enfermedades crónicas, mortalidad y morbilidad).

Se revisaron las principales clasificaciones diagnósticas (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV y Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10) para consumo de sustancias adictivas, así como, los principales instrumentos de tamizaje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, Cut down Annoyed Guilty Eye-opener, CAGE) y de diagnóstico; que se derivan de dichas clasificaciones diagnósticas, para detectar casos de investigación y se conocieron instrumentos de medición y evaluación conductuales, cognitivos, fisiológicos y de auto reporte para consumo de drogas.

Por otra parte, se aprendió a manejar el programa de análisis estadístico SPSS, así como los fundamentos teóricos de la estadística descriptiva e inferencial para aplicar las principales herramientas estadísticas, en la interpretación de resultados sobre estudios epidemiológicos en adicciones.

Se aprendió cómo aplicar la estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) en la obtención de datos

epidemiológicos comunitarios, para conocer cómo se comportan distintas variables de estudio en diferentes escenarios, por ejemplo, en escuelas o en instituciones de salud.

Por otra parte, se revisó lo referente a los diseños de investigación de grupo, en los que se aplican procedimientos estadísticos para analizar datos de caso único (series temporales) y resultados de intervenciones de prevención y tratamiento en distintas poblaciones.

Por último, se revisaron los procedimientos necesarios para la creación, desarrollo y validez de distintos tipos de instrumentos (encuestas o evaluación de intervenciones) y se conocieron métodos para recolectar información cualitativa y cuantitativa útil en el diagnóstico de poblaciones específicas.

### *Actividades Prácticas*

Se aplicaron los conocimientos adquiridos sobre construcción de instrumentos psicométricos para desarrollar y aplicar el procedimiento estadístico necesario para obtener la validez y la confiabilidad del instrumento "Expectativas de consumir cocaína" que desarrollé durante el programa de residencia.

Por otra parte, se conoció parte del trabajo que se realiza en materia de investigación epidemiológica en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" a través del departamento de Investigaciones Psicosociales, que ha desarrollado distintas investigaciones con el objetivo de conocer las tendencias del consumo de sustancias a nivel nacional.

Entre los estudios que desarrolla el Instituto Nacional de Psiquiatría, se encuentra el proyecto "La evolución del consumo de drogas en estudiantes" dentro del cual, se desarrolló el proyecto de investigación epidemiológica "Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición 2003". Este trabajo ha sido desarrollado desde hace una década por la Subsecretaría de Servicios Educativos para el D. F. junto con el Instituto Nacional de Psiquiatría, con el objetivo de conocer los cambios y tendencias del consumo de estupefacientes que presenta la población estudiantil

del Distrito Federal. De tal manera, que dicha Encuesta permite identificar las zonas de alto riesgo en las que es urgente instrumentar medidas correctivas a corto plazo, además de ofrecer parámetros para mejorar la implementación y permanencia de programas preventivos en las escuelas.

Específicamente, los objetivos principales que pretende cubrir la operacionalización de este proyecto, además de evaluar la prevalencia del uso de drogas, alcohol, tabaco y las tendencias del consumo en la población de estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal por delegación política son:

1. Conocer la distribución del uso de drogas, alcohol y tabaco en población estudiantil de enseñanza media y media superior.
2. Instrumentar una estrategia preventiva desde el momento en que se lleva a cabo la aplicación del instrumento, a partir de folletos de autoevaluación con mensajes preventivos.
3. Realizar comparaciones entre estudios previos realizados con poblaciones similares (mediciones de 1989, 1991, 1993, 1997 y 2000) para evaluar las tendencias que sigue el fenómeno de interés.
4. Evaluar la relación entre los factores de riesgo, los factores de protección ambiental, interpersonal, familiar y personal, con la experimentación, el uso constante y el uso problemático de drogas, alcohol y tabaco.
5. Desarrollar y evaluar modelos de predicción del consumo de drogas, alcohol y tabaco con el objetivo de incidir en la realización de programas de prevención.
6. Retroalimentar a los sectores de la salud y la educación, para fomentar el desarrollo y fortalecimiento de medidas preventivas sobre el uso de drogas, alcohol y tabaco.

De manera particular, las actividades que realicé en el proyecto "Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición 2003" se enfocaron en la revisión de referencias

bibliográficas sobre el tema “Predictores de la conducta alimentaria de riesgo y el uso drogas en adolescentes”, y en el análisis estadístico de datos obtenidos con la medición del 2003, para desarrollar un artículo de investigación.

### *Habilidades Adquiridas*

A través de las actividades teóricas y prácticas desarrolladas durante la maestría, se adquirieron las habilidades necesarios para diseñar instrumentos confiables con el fin de recopilar información sobre el consumo de sustancias adictivas.

De igual manera, se adquirió la habilidad para analizar el consumo de sustancias en relación a la presencia de otras conductas, tales como, asertividad y conducta alimentaria de riesgo.

Por otra parte, se adquirió la habilidad para aplicar pruebas de análisis estadístico para conocer las prevalencias y la distribución del consumo de sustancias en diversas poblaciones, así como, la habilidad para emplear la estadística en evaluaciones sobre la efectividad de intervenciones de prevención y de tratamiento dirigidas al consumo de sustancias en grupos específicos.

### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

A través de las actividades realizadas durante la maestría, si bien se adquirió un buen cúmulo de habilidades para realizar investigación epidemiológica, cabe señalar, que no fue posible cubrir el objetivo de diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial, ya que existen limitaciones para acceder a un escenario en el cual se pueda instrumentar dicho proyecto. Además de que el tiempo de duración de la maestría y el resto de las actividades que se realizan en ella, limitan el tiempo que se le puede dedicar a esta actividad, resultando insuficiente para alcanzar dicho objetivo.

---

## SEGUNDA COMPETENCIA

*Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.*

El abuso de drogas es uno de los problemas más comunes y costosos que enfrenta la sociedad actual. Sabemos de él, lo vemos y sentimos sus consecuencias cada día en la escuela, en el trabajo, en nuestros hogares, etc. Le cuesta a los gobiernos de todo el mundo sumas incalculables de dinero en daños a la salud, tratamiento de enfermedades, accidentes, tratamientos psiquiátricos e incluso en muertes.

Diversos estudios han demostrado que el consumo de drogas se relaciona significativamente con mayor riesgo de transmitir y adquirir el VIH. También, que se encuentra fuertemente relacionado con problemas de salud como, suicidios (Lucio-Gómez, Loza y Durán, 2000), homicidios, abandono escolar (Villatoro et al., 2004), accidentes automovilísticos, delincuencia, embarazos no deseados, conducta sexual promiscua y trastornos de la conducta alimentaria (bulimia/anorexia) (Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish y Kono, 1993). Actualmente se sabe, que en Estados Unidos hay 6.6 millones de hijos de alcohólicos menores de 18 años, de los cuales, un estudio realizado en estudiantes de nivel secundaria (Katherine, 1994) reportó que el 35% había bebido cinco o más copas de alcohol sin interrupción en las últimas dos semanas, el 92% había bebido en alguna ocasión y el 66% había bebido en el último mes.

Por otra parte, Katherine (1994) refiere que en 1986, las salas de emergencias en Estados Unidos reportaron 119, 263 casos de abuso de drogas, en los que el 11.2% involucraba a jóvenes de 10 a 17 años de edad, y que seis de cada diez visitas a jóvenes en salas de emergencias se debían a intentos de suicidio, siendo el trastorno depresivo, la causa más frecuente. Cabe señalar, que dichos suicidios han aumentado en un 300% durante las últimas tres décadas y en relación a esto, también se ha encontrado que, cuando co-ocurre el uso de alcohol y de otras drogas con síntomas depresivos, éstas sustancias pueden potenciar o exacerbar un desorden mental existente y/o pueden propiciar los síntomas.

En cuanto al riesgo de morir a causa del consumo, Gossop, Stewart, Treacy y Marsden (2002) investigaron las principales causas y riesgos de mortalidad en 1075 abusadores de drogas ciudadanos estadounidenses durante 1995, bajo un período de cuatro años, obteniendo los datos de entrevistas, certificados de muerte y exámenes de autopsia. Estos autores señalaron que la tasa de mortalidad anual en consumidores de drogas fue de 1.2%, casi seis veces mayor a la de la población general apareada por edad. También, que el 14% de las muertes se debió a lesiones auto-infligidas, accidentes o violencia y que el 18% se debió a causas médicas. La mayoría de las muertes (68%) se debió a sobredosis de drogas, siendo los opiáceos la droga mas encontrada en los exámenes de autopsia. Aunque, en la mayoría de los casos se encontró más de una droga. Por último, los autores identificaron como factores de riesgo o predictores de mortalidad, el poliuso de drogas, el abuso de alcohol, el consumo de benzodiazepinas y anfetaminas, los padecimientos de ansiedad y el no tener hogar.

Otro riesgo de gran importancia que se ha relacionado con el consumo de sustancias, es el desarrollo de un trastorno psiquiátrico. Este riesgo se ha documentado en diversos estudios que analizan la probabilidad de presentar un trastorno psiquiátrico de acuerdo al patrón de consumo. Se ha encontrado que, las personas con dependencia a las drogas, tienen mayor probabilidad de presentar síndromes psiquiátricos y más específicamente, que la proporción de síndromes psiquiátricos es similar en personas dependientes a una sola droga legal (alcohol o cigarros). Mientras que, la probabilidad de presentar un trastorno psiquiátrico es mayor cuando la droga de consumo es ilegal, y que las probabilidades son del doble cuando existe dependencia a varias drogas legales e ilegales, siendo este tipo de consumidores los que solicitan con mayor frecuencia los servicios de salud mental (Kandel, Huang y Davies, 2001). Aunque cabe reiterar, que no siempre el consumo de sustancias es el detonante de un trastorno psiquiátrico, pues también la presencia de un trastorno psiquiátrico, puede motivar el uso de drogas.

Sin embargo, el uso de sustancias, como la taza de café, el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de medicinas prescritas o recomendadas, se acepta como un comportamiento normal. La accesibilidad, la presión de los compañeros del trabajo o de la

escuela y la atracción hacia los efectos subjetivos que causan las drogas legales e ilegales, llevan a toda clase de personas a consumirlas. Prácticamente todo el mundo ha tenido o tendrá que tomar alguna decisión respecto al uso o abuso de drogas.

Muchas veces, el uso comienza como una experiencia para satisfacer la curiosidad sobre sus efectos y generalmente al principio se tiene el control de la situación. Pero, a medida que continúa el uso de estas sustancias, el control se pierde y se desarrolla una adicción o dependencia, que el usuario llega a percibir como incontrolable. Actualmente se conocen algunas variables internas y externas (Almasy, 2003) que actúan como factores de riesgo o facilitadores para desarrollar una dependencia a sustancias adictivas. Se sabe que las personas, pueden estar predispuestas al abuso de drogas por su historia familiar, es decir, por la combinación de su herencia genética con otros factores de riesgo, tales como, un medio ambiente hostil (familia desintegrada, amistades negativas, etc.) y/o la presencia de padecimientos mentales.

El abuso y la dependencia a las drogas, puede tener como resultado una variedad de consecuencias negativas. La existencia de un miembro de la familia con una adicción afecta al resto de los integrantes propiciando el desarrollo de diversos trastornos, tanto en sus familiares como en ellos mismos (Natera, Mora y Tiburcio, 2003; Orford et al., 2001). Desde el punto de vista de la salud, las drogas causan daños físicos a corto y a largo plazo, pero la salud no es lo único que está en juego. El abuso de drogas afecta las relaciones personales, el desempeño académico o laboral y la economía. De manera que, cuando el abuso llega al punto de la adicción, el consumo deja de ser un mal hábito con el que se puede terminar. La recuperación será una lucha constante para el adicto. El usuario, sufrirá síntomas de abstinencia que complicarán su proceso de recuperación, ya que el deseo compulsivo por la droga no desaparece inmediatamente y el deseo subjetivo en muchos casos no desaparece nunca. Recaer en el consumo es lo más frecuente y la recuperación resulta muy difícil.

Brindar tratamiento para abandonar el consumo de drogas, beneficia no solo a las personas que las consumen, sino también a toda la sociedad por las mejoras que se producen en el funcionamiento social y psicológico de los consumidores. Lo que

ayuda, a disminuir la delincuencia y violencia relacionadas al consumo, así como, a disminuir la prevalencia del VIH, aminorando de esta manera, los costos que le genera a la sociedad el consumo de drogas.

Sin embargo, la instalación de espacios y recursos, tanto materiales como humanos para otorgar tratamiento a dichos usuarios, representa un costo económico importante para los gobiernos y sus ciudadanos que pagan impuestos. Es por ello, que actualmente se le ha dado mayor importancia a las acciones encaminadas a prevenir las adicciones, pensando en que a largo plazo serán mas efectivas para disminuir las consecuencias negativas del consumo.

La Norma Oficial Mexicana (Secretaría de Salud, 2000) estipula que la prevención de las adicciones, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas para disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de drogas.

Las acciones que se dirigen a prevenir el consumo de drogas, han ido cambiando a través del tiempo generando modelos o *enfoques de prevención* (Llanes, 1999), los cuales, si bien son distintos, no se eliminan entre si, pues se continúan aplicando aunque surjan nuevos enfoques.

Llanes (1999) menciona que en orden de aparición cronológica, el primer enfoque que se implementó fue el **ético-legal**. Este enfoque denomina al consumo de drogas como una falta moral o un delito, cuyas medidas de prevención consisten en advertir a las personas sobre no consumirlas, para no alejarse de la norma social, dado que la ley prohíbe su consumo.

Posteriormente, surgió el enfoque o modelo de prevención **medico-asistencial** (Llanes, 1999), que se basa en la aseveración de que la persona adicta a las drogas es un enfermo. Es decir, que su adicción es una enfermedad y que toda sustancia adictiva arremete contra la salud pública. De esta manera, sus acciones de intervención se centran en internar a dichos enfermos para evitar que continúen cerca de las situaciones que mantienen su enfermedad y al mismo tiempo evitar que contaminen el ambiente de los no consumidores, con el fin de preservar la salud pública. Las acciones de prevención

de este enfoque, consisten en informar a través de conferencias, folletos o mensajes televisados, los daños que ocasiona el consumo de drogas a la salud.

En cuanto a sus resultados, se ha señalado que el uso de la información como principal estrategia de prevención, no es suficiente para provocar los cambios de actitud y de valores que se requieren para estar protegido del consumo.

De manera que, los resultados poco fructíferos del enfoque medico-asistencial, motivaron el desarrollo del *enfoque **socio-cultural***, el cual incorporó la noción de que el ambiente y la cultura influyen en la adquisición de comportamientos, entre ellos el consumo de sustancias. Por tal razón, éste enfoque propone como estrategia de prevención la creación de ambientes o espacios libres del consumo donde se realicen actividades artísticas, sociales o deportivas, que brinden a la sociedad una manera más sana de obtener satisfacción (Llanes, 1999).

En cuanto a las limitaciones de dicho enfoque, éstas aluden a la excesiva responsabilidad que le atribuye a la sociedad como causante del consumo, sin tomar en cuenta la voluntad, los motivos y la responsabilidad del individuo que toma la decisión de consumir drogas.

Por lo tanto, el enfoque ***psicosocial***, incorporó el reconocimiento de la complejidad de cada individuo, considerando para ello los factores psicológicos que interactúan con el ambiente de las personas que deciden abusar de las drogas. Su estrategia de prevención consiste en detectar los factores de riesgo que predicen la conducta de consumo, así como, los factores que actúan como protectores del mismo, para fomentar que las personas aprendan a implementarlos en su estilo de vida.

Como puede observarse, los enfoques de prevención antes expuestos se complementan entre sí. Por lo cual, se ha sugerido que las intervenciones de prevención comunitaria se dirijan a fomentar los factores de protección y a disminuir los factores de riesgo dentro del contexto de la comunidad, involucrando para ello a los diferentes ámbitos que la componen. Estos son, el ámbito legislativo, jurídico, educativo, sanitario y social (Llanes, 1999).

La sugerencia de involucrar a la comunidad en las acciones de prevención, dio lugar al replanteamiento de los niveles de prevención, organizándolos en **prevención universal, selectiva e indicada**. Donde la prevención dirigida a la comunidad en general, es universal, la prevención dirigida a las personas con más factores de riesgo, es selectiva y la prevención a nivel individual es indicada.

Los programas de **prevención universal** que más se han desarrollado, son los que se llevan a cabo en población escolar, en donde los efectos que se puedan lograr a largo plazo, aun cuando sean mínimos, constituyen un gran logro si se consiguen en grandes poblaciones (Stothard y Ashton, 2000).

Actualmente se cuenta con varios programas de prevención escolar que han demostrado efectividad. Algunos de ellos son: 1) el programa de enseñanza interactiva (Tobler y Stratton, 1997), 2) la modificación de creencias normativas ( ), 3) la prioridad de las aptitudes sociales y 4) la disponibilidad de información básica sobre las distintas sustancias adictivas. Cabe señalar, que para obtener los mejores resultados se deben adaptar estos programas a la realidad social de los jóvenes en los que se pretenden implementar (Hansen, 1992; Paglia y Room, 1999; Tobler, Roona y Ochshorn, 2000; Tobler, 2001).

Asimismo, se ha identificado que para que los programas preventivos escolares obtengan buenos resultados, se debe cuidar que los profesores se adhieran al programa y que dispongan de manuales y materiales sobre el mismo, y en cuanto a la prevención de las adicciones, se ha sugerido que dichos programas formen parte de una amplia política escolar en materia de farmacodependencias y de protección a la salud (Paglia y Room, 1999; Chinman, Imm y Wandersmann, 2004).

A diferencia de la prevención universal que se dirige a un amplio espectro de la sociedad, la **prevención selectiva** se dirige a grupos vulnerables con el objetivo de dar alguna intervención. La prevención selectiva recurre al conocimiento de los factores de riesgo para identificar a los grupos con mayor riesgo de tener problemas por el consumo de drogas. De tal manera, que la prevención selectiva en las escuelas generalmente se ocupa de intervenir en casos de crisis y de hacer detección temprana de

alumnos en riesgo de consumir drogas o que ya las consumen. En este nivel de prevención se persigue hallar soluciones a nivel escolar, para evitar que los alumnos en riesgo, abandonen los estudios o sean expulsados, agravando de esta manera su situación (Chinman et al., 2004).

En resumen, las acciones enfocadas a la prevención de las adicciones surgen como medida para detener y revertir las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas; sobre las cuales, se comentó al inicio de este escrito y que justifican la necesidad de adentrarse en el desarrollo de programas de prevención dirigidas a la problemática expuesta.

### *Actividades Teóricas*

Se revisó lo referente a los niveles de prevención universal, selectiva e indicada, así como, lo referente a los enfoques de prevención que antecedieron a estos niveles (ético-legal, medico-asistencial, socio-cultural y psicosocial).

Se identificaron las diferencias entre lo que es un modelo y un programa, para dar lugar a conocer los principales componentes que integran a los programas preventivos para adicciones de acuerdo a los criterios del National Institute on Drug Abuse (NIDA), así como, los modelos preventivos que se aplican actualmente en México.

Adicionalmente, se estudiaron los criterios que se deben considerar para evaluar la efectividad de los modelos preventivos y por último se conocieron las políticas y la discusión internacional en torno a la legalización de las drogas, los efectos del narcotráfico y su relación con la prevención.

### *Conocimientos y Habilidades Adquiridas*

La revisión teórica acerca de los factores implicados en el desarrollo de programas preventivos, se expresan en las habilidades que se enuncian a continuación:

- Análisis del sustento teórico y metodológico para desarrollar programas de prevención con énfasis cognitivo-conductual.
- Conocer, desarrollar e implementar los componentes principales de un programa de prevención efectivo basado en la evidencia.
- Determinar la aplicación del modelo de prevención mas efectivo para una población específica a partir del análisis de las ventajas y desventajas de los modelos preventivos existentes.
- Proponer estrategias preventivas adecuadas a partir de los resultados obtenidos en estudios epidemiológicos (interpretación de datos).
- Identificación de grupos vulnerables o con riesgo de consumir drogas en escenarios como escuelas y comunidades.
- Identificación de factores de riesgo y protección en grupos específicos (escuelas, comunidades, etc).
- Interpretar eficientemente pruebas de tamizaje para detectar casos oportunamente y canalizar a otros programas de atención de acuerdo a las necesidades del caso.
- Evaluación y diagnóstico de grupos identificados como vulnerables.
- Conocimiento de los factores de riesgo y protección que favorecen y evitan la presencia de conductas adictivas a través del análisis de los resultados de investigaciones epidemiológicas.
- Planear y diseñar estrategias de intervención para prevenir conductas adictivas de acuerdo a las características de grupos específicos (reducción de la demanda; modificación de actitudes, percepciones y conductas que se relacionan con el consumo de drogas legales e ilegales).

- Integrar las demandas de los miembros del grupo a intervenir en la planeación de su programa de prevención.

### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

Durante la maestría, aunque se adquirieron los conocimientos necesarios para diseñar programas de prevención comunitaria, no fue posible diseñar un programa y aplicarlo, debido a las limitaciones que existen para acceder a un escenario donde se pueda instrumentar una intervención de este tipo.

De manera que, es deseable que el programa de residencia prevea el acceso (mediante algún convenio) a un escenario o institución donde se puedan implementar acciones de prevención o en su defecto, que considere abrir el espacio en la sede de la residencia, es decir, en el Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco, para implementar programas de prevención dirigidas a todo el público que entre en contacto con dicho centro de atención.

---

### TERCERA COMPETENCIA

*Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.*

Entre las opciones de tratamiento para consumo de sustancias adictivas que se emplean actualmente, se encuentran los tratamientos o terapias basadas en la abstinencia del consumo y con menor frecuencia las terapias que emplean técnicas cognitivo conductuales para controlar o moderar el consumo de alcohol (Ayala y Gutiérrez, 1993).

La terapia cognitivo conductual, integra principios derivados de la teoría cognitiva, la teoría conductual y la teoría del aprendizaje social, conformando una base de aproximaciones más inclusivas y comprehensivas para tratar el abuso de sustancias adictivas (Beck, 2000). El marco conceptual del enfoque cognitivo conductual, aplicado a las adicciones, asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de afrontamiento deficientes. Es decir, que prefieren no utilizar las habilidades que poseen o que no las pueden implementar por alguna razón (Quigley y Marlatt, 1999). Mientras que, los tratamientos conductuales se enfocan preferentemente al entrenamiento en habilidades de autocontrol. Aunque cabe señalar, que la terapia conductual no es la única que se ocupa de entrenar éstas habilidades.

Una revisión realizada por Saladin y Santa Ana (2004) acerca de las intervenciones para controlar el consumo de alcohol (Controlled-Drinking Intervention), define que "intervención de autocontrol" es cualquier estrategia de tratamiento que no requiere la abstinencia. Por lo tanto, el entrenamiento en auto-control conductual, la terapia de exposición a señales orientada a la moderación, el tratamiento de auto-cambio dirigido y la terapia de reducción del daño, son intervenciones de autocontrol.

La inclusión del concepto "autocontrol" en el tratamiento de las adicciones, fue el resultado de una secuencia de eventos que así lo

sugirieron. La literatura reporta que el antecedente inicial o el primer análisis importante sobre autocontrol fue descrito por Skinner en su libro *Science and Human Behavior* (1953, en Martín y Pear, 2000), en el cual, respecto a la conducta de beber, refiere que la conducta de control actúa como reforzador o castigo de la conducta objetivo; en este caso beber. La conducta de control puede ser simplemente “desaprobación” hacia la persona que bebe. Skinner explica que la sociedad en la que vivimos proporciona la mayoría de las contingencias que enseñan y mantienen nuestras conductas de control; por ejemplo, la conducta de llegar a tiempo al trabajo.

Posteriormente se llegó a determinar que las deficiencias de autocontrol se relacionan en gran medida con el concepto de impulsividad (Joseph y Strayhorn, 2002), el cual denota una falla para pensar en las consecuencias de las acciones a largo plazo. Y aunque, esta dificultad no se considera un desorden psiquiátrico, muchos trastornos se caracterizan por elegir una gratificación inmediata a pesar de los problemas o desventajas que esta elección puede traer a largo plazo. En dicha descripción, se encuentra el trastorno por abuso de sustancias y otros trastornos, tales como, la piromanía, la cleptomanía y los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y obesidad).

Tomando en cuenta lo anterior, se propuso desarrollar estrategias de intervención encaminadas a establecer o restablecer habilidades de auto-control en las personas afectadas por el consumo de alcohol (Joseph y Strayhorn, 2002). Se consideró que entrenar habilidades de auto-control era una opción válida de tratamiento, debido a que se probó empíricamente que es posible controlar el consumo de alcohol. La evidencia de esto, se derivó de tres estudios principales (Saladin y Santa Ana, 2004). El primero de ellos, desarrollado por Davies en 1962, encontró que siete de 97 alcohólicos severos controlaron su consumo durante un período de siete a once años, tiempo que duró el seguimiento. El segundo estudio publicado por el Rand Report en 1978, reportó que en un período de 18 meses, el 22% de los usuarios que ingresaron a un tratamiento centrado en la abstinencia, informó tener un consumo no problemático (Armor, Polich y Stambul, 1978). Y por último, la investigación que contribuyó más a validar la aproximación de autocontrol como opción de tratamiento, fue la que desarrollaron los psicólogos Marck y Linda

Sobell en 1970. Estos autores publicaron una serie de estudios, cuyos resultados demostraron que los alcohólicos severos podían ser entrenados para moderar su consumo, y que los usuarios entrenados tuvieron mejores resultados que los usuarios tratados bajo un enfoque centrado en la abstinencia, a los dos años de seguimiento (Sobell y Sobell, 1976).

Marck y Linda Sobell, obtuvieron dichos resultados aplicando un tratamiento al que llamaron Auto-Cambio Dirigido (ACD) (Guided Self-Change), el cual forma parte de un cúmulo de tratamientos basados en el autocontrol. El ACD es una Intervención Breve Motivacional Cognitivo-Conductual para bebedores problema sin consecuencias severas o síntomas de abstinencia, fundamentado en la evidencia de que una gran proporción de personas con problemas de consumo se recupera naturalmente (sin recibir tratamiento) como resultado del auto-cambio. Por lo tanto, el ACD se enfoca en estimular el proceso de auto-cambio con estrategias motivacionales, tales como, dar consejos, eliminar las barreras del cambio y decrementar el atractivo de la bebida (Sobell, Cunningham y Sobell, 1996) .

Más específicamente, el tratamiento ACD entrena a los usuarios en una aproximación general de solución de problemas, a la vez que mejora su motivación y confianza para cambiar bajo condiciones en las que ellos perciben que tienen la oportunidad de elegir (moderación-abstinencia). De tal suerte que, en esencia el tratamiento ayuda a los usuarios a ayudarse ellos mismos, para que atribuyan los cambios a sus propios esfuerzos (Ayala y Echeverría, 2001).

Los resultados favorables que Marck y Linda Sobell obtuvieron con su intervención ACD, promovieron el desarrollo de otros estudios que continuaron evaluando su efectividad (Sanchez-Craig, Annis, Bornet y MacDonald, 1984; Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1993), lo que influyó para decidir implementar el tratamiento de ACD en la Ciudad de México, donde inicialmente se evaluó su efectividad con una muestra de 177 bebedores con dependencia baja y media al alcohol, que presentaban una historia de problemas sociales relacionados al consumo. Sus resultados indicaron que la cantidad de copas por ocasión de consumo, se redujeron en promedio de 9.2

a 4.4 durante el tratamiento y en el seguimiento a 6 y 12 meses, el promedio de copas fue de 5.8 a 6.5, mostrando diferencias significativas entre los datos de cada fase del tratamiento (pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento) (Ayala y Echeverría, 2001).

Es así, como dicho estudio animó a continuar evaluando el tratamiento de ACD en distintas poblaciones de México (rural-urbana, adultos-adolescentes), así como en el tratamiento de otras sustancias adictivas, además del alcohol (tabaco y cocaína) (Martínez, 2003; Oropeza, 2003; Lira y Ayala, 2002; Barragán, 2005).

De esta manera, el programa de maestría en psicología de las adicciones, orientado bajo la perspectiva cognitivo conductual y el manejo de las intervenciones breves, ha continuado evaluando la efectividad del ACD, adicionalmente a su objetivo de capacitar a profesionales de la salud para investigar y resolver problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

### *Actividades Teóricas*

Se conocieron los principios del aprendizaje por condicionamiento operante y clásico, así como, las principales técnicas de intervención de la terapia cognitivo conductual (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Caballo, 1995).

Se estudiaron los diseños de investigación de caso único (Kazdin, 1982), específicamente se conocieron los antecedentes históricos del análisis de la conducta y sus conceptos principales. Asimismo, se conocieron las aplicaciones del análisis de la conducta y la metodología referente a la medición del cambio de la conducta meta.

Finalmente, se estudiaron las técnicas de la "entrevista motivacional" (Miller y Rollnick, 1991), el modelo de las etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986), los fundamentos del modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1980; Marlatt, 1993), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y se revisó lo referente a los distintos instrumentos que se emplean para evaluar el consumo de sustancias.

## *Actividades Prácticas*

A continuación, se describen las actividades que se llevaron a cabo en los programas de tratamiento para conductas adictivas que se aplican en el "Centro de Atención para Conducta Adictivas, Acasulco" de la UNAM.

1) Proyecto: Programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.

En este programa se cumplieron los siguientes objetivos:

1. Capacitación en el manejo terapéutico del programa auto-cambio dirigido para bebedores problema.
2. Análisis de casos.
3. Observación de casos.
4. Evaluación del nivel del consumo a través de instrumentos validados.
5. Aplicación del programa de tratamiento en bebedores problema.
6. Seguimiento de los usuarios atendidos; al mes, 3, 6, y 12 meses de haber finalizado el tratamiento.

2) Proyecto: Programa de prevención secundaria para adolescentes que inician el consumo de drogas.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

1. Capacitación en el manejo del programa de intervención breve para adolescentes.
2. Desarrollo de habilidades para detectar casos en el ámbito escolar.
3. Conocer y aplicar instrumentos validados para evaluar consumo de drogas en adolescentes.

3) Proyecto: Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve cognitivo-conductual para usuarios de tabaco.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

1. Capacitación en la aplicación del programa de intervención para usuarios de tabaco.
  2. Análisis de casos.
  3. Evaluación del nivel de consumo a través de instrumentos validados.
  4. Aplicación del programa de tratamiento en usuarios de tabaco.
  5. Análisis de artículos científicos relacionados con el programa de intervención.
- 4) Proyecto: Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve cognitivo-conductual para usuarios de cocaína.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

1. Capacitación en el manejo del programa de intervención para usuarios de cocaína.
2. Observación de casos.
3. Análisis de casos.
4. Evaluación del nivel de consumo a través de instrumentos validados.
5. Aplicación del programa de tratamiento en usuarios de cocaína.
6. Seguimiento de los usuarios atendidos; al mes 3, 6 y 12 meses de haber finalizado el tratamiento.
7. Análisis y discusión de artículos científicos relacionados con el programa de intervención.
8. Desarrollo de estrategias de difusión.
9. Elaboración de bases de datos.
10. Desarrollo de investigación sobre el programa.
11. Desarrollo de una intervención familiar cognitivo conductual nombrada "Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS)".

### *Habilidades Adquiridas*

Se adquirieron habilidades para aplicar e interpretar instrumentos útiles en el diagnóstico de la dependencia al alcohol y a otras drogas. De igual manera, se adquirió la habilidad para enseñar a los

usuarios estrategias para controlar y detener su consumo de sustancias (alcohol, tabaco y cocaína), y la habilidad para adaptar los programas de tratamiento a las necesidades y a las situaciones de riesgo de los usuarios.

A nivel clínico se adquirieron habilidades para establecer un ambiente de confianza, con el fin de facilitar la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, así como, la habilidad para ofrecer retroalimentación sobre las evaluaciones y los avances de los usuarios durante el tratamiento y la habilidad para mantener una escucha reflexiva, para aclararle a los usuarios la percepción de sus problemas relacionados al consumo.

Finalmente se obtuvo la habilidad para desarrollar programas de intervención con enfoque cognitivo conductual para consumo de sustancias adictivas, ya que tuve la oportunidad de construir el Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS).

#### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

Durante la maestría se lograron adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para aplicar y diseñar programas de detección e intervención breve con enfoque cognitivo conductual para consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, el número de usuarios atendidos bajo los programas de residencia fue limitado debido a la poca demanda que hay de los usuarios por el servicio.

De manera que, se sugiere diseñar un plan de difusión efectivo sobre los programas de tratamiento que forman parte del programa de residencia en psicología de las adicciones, para adquirir mayor experiencia en la aplicación de los programas.

---

### TERCERA COMPETENCIA

*Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.*

Entre las opciones de tratamiento para consumo de sustancias adictivas que se emplean actualmente, se encuentran los tratamientos o terapias basadas en la abstinencia del consumo y con menor frecuencia las terapias que emplean técnicas cognitivo conductuales para controlar o moderar el consumo de alcohol (Ayala y Gutiérrez, 1993).

La terapia cognitivo conductual, integra principios derivados de la teoría cognitiva, la teoría conductual y la teoría del aprendizaje social, conformando una base de aproximaciones más inclusivas y comprehensivas para tratar el abuso de sustancias adictivas (Beck, 2000). El marco conceptual del enfoque cognitivo conductual, aplicado a las adicciones, asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de afrontamiento deficientes. Es decir, que prefieren no utilizar las habilidades que poseen o que no las pueden implementar por alguna razón (Quigley y Marlatt, 1999). Mientras que, los tratamientos conductuales se enfocan preferentemente al entrenamiento en habilidades de autocontrol. Aunque cabe señalar, que la terapia conductual no es la única que se ocupa de entrenar éstas habilidades.

Una revisión realizada por Saladin y Santa Ana (2004) acerca de las intervenciones para controlar el consumo de alcohol (Controlled-Drinking Intervention), define que "intervención de autocontrol" es cualquier estrategia de tratamiento que no requiere la abstinencia. Por lo tanto, el entrenamiento en auto-control conductual, la terapia de exposición a señales orientada a la moderación, el tratamiento de auto-cambio dirigido y la terapia de reducción del daño, son intervenciones de autocontrol.

La inclusión del concepto "autocontrol" en el tratamiento de las adicciones, fue el resultado de una secuencia de eventos que así lo

sugirieron. La literatura reporta que el antecedente inicial o el primer análisis importante sobre autocontrol fue descrito por Skinner en su libro *Science and Human Behavior* (1953, en Martín y Pear, 2000), en el cual, respecto a la conducta de beber, refiere que la conducta de control actúa como reforzador o castigo de la conducta objetivo; en este caso beber. La conducta de control puede ser simplemente “desaprobación” hacia la persona que bebe. Skinner explica que la sociedad en la que vivimos proporciona la mayoría de las contingencias que enseñan y mantienen nuestras conductas de control; por ejemplo, la conducta de llegar a tiempo al trabajo.

Posteriormente se llegó a determinar que las deficiencias de auto-control se relacionan en gran medida con el concepto de impulsividad (Joseph y Strayhorn, 2002), el cual denota una falla para pensar en las consecuencias de las acciones a largo plazo. Y aunque, esta dificultad no se considera un desorden psiquiátrico, muchos trastornos se caracterizan por elegir una gratificación inmediata a pesar de los problemas o desventajas que esta elección puede traer a largo plazo. En dicha descripción, se encuentra el trastorno por abuso de sustancias y otros trastornos, tales como, la piromanía, la cleptomanía y los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y obesidad).

Tomando en cuenta lo anterior, se propuso desarrollar estrategias de intervención encaminadas a establecer o restablecer habilidades de auto-control en las personas afectadas por el consumo de alcohol (Joseph y Strayhorn, 2002). Se consideró que entrenar habilidades de auto-control era una opción válida de tratamiento, debido a que se probó empíricamente que es posible controlar el consumo de alcohol. La evidencia de esto, se derivó de tres estudios principales (Saladin y Santa Ana, 2004). El primero de ellos, desarrollado por Davies en 1962, encontró que siete de 97 alcohólicos severos controlaron su consumo durante un período de siete a once años, tiempo que duró el seguimiento. El segundo estudio publicado por el Rand Report en 1978, reportó que en un período de 18 meses, el 22% de los usuarios que ingresaron a un tratamiento centrado en la abstinencia, informó tener un consumo no problemático (Armor, Polich y Stambul, 1978). Y por último, la investigación que contribuyó más a validar la aproximación de autocontrol como opción de tratamiento, fue la que desarrollaron los psicólogos Marck y Linda

Sobell en 1970. Estos autores publicaron una serie de estudios, cuyos resultados demostraron que los alcohólicos severos podían ser entrenados para moderar su consumo, y que los usuarios entrenados tuvieron mejores resultados que los usuarios tratados bajo un enfoque centrado en la abstinencia, a los dos años de seguimiento (Sobell y Sobell, 1976).

Marck y Linda Sobell, obtuvieron dichos resultados aplicando un tratamiento al que llamaron Auto-Cambio Dirigido (ACD) (Guided Self-Change), el cual forma parte de un cúmulo de tratamientos basados en el autocontrol. El ACD es una Intervención Breve Motivacional Cognitivo-Conductual para bebedores problema sin consecuencias severas o síntomas de abstinencia, fundamentado en la evidencia de que una gran proporción de personas con problemas de consumo se recupera naturalmente (sin recibir tratamiento) como resultado del auto-cambio. Por lo tanto, el ACD se enfoca en estimular el proceso de auto-cambio con estrategias motivacionales, tales como, dar consejos, eliminar las barreras del cambio y decrementar el atractivo de la bebida (Sobell, Cunningham y Sobell, 1996) .

Más específicamente, el tratamiento ACD entrena a los usuarios en una aproximación general de solución de problemas, a la vez que mejora su motivación y confianza para cambiar bajo condiciones en las que ellos perciben que tienen la oportunidad de elegir (moderación-abstinencia). De tal suerte que, en esencia el tratamiento ayuda a los usuarios a ayudarse ellos mismos, para que atribuyan los cambios a sus propios esfuerzos (Ayala y Echeverría, 2001).

Los resultados favorables que Marck y Linda Sobell obtuvieron con su intervención ACD, promovieron el desarrollo de otros estudios que continuaron evaluando su efectividad (Sanchez-Craig, Annis, Bornet y MacDonald, 1984; Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1993), lo que influyó para decidir implementar el tratamiento de ACD en la Ciudad de México, donde inicialmente se evaluó su efectividad con una muestra de 177 bebedores con dependencia baja y media al alcohol, que presentaban una historia de problemas sociales relacionados al consumo. Sus resultados indicaron que la cantidad de copas por ocasión de consumo, se redujeron en promedio de 9.2

a 4.4 durante el tratamiento y en el seguimiento a 6 y 12 meses, el promedio de copas fue de 5.8 a 6.5, mostrando diferencias significativas entre los datos de cada fase del tratamiento (pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento) (Ayala y Echeverría, 2001).

Es así, como dicho estudio animó a continuar evaluando el tratamiento de ACD en distintas poblaciones de México (rural-urbana, adultos-adolescentes), así como en el tratamiento de otras sustancias adictivas, además del alcohol (tabaco y cocaína) (Martínez, 2003; Oropeza, 2003; Lira y Ayala, 2002; Barragán, 2005).

De esta manera, el programa de maestría en psicología de las adicciones, orientado bajo la perspectiva cognitivo conductual y el manejo de las intervenciones breves, ha continuado evaluando la efectividad del ACD, adicionalmente a su objetivo de capacitar a profesionales de la salud para investigar y resolver problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

### *Actividades Teóricas*

Se conocieron los principios del aprendizaje por condicionamiento operante y clásico, así como, las principales técnicas de intervención de la terapia cognitivo conductual (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Caballo, 1995).

Se estudiaron los diseños de investigación de caso único (Kazdin, 1982), específicamente se conocieron los antecedentes históricos del análisis de la conducta y sus conceptos principales. Asimismo, se conocieron las aplicaciones del análisis de la conducta y la metodología referente a la medición del cambio de la conducta meta.

Finalmente, se estudiaron las técnicas de la "entrevista motivacional" (Miller y Rollnick, 1991), el modelo de las etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986), los fundamentos del modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1980; Marlatt, 1993), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y se revisó lo referente a los distintos instrumentos que se emplean para evaluar el consumo de sustancias.

## *Actividades Prácticas*

A continuación, se describen las actividades que se llevaron a cabo en los programas de tratamiento para conductas adictivas que se aplican en el "Centro de Atención para Conducta Adictivas, Acasulco" de la UNAM.

1) Proyecto: Programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.

En este programa se cumplieron los siguientes objetivos:

7. Capacitación en el manejo terapéutico del programa auto-cambio dirigido para bebedores problema.
8. Análisis de casos.
9. Observación de casos.
10. Evaluación del nivel del consumo a través de instrumentos validados.
11. Aplicación del programa de tratamiento en bebedores problema.
12. Seguimiento de los usuarios atendidos; al mes, 3, 6, y 12 meses de haber finalizado el tratamiento.

2) Proyecto: Programa de prevención secundaria para adolescentes que inician el consumo de drogas.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

4. Capacitación en el manejo del programa de intervención breve para adolescentes.
5. Desarrollo de habilidades para detectar casos en el ámbito escolar.
6. Conocer y aplicar instrumentos validados para evaluar consumo de drogas en adolescentes.

3) Proyecto: Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve cognitivo-conductual para usuarios de tabaco.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

6. Capacitación en la aplicación del programa de intervención para usuarios de tabaco.
  7. Análisis de casos.
  8. Evaluación del nivel de consumo a través de instrumentos validados.
  9. Aplicación del programa de tratamiento en usuarios de tabaco.
  10. Análisis de artículos científicos relacionados con el programa de intervención.
- 4) Proyecto: Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve cognitivo-conductual para usuarios de cocaína.

Dentro de este proyecto se cumplieron los siguientes objetivos:

12. Capacitación en el manejo del programa de intervención para usuarios de cocaína.
13. Observación de casos.
14. Análisis de casos.
15. Evaluación del nivel de consumo a través de instrumentos validados.
16. Aplicación del programa de tratamiento en usuarios de cocaína.
17. Seguimiento de los usuarios atendidos; al mes 3, 6 y 12 meses de haber finalizado el tratamiento.
18. Análisis y discusión de artículos científicos relacionados con el programa de intervención.
19. Desarrollo de estrategias de difusión.
20. Elaboración de bases de datos.
21. Desarrollo de investigación sobre el programa.
22. Desarrollo de una intervención familiar cognitivo conductual nombrada "Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS)".

### *Habilidades Adquiridas*

Se adquirieron habilidades para aplicar e interpretar instrumentos útiles en el diagnóstico de la dependencia al alcohol y a otras drogas. De igual manera, se adquirió la habilidad para enseñar a los

usuarios estrategias para controlar y detener su consumo de sustancias (alcohol, tabaco y cocaína), y la habilidad para adaptar los programas de tratamiento a las necesidades y a las situaciones de riesgo de los usuarios.

A nivel clínico se adquirieron habilidades para establecer un ambiente de confianza, con el fin de facilitar la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, así como, la habilidad para ofrecer retroalimentación sobre las evaluaciones y los avances de los usuarios durante el tratamiento y la habilidad para mantener una escucha reflexiva, para aclararle a los usuarios la percepción de sus problemas relacionados al consumo.

Finalmente se obtuvo la habilidad para desarrollar programas de intervención con enfoque cognitivo conductual para consumo de sustancias adictivas, ya que tuve la oportunidad de construir el Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS).

#### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

Durante la maestría se lograron adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para aplicar y diseñar programas de detección e intervención breve con enfoque cognitivo conductual para consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, el número de usuarios atendidos bajo los programas de residencia fue limitado debido a la poca demanda que hay de los usuarios por el servicio.

De manera que, se sugiere diseñar un plan de difusión efectivo sobre los programas de tratamiento que forman parte del programa de residencia en psicología de las adicciones, para adquirir mayor experiencia en la aplicación de los programas.

---

## QUINTA COMPETENCIA

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

Cuando se tiene el propósito de capacitar a otros profesionales para que adopten o ejecuten un programa de intervención, es necesario cuidar que éste se transmita y se adopte manteniendo la fidelidad al tratamiento o a la intervención.

La fidelidad al tratamiento se refiere a las estrategias metodológicas que se emplean para monitorear y mejorar la confiabilidad y validez de las intervenciones. El objetivo general de mejorar la fidelidad al tratamiento, es incrementar la probabilidad de que los cambios en la variable dependiente se atribuyan a la variable independiente, es decir a la intervención aplicada (Moncher y Prinz, 1991).

En cambio, sensibilizar a otros profesionales tiene el propósito de fomentar su aceptación y disposición para aplicar nuevas intervenciones psicológicas, con el último objetivo de diseminar tales intervenciones. De manera que, el investigador requiere sensibilizar a quienes desea que adopten su trabajo (Martínez-Martínez, Carrascosa-Venegas y Ayala-Velázquez, 2003).

Actualmente, la investigación sobre tratamientos para diversos desordenes psicológicos ha progresado notoriamente. En gran parte, esto se debe a que la mayoría de las técnicas de intervención que emplean, se sustentan en investigación empírica (Chambless y Ollendick, 2001). Aunque simultáneamente a lo anterior, es común que en el campo profesional de la Psicología, no se pongan en práctica los procedimientos o técnicas de intervención que la investigación clínica ha reportado como efectivas (Cook, Schnurr y Foa, 2004; Addis y Krasnow, 2000; Martínez-Martínez, et al., 2003).

La adopción de intervenciones desarrolladas mediante investigación, a menudo no se logra debido a falta de promoción, lo cual provoca que tales intervenciones sean invisibles fuera del contexto en el que se desarrollaron (McCrary, 1986). Por lo tanto, diseminar

innovaciones, en este caso los tratamientos desarrollados a través de investigación, resulta fundamental para lograr que se conozcan y en última instancia que sean adoptados por otros profesionales del mismo campo.

La diseminación por su parte, se define como el proceso mediante el cual una innovación es comunicada a través de ciertos canales sobre el tiempo entre los miembros de un sistema, con el fin de que sea adoptada (utilizada o aplicada) por otras personas. Crosswaitie y Curtice (1994) señalan que para realizar una diseminación efectiva es necesario considerar la realización de tres acciones principales: 1) definir la diseminación e identificar las barreras para que la diseminación sea eficaz, 2) seleccionar e identificar las necesidades del público o la audiencia de investigadores en quienes se promocionará la innovación, y finalmente 3) identificar las estrategias más adecuadas para realizar la diseminación y promover el uso de los resultados de la investigación.

De acuerdo con el segundo punto, que se refiere a seleccionar al público o a la audiencia de investigadores en quienes se promocionará la innovación, es claro que para llevar a cabo dicha promoción, se requiere comunicar resultados de investigaciones sobre una intervención novedosa en foros, conferencias, congresos o pláticas. Y que respecto al tercer punto, que se refiere a la selección de estrategias para realizar la diseminación, se contempla llevar a cabo acciones de capacitación para entrenar a otros profesionales en la aplicación de tratamientos novedosos desarrollados mediante investigación (Rogers, 1995). De manera que, respecto a estas actividades, a continuación se describen las acciones realizadas durante el programa de maestría en psicología de las adicciones.

### ***Actividades Teóricas***

Se conocieron estrategias para diseminar innovaciones, así como los aspectos relevantes a la fidelidad y a la adherencia al tratamiento, que forman parte del proceso de capacitación sobre la aplicación de tratamientos psicológicos.

## *Actividades Prácticas*

En este rubro se realizaron las siguientes actividades dentro del proyecto "Desarrollo y evaluación de un programa de intervención cognitivo-conductual breve para usuarios de cocaína":

1. Capacitación a otros profesionales sobre la aplicación del "Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS)", que diseñe durante la maestría.

La primera fase de esta actividad consistió en planear, diseñar y construir el contenido del tratamiento, lo cual, a su vez incluyó la creación de los ejercicios del mismo. Todo lo anterior, me llevo a elaborar un manual de procedimientos sobre la aplicación del "Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS)", que contiene tanto su fundamento teórico, como la descripción de los aspectos que aborda el programa.

Una vez que construí el tratamiento mencionado, tuve la oportunidad de transmitir el contenido de dicho manual a algunos compañeros de mi generación. Específicamente, las actividades de capacitación que realicé fueron: exponer a mis compañeros los objetivos y las actividades o tareas que se trabajan con el usuario y su significativo en cada sesión del programa TCS, dando lugar en cada exposición, a resolver sus dudas y reflexiones acerca de mi propuesta de intervención.

Para generar que mis compañeros obtuvieran el entrenamiento necesario para aplicar el programa de tratamiento, emplee la técnica "juego de roles", con la cual llevé a cabo el modelamiento del procedimiento a seguir en cada sesión del tratamiento, a fin de que ellos lo replicaran en su turno.

Al final de cada "juego de roles", se fomentó la discusión grupal para analizar los aspectos relevantes de cada sesión, por ejemplo, se comentó la adaptación del contenido a las necesidades de distintos casos hipotéticos.

2. Presentaciones en congresos sobre investigación realizada en el programa Tratamiento Breve Cognitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC). A continuación, se presentan las referencias:

30 noviembre 22 al 24 de septiembre, 2004.

**Constancia de ponente**, "Balance decisional de los consumidores de cocaína que concluyen y abandonan el tratamiento". XII Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato.

30 noviembre al 3 de diciembre, 2004.

**Constancia de ponente**, "Motivación Interna y Externa en el Balance Decisional de los Sujetos que Terminan y Abandonan el TBUC ". IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, FES- Iztacala, México, D. F.

21 al 26 de febrero, 2005.

**Constancia de ponente**, "Efectividad de la evaluación del consumo como estrategia de intervención en el TBUC". IV Congreso de Investigación Formativa. Facultad de Psicología, UNAM. México, D. F.

20 al 22 de abril, 2005.

**Constancia de ponente**, "Expectativas hacia el consumo de cocaína en usuarios que asisten y abandonan el tratamiento". IV Coloquio Nacional de Investigación Estudiantil en Psicología, FES- Iztacala, UNAM. México, D. F.

19 al 21 de octubre, 2005.

**Constancia de ponente**, "Medición de las Expectativas hacia el consumo de cocaína de usuarios que asisten y abandonan el tratamiento". XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco.

### *Habilidades Adquiridas*

Se adquirieron habilidades para explicar la estructura y la aplicación de los tópicos del Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS), en cuatro compañeros de la generación 2004-2006 del programa de Maestría en Psicología de las Adicciones.

De igual manera, se desarrollaron habilidades para responder a los cuestionamientos respecto a la estructura del mismo, así como habilidades para fomentar la participación de los integrantes a través de la interacción (preguntas, opiniones, críticas, reflexiones) y habilidades para mantener una postura abierta ante críticas o posturas distintas a la propuesta.

Asimismo, haber tenido la oportunidad de transmitir el contenido de dicho programa, permitió desarrollar habilidades para organizar y coordinar un grupo, así como, para planear la forma de transmitir la información en el horario destinado a dicho propósito.

Respecto a la participación en congresos de divulgación científica, se adquirieron habilidades para comunicar resultados de investigación sobre el Tratamiento Breve Cognitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC); el cual se desea diseminar, al igual que se desarrolló la habilidad para convocar a la audiencia a plantear preguntas y en otro momento a participar en la investigación de dicho tratamiento.

#### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

Durante el programa de maestría en psicología de las adicciones se tuvo la oportunidad de capacitar o entrenar a otros profesionales en la aplicación del Programa de Tratamiento para usuarios de Cocaína con un Significativo (TCS), así como, de exponer resultados de investigación en congresos, lo cual permitió poner en práctica tales actividades.

Sin embargo, la actividad de capacitación no se desarrolló conforme a los lineamientos de la capacitación en el sentido formal, es decir, no se llevó a cabo de manera controlada y sistemática como es debido. De manera que, una de las limitaciones que más resalta acerca de las actividades realizadas sobre capacitación o entrenamiento para aplicar la intervención TCS, es que no se evaluó que tan eficientemente se llevó a cabo.

---

## SEXTA COMPETENCIA

*Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones, para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.*

La psicología aplicada surge con el propósito de proceder científicamente en la solución de problemas humanos. La *American Psychological Association*, desde 1935 ha hecho hincapié en la utilización de métodos científicos para evaluar tanto la conducta de las personas, como la función profesional del psicólogo aplicado (Kendall y NortonFord, 1988), debido a lo cual, cada vez ha tomado mayor relevancia para el psicólogo fundamentar su práctica en conocimientos derivados de la investigación básica.

Para tener mayor claridad sobre lo anterior, es necesario mencionar las diferencias esenciales entre la investigación básica y la investigación aplicada o entre la ciencia y su aplicación también conocida como tecnología. La ciencia se ocupa de elaborar sistemas generales para describir de manera analítica, abstracta y general, regularidades entre los eventos (Kantor, 1978). Mientras que, la tecnología se interesa por transformar ese campo de conocimientos o eventos, mediante el estudio de cómo producir efectos o resultados específicos en circunstancias determinadas (Ribes y López, 1985).

Para la psicología, fundamentar su práctica sobre principios empíricos tomó mayor relevancia debido a que antes de consolidarse como conocimiento científico, su aplicación ya llevaba un buen tiempo en el escenario de los problemas sociales. La psicología aplicada, mejor conocida como psicología clínica, según L. Witmer, se considera "... una institución de servicio público, de investigación y formación de profesionales, capaz de resolver problemas en el campo de la orientación vocacional, la salud pública, la educación, la industria y la rehabilitación social" (Hersen, Kazdin y Bellack, 1983).

Con el surgimiento de la aproximación modificación de conducta; aproximación derivada de las teorías del aprendizaje y en particular de la teoría del condicionamiento operante de Skinner (Ullman y Krasner, 1965), se observó el primer intento sistemático de la psicología por vincular su práctica con un cuerpo de conocimientos básicos.

Antes del surgimiento de las teorías del aprendizaje, la psicología se concebía como la ciencia de la vida mental, que debía estudiarse a través de la introspección de los pensamientos y los sentimientos, pues se consideraba que la gente se comportaba de determinadas maneras a causa de lo que sentía o pensaba. Posteriormente, con el surgimiento del conductismo las cosas cambiaron. Se propuso a la conducta como el objeto de estudio y a la observación y la experimentación como su método. De manera que, la conducta problema se estudió en función de contingencias de reforzamiento y no en función de sentimientos o estados mentales. Cabe mencionar, que el movimiento conductista no negó la existencia de los sentimientos y las emociones, lo que negó fue su atributo causal. Así, la conducta ya no era un síntoma de un desorden subyacente, sino el objeto de la evaluación y del tratamiento (Landa, 1998).

Los primeros reportes de psicólogos conductistas, entre ellos Ayllon y Houghton (1962), Azrin y Powell (1968) y Bandura (1965), además de demostrar que la conducta normal y anormal se sujetaba a los mismos principios del aprendizaje, brindaron la idea de construir una tecnología conductual que vinculara la investigación de laboratorio con las teorías de la conducta. De dicha tecnología conductual, se derivaron acciones que posibilitaron solucionar problemas de conducta que la anterior psicoterapia había sido incapaz de resolver. Algunos de esos problemas son el autismo, el retraso mental, las adicciones y la esquizofrenia (Reavley, 1983).

El interés por evaluar e investigar el efecto de la psicología aplicada, trajo consigo no solo el interés por comparar el estado antes y después de aplicar un tratamiento psicológico, sino también el interés en evaluar el proceso de su aplicación, es decir, por medir los cambios que suceden durante la aplicación de la intervención, lo cual, ha posibilitado el estudio sistemático de diversos problemas de conducta con objeto de mejorar su comprensión y tratamiento

Particularmente, la investigación sobre el fenómeno de las adicciones se ha desarrollado de manera muy amplia en una gran variedad de áreas. La Secretaría de Salud (SSA, 2001) informa que entre los organismos más importantes en México para investigar el fenómeno de las adicciones, se encuentra el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), que ha contribuido realizando una gran cantidad de investigación psicosocial y epidemiológica mediante la creación de encuestas sistemáticas para conocer las prevalencias del consumo, una de ellas es el Sistema de Reporte de Información sobre Drogas (SRID), al igual que ha contribuido realizando numerosos estudios clínicos y biomédicos que se han difundido en un considerable número de publicaciones nacionales e internacionales de alto nivel científico (Almasy, 2003).

Por su parte, la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSA, responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), ha realizado numerosos trabajos importantes sobre el tema que se encuentran publicados en revistas científicas y libros especializados (Secretaría de Salud, 1998; Berenzon et al, 1999, Medina-Mora et al., 1993). La DGE tiene una activa participación en el Grupo de Trabajo Epidemiológico en la Frontera Norte (Border Epidemiological Work Group) sobre abuso de drogas, en cooperación con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) del gobierno federal de los E. U.

Otras acciones que resaltan en la investigación de las adicciones son, la creación de organizaciones como el Fideicomiso para la Investigación sobre Inhalables (FISI), así como la creación del CONADIC entre otras. En su caso, el FISI surge por la grave problemática que representa en México el uso indebido de sustancias inhalables y tiene como objetivo apoyar a las investigaciones y programas para estudiar y controlar dicho fenómeno.

A dichas acciones, se suman las acciones de prevención desarrolladas por el CONADIC y por otros organismos del sector salud y educativo, así como, las acciones de tratamiento ofrecidas por los Centros de Integración Juvenil y la participación de la UNAM, a través de su programa de maestría en psicología de las adicciones.

### *Actividades Teóricas*

Siendo un objetivo del programa de maestría en psicología, fomentar el desarrollo e instrumentación de proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones, el programa incluye la revisión de procedimientos metodológicos para realizar investigación experimental y cuasi-experimental, tales como, el planteamiento del problema, planteamiento de hipótesis, tipos de variables (dependiente, independiente e interviniente), diseños de investigación, validez interna y externa, así como, las implicaciones que tiene la significancia clínica y/o estadística y los fundamentos de la estadística descriptiva e inferencial, con el fin de que los alumnos adquieran las habilidades necesarias para desarrollar proyectos de investigación.

### *Actividades Prácticas*

Durante la maestría se tuvo la oportunidad de desarrollar el anteproyecto de investigación aplicada: "*Eficacia de la intervención breve para reducir el consumo de cocaína*" que tuvo por objeto evaluar el efecto de aplicar una intervención psicológica específica.

Asimismo, se tuvo la oportunidad de desarrollar anteproyectos de investigación de proceso, cuyo objetivo era evaluar los cambios que ocurrían en las variables dependientes: expectativas y autoeficacia, durante la aplicación de un programa de tratamiento para usuarios de cocaína. Los anteproyectos realizados se mencionan a continuación.

- a) Medición de las expectativas hacia el consumo de cocaína.
- b) Expectativas hacia el consumo de cocaína en usuarios que ingresan a un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC).
- c) Impacto de la autoeficacia en el éxito del tratamiento para consumo de cocaína.

### *Habilidades Adquiridas*

A través, de las revisiones teóricas sobre métodos de investigación en psicología y las actividades prácticas desarrolladas durante la maestría, se obtuvieron habilidades para desarrollar proyectos de investigación. Es decir, se adquirió la habilidad para realizar búsquedas bibliográficas en bases especializadas, con objeto de justificar el planteamiento del problema, así como las habilidades para plantear hipótesis, planear diseños de investigación, elegir análisis estadísticos de acuerdo al diseño, presentar resultados y discutir los mismos de acuerdo al marco teórico que sustenta el estudio.

### *Limitaciones y Sugerencias sobre la Competencia*

Si bien, durante el programa de maestría tuve oportunidad de desarrollar varios anteproyectos de investigación, la implementación de los mismos no fue posible debido al poco tiempo del que se dispone en la maestría, dado que el programa requiere dedicarle tiempo a otras actividades y seminarios simultáneamente.

De manera que, los proyectos de investigación que desarrollé durante la residencia, constituyen un antecedente para propiciar investigaciones futuras que puedan ampliar los conocimientos de los que se disponen sobre el manejo de las adicciones.

## SEGUNDA PARTE

### REPORTE DE CASO CLINICO

---

Programa de Tratamiento Auto-Cambio Dirigido  
para Bebedores Problema

---

## INTRODUCCIÓN AL REPORTE DE CASO UNICO

En este apartado se presenta el reporte de un caso clínico atendido bajo el programa de tratamiento *Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (ACD)* en el Centro de Atención para Conductas Adictivas, Acasulco, de la UNAM, con el objetivo de ilustrar las habilidades profesionales adquiridas durante el programa de residencia en psicología de las adicciones. Cabe señalar que, la decisión de aplicar un programa de tratamiento específico, atiende a la solicitud expresa del usuario, así como a la sustancia de consumo mas frecuente y a la sustancia que causa mayor problema.

El programa de ACD es un tratamiento dirigido a personas con problemas de consumo de alcohol, que se fundamenta en varias aproximaciones teóricas, éstas son: las etapas de cambio, las intervenciones breves, la entrevista motivacional (Diclemente y Prochaska, 1982; Miller, 1995; Sobell y Sobell, 1998), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) y los principios del modelo cognitivo conductual.

El programa de ACD con ayuda de estrategias motivacionales, anima a los usuarios a elegir sus propias metas, con el objetivo de aumentar su compromiso con las mismas, así como su motivación para cambiar el consumo.

De manera general, Sobell y Sobell (1998); los autores del programa ACD, señalan que los componentes del tratamiento son los siguientes:

- 1) Evaluación del patrón de consumo e identificación de situaciones de consumo y de problemas relacionados, durante cuatro sesiones de tratamiento en las que se trabajan los componentes del ACD.
- 2) Retroalimentación y consejería sobre los datos del patrón de consumo (Línea Base Retrospectiva, LIBARE) y retroalimentación

sobre los resultados de los instrumentos aplicados para evaluar el consumo.

- 3) Evaluación de los beneficios y costos de cambiar el consumo mediante el ejercicio "Balance Decisional".
- 4) Elección de los usuarios sobre sus metas y supervisión de su progreso durante el tratamiento.
- 5) Uso de lecturas breves y tareas para ayudar a los usuarios a identificar sus situaciones de riesgo para consumir y desarrollar estrategias y planes de acción para enfrentarlas.
- 6) Flexibilidad para emplear sesiones adicionales, con el objetivo de que los usuarios alcancen sus metas.
- 7) Seguimiento de la evolución de los usuarios después del tratamiento.

El reporte del caso clínico, describe el manejo de los componentes mencionados a través de los siguientes apartados:

**Motivo de consulta:** Razones que motivaron al usuario a buscar tratamiento.

**Evaluación:** Resultados de la evaluación del consumo necesarios para dirigir la intervención.

**Recursos disponibles y déficits:** Análisis de los factores y características del usuario que facilitan y obstaculizan el cambio o la moderación del consumo.

**Diagnóstico:** Descripción de las características del nivel de dependencia del usuario.

**Programa de tratamiento:** Descripción de los aspectos trabajados en cada sesión del tratamiento.

**Resultados:** Objetivos alcanzados como resultado del tratamiento.

**Seguimientos:** Análisis del mantenimiento de los cambios o de los resultados del tratamiento.

**Conclusiones del caso:** Análisis de los alcances y limitaciones del tratamiento, así como de los recursos, con los que cuenta el usuario para mantener el cambio.

## Motivo de Consulta

---

El usuario es un joven de 27 años, soltero, estudiante de la Licenciatura en Derecho y empleado en un despacho de abogados, que vive con su madre y un hermano menor.

El usuario, solicitó tratamiento para consumo de alcohol al Centro de Atención para Conductas Adictivas, Acasulco, debido a que su madre le pidió que tomara tratamiento para controlar su manera de beber después de que comenzó a tomar terapia familiar, para ella y su hijo menor.

El usuario comenta que inició el consumo de alcohol a los 15 años, pero que desde hace ocho años, es decir desde los 19 años de edad, lo considera un problema. El consumo problemático lo relaciona con la desintegración de su familia. Esto fué, cuando su padre dejó de vivir con ellos y su hermano menor se fue a vivir con su abuela, quedándose a vivir solo con su mamá. Comenta que a partir de ese evento, su madre le dejó de poner atención, de manera que comenzó a tener muchas libertades que facilitaron su relación con el consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas.

Por lo tanto, el usuario refiere que además de consumir frecuentemente alcohol, actualmente consume de 10 a 12 cigarros de tabaco diarios. También, que ha consumido marihuana y cocaína desde hace ocho años, aunque desde hace dos años, consume tres fumadas de marihuana casi diario y un cuarto de gramo de cocaína una o dos veces al mes. En cuanto al consumo de otras drogas, refiere que ha consumido drogas médicas y heroína fumada en una ocasión, y aproximadamente en tres ocasiones ha consumido alucinógenos.

Por otra parte, el usuario comenta que durante el último año, el abuso de alcohol se relacionó con varias situaciones desfavorables, entre ellas, haber terminado la relación con su novia, haber sido despedido de su empleo anterior y haber ingresado a un trabajo menos satisfactorio, así como, haber reflexionado acerca de la separación de su padre con su familia. Por lo cual, el usuario

menciona que durante todo el año pasado, estas situaciones lo hicieron sentir muy insatisfecho con su estilo de vida.

En cuanto a la intensidad actual de su consumo de alcohol, le resulta muy difícil estimar la frecuencia y la cantidad que bebe, pues refiere que cada semana consume de manera diferente. Sin embargo, menciona que en el mes anterior a la sesión de admisión (durante agosto del 2005), probablemente solo consumió en dos ocasiones, que en una de ellas, quizá fueron dos litros de cerveza (6 copas) y en la otra ocasión, quizá cuatro copas de whisky, y solo recuerda que la cantidad máxima de alcohol que ha consumido por ocasión, es una botella de ron, es decir 17 copas.

También refiere que generalmente consume a solas o en reuniones con amigos, bebiendo cualquier tipo de alcohol sin importar su calidad; por lo que bebe por los efectos y no por el sabor, y que actualmente, debido a su trabajo, frecuentemente asiste a eventos sociales en los que el consumo de alcohol siempre está disponible.

Por otra parte, menciona que los problemas relacionados al consumo son, que su madre se preocupa por su manera de beber, que cuando bebe en exceso, olvida lo que sucedió durante el episodio de bebida, que teme llegar al trabajo en mal estado o tener bajo rendimiento, que el uso de alcohol en ocasiones lo incita a consumir otras drogas ilegales, y que económicamente el consumo es un problema, porque es un gasto que podría destinar a cosas más productivas.

Respecto a su capacidad para controlar el consumo, el usuario menciona que en el pasado hubo dos ocasiones en las que se abstuvo de consumir alcohol. La primera ocasión ocurrió en el año 2000 durante tres meses. La razón por la que se abstuvo, fue que, bajo los efectos del alcohol se peleó a golpes con un muchacho en un centro nocturno, de lo cual se arrepintió mucho. En cuanto su segundo período de abstinencia, éste ocurrió del 2002 al 2003, es decir durante un año, por razones similares, ya que bajo los efectos se peleó a golpes dentro de su escuela y para limpiar su imagen se alejó del consumo.

En consideración con la solicitud expresa del usuario de recibir tratamiento para consumo de alcohol, y de acuerdo con sus antecedentes y la problemática presentada, se le consideró un usuario adecuado para ingresar al programa de Tratamiento Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, dado que cumplía con los criterios de inclusión que señala el Cuestionario de Preselección (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2004). Estos criterios son: que el usuario sea mayor de 18 años, sepa leer y escribir, tenga domicilio permanente, actualmente trabaje, viva con su familia, no haya presentado alucinaciones, convulsiones o delirio tremens, y no beba más de 30 tragos a la semana. También, se le consideró adecuado para el programa, debido a que la ley no le exigía asistir a tratamiento, su droga primaria de consumo no era la heroína y no acudía a ningún otro tratamiento para resolver su problema de consumo.

Asimismo estas consideraciones se vieron apoyadas, por los resultados del usuario en la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), donde obtuvo un puntaje de 16 que corresponde a una dependencia media al alcohol y por su ejecución en la Prueba Pistas A y B (sub-escala de la Batería Halstead-Reitan) (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003) que logró completar en el tiempo estipulado, sin presentar errores, con un trazo claro y sin problemas para coordinar sus movimientos, demostrando no tener daño neurológico debido al consumo.

## Evaluación

---

A continuación, se describen las características de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación y los resultados del usuario en cada uno de ellos.

*Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA, Ayala et al., 1998):* Instrumento desarrollado por Annis en 1982 y adaptado a población mexicana por Ayala et al. (1998). Se emplea para

identificar las principales situaciones de consumo de alcohol durante el último año. Este instrumento consta de 100 reactivos que miden ocho categorías de situaciones de consumo (emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social).

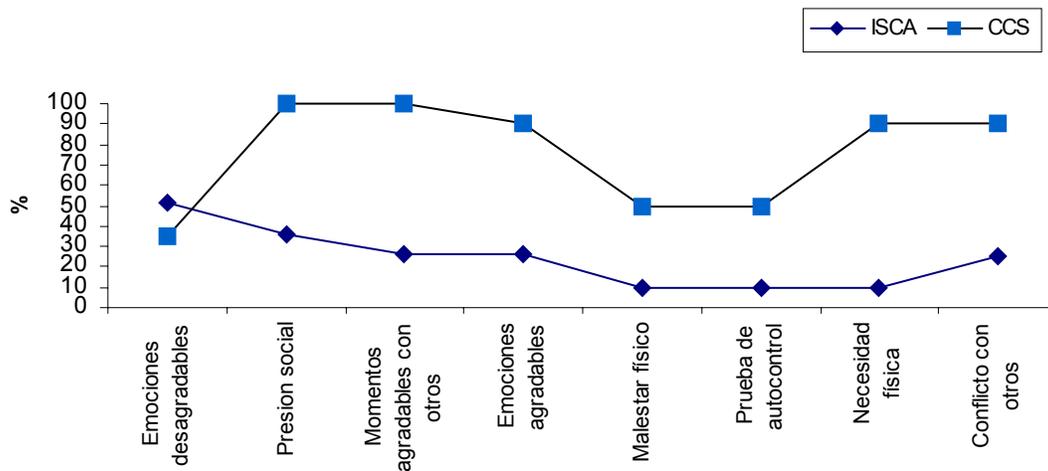
*Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS, Ayala et al., 1998):* Evalúa la percepción de autoeficacia, es decir, la confianza que percibe el usuario para resistir el consumo, a través de ocho reactivos que miden las mismas ocho categorías de situaciones de alto riesgo para consumir, que considera el ISCA.

Los resultados del usuario en los cuestionarios ISCA (Ayala et al., 1998) y CCS (Ayala et al., 1998) se muestran en el cuadro 1 y la gráfica 1.

**Cuadro 1. Resultados de los cuestionarios ISCA y CCS**

<u>Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)</u>		<u>Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)</u>	
➤ Emociones desagradables	51%	➤ Emociones desagradables	35%
➤ Presión social	36%	➤ Presión social	100%
➤ Momentos agradables con otros	26%	➤ Momentos agradables con otros	100%
➤ Emociones agradables	26%	➤ Emociones agradables	90%
➤ Malestar físico	10%	➤ Malestar físico	50%
➤ Probando mi auto-control sobre el alcohol o drogas	10%	➤ Probando mi auto-control sobre el alcohol o drogas	50%
➤ Necesidad física	10%	➤ Necesidad física	90%
➤ Conflicto con otros	25%	➤ Conflicto con otros	90%

**Gráfica 1. Resultados de los cuestionarios ISCA y CCS**



*Línea Base Retrospectiva (LIBARE, Sobell y Sobell, 1993):* Es el registro del número de copas estándar\* consumidas por el usuario durante el último año de consumo. Su objetivo es identificar el patrón de consumo.

\*Copa o trago estándar equivale a 12 gramos o 0.5 onzas de alcohol absoluto (Medina-Mora, 2001).

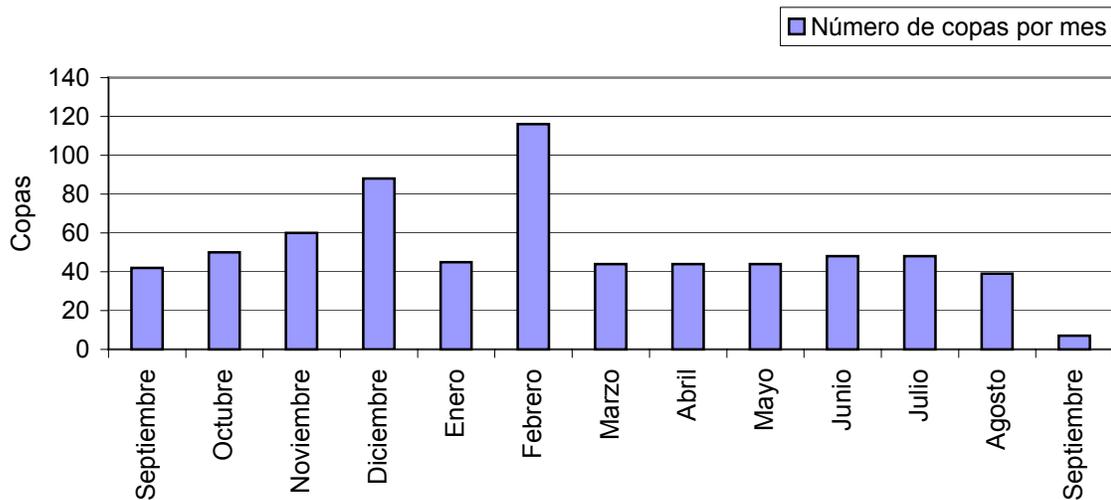
Los resultados de la LIBARE se muestran en el cuadro 2 y la gráfica 2.

**Cuadro 2. Resultados de la LIBARE**

Consumo Mensual	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Año Mes Copas</b>							
04 Septiembre 42	44	0	11	125	182	244	69
04 Octubre 50	Período de tiempo que abarca el registro LIBARE: <u>Septiembre 13 del 2004 al Septiembre 13 del 2005.</u>						
04 Noviembre 60	Consumo máximo por ocasión: <u>17 copas</u>						
04 Diciembre 88	Número máximo de días de abstinencia continua: <u>6 días</u>						
05 Enero 45	Porcentaje de días en los cuales bebió alcohol: <u>20.92%</u>						
05 Febrero 116	Consumo promedio por ocasión: <u>7.3 copas</u>						
05 Marzo 44							
05 Abril 44							
05 Mayo 44							
05 Junio 48							
05 Julio 48							
05 Agosto 39							
05 Septiembre 7							
<b>Total 689</b>							

Nota: En el cuadro de la derecha se muestra el número de copas que bebió el usuario durante el año anterior al tratamiento en cada día de la semana, se observa que los días de mayor consumo fueron el miércoles, jueves y viernes.

**Gráfica 2. Resultados de la LIBARE**



*Autorregistro* (Sobell y Sobell, 1993): Es un registro diario de consumo, en el que el usuario señala la cantidad (número de copas estándar), la situación y los pensamientos o sentimientos relacionados al consumo, con el fin de analizar los antecedentes y consecuentes del mismo.

Al final de la sesión de evaluación, se explica al usuario el llenado del auto-registro y se le entrega la primera lectura referente al "Paso 1: Decidir cambiar y establecimiento de metas".

#### Recursos Disponibles y Déficit

El usuario se mostró motivado para moderar su consumo. Dicha motivación se observó, en que aceptó con mucha disposición ingresar a tratamiento para consumo de alcohol cuando su madre se lo propuso, así como, en su constancia y puntualidad para asistir a las sesiones.

Algunas características del usuario que le favorecen para moderar su consumo, son que en el pasado demostró tener autocontrol, pues hubo dos ocasiones en las que se abstuvo del consumo de alcohol. Asimismo, es una persona con capacidad para resolver problemas,

ya que cuando fué despedido de su trabajo anterior, a pesar de haber consumido en exceso mientras estuvo desempleado, en poco tiempo (un mes) logró colocarse en otro despacho de abogados por sus propios méritos, sin necesidad de ser recomendado por otra persona.

Por el momento, su mayor fuente de motivación para cambiar, es enfrentar y controlar sus emociones sin recurrir al consumo de alcohol y superarse en su desempeño profesional como abogado, ya que respecto a su relación familiar, no reportó tener problemas explícitos, aunque reconoció que reducir su consumo de alcohol, así como eliminar su consumo de marihuana y cocaína, contribuiría de manera importante a mejorar la relación con su hermano y su madre.

En cuanto a los factores que podrían obstaculizar su moderación del consumo, son por una parte, que sus mejores amigos (los que conserva de la preparatoria) consumen alcohol en exceso y algunos también consumen drogas. En general refiere, que todos los amigos, conocidos y personas con las que convive de manera recreativa, consumen alcohol y/o drogas. Este aspecto representa una situación de riesgo que puede ser un obstáculo para que el usuario implemente un hábito de consumo moderado, aunque, también es cierto que debido a su trabajo, con frecuencia debe asistir a compromisos sociales en los que el consumo de alcohol esta muy presente. Por lo cual, aunque él no lo desee, es muy probable que tenga que convivir con personas que consumen alcohol en exceso. Ante estos hechos, el usuario también mencionó que cuando no desea consumir, es capaz de rechazar el consumo frente a la invitación de amigos o de otras personas.

Por otra parte, si bien, el usuario ha logrado sobrellevar las situaciones difíciles que se le han presentado sin tener consecuencias graves, refiere que con frecuencia sus emociones displacenteras, es decir la depresión, frustración y sentimientos de soledad, lo llevan a consumir alcohol y/o drogas. Este aspecto refleja que tiene poca capacidad para manejar sus emociones displacenteras, en lo cual, debe trabajar con especial dedicación, ya que de no aprender a generar alternativas de afrontamiento distintas al consumo, a largo plazo esto le podría ocasionar consecuencias negativas considerables.

## Diagnóstico

---

El usuario obtuvo un puntaje de 16 en la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) (Ayala et al., 1998) que corresponde a una *Dependencia Media*. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) define la dependencia de sustancias como:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

El usuario no reconoce haber aumentado sistemáticamente su consumo para conseguir los mismos efectos, ya que las cantidades que consume son muy variables.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

El usuario mencionó que después de un episodio de consumo excesivo, al día siguiente consume una copa de alcohol para aliviar los síntomas de abstinencia.

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

El usuario comentó que a pesar de que bebe con frecuencia, no aumenta sistemáticamente su consumo para conseguir los mismos efectos, ya que hay ocasiones en las que consume solo una copa y otras en las que se toma hasta 17 copas, por lo cual, el tiempo que le dedica al consumo es muy variado.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

En el pasado el usuario refirió dos períodos en los que se mantuvo en abstinencia, siendo de un año el período más largo, lo que demuestra su capacidad para controlar el consumo.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

El usuario comentó que frecuentemente se encuentra en situaciones en las que el consumo de alcohol está disponible, pues debido a su trabajo tiene que reunirse con clientes en comidas o lugares donde se bebe alcohol y los fines de semana se reúne con amigos en lugares donde también se bebe alcohol.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

En este sentido el usuario no reportó tener disminuciones en sus actividades debido al consumo. Por el contrario, refirió tener muchas actividades sociales que se relacionan en gran parte con su trabajo y con reuniones los fines de semana con amistades.

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

El usuario refirió, que con frecuencia continúa consumiendo aunque eso le pueda ocasionar problemas, los cuales, si bien por el momento no le parecen muy graves, sabe que pueden llegar a serlo.

## Programa de Tratamiento

Para alcanzar el objetivo de que el usuario establezca un patrón de consumo moderado de alcohol, se aplicó el *Programa de*

*Tratamiento Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (ACD)* de acuerdo al manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Echeverría, et al., 2004).

### *Meta del tratamiento*

El ACD establece que el **consumo moderado** para hombres es de cuatro copas por ocasión, una copa por hora, no más de tres días a la semana (Echeverría, et al., 2004).

### *Aplicación cronológica del tratamiento*

A continuación, se muestra el orden cronológico en el que se aplicó el programa de tratamiento (tabla 1):

**Tabla 1. Relación de fechas y sesiones del tratamiento**

Fecha			Asistencia	Sesión
24	Ago	05		Admisión al Centro
6	Sep	05		Admisión al Programa
13	Sep	05		Evaluación
20	Sep	05	Falta	Sesión 1
27	Sep	05		Sesión 1
4	Oct	05		Sesión 2
11	Oct	05		Sesión 3
18	Oct	05	Falta	Sesión 4
25	Oct	05		Sesión 4

### *Primera Sesión (27/Sep/05)*

#### *Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas*

Objetivos:

1. Analizar los costos y beneficios del patrón actual de beber.
2. Tomar conciencia de las decisiones y sus consecuencias.
3. Identificar razones para decidir cambiar.

Se inicia la sesión explorando si hubo consumo de alcohol en los días posteriores a la entrevista de evaluación. Al respecto, el usuario comentó que en ese lapso de tiempo puso atención en contar el

número de copas que consumió, ya que anteriormente nunca lo había hecho; y cabe señalar que eso se evidenció en la sesión de evaluación cuando se registró la LIBARE (Sobell y Sobell, 1993), pues se le dificultó mucho estimar su consumo.

**Tabla 2. Consumo del 13 sep - 26 sep**

<b>Días de consumo</b>	<b>Situación</b>	<b>Copas</b>
15/16 sep	Fiesta Mexicana	22
20 sep	Comida con clientes	4
22 sep	Reunión con una amiga	7

**Nota:** En la tabla únicamente se muestran los días que consumió el usuario en el período de tiempo del 13 de septiembre al 26 de septiembre.

Enseguida se procedió a analizar las situaciones que intervinieron en su consumo del 15 de septiembre durante una fiesta mexicana. El usuario comentó que antes de llegar a la fiesta tuvo una discusión por teléfono con su exnovia, debido a que se dio cuenta de que ella salía con otros muchachos. Esta situación le produjo emociones desagradables que se aumentaron durante la fiesta por el efecto de las primeras copas y que posteriormente lo llevaron a llamarla por teléfono en la madrugada para discutir el asunto. Pero, al no encontrar una respuesta que solucionara la situación, bebió en exceso (22 copas entre el 15 y el 16 de septiembre) y finalmente consumió medio gramo de cocaína.

Al respecto, el usuario comentó que dicho incidente y los aspectos que se revisaron en la sesión de evaluación, lo llevaron a darse cuenta de que bebe en exceso cuando alguna situación lo hace sentir deprimido, frustrado o enojado, y recordó que por lo general sus consumos se relacionan con este tipo de situaciones. Lo anterior, también le quedó claro cuando realizó el ejercicio "Balance Decisional", de manera que se procedió a revisar el contenido de dicho ejercicio.

Cuando se comenzó a revisar el ejercicio, se observó que el usuario se confundió acerca de cómo llenarlo, ya que como beneficios de continuar bebiendo y como costos de cambiar el consumo, reportó costos de continuar consumiendo, como se muestra en el cuadro 3.

**Cuadro 3. Balance Decisional**

	<b>Cambiar consumo</b>	<b>Continuar bebiendo</b>
<b>Beneficios</b>	Controlar mi comportamiento Mejorar mi situación económica Evitar el uso de drogas Evitar todo tipo de resacas Poder ahorrar Controlar mis emociones Cuidar mi reputación	Fastidiarme la vida Preocupar a mi familia Causar problemas con amistades No control sobre emociones Problemas económicos Uso de drogas Bajo rendimiento laboral
<b>Costos</b>	Desgaste físico y económico Economía limitada No adquirir otro tipo de satisfactores (ropa) No aportar dinero suficiente al sustento de la casa	Pérdidas de todo tipo familiares, amistades, laboral, económicas

Por lo tanto, dentro de la sesión se reformuló el ejercicio con el usuario, a fin de aclarar los beneficios de continuar bebiendo y los costos de cambiar el consumo, como se muestra en el cuadro 4.

**Cuadro 4. Balance Decisional**

	<b>Cambiar consumo</b>	<b>Continuar bebiendo</b>
<b>Beneficios</b>	Controlar mi comportamiento Mejorar mi situación económica Evitar el uso de drogas Evitar todo tipo de resacas Poder ahorrar Controlar mis emociones Cuidar mi reputación	Evadir mis emociones Pasar el tiempo libre bebiendo
<b>Costos</b>	No Poder evadir mis emociones No tener en que gastar en tiempo	Desgaste físico y económico Economía limitada, no adquirir otro tipo de satisfactores (ropa) No aportar dinero suficiente al sustento de la casa Fastidiarme la vida Preocupar a mi familia Causar problemas con amistades No control sobre emociones Uso de drogas Bajo rendimiento laboral Perdidas de todo tipo

El usuario comentó que durante el último año, el consumo se relacionó con la necesidad de evadir sus emociones, ya que se sentía muy insatisfecho con su estilo de vida. El motivo de ello, lo relaciona con tres eventos principales, la ruptura con su novia, el despido de su trabajo anterior y el haber reflexionado acerca de la separación de su padre con su familia, lo cual se desencadenó a partir de los primeros dos eventos mencionados. El usuario comentó que durante los primeros años que su padre no vivió con él, no le tomó importancia y que se dedicó a beber y a consumir drogas con sus amigos. Pero que, a partir de la separación con su novia y el despido de su trabajo, se le removió la nostalgia de no tener a su padre cerca.

El no tener a su padre cerca, lo hace sentir decepcionado por que considera que si tuviera su apoyo, actualmente habría alcanzado más logros, ya que otros amigos suyos que sí tienen el apoyo de su padre, están en mejor situación que él. Al respeto se utilizó una estrategia de reestructuración cognitiva para cambiar su foco de atención de las desventajas de no tener el apoyo de su padre, a los aspectos positivos que este evento le ha ocasionado, como ha sido estar logrando sus metas por su propio esfuerzo y comprobar que tiene la capacidad para hacerlo, lo cual quizá es más lento, pero es más valioso, porque el mérito es completamente suyo.

Respecto a su exnovia comentó, que él terminó la relación después de un año, por que había cosas que no compartía con ella. Pero después de un tiempo, continuaron viéndose aunque ya no eran novios. De manera que esta situación lo había estado confundiendo y haciendo sentir triste.

Ante este problema se le validó el hecho de que estuviera triste y confundido, ya que estaba pasando por un proceso de duelo que tiene distintas etapas. Al principio le costo trabajo aceptar que la relación había terminado; negando el hecho, pues aunque él comprendía que no era compatible con ella, aún tenía la esperanza de que algo mejorara. También que, en algunos momentos podía sentirse enojado con ella por no comportarse de acuerdo a sus expectativas, y que en otros momentos se sentiría triste y nostálgico por no estar con ella, pero que finalmente se resignaría, ya que él mismo comprende que la relación no funcionaba y que a largo

plazo no cubriría sus necesidades. De tal manera, que ahora él podría reflexionar sobre aquellas cosas que no funcionaron para no cometer los mismos errores cuando escoja otra pareja.

En seguida se exploró qué fue lo que pasó en su antiguo trabajo que lo hizo sentir insatisfecho con su vida. El usuario refirió que tenía una muy buena relación con el jefe del despacho y que esta relación iba más allá de los asuntos laborales, él sentía que su jefe lo ayudaba en asuntos personales y le daba consejos, además de que le gustaba la forma de trabajo del despacho. Entonces sucedió, que inesperadamente lo despidieron sin darle ninguna explicación. Al usuario le desconcertó mucho que su jefe no hiciera nada para solucionar el problema y que nunca haya hablado con él al respecto. Por lo tanto, frecuentemente pensaba en buscar a su ex - jefe para pedirle una explicación, ya que no entender cuáles fueron los motivos de su despido le provocaba sentimientos desagradables.

Ante este problema, se exploró que tipo de razones pudieron haber justificado su despido. El usuario comentó que frecuentemente el jefe despedía a empleados sin motivo notorio, aunque llevara una buena relación con ellos. Entonces, se le quitó la carga de que él tuviera algo negativo, y se realizó reestructuración cognitiva ofreciéndole otra manera de interpretar el incidente. Se le sugirió que muy probablemente el problema se encontrara en el jefe, pues quizá, era de las personas, a las que se les dificulta mantener vínculos, debido a que sienten que es una amenaza para su estabilidad emocional. De manera que, prefieren evitar mantener vínculos emocionales con otras personas, para no sufrir cuando estas relaciones terminan. Por lo tanto, buscar al jefe para pedirle una explicación, sería muy probable que no funcionara, ya que el despido no se debió a algo que él haya hecho.

Posteriormente se comentaron sus principales razones para cambiar el consumo, dichas razones se muestran a continuación:

1. Al beber no soluciono mis problemas y lejos de solucionarse tienden a incrementarse.
2. Deseo tener control sobre mis actos y emociones para ser una mejor persona.
3. Evitar los problemas con familia, amigos y trabajo y lograr estabilidad en cada uno de estos ámbitos.

El usuario comentó que su mayor razón para cambiar el consumo, era enfrentar sus emociones y resolver sus problemas por sí mismo y no a través del consumo. Este propósito se le reforzó al usuario, validando su deseo de ser más autoeficaz.

En seguida se revisaron los datos de su patrón de consumo registrados en el instrumento LIBARE (Sobell y Sobell, 1993) con objeto de facilitar su elección entre la meta de consumo moderado o la meta de abstinencia. El usuario inicialmente eligió la meta de moderación con un parámetro de cinco copas por ocasión y en seguida expresó la duda de si era válido beberse las 12 copas que se recomiendan a la semana, en una sola ocasión a la semana.

Al respecto, se le explicó que el consumo moderado presenta las características señaladas de cuatro copas por ocasión, una copa por hora, tres días a la semana para hombres, debido a cuestiones relacionadas con el metabolismo del alcohol y al propósito de eliminar los riesgos que conlleva estar bajo los efectos tóxicos del mismo. Por ejemplo, se pretende evitar que disminuya la respuesta de los reflejos, debido a que su entorpecimiento aumenta la probabilidad de sufrir un accidente, y de igual manera, se desea evitar que disminuya el uso del juicio lógico, pues eso podría generar problemas interpersonales. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento es alcanzar, ya sea la moderación, en los parámetros que la define el programa de tratamiento (mencionados anteriormente) o la abstinencia total del consumo.

De esta manera, el usuario eligió la meta de moderación bajo las siguientes condiciones:

- **Al día no más de:** 4 tragos
- **A la semana no más:** de 2 días
- **No beber cuando:** esté viendo la televisión, en mi cuarto, cuando esté molesto, deprimido o el ánimo no sea bueno.
- **Beber solamente cuando:** Una ocasión en verdad especial, una fiesta importante cita de trabajo.

Posteriormente se comentó la importancia y la confianza del usuario para cumplir y alcanzar su meta de consumo. Los datos se muestran a continuación:

- **Importancia de la meta:** 50% tan importante como la mayoría...
- **Confianza de cumplir la meta:** 75% tengo baste confianza en...

Una vez que se logró establecer la meta de consumo del usuario, se procedió a realizar el cierre de la sesión, haciendo un resumen de la misma en que al final se le entregó y explicó al usuario, cómo llenar el autorregistro del consumo, y finalmente se le entregó y explicó el contenido del paso dos que se revisaría en la siguiente sesión.

### *Segunda Sesión (4/Oct/05)*

#### **Paso 2. Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso**

Objetivos:

1. Identificar situaciones de riesgo para consumir excesivamente.
2. Identificar precipitadores del consumo.
3. Identificar consecuencias del consumo.

Al inicio se revisaron las ocasiones de consumo que registró el usuario en su autorregistro. Se observó un cambio positivo en su consumo, ya que los cuatro consumos que tuvo durante la semana, fueron menores a cuatro copas, aunque cabe señalar, que no cumplió con las condiciones en las que se había propuesto consumir, pues consumió viendo fútbol por televisión y bebió cuatro días de la semana, cuando se había propuesto dos días.

**Tabla 3. Autorregistro 27 sep - 3 oct**

<b>Fecha</b>	<b>Situación</b>	<b>Copas</b>
30/ Sep	Paseo en Tequexquitengo	2
1 / Oct	Paseo en Tequexquitengo	3
2 / Oct	Partido de fútbol por televisión	4
3 / Oct	Juego de Jack con un amigo	2

Sin embargo, se le reforzó que todos sus consumos hayan sido menores a cuatro copas, lo cual, fue un logro importante, dado que la mayoría de los consumos sucedieron bajo situaciones de alto riesgo para consumir en exceso.

Posteriormente se comentó con el usuario la lectura ¿Cómo identificar situaciones de alto riesgo? y enseguida se revisó el ejercicio "Situaciones en las que haya tomado alcohol en exceso". En este ejercicio, el usuario refirió que las situaciones de consumo excesivo y su porcentaje de ocurrencia durante el año pasado, fueron como se muestra a continuación:

- 1ra. **Situación de Riesgo:** En momentos en que se siente deprimido porque su exnovia ya no le demuestra interés Valor de 15%.
- 2º **Situación de Riesgo:** Cuando está en fiestas y quiere celebrar algo. Valor de 25%.
- 3º **Situación de Riesgo:** Cuando sus amigos o personas que conoce lo invitan a tomar. Valor de 60%.

Se aclaró al usuario que en realidad su primera situación de riesgo para consumir; por ser la que le ha sucedido con mayor frecuencia, es la que reportó en tercer lugar "Cuando sus amigos o personas que conoce lo invitan a tomar" con 60%, su segunda situación es "Cuando está en fiestas y quiere celebrar algo" con 25% y su tercera situación es "En momentos en que se siente deprimido porque su exnovia ya no le demuestra interés" con 15%.

En seguida, se exploró específicamente como sucede cada una de esas situaciones, para lo cual, se analizaron los antecedentes y las consecuencias de cada situación. Principalmente, se exploraron las expectativas del usuario cuando consume en cada una de esas situaciones y si las consecuencias han respondido a sus expectativas o en realidad el consumo no le ha proporcionado lo que él espera. En ese sentido, el usuario identificó que cuando bebe en momentos que se siente deprimido, el consumo nunca lo ha hecho sentir mejor y que no resuelve sus problemas. También que, cuando consume en fiestas, al principio se siente bien, pero cuando se le pasan las copas, no le gusta perder el control y dar una mala imagen, lo que elimina su sensación de bienestar inicial. Y por último, mencionó que cuando bebe con sus amigos por costumbre, no logra mejorar su estado de ánimo y no alcanza el bienestar que desea.

Se le comentó al usuario, que el consumo no había respondido a sus expectativas y que lejos de hacerlo, cuando bebe en exceso los resultados han sido desfavorables. De manera que, las consecuencias positivas del consumo que podrían ser sentir bienestar, solo se han presentado durante las primeras copas, lo que refuerza la idea de no consumir más de lo necesario y por lo tanto, de mantener un consumo moderado, tal como se lo propuso en la sesión anterior.

Posteriormente, se comparó la información del ejercicio comentado, con los resultados del usuario en el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Ayala et al., 1998), donde se identificó que sus tres situaciones de riesgo más frecuentes para consumir durante el año pasado fueron las siguientes:

**Tabla 4. Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)**

1ra	Emociones Desagradables
2da	Presión Social
3ra	Emociones Agradables

En dicha comparación se analizó, porqué razón el usuario refirió que su situación de consumo de mayor frecuencia era "Cuando sus amigos o personas que conoce lo invitan a tomar", es decir, en situaciones de *presión social* con 60%, pero colocó en primer lugar la situación "En momentos en que se siente deprimido porque su exnovia ya no le demuestra interés", es decir, ante *emociones desagradables* con 15%. Se concluyó, que eso fue, porque el usuario considera que si su estado de ánimo fuera favorable o se sintiera satisfecho con su estilo de vida, aunque sus amigos lo invitaran a consumir él no aceptaría. Por lo tanto, las emociones desagradables se colocan como su principal situación de riesgo para que la situación de presión social precipite su consumo, confirmando de esta manera, los resultados del ISCA (Ayala et al., 1998) que señalan a las emociones desagradables como su primera situación de riesgo y en segundo lugar, a las situaciones de presión social.

Al respecto, también se aclaró al usuario, que su segunda situación de riesgo se enmarca en situaciones de *presión social*, dado que si bien, sus amigos no le insisten para beber, la presión se ejerce de

manera indirecta. Esto es, que estar presente cuando sus amigos están planeando consumir o estar presente cuando sus amigos están consumiendo, influye en él para consumir. Hacer dicha aclaración fue pertinente, debido a que el usuario consideraba que la presión social, no era un factor para que él consumiera, porque sus conocidos no le insistían para beber. Es por ello, que en el CCS (Ayala et al., 1998) reportó una confianza de 100% para no consumir ante situaciones de *presión social*.

En cuanto a su tercera situación de riesgo, el usuario reportó que es "Cuando está en fiestas y quiere celebrar algo", lo que coincide con sus resultados del ISCA (Ayala et al., 1998), donde se encontró que frecuentemente las situaciones relacionadas a *emociones agradables* se asocian con su consumo.

Una vez aclaradas las principales situaciones de riesgo para consumir del usuario, se realizó el cierre de la sesión haciendo un resumen de la misma, en el que se resaltó la importancia de prevenirse ante las situaciones riesgo identificadas, y se le explicó que para lograrlo desarrollaría planes de acción que se trabajarían en el paso tres, durante la siguiente sesión.

### *Tercera Sesión (11/ Oct / 05)*

#### **Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol**

Objetivo: Desarrollar planes de acción para enfrentar las situaciones que precipitan el consumo identificadas en el paso dos.

Al inicio de la sesión, se analizaron las ocasiones de consumo que se presentaron durante la semana (autorregistro). El usuario reportó haber consumido en dos ocasiones.

La primera de ellas, ocurrió en una fiesta donde se sintió contento, lo que influyó para que consumiera más de lo que se había propuesto, y también, para que se pusiera a platicar con el anfitrión de la fiesta; que estaba muy tomado, y lo invitó a brindar con él, propiciando que se tomara tres copas seguidas.

El usuario también comentó, que se tomó esas copas, porque pensó que estaba disfrutando de la fiesta y que consumir un poco más no le ocasionaría problemas.

**Tabla 5. Autorregistro 4 oct – 10 oct**

Fecha	Situación	Copas
6 / Oct	Reunión con amigos	6
8 / Oct	Viendo un partido de fútbol	2

En relación al consumo antes mencionado, se le recordó al usuario que una de sus situaciones de riesgo son las *emociones agradables*, ante las cuales se tiene que prevenir para evitar lo inciten a rebasar su meta de consumo. De manera que, se empleó una estrategia de solución de problemas para alentarle a generar opciones acerca de qué cosas pudo haber hecho para evitar ser influenciado para beber. El usuario propuso, que pudo haberse negado con firmeza, también que pudo haberse tomado una bebida sin alcohol y también que pudo haberse alejado de esa persona con algún pretexto.

Se alentó al usuario para que utilizara una de esas estrategias, cuando se encontrará en una situación similar y adicionalmente, se le sugirió, que para evitar la influencia de las personas que están bebiendo en exceso, procurara convivir con las personas que están bebiendo menos o que no están bebiendo en la fiesta. Al usuario le pareció muy viable esta sugerencia, por lo que la agregó a sus planes de acción.

Por otra parte, también se indagó si el usuario consumió marihuana o cocaína en la semana. El usuario refirió no haber consumido nada, así que, se procedió a revisar los planes de acción que desarrolló para las situaciones de riesgo identificadas en la sesión anterior.

A continuación, se muestra la información de los planes de acción desarrollados por el usuario:

**1ra. Situación de Riesgo** Emociones Desagradables: En momentos en que se siente deprimido porque su exnovia ya no le demuestra interés y por cualquier otro motivo desafortunado.

**Opción 1:** Ocupar el tiempo en otras actividades

**Plan de Acción:** Identificar su estado de ánimo. Realizar otras actividades donde no se beba. Llamar a alguna amiga o amigo e invitarlo al cine o a comer para platicar sobre sus sentimientos.

**Opción 2:** Beber moderadamente.

**Plan de Acción:** Identificar su estado de ánimo y si es negativo no beber ni una copa. Intercalar bebidas alcohólicas, bailar, recordar su meta en las situaciones de consumo.

En cada plan de acción, se le pidió al usuario que especificara; además de las acciones propuestas, qué otras actividades podría realizar en lugar de beber. El usuario respondió, que podría ver la televisión, leer un libro, llamar a alguien por teléfono, platicar con su hermano, hacer cosas pendientes del trabajo o tarea de la escuela, salir a correr, lavar el auto o ayudar en algo de la casa. Enseguida, se le cuestionó qué probabilidad tendría para realizar dichas actividades ante la situación de riesgo en cuestión. El usuario respondió que 100%, porque son cosas que puede hacer si se lo propone.

De esta manera, se continuaron comentando las opciones y los planes de acción desarrollados por el usuario, empleando éste mismo procedimiento para explorar qué otras alternativas podría realizar para enfrentar sus situaciones de riesgo, así como, la probabilidad y los obstáculos que se le podrían presentar para llevarlas a cabo.

**2º Situación de Riesgo** Presión Social: Cuando sus amigos o personas que conoce lo invitan a tomar.

**Opción 1:** Ir al cine.

**Plan de Acción:** Realizar otras actividades donde no se beba. Llamar a alguna amiga o amigo para realizar otras actividades como ir al cine o a comer.

**Opción 2:** Beber moderadamente.

**Plan de Acción:** Identificar su estado de ánimo y si es negativo no beber ni una copa. Intercalar bebidas alcohólicas, bailar, recordar su meta en las situaciones de consumo.

**3º Situación de Riesgo** Emociones Agradables: Cuando está en fiestas y quiere celebrar algo.

z

**Opción 1:** Ir a la fiesta y no beber.

**Plan de Acción:** Decidir que no quiere beber, irse temprano de la fiesta, bailar y conversar con alguna muchacha para no pensar en beber, convivir en la fiesta con alguien que este tomando menos o no lo este haciendo.

**Opción 2:** Beber moderadamente.

**Plan de Acción:** Tener presente que desea beber moderadamente, no llevar dinero de más, intercalar bebidas alcohólicas, bailar e irse temprano.

Adicionalmente, se comentó la implementación de otras acciones para modificar su percepción de estar muy insatisfecho con su estilo de vida y con ello reducir su mayor situación de riesgo: emociones desagradables. El usuario comentó, que para aminorar estas sensaciones, ha estado saliendo a correr por las mañanas todos los días, durante las últimas tres semanas. También, que se ha alejado de su exnovia; ya que es una mala relación, y que en cambio, ha estado reflexionando acerca de los errores que cometió con ella, para procurar escoger una mejor pareja la próxima vez. De manera que, ha comenzado a leer libros como “El arte de Amar” de Erick From.

En cuanto a su situación laboral; la cual también es fuente de insatisfacción, comentó que en las últimas dos semanas llevó su currículum a dos despachos de abogados, aunque planea permanecer en su empleo actual el resto del año, para recibir su aguinaldo y mientras tanto, continuara buscando trabajo en otros despachos para cambiar de empleo comenzando el año.

Se le reconocieron al usuario todos los cambios de conducta y las acciones implementadas antes mencionadas, validándole su capacidad para generar soluciones y para llevarlas a cabo. Se resalto, que de continuar con esas conductas, seguramente alcanzaría las metas que se propuso para cambiar la satisfacción con su estilo de vida.

Para cerrar la sesión, se realizó un resumen acerca de los planes de acción desarrollados por el usuario para enfrentar sus situaciones de riesgo, y se le habló sobre la importancia de mantener un consumo moderado. Por último, se le entregó y explicó el paso cuatro que se trabajaría en la siguiente sesión.

## Cuarta Sesión (25/Oct/05)

### Paso 4. Nuevo establecimiento de metas: resumen final del tratamiento

Objetivos:

1. Revisar el autorregistro (identificar los cambios en el consumo de alcohol)
2. Explorar si el usuario ha aprendido a identificar sus situaciones de riesgo para consumir en exceso y las consecuencias del mismo.
3. Explorar habilidades adquiridas para controlar el consumo
4. Examinar si el usuario pudo implementar por lo menos uno de sus planes de acción
5. Identificar si es necesario brindar sesiones adicionales al usuario.
6. Comentar el nuevo establecimiento de metas

Al inicio se revisó el autorregistro del consumo. El usuario reportó dos consumos en la semana del 11 al 18 de octubre que estuvieron en los límites de su meta y tres consumos en la semana del 18 al 25 de octubre, uno de ellos fuera de lo establecido.

El usuario comentó, que el consumo que rebasó su meta, ocurrió después de asistir a una fiesta o reunión del trabajo, en la que ya había distribuido sus cuatro copas. El usuario se tomó dos copas más, debido a que su jefe propuso continuar la reunión en su casa, ante lo cual, no se pudo rehusar para no quedar mal con su jefe.

**Tabla 6. Autorregistro 11 oct – 24 oct**

Fecha	Situación	Copas
15 / Oct	Comida Social	4
16 / Oct	Comida Social	4
21 / Oct	Reunión del Trabajo	6
22 / Oct	Centro Nocturno	3
23 / Oct	Estadio de Fútbol	3

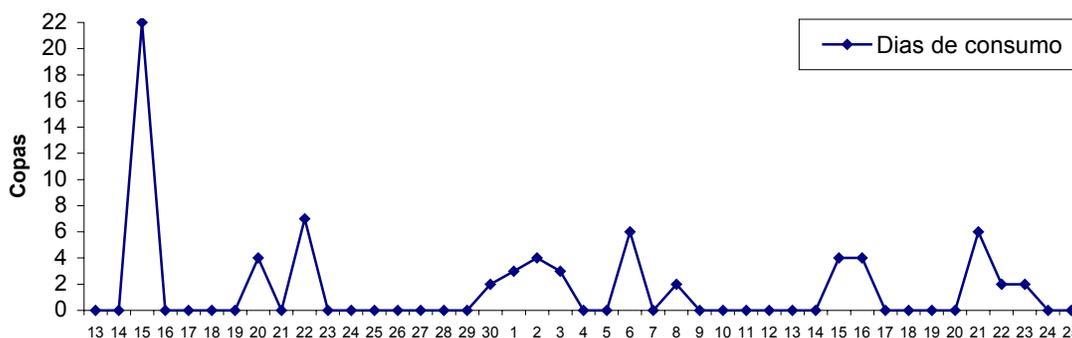
Respecto a ese consumo, se observó que le continúa costando trabajo cumplir su meta ante situaciones de *presión social*, aunque cabe señalar, que la rebasó por muy poco (2 copas) logrando controlar el consumo.

Por otra parte, el usuario reportó que logró aplicar su plan de acción ante *emociones desagradables*. Esto sucedió durante su consumo del 16 de octubre, cuando se encontraba con un amigo que le platicó algunas cosas de su exnovia que lo molestaron. El usuario logró controlar su consumo, intercalando bebidas y retirándose temprano del lugar para reflexionar acerca de sus emociones y tranquilizarse.

De igual manera, el usuario fue capaz de aplicar su plan de acción ante *emociones agradables* y *presión social*, durante su consumo del 22 de octubre, que ocurrió cuando se encontraba en un centro nocturno donde todos estaban bebiendo y bailando. El usuario, para no beber en exceso, comenzó a platicar y a bailar con unas muchachas que conoció en ese momento. Y cuando ellas se retiraron, reflexionó que ya no tenía motivos para quedarse en el lugar, ya que las personas con las que iba no eran sus amigos y permanecer más tiempo, implicaba quedarse solamente a beber, de manera que prefirió retirarse a su casa.

Una vez que se le reforzó al usuario haber aplicado exitosamente sus planes de acción y haber controlado su consumo, se procedió a realizar un resumen del tratamiento. En primer lugar, se le mostró una gráfica donde se observa cómo fue su consumo de alcohol en el mismo.

Gráfica 3. Consumo durante el tratamiento



Posteriormente se recordaron los beneficios de cambiar el consumo, que identificó el usuario en la primera sesión (cuadro. 5), con el objetivo de comentar en que medida consideraba haberlos

alcanzado o estarlos alcanzando. Al respecto, se reforzaron los cambios logrados, uno de ellos fue enfrentar el rompimiento con su novia sin el consumo, con lo cual, ha ganado control en su comportamiento y en sus emociones.

**Cuadro 5. Beneficios de cambiar el consumo**

	<b>Cambiar el consumo</b>
<b>Beneficios</b>	Controlar mi comportamiento Mejorar mi situación económica Evitar el uso de drogas Evitar todo tipo de resacas Poder ahorrar Controlar mis emociones Cuidar mi reputación

Por otra parte, se resaltaron las ganancias que identificó de ya no tener resacas físicas por el consumo de alcohol, entre ellas, que se pudo levantar más temprano para salir a correr y con eso mejoró su estado físico y mental el resto del día. Al igual que se comentaron, las ventajas que identificó de ya no tener resacas morales por el consumo de alcohol y de otras drogas ilegales (marihuana o cocaína). El usuario comentó, que ahora que ha controlado su consumo de alcohol, se preocupa menos por el ejemplo que le da a su hermano menor y por su reputación en el trabajo y en su convivencia social.

Por otra parte, también se exploró si el usuario notó mejoría en su economía. Mencionó, que ahora siente que el dinero le alcanza más para cubrir otros gastos, de manera que se planteó comenzar a ahorrar el dinero que antes se gastaba en el consumo.

En seguida, se le recordó al usuario que sus principales tres situaciones de riesgo para consumir, son *las emociones desagradables, la presión social y las emociones agradables*, ante las cuales se debe prevenir generando planes de acción. De manera que, también se realizó un resumen de los planes de acción que desarrolló para enfrentar cada una de esas situaciones.

Posteriormente se replanteó con el usuario, su meta de consumo para el siguiente año, siendo nuevamente la moderación bajo las siguientes condiciones:

- **Al día no más de:** 4 tragos
- **A la semana no más:** de 3 días
- **No beber cuando:** Este molesto, deprimido o el ánimo no sea bueno
- **Beber solamente cuando:** Sea una ocasión especial, una fiesta o una importante cita de trabajo.

Asimismo, se comentó la importancia y la confianza del usuario para cumplir y alcanzar su nueva meta de consumo. A continuación, se muestran esos datos:

- **Importancia de la meta:** 50% tan importante como la mayoría...
- **Confianza de cumplir la meta:** 95% tengo mucha confianza en...

Y finalmente, para realizar el cierre del tratamiento, se motivó al usuario a continuar esforzándose por mantener su meta. Se le recordó continuar desarrollando planes de acción para enfrentar sus situaciones de riesgo para consumir, al igual que se le reforzó (felicité) la capacidad que demostró durante el tratamiento para controlar su consumo.

## Resultados del Tratamiento

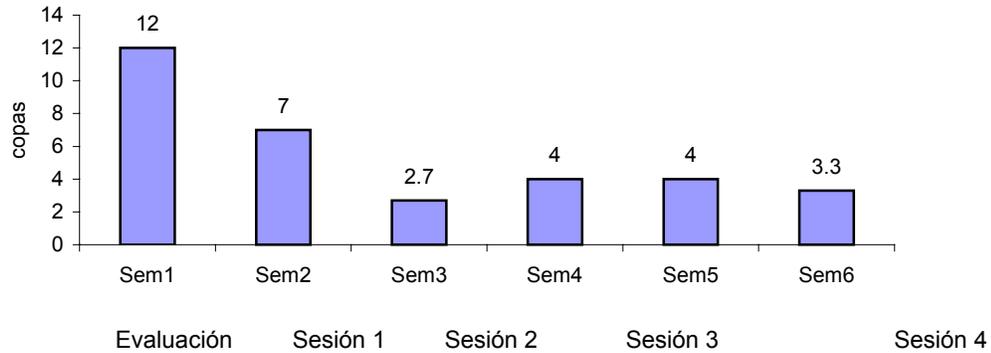
### *Niveles de consumo durante el tratamiento*

Los objetivos propuestos en cuanto a la meta de moderación del consumo, se alcanzaron considerablemente. Durante el tratamiento, el consumo se mantuvo dentro del parámetro de cuatro copas por ocasión tres veces a la semana.

Durante las seis semanas que duró el tratamiento, el usuario consumió 2.3 veces a la semana, logrando el criterio de no consumir más de tres días a la semana, y a partir de la primera sesión, el promedio de

copas por ocasión fue de 3.3 estando por debajo de cuatro copas (gráfica 4).

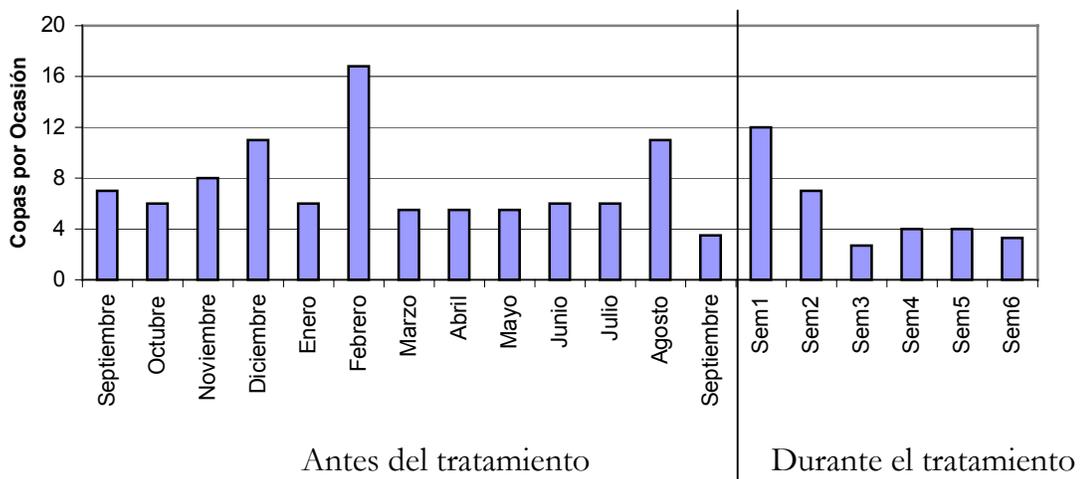
Gráfica 4. Promedio de copas a la semana durante el tratamiento



### Niveles de consumo antes y durante el tratamiento

De igual manera, la comparación entre el consumo antes y durante el tratamiento, reveló cambios en el consumo (gráfica 5). Se observa que antes de ingresar al tratamiento, el promedio de copas por ocasión al mes, se encontraba arriba de cuatro copas (7.1) y que a partir de la primera sesión o de la tercera semana de haber ingresado al tratamiento, el promedio de copas por ocasión a la semana, se mantuvo en cuatro copas o menos (3.5).

Gráfica 5. Promedio de copas por ocasión antes y durante el tratamiento



## Seguimientos

---

### *1er Seguimiento (29/ Nov /05)*

Objetivos:

1. Explorar la continuidad de la revisión de las sesiones
2. Explorar el cumplimiento de la meta de consumo
3. Explorar cómo ha manejado el usuario las recaídas
4. Explorar la aplicación de los planes de acción

Se comenzó la sesión preguntando por los sucesos importantes que le ocurrieron al usuario durante el último mes.

El usuario comentó, que no había cambios importantes en su vida, excepto por la reducción de su consumo y porque había dejado de ver a los amigos con los que consumía, lo cual hizo debido a que ya no se sentía a gusto en sus reuniones. Mencionó que se dio cuenta de que esas reuniones giraban principalmente alrededor del consumo, es decir, que su principal objetivo era consumir alcohol y/o drogas.

Se le validó al usuario la percepción que tuvo de esa situación y se le reforzó que procurara convivir con personas que no le dieran tanta importancia al consumo, y que en cambio su convivencia girara alrededor de otros intereses, por ejemplo, tener una conversación personal.

Por otra parte, se indagó si el usuario continuó llenando su autorregistro durante el último mes. El usuario refirió que no lo había llenado, pero que recordaba bien los días que consumió. Los datos se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6. Consumo del 25 oct – 28 nov del 05**

<b>Fecha</b>	<b>Situación</b>	<b>Copas</b>
11 / Nov	Fiesta con amigos	6
19 / Nov	Comida familiar	2
24 / Nov	Reunión del Trabajo	3
26 / Nov	Reunión con amigos	4
27 / Nov	Partido de Fútbol en TV	1

Se observó una reducción importante en el consumo del usuario, durante el último mes. Resalta que al término del tratamiento, hubo dos semanas en las que no consumió nada de alcohol (del 25 de octubre al 10 de noviembre), lo cual, no había sucedido durante el tratamiento, y tampoco durante el año anterior a éste, pues él bebía por lo menos una vez a la semana.

Se exploraron las estrategias que estuvo aplicando para controlar el consumo. El usuario refirió haber continuado aplicando las estrategias de autocontrol que aplicó durante el tratamiento (ejem. intercalar las copas con vasos de refresco) y estar muy conciente de los costos que le ocasiona el consumo, por lo cual ya no desea beber en exceso.

En cuanto al consumo de cocaína y marihuana, refirió no haber vuelto a tener consumo de cocaína, pero si haber vuelto a fumar marihuana, con una frecuencia de cada tercer día por las noches, siendo menor a la que reportó antes de iniciar el tratamiento (tres fumadas casi todos los días).

Respecto al consumo de ésta sustancia, el usuario expresó mucha inquietud. Por una parte, comentó que estuvo consumiendo, porque dudaba de que ese consumo le ocasionara problemas, pero que, después de haber leído; poco antes de la sesión, sobre los efectos nocivos de la marihuana en el cerebro, ha pensado en dejar de consumirla.

Por otra parte, el usuario comentó que ya no corría por las mañanas. Entonces, se le cuestionó si eso se relacionaba con su consumo de marihuana. El usuario reconoció que cuando consume marihuana en la noche, le cuesta más trabajo levantarse temprano para salir a correr. De manera que, se utilizó la estrategia "crear discrepancia" con el fin de motivarlo para dejar de consumir marihuana. Se le invitó a comprar cómo se sentía mental y físicamente durante el día cuando salía a correr por las mañanas y no consumía marihuana, con cómo se siente mental y físicamente cuando fuma marihuana y no hace ejercicio.

El usuario reconoció que se sentía mejor cuando no consumía y hacía ejercicio, de manera que, se le alentó a continuar buscando beneficios de no consumir y costos de continuar consumiendo, para que eso lo motivara a permanecer sin consumir marihuana.

Por otra parte, respecto a su situación laboral, comentó que continuaba en el mismo trabajo debido a que estaba esperando a recibir su aguinaldo, aunque también, había estado buscando trabajo en otros despachos para colocarse próximamente.

En seguida, se indago que había pasado con su situación sentimental. El usuario mencionó no haber vuelto a buscar a su exnovia, a pesar de que ella lo llamó en una ocasión, por lo cual, siente que esa situación ya no lo afecta.

En general, el usuario refirió que aunque no había cambiado mucho su estilo de vida, se sentía más tranquilo y que ahora prefería tener una visión de que las cosas iban a mejorar poco a poco para no sentirse insatisfecho con lo que tiene y que eso lo haga sentir infeliz.

Finalmente, para cerrar la sesión se reforzó (felicitó) al usuario por estar cumpliendo eficazmente su meta de consumo y se le recordó continuar registrando su consumo de alcohol, para continuar teniendo control sobre el mismo.

## **2do Seguimiento** (13 / Marzo / 06)

Objetivos:

1. Explorar la continuidad de la revisión de las sesiones
2. Explorar el cumplimiento de la meta de consumo
3. Explorar cómo ha manejado el usuario las recaídas
4. Explorar la aplicación de los planes de acción

Se comenzó la sesión indagando acerca de lo ocurrido desde la última entrevista. El usuario comentó que no ocurrieron muchos cambios, pues continuaba en el mismo empleo, aunque ya estaba realizando el proceso de selección para trabajar en otro despacho. También, que retomó hacer ejercicio; sale a correr una o dos veces a

la semana y tres veces a la semana hace ejercicio en su casa (abdominales, sentadillas etc.).

Comentó que aún no tiene novia, pero que se involucró de manera informal con una mujer de su trabajo, lo cual, le ocasionó problemas con su jefa inmediata, con la que en algún momento también tuvo una relación informal.

En cuanto al consumo, refirió que estuvo registrando sus consumos. Los datos se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6. Consumo del 28 nov – 12 mar del 06**

<b>Fecha</b>	<b>Copas</b>	<b>Fecha</b>	<b>Copas</b>
9 / Dic/05	4	3 / Feb/06	2
11 / Dic/05	2	5 / Feb/06	5
15 / Dic/05	17	6 / Feb/06	3
29 / Dic/05	2	18 /Feb/06	4
30 / Dic/05	2	22 /Feb/06	4
31 / Dic/05	6	26 /Feb/06	4
8 / Ene/06	4	1 / Mar/06	3
11 / Ene/06	3	4 / Mar/06	3
12 / Ene/06	1	5 / Mar/06	4
13 / Ene/06	4	8 / Mar/06	3
14 / Ene/06	3	9 / Mar/06	2
20 / Ene/06	7	11/ Mar/06	4
26 / Ene/06	2		
29 / Ene/06	6		

Se analizaron las circunstancias que rodearon el consumo más excesivo que se encontró en su registro. El usuario comentó que su mayor consumo (17 copas) se relacionó con que tuvo problemas con el crédito de su escuela. Le cancelaron el crédito y ahora iba a tener que pagar completa la colegiatura. Además de que ese disgusto, se le juntó con otro ocasionado por las dos mujeres de su trabajo con las que se relacionó sentimentalmente.

Las consecuencias de dicho consumo, fueron que se le perdió dinero (\$700), condujo en estado de ebriedad el coche de su mamá, tuvo un choque leve con un poste, fumó marihuana para mitigar el susto,

olvidó esta sustancia en el coche, tuvo lagunas mentales (no recuerda como llegó a su casa), al día siguiente su madre encontró la marihuana que olvidó en el coche; con lo cual descubrió su consumo, y por último su madre lo regañó por todos esos hechos.

El usuario le explicó a su madre que efectivamente fumaba marihuana desde hace ocho años, pero que ya la estaba dejando y que estaba arrepentido por haber bebido alcohol en exceso y por haber tenido todas esas consecuencias. De manera que, su madre se tranquilizó con la explicación y con el paso de los días, al ver que su hijo llegaba temprano y sobrio a la casa, el incidente no causó más problemas.

Respecto a las consecuencias que se derivaron del consumo mencionado, se retroalimentó al usuario diciéndole que el consumo no solucionaba sus problemas, ya que, haber bebido en exceso no hizo que recuperara el crédito de su escuela y que tampoco eliminó los problemas que tenía con las dos mujeres. También, que consumir alcohol no es la única manera para desahogarse de los problemas, pues otra manera de hacerlo sin tener consecuencias indeseables, es hablar con un amigo o con alguna otra persona cercana.

También se comentó con él usuario, que lejos de que el consumo lo ayudara a sentirse mejor, le ocasionó más problemas, pues además del dinero que iba a perder por la cancelación de su crédito, perdió dinero (\$700) mientras estuvo intoxicado y tuvo consecuencias que pudieron haber sido más graves que los problemas que precipitaron su consumo; el choque pudo haber sido más grave y puso en riesgo su integridad física cuando tuvo lagunas mentales.

El usuario reflexionó que efectivamente haber bebido de esa manera no fue una buena decisión y que a partir de ese evento, aunque continuó sintiéndose mal por los problemas que precipitaron su consumo, no volvió a hacerlo, pues estaba muy consciente de no querer repetir esa experiencia.

En cuanto a su consumo de marihuana, comentó que había estado luchando por evitar consumirla, y que en ese lapso de tiempo solo fumó aproximadamente en ocho ocasiones; que dos de ellas,

sucedieron en compañía de sus amigos de la preparatoria y la cantidad consumida fue de una a tres fumadas.

Por otra parte, refirió que respecto a su ambiente familiar, la relación con su madre ha mejorado, debido a que ella se ha dado cuenta de su reducción del consumo de alcohol, y que con su hermano lleva una buena relación, en la que ha tratado más de ser un amigo, que un padre.

En general, el usuario mencionó que esta conciente de que las cosas se solucionan poco a poco y que confía en que su situación laboral finalmente mejorará, al igual que los otros aspectos de su vida, tales como, su situación amorosa y su preparación académica.

Finalmente, para cerrar la sesión se reforzó al usuario para que continuara con esa manera de pensar. Asimismo, se le felicitó (reforzó) por haber mantenido un consumo moderado en general, y se le recordó continuar registrando su consumo de alcohol, para continuar teniendo control sobre el mismo.

### **3er Seguimiento** (3/ Julio /06)

Objetivos:

1. Explorar la continuidad de la revisión de las sesiones
2. Explorar el cumplimiento de la meta de consumo
3. Explorar cómo ha manejado el usuario las recaídas
4. Explorar la aplicación de los planes de acción

Durante la entrevista correspondiente al tercer seguimiento, al explorar los objetivos que éste persigue, el usuario comentó no haber vuelto a revisar el material del tratamiento.

En cuanto al cumplimiento de su meta de consumo, el usuario reportó haber tenido los consumos que se presentan en la tabla 7.

**Tabla 7. Consumo del 12 mar – 2 jul del 06**

<b>Fecha</b>	<b>Copas</b>	<b>Fecha</b>	<b>Copas</b>
16/ Mar/06	2	3 / May/ 06	2
24/ Mar/06	3	6 / May /06	3
29/ Mar/06	1	7 / May /06	2
		11 /May /06	3
		12 /May /06	2
		20 /May /06	5
		21 /May /06	1
		24 /May /06	2
		27 /May /06	6
3 / Abr/ 06	3	3 / Jun/06	5
5 / Abr /06	2	4 / Jun/06	1
7 / Abr /06	3	9 / Jun/06	1
14 /Abr /06	5	14 / Jun/06	6
15 /Abr /06	2	16 / Jun/06	2
17 /Abr /06	1	22 / Jun/06	3
28 /Abr /06	6	24 / Jun/06	10
		25 / Jun/06	1
		1 / Jul/ 06	1
		2 / Jul/ 06	2

Respecto a la presencia de consumos excesivos durante éste período, el consumo más alto que reportó, fue de 10 copas; muy por debajo del consumo más excesivo que reportó en el seguimiento anterior (17 copas). El usuario mencionó que su último consumo excesivo (10 copas) ocurrió en una reunión con sus amigos de la preparatoria que duró casi 10 horas, donde estuvieron bebiendo y platicando toda la noche.

Se resalto que aunque dicho consumo fue mayor a su meta, éste se llevó a acabo en una situación de bajo riesgo, pues no condujo bajo los efectos, y consumió una copa por hora para evitar el estado de embriaguez.

En cuanto al cumplimiento de sus planes de acción, reportó que continuó haciendo ejercicio, aunque con menos frecuencia; solo dos o tres veces a la semana. También, que no había encontrado otro trabajo, y que los problemas con la última mujer que se relacionó, habían continuado, lo cual, a pesar de estarle causando muchas incomodidades no volvieron a ser motivo para consumir en exceso.

En general, reportó que se había sentido desanimado, porque a pesar de haber estado haciendo cambios en los meses anteriores, sentía que estos no le habían traído los resultados que él esperaba, como son, el tener un mejor trabajo, una relación estable y en general mayor satisfacción personal. De manera que, había continuado fumando marihuana, aunque con menos frecuencia a la que reportó en el seguimiento anterior.

Ante estas reflexiones del usuario, se trabajó reestructuración cognitiva. Se le hizo ver que no todo depende de sus esfuerzos, pues existen otros factores fuera de su control, que determinan la obtención de lo que él desea. Por ejemplo, respecto a la obtención de un mejor empleo, la situación política y económica del país contribuye a que sea muy difícil obtener ese objetivo, por lo cual, el podría plantearse alternativas para mejorar su situación, una de ellas podría ser comenzar a llevar litigios por su cuenta para aumentar sus ingresos económicos. Y en cuanto a su situación amorosa, él podría aumentar sus probabilidades de encontrar pareja, si se relaciona con nuevos grupos sociales para conocer a alguien interesante.

El usuario consideró estos otros puntos de vista y se planteó poner en acción actividades en este sentido, a fin de mejorar su satisfacción personal.

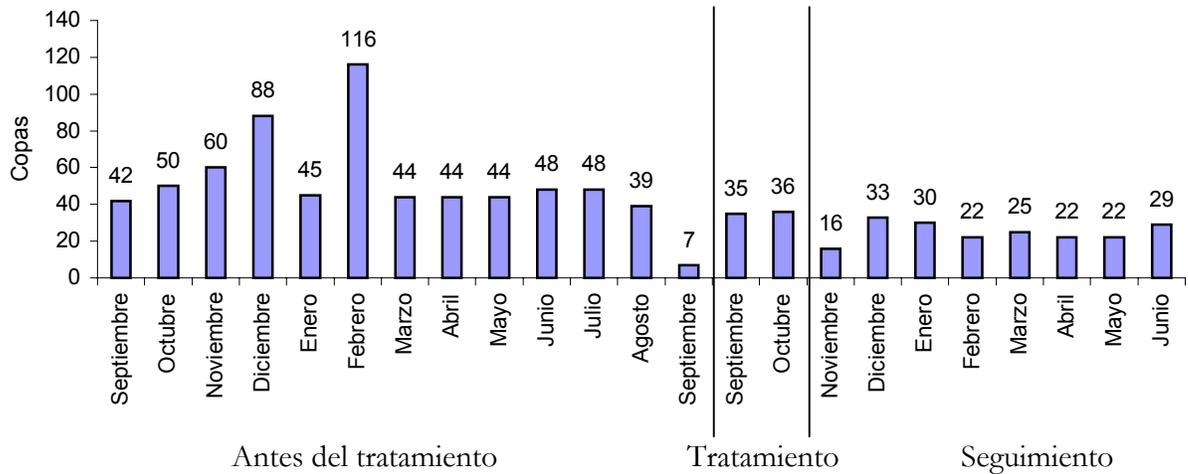
## Resultados del Seguimiento

---

*Número de copas consumidas al mes: Antes, durante y después del tratamiento*

Se encontraron cambios en el número total de copas consumidas al mes, 1) antes del tratamiento, 2) durante el tratamiento y en el 3) seguimiento. En la gráfica 6, se observa que antes del tratamiento el número de copas por mes se encontraba arriba de 40 tragos, en promedio 52.9 copas con una desviación estándar de 25.8 ( $de = 25.8$ ), que durante el tratamiento se mantuvo debajo de 40 copas, en promedio 35.5 y durante el seguimiento disminuyó a 24.8 ( $de = 5.5$ ) copas por mes.

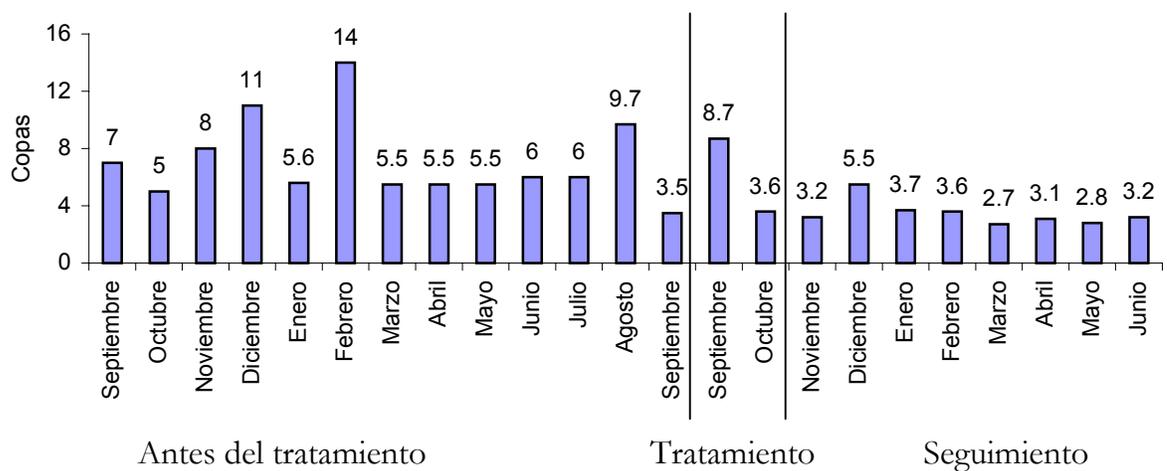
Gráfica 6. Número total de copas por mes



*Promedio de copas por ocasión al mes: Antes, durante y después del tratamiento*

De igual manera, el usuario logró disminuir el número de copas consumidas por ocasión (gráfica 7). El promedio de copas que consumía por ocasión antes de ingresar al tratamiento era de 7.1 (de =2.8), durante el tratamiento disminuyó a 6.1 (de =2.5) y en el seguimiento fue de 4.4 (de =2) copas.

Gráfica 7. Promedio de copas por ocasión al mes



Cabe señalar que, si bien la disminución del promedio de copas consumidas por ocasión antes del tratamiento (7.1) y durante el tratamiento (6.1) es muy poca, vale la pena observar con mayor detalle cómo se presentó el consumo durante toda la fase del tratamiento. En la gráfica 4, se puede observar que en la primera semana se presentó un consumo mucho mayor (8.7) al que se presentó en las siguientes semanas, lo cual, provocó un sesgo importante en el promedio total de copas consumidas durante el tratamiento, y que si se observa con más atención, a partir de la tercera semana (paso 2) el consumo se mantuvo en promedio en 3.5 copas, siendo menor al parámetro de cuatro copas que señala el criterio de moderación.

De tal manera que, para tener una mejor idea de cómo se presentó el consumo antes, durante y después del tratamiento, es de utilidad analizar el promedio de copas de acuerdo al valor de su desviación estándar (de). Esto se puede observar con detalle en la tabla 8.

**Tabla 8. Promedio de copas por mes**

Consumo mensual Antes del tratamiento				Consumo mensual Tratamiento y seguimiento			
Año Mes	Copas	Media	de	Año Mes	Copas	Media	de
04 Septiembre	42	7	2.8	Tratamiento			
04 Octubre	50	5	1.2	13/05	35	8.7	9
04 Noviembre	60	8	3.2	Septiembre	36	3.6	1.5
04 Diciembre	88	11	0	05 Octubre			
05 Enero	45	5.6	0.5	Seguimiento	16	3.2	1.9
05 Febrero	116	14	2.6	05 Noviembre	33	5.5	5.8
05 Marzo	44	5.5	1.6	05 Diciembre	30	3.7	1.9
05 Abril	44	5.5	1.6	06 Enero	22	3.6	1.03
05 Mayo	44	5.5	1.6	06 Febrero	25	2.7	0.97
05 Junio	48	6	0	06 Marzo	22	3.1	1.77
05 Julio	48	6	0	06 Abril	26	2.8	1.6
05 Agosto	39	9.7	5.1	06 Mayo	29	3.2	2.9
05 Septiembre	7	3.5	0.7	06 Junio			
		7.1	2.8			4.0	1.8

Respecto a las disminuciones más relevantes que se presentaron en el consumo por mes, resalta que en el año anterior al tratamiento, en

el mes de diciembre el usuario tuvo un consumo de 88 copas, mientras que en el año correspondiente a la intervención, durante la fase de seguimiento disminuyó a 33 copas y que en general durante el seguimiento, el promedio de copas se mantuvo en 4.4 copas, con una desviación muy baja ( $de = 2$ ) que indica que el consumo fue consistente en cuanto a la cantidad, y por lo tanto, que el usuario adquirió un patrón de consumo moderado al término del tratamiento.

## Conclusiones del Caso

---

Como resultado de la aplicación del tratamiento ACD se logró disminuir la cantidad de copas estándar en promedio de 7.1 (de  $\pm 2.8$ ); según la estimación de la LIBARE (Sobell y Sobell, 1993) registrada antes del tratamiento, a 6.1 (de  $\pm 2.5$ ) copas durante el mismo y a 4.4 (de  $\pm 2$ ) durante el seguimiento, por lo cual, se considera que el objetivo del tratamiento “alcanzar la moderación” se logró satisfactoriamente.

Aunque, a primera vista la diferencia entre los promedios de consumo en las tres etapas (antes, durante y después del tratamiento) parece muy poca, eso es porque dichos promedios solo son datos aproximados, ya que la ganancia en la reducción del consumo y en sus consecuencias se aprecia mejor en la evaluación de los cambios a nivel cualitativo.

En este sentido, en primer lugar se reconoce que de acuerdo con la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) (Ayala et al, 1998), el usuario cumplía con el criterio de dependencia para ser atendido bajo el programa de Tratamiento Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, pues obtuvo un puntaje de 16, cuando el tratamiento está indicado para personas con puntajes de 11 a 25 que corresponde a personas con dependencia media y algunos con dependencia severa (de 21 a 45 puntos) (Echeverría, et al., 2004). De tal manera que, aunque el promedio de copas que consumía el usuario por ocasión antes del tratamiento (7.1) aparentemente no era excesivo, el usuario presentaba indicadores de dependencia que hacían oportuno recibir tratamiento.

La mayor ganancia que se logró en el consumo del usuario, fue la eliminación de los consumos explosivos que presentaba antes de recibir la intervención (de 17 a 22 copas por ocasión), pues éstos, le ocasionaban consecuencias nada menospreciables. Entre ellas se encontraba: preocupar a su madre por su manera de beber, olvidar lo que sucedió durante el episodio de bebida, llegar al trabajo con malestares físicos debidos al consumo y tener bajo rendimiento, también, que el uso de alcohol lo incitara a consumir drogas ilegales,

que gastara mucho dinero en el consumo y que el consumo lo hiciera estar más propenso a comportarse agresivo y a pelearse a golpes con otras personas; consecuencias que a raíz del tratamiento, el usuario ha logrado tener bajo control.

De manera que, al término del tratamiento se encontraron cambios positivos en su estilo de vida. Entre ellos resalta que el usuario estableció el hábito de hacer ejercicio, y que aumentó su capacidad para regular sus estados emocionales negativos, sin la necesidad de recurrir al consumo de alcohol.

En general, se concluye que el principal precipitador del usuario para beber, han sido las emociones desagradables, las cuales, si bien durante el tratamiento empezó a controlar, no se podría determinar que después del tratamiento lo haya logrado completamente. De tal manera, que éste aspecto constituye la principal área de reserva respecto a los resultados de la intervención, dado que el tratamiento ACD se enfoca en el desarrollo de estrategias para controlar el consumo y no profundiza en el análisis de las causas y el manejo de dichas emociones.

Durante la intervención se observó que el usuario tiende a tener poca tolerancia a la frustración, pues cuando se presentan pérdidas en su vida o cosas que no puede tener o realizar, le es muy difícil o no logra contener sus emociones a fin de aplazar la obtención de los reforzadores, actuando impulsivamente, ya sea bebiendo, drogándose o teniendo conductas agresivas.

Sin embargo, también se observó que el usuario es capaz de lograr lo que se propone, en este caso se propuso controlar el consumo de alcohol y durante el último año lo ha logrado, así como ha logrado otras metas en su vida, una de ellas es estar terminando su licenciatura, que a pesar de lo difícil que ha sido, no ha abandonado y actualmente se encuentra terminando el último semestre de la licenciatura en derecho.

En otro sentido, se encontraron cambios en su relación familiar, pues el usuario reportó que su madre le ha expresado satisfacción por ver que llega temprano a casa y sin señales de que ha haya bebido, por

lo cual la convivencia entre ellos ha mejorado y su madre se encuentra más tranquila.

En cuanto a su desempeño laboral, el usuario también identificó que ha mejorado su rendimiento como resultado de haber disminuido su consumo de alcohol y marihuana. Mencionó que comenzó a notar que en trabajos realizados antes del tratamiento cometía errores de los que no se percataba cuando consumía y sobre los que ahora puede actuar eficazmente.

Ahora bien, respecto a las limitaciones y alcances del tratamiento ACD, en primer lugar es necesario señalar las limitaciones que presenta para estimar la reducción del consumo al término del mismo, es decir para comparar el nivel de consumo antes y después de la intervención, ya que si bien, el instrumento LIBARE (Sobell y Sobell, 1993) ha demostrado ser confiable para estimar patrones de consumo, en el caso del usuario existe mucha probabilidad de que lo haya minimizado durante éste registro.

Lo anterior se sugiere a razón de que las consecuencias que refirió tener sobre su consumo de alcohol, dan la impresión de corresponder a un nivel de consumo mayor al reportado. Otro aspecto que refuerza dicha premisa, es que durante el registro de la LIBARE (Sobell y Sobell, 1993) se le dificultó mucho recordar los días que había bebido y la cantidad, dando como explicación que no tenía una rutina para beber y que nunca había puesto atención a la cantidad que bebía.

De manera que, en el caso de que el consumo en realidad haya sido mayor al reportado, se estaría hablando de que a partir del tratamiento se logró una reducción mayor a la que conocemos de acuerdo a la estimación de la LIBARE (7.1 copas por ocasión).

Es por ello, que para mitigar dicha limitación se sugiere que en casos futuros, se aplique de nuevo la LIBARE al mes de haber ingresado el usuario al tratamiento, pidiéndole previamente al mismo, que durante ese tiempo observe su consumo actual y lo compare con su consumo del año pasado, para que haga el mayor esfuerzo por recordar como fue su consumo durante ese período.

Por otra parte, respecto a las limitaciones que presenta el tratamiento para dar atención o para tratar los estados emocionales negativos de los usuarios, se sugiere agregar al tratamiento algunas estrategias clínicas que den respuesta a dicho problema, o bien que el Centro de Atención Acasulco considere implementar un taller grupal específico para aprender a manejar dichas emociones, o en su defecto que le de mayor importancia a la canalización, ya que constantemente se ha detectado la necesidad de que los usuarios controlen sus estados negativos, para que logren mantener el control sobre su consumo, lo cual, también se ha mencionado en otros reportes derivados de la presente residencia en adicciones (Sánchez, 2005; Vital, 2006).

Por otra parte, con relación a los seguimientos y más específicamente al intervalo de tiempo entre ellos, concuerdo con Sánchez (2005) en que si bien, el protocolo de investigación del tratamiento ACD indica que se debe realizar uno al mes, a los 3, 6, y 12 meses, eso puede ir en detrimento del mantenimiento del cambio, por lo cual sugiero que se considere disminuir el tiempo entre ellos, ya que de esa manera se podría tener mayor certidumbre de que los cambios se mantengan al término del año de haber ingresado al tratamiento.

Lo anterior se recomienda, debido a que es deseable y en algunos casos muy necesario, continuar motivando al usuario para que desarrolle e implemente nuevos planes de acción que le ayuden a crear un nuevo estilo de vida que pueda sustituir el consumo, pues se corre el riesgo de que a pesar de que el usuario haya adquirido las habilidades para desarrollar planes de acción para enfrentar las situaciones de riesgo que le precipitan el consumo, no lo haga por falta de motivación y continúe consumiendo para enfrentar los aspectos de su vida que no le satisfacen.

Es así, como bajo mi particular punto de vista, considero que las modificaciones sugeridas a la aplicación del programa, contribuirían de manera muy importante al mantenimiento del cambio logrado en el consumo, así como a los cambios logrados en el estilo de vida de los usuarios.

## **CONCLUSIONES DEL PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES**

El programa de maestría en psicología de las adicciones que ofrece la UNAM, constituye un cuerpo de investigación y de formación profesional de alto nivel, debido al interés que tiene por ofrecer formación teórica y de investigación vinculada con el ejercicio práctico de dicha formación. De manera que, esta combinación de objetivos permite capacitar ampliamente a profesionales para resolver eficazmente problemas relacionados con el consumo de sustancias, así como para realizar acciones de investigación en cualquier otra área de estudio de la psicología, gracias a la amplia capacitación que el programa de estudios brinda en materia de metodología de la investigación.

A través del cuerpo de competencias que contempla el programa de estudios de la residencia en adicciones, se logra dar al alumno una formación general sobre diversos niveles de intervención e investigación en el campo de las adicciones. Se logra que el alumno adquiera conocimientos y habilidades básicas para realizar proyectos de investigación epidemiológica, así como de investigación básica (en laboratorios o ambientes controlados) y de proceso (programas de intervención), al igual que brinda elementos para diseñar estrategias de prevención y tratamiento.

El programa de residencia en adicciones, al ofrecer una capacitación general en las diversas áreas de acción que incluyen las competencias contempladas, deposita en el egresado el compromiso y la responsabilidad de ampliar su capacitación en las áreas que más le interesan, lo cual podrá hacer empleando las estrategias de investigación que le brindó el programa de maestría en psicología. De tal suerte que, el desempeño experto en el área de interés por parte del egresado, depende por una parte, de su compromiso personal para continuar investigando y capacitándose en la misma, y por otra parte de la oportunidad que tenga para ejercer o poner en práctica en el campo laboral la formación y los conocimientos adquiridos.

Respecto a los alcances y las limitaciones del cumplimiento de los objetivos que plantean las competencias del plan de estudios de la residencia en adicciones, estos fueron ya comentados en su oportunidad. Sin embargo, a manera de resumen y de conclusión, es oportuno retomar que la adquisición de las competencias se logró a nivel básico, ya que en su mayoría el abordaje fue teórico y en menor grado práctico. De tal suerte, que se sugiere reconsiderar los objetivos que persigue cada una de las competencias, a fin de que el alumno pueda cubrir de manera más profunda con aquellos que considere mas relevantes para su ejercicio profesional, ya que por lo breve de la duración del programa, no es posible cumplir con todos los objetivos que plantea cada una de las competencias.

Asimismo, respecto a la formación teórica que ofrece el programa de residencia en adicciones, es deseable que se considere incorporar mayor revisión de acervo internacional, acerca de la visión que se tiene actualmente en otros países sobre el consumo y de las acciones que están tomado para hacerle frente, así como, mayor revisión del fenómeno desde una perspectiva social, ya que si bien, el tratamiento tiende a ser individualista (autocambio), me parece fundamental analizar el consumo desde un punto de vista sociocultural, para tener una visión más amplia acerca de cuáles son los limites que determinan al consumo como un problema o bajo que circunstancias se podría considerar, sí es que es posible, una elección personal.

Por lo demás, personalmente consideró que los elementos teóricos adquiridos durante la maestría, son suficientes para iniciar el diseño, planteamiento, implementación y evaluación de propuestas y proyectos en materia de investigación básica y aplicada, así como en materia de prevención y tratamiento de las adicciones.

---

## REFERENCIAS

- Addis, M. E., y Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 331-339.
- Allsop, S., Sounders, B. y Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95 (1), 95-106.
- Almasy, L. (2003). Quantitative risk factors as indices of alcoholism susceptibility. *Annals of Medicine*, 35, 337-343.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition). Washington: APA.
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Armor, D. J, Polich, J. M, y Stambul, B. H. (1978). *Alcoholism and treatment*. New York: Wiley.
- Ayala, H. E., y Gutiérrez, L. M. (1993). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol. *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 23 (1), 49-55.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, V. H., y Echeverría, V. L. (2001). *Tratamiento de Conductas adictivas*. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ayllon, T., y Haughton, E. (1962). Control of the behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 5, 343-352.
- Azrin, H. H. (1977). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy* , 14, 339-348.
- Azrin, N. H., y Powel, J. (1968). Behavioral engineering: the reduction of smoking behavior by a conditioning apparatus and procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 193-200.

- Bandura, A. (1965). Behavioral modification through modeling procedures. En L. Krasner y L. P. Ullman (Eds.), *Research in Behavior Modification* (pp. 37-78). Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actino: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Barragán, L. (2005): *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H. (2002). *Modelo de Intervención para usuarios crónicos dependientes de alcohol y otras drogas*. Coloquio 2002 de la sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Beaglehole, R., Bonita, R., y Kjellstrom, T. (1996). *Epidemiología básica*. OPS.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Becker, G. S. (1976). *The economic approach to human behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berenzon, S., Villatoro, J. Medina-Mora, M. E. Fleiz, B., Alcántar, E. N. y Navarro, C. (1999). Consumo de tabaco en población estudiantil de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22 (4), 20-25.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. New York: Basic Books.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidencia. *Annu Rev Psychol*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidencia. *Annu Rev Psychol*, 52, 685-716.

- Chinman, M., Imm, P., y Wandersmann, A. (2004). Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation. RAND Corporation, Santa Monica.
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., y Foa, E. B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. *Psychotherapy , Theory, Research, Practice, Training*, 41 (4), 374-387.
- Crosswaite, C., y Curtice, L. (1994). Disseminating research results the challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promot Internation*, 9 (4), 289-296.
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcoholics. *Q J Stud Alcohol*, 23, 94-104.
- Diclemente, C. C., y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., y Tiburcio, S. M. A. (2004). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. (2002). Drogas ilegales. México: SS.
- English, D. R., Holman, C. D. J., Milne, E., Winter, M. G., Husle, G. K., Codde, J. P., Brower, C. L., Corti, B., De Klerk, N., Knuiman, M. W., Kurinczuk, J. J., Lewin, G. F., y Ryan, G. A. (1995). The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Commonwealth Department of Human Service and Health, Canberra.
- Flay, B. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25, 861-6.
- Gossop, M., Stewart, D., Treacy, S., y Marsden, J. (2002). A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction*, 97 (1), 39-47.
- Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-30.

- Hersen, M., Kazdin, A., y Bellack, S. (1983). *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon Press.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., y Badger, G. J. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47-56.
- Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish, K., y Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course a study from Japan. *British Journal of Psychiatry*, 162, 403-406.
- Hunt, G. M., y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Joseph, M., y Strayhorn, J. R. (2002). Self-control: Theory and research. *J. Am. Acad. Child adolesc. Psychiatry*, 41 (1), 7-16.
- Kandel, D. B., Huang, F. Y., y Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence*, 64 (2), 233- 41.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Katherine H. K. (1994). California Commission on the status of women. reports, hearings, recommendations. Sacramento, 31, 143.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied setting*. New York: Oxford University Press.
- Kendall, P.C., y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Landa, D. P. (1998). Algunas Consideraciones sobre el qué y el cómo de la psicología conductual aplicada. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1 (2), 18- 23.
- Lira, J. y Ayala, H. (2002). Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para adicción a la nicotina. Tesis de Maestría. ENEP Iztacala, UNAM.
- Llanes, J. (1999). Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 24-28.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias. farmacología, patología, psicología y legislación* (2ª. ed.). Madrid, España: Panamericana.

- Lucio-Gómez, M. E., Loza, C. G., y Durán, P. C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (2), 58-64.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas* (pp. 137-159). Barcelona: Ediciones de Neurociencias.
- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson y S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 68- 75). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Martín, G., y Pear, J. (2000). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla*. España: Pearson Educación.
- 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.
- Martínez-Martínez, K. I., Carrascosa-Venegas, C., y Ayala-Velázquez, H. (2003). Interactive workshops as a dissemination strategy in psychology. *Salud Pública de México*, 43 (1), 1-7.
- McCrary, B. S. (1986). Implications for behavior therapy of the changing alcoholism health care delivery system. *Behavior Therapy*, 9, 171-179.
- Medina-Mora, M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas* (pp. 21-44). México: Manual Moderno.
- Medina-Mora, M. E. Natera, G. y Borges, E. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. Consejo Nacional contra las adicciones. México: Secretaria de Salud, 15-26.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J. A., López, E. K. Olmedo, R., Ortiz, E. y Nequis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16 (3), 2-8.
- Miller, W. R. (1995). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W., Meyers, R. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community reinforcement approach. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 116-121.
- Moncher, F. J., y Prinz, F. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Natera, G., Mora, R. J., y Tiburcio, S. M. (2003). El rol paterno frente al consumo de alcohol y drogas de sus hijos varones: Un estudio cualitativo. *Hispanic Health Care International*, 2 (2), 81-91.
- Orford, J., Natera, G., Valleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., Mora, J., Nava, A., Rigby, K., y Tiburcio, M. (2001). *Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in México and England*. *Addiction*, 96, 761-774.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Paglia, A., y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20 (1), 3 - 50.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3-27). Nueva York: Plenum.
- Quigley, L. A., y Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention: Maintenance of Change After Initial Treatment. En B. S. McCrady y E. E. Epstein. (Eds.), *Addictions. A Comprehensive Guidebook* (pp. 370-384). Oxford university Press.
- Reavley, W. (1983). *Clinical psychology in practice*. En S. Canter y D. Canter (Eds.), *Psychology in Practice: Perspectives on Professional Psychology* (pp. 45-53). England: John Wiley and Sons.
- Ribes, E., y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4ta. ed.). New York: Free Press.

- Saladin, M. E., y Santa Ana, E. J. (2004). Controlled drinking: more than just a controversy. *Curr Opin Psychiatry*, 17, 175-187.
- Sánchez, S. A. (2005). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría en Psicología de las Adicciones, UNAM, México.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., y MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol*, 52, 390–403.
- Savitz, D. A. (1997). The alternative to epidemiology theory: Whatever works. *Epidemiology*, 8, 210-212.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias, acciones. (1998). México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Secretaría de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *Diario Oficial de la Federación*, Primera Sección, 44-60.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de acción: Adicciones. Farmacodependencia. México.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychol Bull*, 92, 581-604.
- Single, E., Robson, L., Rehm, J., y Xie, X. Xi. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *Am J Public Health*, 89 (3), 385-90.
- Sistema de Reporte de Información en Drogas, SRID, (1986). México: SS.
- Sistema de Reporte de Información en Drogas, SRID, (1995). México: SS.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., y Sobell, M. B. (1996). Fostering self-change among problem drinkers: A proactive community intervention. *Addict Behav*, 21, 817 – 833.
- Sobell, M. B, y Sobell, L. C. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results *Behav Res Ther*, 14, 195 –215.
- Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1993). Problem drinkers: Guided self-change treatment. New York: Guilford Press.

- Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1998). Guiding self-change. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (pp. 198-202). New York: Plenum.
- Solinas, M., Panlilio, L. V., Antoniou, K., Pappas, L. A., y Goldberg, S. R. (2003). The cannabinoid CB1 antagonist N-Piperidinyl-5-(4-chlorophenyl)-1-(2,4-dichlorophenyl)-4-methylpyrazole-3-carboxamide (SR-141716A) differentially alters the reinforcing effects of heroin under continuous reinforcement, fixed ratio, and progressive ratio schedules of drug self-administration in rats. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 306 (1), 93-102.
- Stothard, B., y Ashton, M. (2000). Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings*, 3, 16-20.
- Tobler, N. (2001). Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 25-7.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., y Ochshorn, P. (2000). School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Tobler, N., y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., y Pukish, M. M. (1995). Molar environmental contexts surrounding recovery from alcohol problems by treated and untreated problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 195-204.
- Ullman, L. P, y Krasner, L. (1965). *Research in behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N., y Bermúdez, P. (2004). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. En prensa.
- Vital, C. M. G. (2006). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría en Psicología de las Adicciones, UNAM, México.
- Vuchinich, R. E. (1995). Alcohol abuse as molar choice: An update of a 1982 proposal. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 223-235.

- Vuchinich, R. E., y Tucker, J. A. (1998). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal psychology*, 97, 181-195.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. y Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull*, 117, 450-468.
- Zawertailo, L. A., Busto, U. E., Kaplan, H. L., Greenblatt, D. J., y Sellers, E. M. (2003). Comparative abuse liability and pharmacological effects of meprobamate, triazolam, and butabarbital. *J Clin Psychopharmacol*, 23, 269–280.