



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

**Tratamiento de un caso con el
Modelo de Intervención Cognitivo Conductual
para Usuarios Dependientes de Alcohol y otras
Drogas.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RONALD CLEMENTE COREA LÓPEZ

JURADO:

PRESIDENTE:	DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA.
VOCAL:	DR. ARIEL VITE SIERRA.
SECRETARIO:	DRA. MA. BLANCA MOCTEZUMA YANO.
SUPLENTE:	MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA.
SUPLENTE:	DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme dado la oportunidad de continuar en el trayecto.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), gracias por el apoyo otorgado.

Al Dr. Héctor Ayala Velásquez *In Memoriam*, por su ejemplo de estudio, compromiso y fidelidad a la disciplina psicológica.

Especialmente a la Dra. Lydia Barragán ¡Gracias Lydia! Tu ejemplo como persona y como investigadora lo llevo conmigo.

Dr. Ariel Vite: ¡de verdad! Mi compromiso de proseguir estudiando lo debo en parte a usted, gracias por su guía y consejo.

A la Dra. Amada Ampudia Rueda, por su asesoría y oportunas observaciones.

Especialmente a la Dra. Isabel Reyes: Agradezco mucho su valiosa y fina asesoría en la adaptación del instrumento DASES y al Dr. Santoyo: Gracias por compartir sus conocimientos.

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, Dra. Silvia Carreño y Mtro. Francisco Juárez: ¡Muchas gracias por su apoyo en la adaptación del DASES!

A la Mtra. Guillermina Natera por sus clases, su enseñanza.

A la Lic. Leticia Echeverría, al Mtro. Miguel Ángel Medina y al Mtro. Fernando Vázquez.

Al Mtro. Horacio Quiroga, Dr. Agustín Vélez, Dra. Silvia Morales, Dra. Ma. Blanca Moctezuma Yano; por ser parte del jurado y guiarme para la conclusión de este trabajo, así como al Dr. Luís Solís, Dr. Héctor Lara Tapia y Dr. Prado.

Personales:

A mi Mamá, a Luís y a Ariadna.

A Érika, Gabriela, Elsa, Carmen y Raúl, por su amistad y compañerismo de generación.

Índice.

Introducción.	1
1. Reporte del Ejercicio de la Experiencia Profesional.	6
1. Habilidades y Competencias Profesionales adquiridas durante el Programa de Residencia con respecto al perfil profesional del egresado (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002).	
1.1 Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para abordar el fenómeno de las adicciones.	7
1.2 Desarrollar programas preventivos a nivel individual, y comunitario para evitar que el problema se presente.	14
1.3 Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.	29
1.4 Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.	29
1.5 Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.	81
1.6 Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.	83
2. Sesión Típica del Ejercicio Profesional.	101
2.1 Antecedentes de la adaptación a México del Programa de Usuarios Crónicos de Alcohol.	103
2.2 Admisión y Evaluación inicial.	106
2.3 Intervención y Seguimiento.	110
2.4 Discusión y conclusiones.	130
Referencias.	131
Apéndice.	142

INTRODUCCIÓN

“...El concepto del alcoholismo como enfermedad es más bien un animal político disfrazado en términos biomédicos que un modelo diseñado para guiar la investigación científica.”

(Ayala, 1992, p. 8).¹

Diversos estudios, encuestas nacionales y sistemas de información y vigilancia epidemiológica llevados a cabo en México (Secretaría de Salud [SSA] 1998; SSA, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] 2002), señalan la importancia de atender los problemas del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Con respecto al alcohol, considerada esta droga como un problema prioritario de salud pública (Medina-Mora M., Martínez R., Ortiz A., Natera G., Borges G., Campillo S., Cravioto Q., Cruz M., Díaz C., Fernández G., Hajar M., Kershenovich S., Kuri M., López L., Mariño M., Morales F., Nicolini H., Vargas V., Rosovsky H. y Tapia C. En Ramón de la Fuente J., Sepúlveda A. J., 1999), estudios epidemiológicos realizados en nuestro medio, indican por una parte que aproximadamente el 65 % de la población total de 12 a 65 años de edad, consume bebidas alcohólicas, es decir; alrededor de 32.3 millones de habitantes (SSA 1998; SSA, INEGI, 2002), sin embargo; de esta población el 9 % cumple con el criterio de “Síndrome de Dependencia al Alcohol”, diagnóstico éste tomado del capítulo V (F) de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Ayala & Echeverría, 1998), en tanto que otro porcentaje similar es bebedor excesivo habitual (SSA, INEGI, 2002).

La población femenina, en todos los grupos de edad, han aumentado su consumo de alcohol de 1988 a 1998, incrementándose también el consumo dependiente en hombres y mujeres de 12 a 17 años (SSA, INEGI, 2002).

Los patrones de consumo más característicos de la población adulta urbana masculina, que consume mucho más que la femenina, son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión, que constituye el 16.9% de esta población masculina de 13 millones y medio) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana, que corresponde al 12.4%, en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión, que es el 4.8% de diez millones de mujeres adultas urbanas que beben (op. cit).

Es así que en México, a diferencia de Europa y otros países, el patrón de consumo de alcohol tiende a ser de tipo episódico explosivo, esto es; pocos

¹ Ayala V. H. (1992). **El curso del alcoholismo: Una visión psicológica.** *Investigación Psicológica*. Vol. 3 Núm. 1 5-36. (Ponencia magistral VI Congreso Mexicano de Psicología Clínica, Octubre 1992, México, D. F.).

individuos beben grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, lo cual trae repercusiones sociales muy serias, tales como aumento en los ingresos a salas de emergencia por expresiones de violencia (homicidio, suicido, riñas); así como pérdidas significativas en la productividad; ausentismo, accidentes automovilísticos y laborales, mortalidad prematura debida a problemas de salud y necesidad de una mayor inversión en la procuración de justicia entre otros problemas (Medina- Mora et al, 1999; Medina-Mora et al 1989, en Ayala y Echeverría 2001; Rosovsky,1994).

La paradoja de la prevención en este sentido (Kreitman, 1986), se refiere a que en México y en otros países, desde hace varias décadas, se ha destinado una gran cantidad de recursos institucionales para atender a un pequeño sector de la población que tiene dependencia severa, y se ha descuidado a un gran número de individuos quienes, sin ser altamente dependientes, exhiben periodos de consumo moderado y abstinencia, y otros de consumo episódico explosivo y problemático, que son quienes están involucrados en graves repercusiones sociales (Ayala & Gutiérrez, 1993; Medina- Mora, Morón et al, 1999; Heather, 1995; Ayala, Echeverría, L. Sobell & M. Sobell, 2001).

Es importante señalar además, que los modelos de tratamiento predominantes en el país, han surgido de la concepción de los problemas de alcohol desde la perspectiva del Modelo Médico de enfermedad: La *enfermedad alcohólica* de Jellinek (1960). Esta concepción ha nutrido los lineamientos esenciales actuales y principios de los grupos de autoayuda, teniendo su origen ahí mismo, en la colaboración entre Alcohólicos Anónimos y Jellinek, desde su creación en 1935, por lo que es necesario destacar que esta perspectiva prosigue influyendo en las políticas y normatividad de prevención en el país, así como en la conceptualización que todavía hoy alberga una parte de la población mexicana, de considerar los problemas del alcohol como una *falta de voluntad*, de *moral* y/o de capacidad de participación activa del individuo en el proceso, quien entonces recibe la etiqueta de enfermo, alcohólico, vicioso, víctima, culpable, “que nunca va a cambiar” etc.

No obstante, estos problemas antecedentes ya han sido resueltos con técnicas de intervención científicas, dado que las técnicas de corte cognitivo conductual aplicadas a las adicciones tienen su origen no en tradiciones, sino en estudios realizados en el encuadre de la teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1969, 1977), cuyos principios se expondrán más adelante, los cuales han proveído un soporte teórico y empírico de la validez de estas técnicas.

El enfoque cognitivo conductual para las adicciones, establece entonces en su modalidad más difundida, un plan de tratamiento breve (dos sesiones iniciales: una de admisión, otra de evaluación, más cuatro sesiones de intervención), que está dirigido a bebedores con dependencia baja y media, clasificados como bebedores problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). El bajo o moderado nivel de dependencia de esta población permite considerar la alternativa de plantear una meta de moderación en el consumo, o bien

abstinencia, en forma flexible y realista. En estos casos se obtiene generalmente mejores resultados (dada la motivación de elegir conjuntamente con el terapeuta la meta), que si se hubiera impuesto la abstinencia como única posibilidad (esta meta es la única alternativa posible en el enfoque médico de enfermedad). El modelo médico de enfermedad contrasta en el procedimiento de la intervención, ya que es intensivo y más indicado para bebedores crónicos, con dependencia severa y con serias repercusiones sociales y orgánicas asociadas a su nivel de consumo, y no para quienes se inician en conductas de riesgo, abuso o dependencia moderada.

En este tipo de programas de corte cognitivo conductual, la oportunidad de participar activamente en el tratamiento, a través de la elección conjunta con el terapeuta, de una meta específica y alcanzable, es para el bebedor problema un componente motivacional importante que puede aumentar su nivel de compromiso para el cambio (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, op. cit).

A diferencia de otros enfoques, en este tipo de programas se aplican técnicas de medición cuantitativas, lo que permite que el cumplimiento de las metas de tratamiento y avance sea medible, por consiguiente, este enfoque cumple ampliamente con requerimientos metodológicos de verificación y réplica.

Cabe hacer mención que con respecto a 30 diferentes tipos de intervenciones evaluadas, entre las que se incluye el Entrenamiento en Habilidades Sociales, el Contrato Conductual, la Terapia Aversiva, Terapia Centrada en el cliente y otras, las intervenciones breves han mostrado el mayor número de estudios con resultados positivos de evidencia de eficacia, encontrándose a su vez entre las intervenciones de menor costo (Miller, Brown et al, 1995). Otros estudios y autores apoyan la efectividad de los tratamientos breves de consulta externa sobre los de duración prolongada, en población con problemas de abuso o dependencia moderada, en un nivel de prevención secundaria (Ayala & Echeverría, 1998). En particular, algunos autores reportan que los resultados de la investigación han proporcionado un fuerte apoyo a los principios del enfoque Cognitivo Conductual (McCrary, Rodríguez & Otero-López, 1998), por lo que es necesario hacer una revisión de los tipos de tratamientos y características surgidos desde este enfoque. A continuación se mencionan dos tipos de modelos cognitivo conductuales que son fundamento del tratamiento, y que serán abordados posteriormente con más detalle.

Intervenciones Cognitivo Conductuales para problemas de Alcohol.

Secades y Fernández (2003), mencionan que los programas cognitivo conductuales se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a antecedentes y consecuentes ambientales e individuales, los que mantienen la conducta de beber, tales como cogniciones y emociones. Los déficit en habilidades de enfrentamiento son entonces

considerados el principal factor de riesgo para desarrollar problemas con la bebida.

Estos autores identifican dos tipos de modelos cognitivo conductuales en el tratamiento de problemas de alcohol: **a) El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Enfrentamiento** y **b), Prevención de Recaídas**. A lo largo del presente reporte se estará proporcionando información sobre ambos modelos, haciendo énfasis en el segundo, ya que aunque ambos cuentan con amplia evidencia científica de eficacia comprobada, el modelo de prevención de recaídas está considerado actualmente como un tratamiento de primera elección (Secades & Fernández, op. cit). En cualquier caso, se pueden conjuntar ambos modelos y de hecho ya están integrados en la aproximación terapéutica CRA (The Community Reinforcement Approach, Hunt & Azrin, 1973), adaptado a población mexicana con el nombre de Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas (Barragán, 2005), sobre el cual se hablará más adelante).

a) Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Enfrentamiento.

El planteamiento que subyace a este modelo terapéutico es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse a situaciones y demandas sociales e interpersonales, tales como interacciones con compañeros de trabajo, amistades, en la relación marital, o en el ejercicio del rol paterno. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un enfrentamiento apropiado y convertirse así en un factor disparador del consumo.

El objetivo principal entonces, en este tipo de intervenciones, es dotar al paciente de las suficientes habilidades de enfrentamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo de beber.

Secades y Fernández (2003), citan entonces a Monti, Rohsenow, Colby y Abrams para mencionar los módulos más comunes en este tipo de programas de tratamiento, haciendo la observación de que no necesariamente se tienen que desarrollar todos éstos en el plan de tratamiento de un usuario. Estos módulos comprenden habilidades de comunicación, y son:

1. Módulo para desarrollar habilidades de rechazo a ofrecimientos de bebida.
2. Módulo de dar retroalimentación positiva al usuario para que éste sea reforzado.
3. Módulo de realización de críticas.
4. Módulo de recepción de críticas acerca del uso de la bebida.
5. Módulo para desarrollar habilidades de escucha.
6. Módulo para desarrollar habilidades de conversación.
7. Módulo de desarrollo de apoyos potenciales a la sobriedad en el entorno.
8. Módulo para desarrollar habilidades de solución de conflictos y de comunicación.

1. Módulo de comprensión de cómo funciona la comunicación no verbal.
2. Módulo de expresión de los sentimientos.
3. Módulo Introducción a la asertividad.
4. Módulo de desarrollo de la habilidad de rechazar peticiones y demandas injustificadas (relacionado con el anterior).
5. Módulo de recepción de críticas en general.

b) Prevención de recaídas.

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985, citados por Secades & Fernández, op. cit), es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales, a saber: Análisis funcional e identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento ante situaciones de riesgo, Autorregistro del uso de drogas, Estrategias para enfrentar el *craving* (o ansias de tomar) y los pensamientos asociados al uso de sustancias y/o alcohol, Enfrentamiento de los consumos de una sola dosis (lapsus) y Entrenamiento en solución de problemas.

Por todo ello, con el fin de dar respuesta a esta problemática, la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, ha creado un Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, cuyo objetivo principal es el de formar profesionistas que incidan tanto en la prevención, como en el tratamiento y la investigación de las adicciones (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002).

El presente Reporte de Experiencia Profesional incluye la descripción de las actividades realizadas de acuerdo al plan de estudios y programa de residencia, así como las monografías, ensayos, reseñas, propuestas de investigación, revisiones documentales y productos que sustentan las habilidades y competencias desarrolladas.

La parte inicial del presente reporte incluye un informe general de la formación profesional subdividido en las habilidades y competencias profesionales adquiridas en el programa de residencia con respecto al perfil profesional que alcanza el egresado al cumplimiento del programa de maestría.

Posteriormente, en la segunda parte se expone un caso en el que trabajé como co-terapeuta dentro de la implementación de una intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas.

1. REPORTE DEL EJERCICIO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.

1.1 Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para abordar el fenómeno de las adicciones.

El programa de Residencia tiene el objetivo de desarrollar en los estudiantes competencias y habilidades profesionales de especialización, empleando para ello un sistema de formación teórica, así como de práctica estrechamente supervisada. Este programa requiere un mínimo de 1600 hrs. de práctica en el transcurso de dos años. Desde el primer semestre, los estudiantes se van identificando en sus intereses con un proyecto de investigación en particular, en el que pueden continuar su formación, y en el último ciclo escolar se integran como auxiliares del titular. Algunos de estos proyectos se llevan a cabo en cualesquiera de las instituciones que tienen convenios de colaboración con la Universidad Nacional en el programa académico, por lo que el alumno tiene la libertad de continuar en el proyecto en el que se insertó desde los primeros semestres o bien, integrarse a un proyecto de investigación de doctorado en la Facultad. En este lapso, el alumno se familiariza con los antecedentes teóricos y metodológicos de las investigaciones, así mismo; recibe una serie de seminarios teóricos y participa en Congresos y Coloquios.

Cabe mencionar que la especialización en una técnica de intervención, gira principalmente en torno del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, aunque como ya se mencionó, existen diferentes proyectos de adaptaciones de programas terapéuticos a cargo de los estudiantes de doctorado, en los cuales también se participa.

En los dos primeros semestres, el programa académico de Residencia estuvo conformado en dos modalidades:

- A) Una serie de seminarios que proporcionaron la parte teórica-metodológica, los cuales continuaron a lo largo de la maestría y
- B), La inserción como auxiliar de investigador en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

En mi caso, el proyecto en el que participé en el Instituto fue un modelo preventivo para empresas, denominado: “Factores organizacionales, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas asociado a la presentación de problemas laborales en población trabajadora”, con la función de apoyar en una parte de la estructuración del marco teórico, ya que esta investigación se encontraba en una fase inicial. Este proyecto está a cargo de la maestra Silvia Carreño. Cabe mencionar que este trabajo se encuentra publicado (Carreño S. et al, 2000), como parte del programa piloto para la Prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas entre los Trabajadores y sus Familias, proyecto México, patrocinado por PNUFID/ OIT / OMS y coordinado por Dr. Sverre Fauske (AD /GLD / 92 / 586).

Mi participación como auxiliar de investigador en este proyecto puede quedar resumida de la siguiente forma: En lo concerniente al apoyo en la revisión bibliográfica y en la estructuración del marco teórico, realicé búsquedas en el banco de tesis de la Facultad de Psicología de la UNAM, de los últimos cinco años a la fecha en relación a tesis de maestría y doctorado en el tema de consumo de alcohol y otras drogas en ambientes laborales. Así mismo, se revisaron publicaciones periódicas internacionales (Addiction, Nicotine and Tobacco Research, Experimental and Clinical Psychopharmacology y Addictive Behaviors); se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos especializadas como PsycLit y Medline para los temas de tabaco y alcohol, encontrando una serie de referencias, que en parte se tradujeron, así también; se prosiguió en la red el rastreo de los artículos identificados en el servicio de recuperación de publicaciones periódicas que proporciona el Instituto Nacional de Psiquiatría en su página web. Así mismo, por vía internet se revisó información de México en el apartado de drogas de la Encuesta Nacional de Adicciones vigente en ese entonces (SSA, 1998), así como del ámbito internacional, encontrando (y traduciendo) un conjunto de datos de Estados Unidos (Identifying and Monitoring Emerging Drug Use Problems. A retrospective Analysis of Drug Abuse Data. CEWG / National Institute On Drug Abuse; Epidemiologic Trends in Drug Abuse. Advance Report. December 1999. Community Epidemiology Work Group. National Institute of Health / National Institute on Drug Abuse; SAMHSA), así como de Canadá (Cannabis Control in Canada: Options Regarding Possession, May 1998. Canadian Centre on Substance Abuse) y de Australia (National Drug Strategy Household Survey: First Results and Statistics on Drug Use in Australia 1998. Australian Institute of Health and Welfare 1998 / Australian Drugs Foundation). Por último, se extrajo información pertinente de los siguientes documentos:

- DIF, UNICEF, PNUFID (1997). Para el futuro de México, ¡Yo también cuento! Estudio de niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años trabajadores en 100 ciudades. Capítulo de uso indebido de sustancias. México: DIF/UNICEF/PNUFID.
- IMP (1999). Grupo interinstitucional para el desarrollo del sistema de reporte de información en drogas. Resultados de la aplicación de la cédula "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana números 24, 25, 26. Junio de 1999 y años anteriores señalados en el texto. México: IMP.
- SSA, CONADIC (2000). El Consumo de Drogas en México. Diagnóstico, Tendencias, Acciones. México: SSA/CONADIC.
- World Health Organization (1998). The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Francia: World Health Organization 1998.

Seminarios recibidos:

Primer semestre.

Contexto Social de las Adicciones. Tuvo por objetivo proporcionar un panorama general del fenómeno de las adicciones en un contexto social. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través del análisis de tópicos tales como: teorías etiológicas, modelos epidemiológicos aplicados a la investigación, conceptos básicos de uso, abuso y dependencia, construcción de instrumentos, estatus de la investigación en adicciones en México, modelos de prevención, aspectos de política y narcotráfico nacional e internacional. Para este efecto se hicieron lecturas de diferentes artículos para la preparación de las sesiones. Se presentaron fichas bibliográficas. Se elaboró un trabajo final.

Introducción a la Epidemiología de las Adicciones en México. En este seminario se analizó la importancia del enfoque epidemiológico para comprender el fenómeno de las adicciones. Se tocaron temas tales como: Introducción a la epidemiología y al estudio epidemiológico de las adicciones; medición, principales diseños epidemiológicos y su aplicación; situación actual y perspectivas de la investigación epidemiológica en México, comparación de los datos de México con los de otros países. La evaluación consistió en la asistencia y participación en clase, así como de la exposición de temas y la lectura de diversos artículos. Se presentó un trabajo final (relativo a epidemiología y métodos de investigación).

Segundo semestre.

Procesos Básicos, Análisis Experimental de la Conducta y Análisis Conductual Aplicado. Este seminario estuvo dividido en dos partes, en la primera (en segundo semestre), se revisaron los procesos psicológicos básicos tales como sensopercepción, memoria, atención, lenguaje, motivación y emoción y su relación con las conductas adictivas. En la segunda parte, (en tercer semestre), se examinaron la definición y características del Conductismo, del Análisis Experimental de la Conducta y del Análisis Conductual Aplicado. La evaluación consistió en la discusión de lecturas y exposición de temas. Se entregó un trabajo final. Este seminario proporcionó una de las bases teóricas del modelo de intervención de auto-cambio dirigido (el análisis funcional).

Bases Psicológicas de las Adicciones. El objetivo del seminario fue proporcionar los fundamentos teóricos de los programas de intervención breve, así como mostrar un panorama general de los diferentes modelos de intervención que se emplean para el tratamiento de las adicciones. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través de la exposición de temas tales como Fundamentos teóricos de los componentes de intervenciones breves, Características de estas intervenciones y la población a la cual se dirigen. Más específicamente, se abordaron los fundamentos en los que se sustenta el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, haciéndose una comparación con otros

modelos. La evaluación del seminario se realizó a través de la asistencia, participación en clase, sesiones bibliográficas y lectura de diversos artículos, así como la presentación de un trabajo final, que consistió en la elaboración de un manual de apoyo a partir de la traducción de diversos ejercicios dirigidos a usuarios propuestos por Annis, Herie & Watkin-Merek (1996) y Monti, Abrams, Kadden & Cooney (1989), los que conformarán sesiones adicionales del programa de intervención de usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

Economía Conductual. Constituyó una introducción al estudio del consumo de sustancias adictivas en un marco de referencia sistémico. El objetivo fue proporcionar el conocimiento de los principios de la economía conductual y su aplicación al estudio y tratamiento del consumo de sustancias, derivando ello en estrategias de intervención empíricamente validadas; ya que el enfoque económico puede verse como un marco de referencia unificado para el entendimiento de la conducta humana. La evaluación consistió en la asistencia y participación en clase, así como en la exposición de temas relacionados a partir de la lectura de diversos artículos. Como parte de la evaluación final se elaboró una monografía.

Temas Selectos en Adicciones. El objetivo fue estudiar la clasificación, farmacodinámica, farmacocinética y efectos conductuales y sintomáticos del consumo de sustancias adictivas, a partir de la revisión de temas pertinentes, lectura de artículos y elaboración de un trabajo final (una monografía de cada sustancia).

Tercer semestre

Modelos de Tratamiento en Conductas Adictivas. El objetivo fue proporcionar un panorama general del fundamento y bases empíricas de los diferentes modelos de intervención que se emplean para el tratamiento de las adicciones, y que actualmente se están desarrollando en la Facultad de Psicología. Se cubrieron temas tales como niveles de prevención, fundamentos teóricos de intervenciones cognitivo-conductuales, así como los componentes de los diferentes modelos de intervención (Teoría del Aprendizaje Social, Entrevista Motivacional, Análisis Funcional de la Conducta y Autocontrol, pilares éstos del programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema). La evaluación se realizó a través de la asistencia, participación en clase, sesiones bibliográficas, exámenes, lectura de diversos artículos y elaboración de un trabajo final.

Técnicas de Evaluación en Adicciones. El objetivo fue estudiar los principales instrumentos de medición desarrollados para el tamizaje, evaluación y detección temprana del consumo de alcohol y de conductas adictivas, así como los indicadores psicosociales y bioquímicos. La evaluación se llevo a cabo con la asistencia a clase y la exposición de temas pertinentes.

Ética y Política de las Adicciones en México. Tuvo como objetivo el análisis crítico de las principales políticas existentes a nivel nacional e internacional. La evaluación consistió en la asistencia a clase, lectura de artículos relacionados y la elaboración de una propuesta política fundamentada en una revisión documental (ésta se expone más adelante como un producto de la maestría).

Farmacología de las adicciones. El objetivo fue proporcionar un amplio panorama de las bases farmacológicas y principios de acción de las diferentes drogas en el ser humano. Para el logro de dicho objetivo, se realizó una revisión de temas tales como: principios de neurotransmisión, de farmacodependencia, de drogas médicas y no médicas, efectos generales e identificación y manejo de síndrome de abstinencia. Se revisaron antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes, opio y sus derivados, alcohol, inhalables y esteroides entre otras. La evaluación se hizo con un examen de conocimientos.

Supervisión de Casos I. Este seminario tuvo la finalidad de analizar los casos que, aplicando el programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, cada compañero de la maestría estaba llevando en el Centro de Servicios Psicológicos. Mediante la observación en Cámara de Gessell en vivo y de material vídeo-grabado del desempeño como terapeuta de los compañeros y la recepción de retroalimentación grupal con respecto al desempeño propio, la exposición de los casos, y la revisión de diversos materiales de apoyo (análisis de la integridad del tratamiento, en su relación con la adherencia y la alianza terapéutica), se desarrollaron habilidades y competencias terapéuticas y se logró el objetivo y la evaluación del alumno. Con los compañeros participé en unos 20 casos, aunque directamente únicamente en cuatro.

Cuarto semestre

Modelos de Tratamiento de Conductas Adictivas. Se orientó hacia un programa específico, en el caso del alumno, el modelo al cual fui asignado fue el de "Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para Usuarios Crónicos de Alcohol y otras Drogas". Tuvo el objetivo de proporcionar las bases teóricas para la comprensión y la aplicación del modelo. La estrategia de enseñanza consistió en la discusión de materiales leídos previamente, la ejecución de tareas referentes a complementación de materiales de apoyo, la participación como coterapeuta, así como la exposición de temas asignados. Dentro del seminario se revisaron dos temas principales, a) Bases teóricas del Programa de Intervención y b), Revisión de componentes de intervención y sesiones estructurales del modelo. La evaluación se realizó a través de las actividades ya mencionadas y la elaboración de un trabajo final.

Comunicación Comunitaria. Tuvo como objetivo enseñar las estrategias adecuadas de transmisión de información relacionada con promoción de la salud y prevención a comunidades. Los objetivos específicos fueron: a) Actualizar propuestas tecnológicas y estrategias de comunicación comunitaria en programas

de educación para la salud; b) Sistematizar experiencias para diseñar e implementar, así como evaluar, planes de comunicación comunitaria pertinentes a la comunidad; y c), Capacitar en habilidades de comunicación interpersonal, grupal, audiovisual e impresa, para fortalecer la participación comunicativa en la promoción de la salud comunitaria. La evaluación se llevó a cabo por medio del desarrollo de una propuesta grupal de difusión para el Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema a través de un spot de radio.

Supervisión de Casos II. Este seminario fue continuación del realizado en el semestre anterior, con el objetivo de dar continuidad y afinar las habilidades y competencias en proceso de adquisición para la aplicación de programas de intervención breve. La evaluación se hizo a partir del manejo de conceptos teóricos, del análisis de sesiones vídeo-grabadas y del desempeño mostrado como terapeuta en la exposición de nuevos casos.

Actividades complementarias.

- Asistencia a la XV Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, del 20 al 22 de Septiembre del 2000.
- Curso de Actualización en los problemas del uso de alcohol y otras sustancias adictivas del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, del 23 al 27 de octubre del 2000.
- Asistencia al “II Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas”, del 26 de febrero al 1 de marzo de 2001, en CU, México DF. Se participó en los talleres:
 - a) La Entrevista Motivacional.
 - b) Construyendo tu vida sin adicciones (CONADIC).
 - c) Psicoterapia de Grupo Efectiva.
- Participación como expositor de cartel en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, con el tema “Adaptación de la Escala Drug Avoidance Self-Efficacy Scale (DASES) a la Población Mexicana”, efectuado del 19 al 21 de julio de 2001 en la “Casa de las Diligencias” de la Universidad Autónoma del Edo. de México. Toluca, Edo de México.
- Asistencia al “III Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. En Memoria del Dr. Héctor Ayala Velázquez”, del 17 al 19 de febrero del 2003, en la Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez, México DF.

Conclusiones (competencia 1.1):

Se desarrollaron habilidades y competencias relacionadas con la investigación epidemiológica y psicosocial, lo cual facilitó el aprender a identificar qué tan viable y relevante puede resultar el planteamiento de un determinado proyecto de investigación, ya que muchos anteproyectos pueden ser interesantes pero no cuentan con la relevancia y justificación teórico social suficiente para hacer frente a los problemas prioritarios de salud pública en el país.

En este sentido, se desarrollaron habilidades y competencias sobre el conocimiento de las diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para el estudio de las conductas adictivas e identificación de tendencias de líneas de investigación en la comunidad científica internacional. Se adquirió conocimiento de cómo abordar el estudio de fenómenos y procesos de naturaleza psico-social - epidemiológica tanto en forma cuantitativa como cualitativa, tales como alteraciones conductuales que dificultan procesos de adaptación pero que están influenciados por las leyes del aprendizaje: Las adicciones; así como interpretación de datos y estudios epidemiológicos, identificación de factores de riesgo y protección, del comportamiento social ante el consumo; características del consumo por grupos de edad y características de los usuarios, así también de los diferentes sistemas de referencia y sistemas de vigilancia epidemiológica; el conocimiento del estatus actual de la investigación social y epidemiológica en México y sus perspectivas, el conocimiento de las políticas para el control de la oferta y la demanda de sustancias lícitas e ilícitas en México y en otros países; el desarrollo de habilidades básicas de investigación tales como lograr una mayor capacidad de análisis y reconocimiento de objetivos y el tipo de investigación, tanto como el poder identificar los antecedentes que llevan al investigador a tomar una u otra decisión en el desarrollo de la metodología; así como realizar investigación documental para dar estructura a protocolos de investigación y a reportes técnicos, hasta el adaptar instrumentos de medición (estandarización), lo cual permitió el involucrarme en actividades de implementación de programas preventivos a nivel individual y comunitario.

1.2 Desarrollar programas preventivos a nivel individual, y comunitario para evitar que el problema de adicciones se presente.

Durante una parte de la Residencia en el Consejo Nacional contra las Adicciones, la cual se llevó a cabo en el cuarto semestre en la Subdirección de Proyectos Estratégicos, se tuvo oportunidad de conocer y participar en una serie de proyectos y programas nacionales que están siendo puestos en marcha en coordinación con la Presidencia de la República, entre éstos cabe citar los Programas Nacionales contra Alcohol, Tabaco y Drogas, el Programa para la Prevención y Atención de Adicciones en 250 micro-regiones, el Programa de Prevención del Abuso en el Consumo de Bebidas Alcohólicas y Alcoholismo en Población Indígena del Estado de Querétaro y por último el proyecto de Asistencia Médica y Psicológica a Mujeres en Situación de Reclusión, y a los hijos que viven con ellas en Reclusorios (Estrategia 3, Fundación Vamos México).

En cuanto a mi participación a nivel comunitario, elaboré una investigación documental que propone una modificación al reglamento de tránsito en el Municipio de Pachuca Hidalgo.

En este trabajo se hizo una revisión documental sobre los resultados de las regulaciones administrativas y legales en la reducción de la conducta de consumo de alcohol y manejo, empleadas en diferentes regiones, tanto del extranjero como del país. El objetivo consistió en explorar y conocer la efectividad de las diferentes políticas a nivel internacional, empleadas para controlar la conducta de tomar y manejar, y hacer una propuesta a nivel local, para así incidir en una probable disminución de los hechos de tránsito asociados a esta conducta de consumo de alcohol y manejo; para la materia *Seminario de Políticas y Ética en Adicciones*, que impartió la Dra. Haydée Rosovsky. Se presenta este trabajo a continuación.

RECOMENDACIONES AL MUNICIPIO DE PACHUCA CON RESPECTO A LA CONDUCTA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y MANEJO.

INTRODUCCIÓN.

Las repercusiones sociales y a la salud pública del abuso de alcohol a corto y largo plazo, han sido bien estudiadas en diversos países (Grant & Litvak, 1998; Edwards et al, 1997), así como a nivel nacional (Cherpitel & Rosovsky, 1990; López, Rosovsky et al, 1991; Borges, Cherpitel & Rosovsky, 1998; Borges & Rosovsky, 1996)²; y en comunidades aisladas (Berman, Hull & May, 2000).

En las carreteras de todo el mundo mueren al año al menos medio millón de personas y unos 15 millones sufren lesiones (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2005). Las cifras de heridos varían mucho según la población y la densidad del tráfico, así como el grado de aplicación de las medidas preventivas y correctivas. Conducir ebrio es la causa de más del 50% de los accidentes de tráfico, por lo que las legislaciones de muchos países están limitando la alcoholemia máxima tolerable (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2005).

En el panorama epidemiológico actual de México, los accidentes y los actos de violencia son causas de muerte de primera magnitud (Hijar –Medina MC, 1990; Hijar –Medina MC, López-López, Blanco-Muñoz,1997)³, jugando un papel de primera importancia el consumo de alcohol en estas muertes (Celis A. y Valencia N., 1997; Celis A., Rivas Souza, Valencia N. y Salazar-Estrada, 1994).⁴

En este sentido, llama la atención que en Estados Unidos, de todas las muertes ocurridas en accidentes automovilísticos, el 39 % están relacionadas con el consumo de alcohol (National Highway Traffic Safety Administration, 1998)⁵, lo cual constituye un problema prioritario de salud pública en dicho país (NIAAA, 2000). Incluso se ha documentado que aún el consumo moderado incrementa el riesgo de sufrir un accidente automovilístico grave (Hingson, Heeren y Winter, 1999, Fernández, 1988).

Algunos estudios llevados a cabo en nuestro país, son específicos y enfáticos al abordar este problema. Martínez (2001), por ejemplo; encontró en su muestra de 342 sujetos recolectada en la ciudad de Pachuca Hidalgo, que el grupo de edad de 18 a 29 años (con respecto a los otros grupos de edad), presentó un mayor porcentaje de respuestas en la escala de riesgos al manejar, y otras conductas que aumentan la probabilidad de accidentes automovilísticos, tales como manejar un vehículo una hora después de haber ingerido dos o más copas (47.2 %). Así también, en este grupo de edad se encontró a más de la mitad del total de quienes reportaron haber sufrido un accidente (13.2 % del total de

² En Borges, Medina-Mora et al (1999).

³ En Borges, Medina-Mora et al op. cit.

⁴ En Borges, Medina-Mora et al op. cit.

⁵ En Stout, Sloan, Liang y Davies (2000).

entrevistados). Otro hallazgo que llama la atención es el que los bebedores de alto nivel (consumo de más de cinco copas por ocasión), independientemente de la edad, fueron los que tuvieron menor percepción de riesgo al beber y manejar, y los que exhibieron una prevalencia mayor en accidentes de tránsito.

Así mismo, en el estudio de Borges et al (1999), también llevado a cabo en Pachuca, se encontró, en concordancia con otros estudios, que en esta ciudad el consumo de bebidas alcohólicas es mayor y más frecuente en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias debido a un accidente o acto de violencia, siendo notorio que prácticamente el doble de los pacientes con accidentes o lesiones por actos de violencia, en comparación con los de urgencia médica como motivo de ingreso, son bebedores del tipo consumidor frecuente de alta cantidad (que bebe de dos a tres veces al mes hasta diario, y que consumió de 5 a 11 copas por lo menos en una ocasión el año anterior).

En particular, estadísticas recientes (entrevista Febrero, 2007; 98.1 FM Lic. Ricardo Reyes Monzalvo subsecretario) de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Hidalgo, mencionan que son aproximadamente 10 hechos de tránsito diarios en promedio los que ocurren en el estado, de los cuales por lo menos uno es fatal, como diariamente lo publica el periódico local de mayor difusión en su primera plana, lo cual es preocupante para el tamaño de la población, que no alcanza los 2 ½ millones de habitantes en el Estado. Cabe considerar otros indicadores epidemiológicos de gravedad, tales como la tasa de muerte por cirrosis hepática en esta región, que es el doble de la media nacional, que corresponde a la más alta del país.

Estos datos apuntan a la necesidad de analizar con una revisión documental si son indicadas las medidas preventivas y políticas actualmente empleadas al respecto, en regiones del país de alto riesgo, para así definir y ponderar la relevancia social de llevar a cabo cambios legislativos e investigaciones futuras evaluativas de nuevas medidas.

ANTECEDENTES: POLÍTICAS LLEVADAS A CABO INTERNACIONALMENTE.

Control del alcohol.

Existen políticas llevadas a cabo en la unión americana que tienen el propósito general de control del alcohol, las cuales llegan a afectar a conductas específicas tales como tomar y manejar, por lo cual, éstas se tratarán brevemente en esta sección, ya que el objetivo principal del presente apartado es exponer con más detalle los esfuerzos legales y políticas específicas encaminadas directamente hacia la reducción de la conducta de tomar y manejar.

Entre las políticas para el control del alcohol se encuentran:

- Impuestos.
- Sanciones, asignación de la responsabilidad y entrenamiento a servidores de restaurantes y bares.
- Monopolio del Estado versus venta privada de la bebida y
- Densidad de locales de ventas (NIAAA, 2000).

Estas medidas constituyen regulaciones administrativas y penales, tales como variaciones de la densidad de expendios de alcohol al menudeo, restricciones en los anuncios de mejores precios en tales expendios, promulgación de leyes penales tales como multas y encarcelamiento, promulgación de leyes estatales que adjudican la responsabilidad y consecuencias del consumo al local comercial y /o al anfitrión del tomador, las cuales se ha observado que guardan relación con la reducción de la conducta de tomar y manejar (Stout, Sloan, Liang y Davies, 2000).

Esfuerzos legislativos encaminados a la reducción de la conducta de tomar y manejar.

En Estados Unidos existen cuatro Leyes de Disuasión General:

- 1) Edad Nacional Mínima para Beber (21 años).
- 2) Leyes de 0.00 % de Tolerancia a 0.02 % de concentración en sangre para menores de 21 años (una copa).
- 3) La revocación de la licencia de manejo y
- 4) Límites legales de concentración de alcohol en sangre para toda la población en cualquier estado del país de 0.10 % a 0.08 % (NIAAA, 2000; Hingson, Heeren y Winter, 1994).

Con respecto a la Edad Mínima de Consumo de Alcohol, Edwards et al (1997), mencionan algunos estudios que apoyan la tesis de que cuando se reduce la edad límite (de 21 a 18 años), se produce un mayor número de accidentes automovilísticos de los grupos de edad afectados por el cambio, mientras que si se aumenta la edad, éstos disminuyen, produciéndose también una reducción inmediata del consumo general de alcohol por la población de edad incluida en la prohibición; entre estos estudios se encuentra la revisión que hizo la Oficina de Información General de Estados Unidos (GAO, 1987; en Edwards et al, op. cit.), cuyas conclusiones señalan que al aumentar el límite de edad para poder comprar alcohol se reduce el número de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol provocados por jóvenes menores de 21 años.

Las Leyes de 0.00 % de Tolerancia a 0.02 % de concentración en sangre para menores de 21 años, se fundamentan en estudios correlacionales que han encontrado asociaciones fuertes entre la tasa de accidentes nocturnos, con

niveles superiores de concentración en sangre en menores de 21 años; así como el que la población joven está más fuertemente relacionada con este tipo de hechos de tránsito (Williams y Wells, 1993; Hingson, Heeren y Winter, 1994). Esta ley está fundamentada en los mismos hallazgos que la cuarta, referida a la población adulta.

La suspensión del permiso de conducir por su parte, es una medida disuasoria específica, sobre la cual se hablará con más detalle, ya que está considerada como la más eficaz, siendo de las sanciones de mayor efecto (Ballester y Gil, 2003); de más peso que la privación de la libertad –encarcelamiento- y que las multas (Edwards et al 1997). De facto; la suspensión del permiso de conducir, actualmente es aplicada en 40 estados de la unión americana (NIAAA, 2000) desde 1953, año en que el Estado de Nueva York aprobó la primer Ley de “consentimiento implícito” (siguiéndole los demás estados; Jacobs, 1989), llamada así porque el conductor consiente una prueba de sobriedad (se deja aplicar un test de rastreo hemático, urinario o de aire espirado), y en caso de negarse, le es suspendida la licencia de manejo.

Otra medida legal que pretende tener un efecto disuasorio, aunque los resultados no han sido fehacientes en población adolescente, es la que dicta la presencia de etiquetas de advertencia de las consecuencias del consumo de alcohol que deben encontrarse en el envase contenedor (MacKinnon, Nohre, Cheong, Stacy y Pentz, 2001).

La teoría de la Disuasión⁶.

Esta teoría busca reducir la conducta infractora a través de la disuasión, aplicando sanciones. La disuasión puede ser *específica*, si está dirigida a los infractores en sí, o *general* si se refiere al efecto presumible de “concientización” que ocurre paralelamente en las personas que no sufren las sanciones correspondientes. Ésta última, la *disuasión general*, se logra a través de políticas de aplicación de sanciones que han probado ser efectivas en reducir la tasa de accidentes automovilísticos y reincidencia de conducir intoxicado, logrando un efecto educacional a largo plazo, traducido éste en el desarrollo gradual de una norma social que indica que “beber y manejar está muy mal”.

Algunas medidas basadas en esta teoría son:

- La rehabilitación impuesta por el sistema legal.
- Programas de tratamiento o educacionales.
- La incapacitación del infractor (encarcelamiento), así como la retirada de la licencia de manejo (la cual busca la incapacitación sin confinamiento).

⁶ El término *deterrent* ha sido traducido en este trabajo como *disuasorio (a)*.

Los tipos de sanciones estudiadas por Nichols y Ross en su revisión documental (1990) al respecto, son cuatro:

- Confinamiento en cárcel.
- Alternativas al encarcelamiento tales como llevar a cabo un servicio comunitario.
- Suspensión y revocación de la licencia de manejo, que puede variar de 30 días a cinco años.
- Multas.

Estas sanciones son efectivas en modificar la conducta si son percibidas por la población como *seguras* de aplicarse, *oportunas* o *inmediatas* y *severas* (Nichols y Ross, op. cit.).

Los autores encontraron en su vasta revisión del tema, que *las políticas basadas en incrementar la seguridad de la aplicación, así como la inmediatez de la sanción, demostraron ser más efectivas en obtener un impacto de disuasión*, que aquellas basadas en incrementar la severidad del castigo. Las políticas basadas en el aumento de la severidad (tales como privación de la libertad), también implicaron mayores costos en su aplicación, por consiguiente; la suspensión y revocación de la licencia de manejo (que incrementa la percepción de seguridad de aplicación así como la inmediatez), se presentó como la medida más efectiva, al lograr tanto una disuasión específica como general más acentuada (Nichols y Ross, op. cit.).

POLÍTICAS SOBRE EL CONTROL DEL ALCOHOL EN MÉXICO.

Una política es el conjunto de decisiones necesarias para lograr la adecuada operación de los programas preventivos, y comprende tanto una estructura programática, como las diferentes estrategias (Secretaría de Salud, 1995).

Un Programa Preventivo de Adicciones es el conjunto de acciones afines y coherentes, encaminadas a la reducción de la oferta y la demanda de las drogas que causan adicción, a través de las cuales se pretende alcanzar objetivos y metas previamente determinados (Secretaría de Salud, op. cit.).

En México, en el área que compete a las instituciones de los sectores educativo y de salud, se ha adoptado como política de prevención el Fomento a la Salud, el cual se orienta al logro de la auto-responsabilidad en la conservación y mejoramiento de las condiciones de vida y, por consiguiente, de la salud.

Las estrategias de la política de Fomento a la Salud vinculan dos aspectos principales: La Educación para la Salud y La Participación Social. El objetivo

común consiste en fortalecer la modificación de hábitos, actitudes, y conductas favorables a la salud, por lo que se mantiene un diálogo permanente con la comunidad, para que ésta actúe de manera organizada tanto en la identificación de sus problemas, como en la búsqueda de soluciones.

En cuanto al control del alcohol, los esfuerzos legislativos y regulaciones administrativas sobre éste se han planteado en un sentido general de protección a la salud, como es normar la producción, comercialización, consumo, prevención, tratamiento y rehabilitación derivada del consumo (Tapia, 2001), orientando las acciones de prevención e investigación en este sentido.

El sustento legal se encuentra en la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2001), y ha dado origen a la creación de un mecanismo de integración de acciones que promueve y evalúa los programas nacionales, coordinado por la Secretaría de Salud: *El Consejo Nacional contra las Adicciones*, en el que participan las Secretarías de Gobernación, Comercio y Fomento Industrial, Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, Educación Pública y del Trabajo y Prevención Social; la Procuraduría General de la República, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Secretario del Consejo de Salubridad General, así como representantes de los sectores social y privado pertenecientes a organizaciones relacionadas con la salud (Tapia, op. cit.).

La Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2001), menciona en su artículo 2º, que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Así también, la Secretaría de Salud contempla la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas respectivas para el control sanitario y comercialización del alcohol y normas para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, algunas de las cuales han sido abrogadas.

Por último, el Programa contra las Adicciones considera como parte de la estrategia, tener un impacto en la reducción de un 3 % de la tasa de accidentes asociados al alcoholismo.

DISCUSIÓN DEL REGLAMENTO LOCAL DE LA CIUDAD DE PACHUCA HIDALGO, EN LO REFERENTE A MANEJO Y CONSUMO DE ALCOHOL.

En cualquier país, como ya se ha hecho mención, generalmente son empleadas una diversidad de estrategias para controlar y prevenir los delitos relacionados con el alcohol. Una opción son las leyes penales, las cuales persiguen cuatro propósitos principales: a) Disuasión, b) Rehabilitación, c) Retribución y d) Incapacitación (Stout, Sloan, Liang y Davies, 2000). De estos propósitos, los dos primeros pretenden la reducción del número de faltas futuras, en tanto los dos últimos buscan el castigo por el haber cometido la falta o infracción en sí.

Por otro lado, el reglamento es un conjunto de preceptos que permiten la ejecución de una ley (Grupo Editorial Norma, 1991). La aplicación de estos conceptos será discutida a continuación en su relevancia e impacto social sobre la población de la ciudad de Pachuca Hidalgo, e incluso, sobre el Estado.

Procedimiento legal para conductores de vehículos que manejan intoxicados, en el Estado de Hidalgo.

De acuerdo con la entrevista llevada a cabo con dos asesores jurídicos del Departamento Jurídico adscrito a la Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito del Estado de Hidalgo⁷, las funciones de la Policía Municipal son entre otras, vigilar, prevenir y evitar arbitrariedades en la población⁸. Anteriormente (inicios del 2001), la Policía Estatal Auxiliar llevaba a cabo estas funciones en todo el Estado, pues la primera no estaba constituida orgánicamente en la ciudad de Pachuca. Actualmente, la Policía Estatal realiza funciones de seguridad de tránsito y vialidad en ciertas carreteras y vías del Estado, en tanto que la Policía Municipal regula la vialidad de la capital.

El reglamento de tránsito incluye el reglamento de barandilla, y está regulado por el municipio, por lo que puede haber variaciones menores según se trate de uno u otro municipio del Estado.

⁷ L. Ramírez; S. Castro, comunicación personal, Enero 3, 2002.

⁸ Ley General de Seguridad Pública del Estado publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo, Tomo CXX, número 6, de fecha 8 de febrero de 1987; Reglamento de Barandilla para el Municipio de Pachuca Hgo., Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo, de fecha 8 de Octubre de 2001, Tomo CXXXIV, número 42, pp. 16-27.

Hasta mediados del año 2001, la Policía Estatal Auxiliar aplicó el Reglamento de Barandilla de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto, Hidalgo⁹, a aquellos conductores de vehículos que al ser detenidos por cualquier motivo, presentaran al momento aliento alcohólico, en su artículo 15, inciso B, el cual no especifica si aplica a conductores de vehículos automotores, pues literalmente dicta:

“Cuando la persona detenida se encuentre en estado de ebriedad, el arresto será de 36 horas inmutable, una vez determinado el grado de intoxicación alcohólica determinado por el médico adscrito a la barandilla.” Periódico Oficial del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo, Tomo CXXV (45); 10 de Noviembre de 1992, p. 11.

Esta aplicación implicó en la práctica, durante varios años, la detención del conductor y de su vehículo durante 36 horas, sin poder sustituir dicha pena por una multa; viéndose obligado además el conductor, en muchos casos, a pagar a su salida, la cuota correspondiente al almacenamiento de la unidad vehicular. Cabe observar que esta medida, dada su severidad, pudo conllevar en ciertos casos la falta de seguridad de la aplicación.

También llama la atención que la puesta en marcha de campañas preventivas de la conducta de tomar y manejar se ha visto obstaculizada desde 1998 hasta la fecha (2002) por la misma población de Pachuca, pues el ciudadano común ha rechazado la aplicación de tales sanciones severas (las sanciones actuales no varían; se discutirán más adelante), lo cual implica la necesidad de una modificación. Según datos de la misma entrevista mencionada¹⁰, el artículo 83 de la Ley de Vías y Comunicación del Estado, dicta que los conductores deben de manejar en pleno uso de sus facultades mentales, lo cual supone, que no solo la intoxicación alcohólica puede ser motivo de incumplimiento de dicha ley, sino también otros estados orgánicos tales como la presión arterial muy alta o muy baja. Luego entonces, al llevar a cabo la Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito del Estado una serie de campañas frecuentes de detección y prevención del incumplimiento de esta ley (varias por mes, principalmente en el mes de diciembre), la ciudadanía se inconformó en 1998 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, dado el alto índice de detenciones, por lo que desde dicho año a la fecha, se han suspendido radicalmente este tipo de campañas, las cuales eran conocidas localmente como “operativos”.

⁹ Publicado en el Periódico Oficial del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo, de fecha 10 de Noviembre de 1992.

¹⁰ L. Ramírez; S. Castro, comunicación personal, Enero 3, 2002.

Procedimiento actual en Pachuca Hidalgo.

El procedimiento administrativo actual (2004) llevado a cabo en las instancias de la Policía Municipal, incluye la detención del conductor –cuando existe una infracción cometida que en el reglamento amerita la detención del conductor y del vehículo- y reporte por parte del agente, el aseguramiento y traslado del conductor, la certificación de grado de intoxicación del médico y la puesta a disposición al departamento jurídico; en el que por medio de un trámite administrativo el conductor queda a disposición del reglamento de Barandilla Municipal. En ese momento el juez calificador determinará a su criterio el tipo de sanción (multa y magnitud de ésta o arresto). En algunos casos, cuando existe conjuntamente la comisión de un delito tal como lesiones, robo, asalto y / o violación, el agente del ministerio público es el encargado de abrir una investigación.

El grado de intoxicación alcohólica es determinado tanto en las oficinas de la Policía Estatal Auxiliar, como en las de la Policía Municipal, en el Servicio Médico, por el médico en turno. Para obtener un resultado, el licenciado en medicina aplica un breve instrumento clínico llamado “Certificado de Intoxicación”, el cual incluye unos cuantos reactivos de respuesta dicotómica referentes a orientación, ejecución de movimientos y estado de conciencia. Esta prueba es complementada con la aplicación de un instrumento paraclínico: El alcoholímetro, el cual, en una gradación de 0 a 200 mg / ml permite diferenciar tres categorías empíricas: a) Aliento etílico (2 – 10), b) Intoxicación etílica incompleta (11 – 80) y c) Intoxicación etílica completa (81 – 200).

En parte, este procedimiento conserva aspectos útiles y por ende valiosos si fueran complementados con otras medidas, así por ejemplo; las sanciones que pretenden evitar o disuadir el consumo en situación de riesgo, que implican la detención y la aplicación inmediata de una pena o multa, tienen su mayor efecto cuando la policía se compromete a realizar controles frecuentes, diversos y visibles públicamente en diferentes carreteras, de modo que los autos sean parados aleatoriamente y a los conductores se les solicite soplar a través de un alcoholímetro (Edwards et al 1997), siendo de suma importancia el empleo de un analizador del aire espirado, ya que las detenciones que pueda realizar la policía atendiendo signos observacionales tales como el habla torpe, los ojos vidriosos o el olor etílico no suelen prosperar hacia la aplicación de sanciones.

Comentarios sobre el Reglamento de Barandilla vigente para el Municipio de Pachuca Hidalgo¹¹.

El artículo 13 del capítulo 1° del título 3° (de las infracciones y prescripciones) menciona entre otros puntos, que se considera como infracción a aquellas acciones u omisiones individuales o de grupo, realizadas en un lugar público o privado, que por sus efectos alteren o pongan en peligro la vida, la salud, la libertad, seguridad, propiedades o posesiones de las personas entre otros, por lo cual, aquí pueden quedar incluidas conductas riesgosas del tipo de beber y conducir.

Por otro lado, se considera infracción ingerir bebidas embriagantes en la vía pública (fracción XXXII, artículo 25, capítulo IV, del orden público, seguridad y moral de las personas), así como en la fracción XLII del mismo artículo, se incluye como infracción a la conducta de ingerir a bordo de cualquier vehículo en la vía pública bebidas alcohólicas, incluso aquellas consideradas como de bajo contenido alcohólico; en tanto, en el artículo 32 del capítulo I (de las sanciones), se menciona que los infractores que se encuentren intoxicados por el alcohol o por cualquier otra sustancia, serán sometidos a examen médico para certificar su estado, de cuyo resultado, dependerá la aplicación de la sanción administrativa o su remoción a la autoridad competente, en el caso de que se presuma la comisión de falta del orden penal.

En conclusión, se observa en este documento que la conducta específica de tomar alcohol y manejar, así como la medida de llevar a cabo campañas preventivas a este respecto, no son mencionadas (ni siquiera sugeridas en la parte de tránsito público –capítulo II- ni en la de salud pública –capítulo III), siendo que en la práctica, este reglamento es empleado como política reguladora de tal conducta.

Por último, podría agregarse que el trasfondo de la política de sancionar con encarcelamiento la conducta de tomar y manejar, en vez de hacerlo con una medida administrativa, guarda relación con la connotación conceptual de esta conducta como crimen o delito mayor, y no como infracción al reglamento de tránsito (Jacobs, 1989).

¹¹ Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo, de fecha 8 de Octubre de 2001, Tomo CXXXIV, número 42, pp. 16-27.

REGLAMENTO DE TRÁNSITO EN EL DF

Como se observa a continuación, en el reglamento de tránsito del D. F.¹², la conducta de tomar y manejar no se encuentra incluida en la lista de sanciones económicas, ya que ésta está sancionada en la misma forma que el procedimiento de Pachuca, como lo ilustra el artículo correspondiente:

Artículo 100.- “Ninguna persona podrá conducir vehículos por la vía pública; si tiene una cantidad de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro o de alcohol en aire expirado superior a 0.4 miligramos por litro”. **Artículo 101.-** “Las personas que contravengan las disposiciones del presente Reglamento, se harán acreedoras a la aplicación de las sanciones que establece este Capítulo, en la Tabla de Sanciones Pecuniarias a que se refiere el **Artículo 103** de este Reglamento, o en su caso, arresto administrativo conforme al artículo siguiente”. **Artículo 102.-** Procederá el arresto administrativo inmutable de 12 a 36 horas, al conductor que conduzca con una cantidad de alcohol en la sangre superior a los gramos y miligramos señalados en el primer y segundo párrafos del artículo 100 de este reglamento o bajo la influencia, médicamente comprobada, de enervantes, estupefacientes o sustancias tóxicas o psicotrópicas, de conformidad con lo dispuesto en el primer párrafo del artículo 99 de este Reglamento. **Artículo 99.-** “Todos los conductores de vehículos a quienes se les encuentre flagrantemente cometiendo actos que violen las disposiciones del presente Reglamento y muestren síntomas de que conducen en estado de ebriedad o bajo el influjo de enervantes, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o tóxicas, quedan obligados a someterse a las pruebas para la detección del grado de intoxicación que determine el médico del Juzgado Cívico ante el cual sean presentados. Los agentes podrán detener la marcha de un vehículo cuando Seguridad Pública establezca y lleve a cabo programas de control y preventivos de ingestión de alcohol u otras sustancias tóxicas para conductores de vehículos. Estos programas deberán ser publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en dos de los diarios de mayor circulación en el Distrito Federal”.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Los estudios revisados muestran una evidencia contundente en una diversidad de países desde Europa hasta en varios estados de la unión americana, de que la medida más efectiva para reducir la conducta infractora de manejar después de ingerir alcohol, así como en crear un impacto significativo y substancial sobre la reducción de diversos hechos de tránsito asociados y no asociados al consumo de alcohol, es la **suspensión de la licencia de manejo** (Nichols y Ross, 1990; NIAAA, 2000; Edwards et al, 1997; Williams, 1992; Voas y Fisher, 2001; Wilson, 1993, Medina-Mora et al, 1999). Ello es debido muy probablemente a la reducción en la exposición a situaciones de manejo en quienes está suspendida su licencia (por ejemplo, en algunos casos el sancionado

¹² Sitio Web: <http://www.df.gob.mx/leyes/regtran/reg6.html#cap5>

asigna un conductor alternativo), así como a una mayor precaución que prestan al manejar aquellos sancionados que después de la suspensión, prosiguen conduciendo; pero ahora prestando un cuidado especial a no cometer ningún tipo de infracción que aumente el riesgo de volver a ser detenidos y que agrave su situación legal actual.

A modo de conclusión, la evidencia revisada conduce a la recomendación de que las medidas basadas en la disuasión contra el manejar intoxicado se deben centrar en **incrementar en el infractor la percepción de riesgo de ser detectado y sancionado (de seguridad de la aplicación)**, más que incrementar la severidad del castigo (Greenwood, 1995; Nichols y Ross, 1990); por consiguiente; que el énfasis primario entre los diferentes tipos de sanciones debe ser puesto en la **licencia de manejo** y en el aspecto **preventivo de la puesta en marcha de campañas de detección de casos**, por lo tanto; la sugerencia de este trabajo para la ciudad de Pachuca -y probablemente generalizable a aquellas regiones del país que se encuentren en una situación similar-, puede quedar como sigue:

- ...Que la sanción correspondiente a la infracción de manejar en estado de ebriedad sea **administrativa**, no penal, consistente en la suspensión temporal –que puede ser desde 3 meses como límite inferior, hasta 11- de la licencia de manejo, que probablemente se pueda conmutar (únicamente para los niveles más bajos de intoxicación, correspondientes al equivalente de una o dos copas), por una sanción pecuniaria proporcional al costo del vehículo, lo cual puede favorecer el financiamiento de tales campañas de detección, como medida de sanción hacia los infractores de primera vez, y una **revocación temporal de la licencia** -con duración mínima de 12 a 18 meses, con el límite máximo de cinco años y retiro de la placa- a los reincidentes y a los menores de 30 años (**diversos estudios apuntan la conveniencia de poner un énfasis particular en población joven, por encontrarse en mayor riesgo: Martínez, 2001; Jacobs, 1989; Williams y Wells, 1993; Hingson, Heeren y Winter, 1999**), agravándose o no estas medidas en función de si la infracción es cometida en **turno nocturno y en fin de semana**, y dependiendo de los niveles de intoxicación mostrados, o de si existe una suspensión / revocación actual de la licencia; sugiriendo no canalizar estos grupos a los servicios de salud, sino que se incentive la asistencia voluntaria y comprobable a tratamiento, como una posibilidad de disminuir el plazo de suspensión de licencia impuesto. Se propone que todo ello sea llevado a cabo conjuntamente con una **serie de campañas –ya mencionadas-, de carácter intensivo en un principio, de detección de casos al azar en la vía pública con alcoholímetro, ya que este tipo de campañas son efectivas (NIAAA, 2000; Jacobs, 1989; Wilson, 1993; Edwards et al 1997)**, para así incrementar en la población un efecto de disuasión general y específico a través de la percepción de riesgo de ser detectado y sancionado (de seguridad de la aplicación).

- La realización de estas campañas en las que se establecieran puestos móviles de chequeo de sobriedad del conductor, con detección al azar de aquellos a quienes les tocara el rojo en un semáforo ex profeso para tal fin, conjuntamente con un apoyo de difusión social de la sanción correspondiente, también coadyuvaría en el cumplimiento de la función de prevención de delitos y vigilancia (artículo 6, reglamento de Barandilla, periódico oficial del Gobierno del Estado, del 8 de octubre de 2001, de la policía municipal).
- En términos operativos, la confiscación de la licencia podría ser **inmediata**, requiriendo para ello únicamente una certificación médica, lo cual evitaría el proceso administrativo penal ya mencionado, que actualmente se lleva a cabo tanto en la Policía Estatal Auxiliar para el interior del estado, como en la Municipal para la ciudad de Pachuca.
- La opción de **rehabilitación impuesta por el sistema legal**, sin ser combinada con sanciones administrativas tales como multa o suspensión de licencia, así como la opción de **aplicación de programas educacionales** dirigidos hacia los reincidentes como única medida tomada (estos programas incluso han tenido un efecto negativo, nulo, ambiguo o adverso en este tipo de población), son mencionadas en diversos estudios como medidas de **poca efectividad** en el impacto de la disuasión tanto general como específica (Nichols y Ross, op. cit.), sin embargo; si los programas educacionales tienen por objetivo la difusión de las medidas legales tomadas, la efectividad de éstos puede ser superior (Blomberg, 1994). **Los programas de tratamiento, en tanto; tienden a no ser entendidos, o a ser menos comprendidos que las técnicas del cumplimiento de la ley**, ya que los cambios que éstos logran son lentos y costosos para ponerse en práctica, con resultados subjetivos y a largo plazo, difíciles de medir (Greenwood, 1995; Voas y Fisher, 2001).
- La opción que mencionan algunos estudios, de conceder a los reincidentes licencias de manejo exclusivas para vehículos equipados con un dispositivo bloqueador del funcionamiento general del auto cuando el alcoholímetro indica que no se está en condiciones de conducir, no se considera en la opinión de quien escribe, una alternativa viable en nuestro país, dados los altos costos que puede representar dicho equipo para el usuario común. En este sentido, con respecto al tratamiento de conductores bebedores reincidentes, es de suponerse que éstos son candidatos para una intervención clínica urgente para abuso de alcohol, sin embargo; este tipo de población es un ejemplo de la **paradoja de la prevención**, ya que estos conductores aunque suelen experimentar consecuencias a largo plazo con respecto a enfermedades relacionadas con el consumo crónico, generalmente no son los responsables de la mayoría de los accidentes de tránsito (Edwards et al 1997).

- Otra opción digna de sugerirse, que ha demostrado efectividad en la reducción de la conducta de beber y manejar, así como en la reducción de la tasa de accidentes automovilísticos en la unión americana, además de ser económica, es el establecimiento de una **Edad Legal Mínima de Consumo de Alcohol**, antes de la cual no se pueda comprar tal bebida, que puede ser de 21 años (Hingson, Scotch, Mangione, Meyers, Glantz, Heeren, Lin, Mucatel y Pierce, 1983, en Waller, 1995; Williams, 1992).
- Otras sugerencias de menor relevancia podrían ser: a) La necesidad de motivar a los agentes de policía, reconociendo la importante labor que representa por su parte el hacer cumplir las medidas preventivas tomadas (la aplicación de detenciones y penas); b) Que la aplicación de medidas de control del alcohol y la seguridad vial no quede restringida a los conductores, sino también a peatones con un alto nivel de alcoholemia, ya que algunos estudios mencionan la necesidad de atender la embriaguez pública por motivos preventivos y no solo de decoro (Edwards et al 1997; Fernández, 1988) y c), Que sean difundidos programas especiales que promocionen la **designación de un conductor específico**, lo cual es muy popular en muchos países, aunque faltan estudios a este respecto sobre su efectividad (Edwards et al 1997).
- Como sugerencia para estudios futuros en nuestro país, se podría proponer la evaluación de la efectividad de sanciones administrativas y penales, tales como la edad legal mínima de consumo, el encarcelamiento y / o la suspensión de licencia para tomar y manejar, en la reducción de la tasa de accidentes automovilísticos, en dos entidades federativas con diferente legislación y similar tasa previa de accidentes, pero para ello; son necesarios estudios previos sobre la viabilidad y prioridad de tales modificaciones a la política y procedimiento legal correspondiente a la entidad que se trate.

1.3 Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas y
1.4 Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

Cabe recordar en este apartado, que el programa de Residencia introduce al alumno en la práctica supervisada en más de un programa de intervención especializado desde el segundo semestre en adelante. En este sentido, mi participación en estos semestres consistió principalmente en incorporarme a dos programas: 1) Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (**competencia 1.3**) y 2) Programa Cognitivo Conductual para Usuarios Crónicos de Alcohol y otras Drogas (**competencia 1.4**).

A continuación se describen con más detalle estas actividades (se refieren las actividades realizadas en los dos programas de intervención para posteriormente, presentar las características generales de los dos programas).

1) Con respecto al programa de Bebedores Problema, se menciona que participé como observador y después como coterapeuta, en un principio con la Lic. Lety Echeverría y posteriormente con el maestro Miguel Ángel Medina, quienes fungieron como mis supervisores, hasta desempeñarme como terapeuta. Participé en varios casos que se encontraban en diversas fases del programa, habiendo completado cuatro casos y dado seguimiento tanto en el programa de autocambio como en el de Usuarios Crónicos de Alcohol y otras Drogas (en este último supervisado por la maestra Lydia Barragán). Así también, como ya se hizo mención, observé en cámara de Gessell, y fui observado y vídeo-grabado, dando y recibiendo retroalimentación en el Centro de Servicios Psicológicos, y en el Centro Acasulco.

2) En lo que respecta al Programa de Usuarios Crónicos de Alcohol y otras Drogas, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- a) Revisión y exposición de artículos en reuniones semanales.
- b) Recibir entrenamiento en el programa.
- c) Realizar juego de roles.
- d) Participación como coterapeuta.
- e) Elaboración de una guía de instrumentos de medición y evaluación.
- f) Asistencia y elaboración de propuestas a reuniones previas a la implementación del club social.
- g) Elaboración conjunta con compañeros, de una guía de uso del Disulfiram (Antabuse).
- h) Conjuntamente con la Maestra Lydia Barragán, inclusión del material de Desarrollo de Habilidades Sociales, tomado de Monti, Abrams, Kadden y Cooney (1989) en uno de los componentes del programa.

Fundamentos Teóricos de las intervenciones terapéuticas en las que participé.

Como un producto del análisis teórico realizado en la maestría, a continuación se expone una monografía de los principales fundamentos y características de los programas cognitivo conductuales ya mencionados, así como el extracto de un artículo que señala el proceso de evaluación.

En referencia a ambos programas en los que versó mi formación (Autocambio para bebedores problema y Programa Cognitivo Conductual de Usuarios Crónicos), es importante mencionar que éstos tienen sus antecedentes en los planteamientos propuestos por las Intervenciones Breves, la Teoría del Aprendizaje Social (presentada a continuación), el Modelo de Prevención de Recaídas y la Entrevista Motivacional descritos en las secciones siguientes.

Las características centrales de estos tratamientos combinan aproximaciones antecesoras con otras recientes e incluyen: a) Técnicas de autocontrol (tales como automonitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia), b) Análisis funcional del beber (identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo), c) Reestructuración cognoscitiva y d), Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber (Ayala & Echeverría, 2001).

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

En esta aproximación, se rechazan las explicaciones de la conducta humana basadas únicamente en el condicionamiento clásico, en el operante o en la teoría del aprendizaje de respuesta estricta a estímulos.

La Teoría del Aprendizaje Social (Abrams & Niaura, 1987) introduce el determinismo recíproco como concepto que explica la relación multicausal entre factores personales, el ambiente y la conducta en la génesis de las decisiones humanas y en la efectividad con la que el individuo hace frente a demandas medioambientales.

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS), se diferencia de las teorías tradicionales de la adicción basadas en un modelo médico de enfermedad.

La TAS, aunque reconoce el papel predisponente de factores biológicos en el aprendizaje de ciertas conductas, considera al individuo como un ser con una orientación adaptativa y no como un organismo pasivo.

El concepto Autoeficacia es central en esta teoría, el cual es entendido como un mecanismo que permite percibir o hacer juicios acerca de la capacidad propia para llevar a cabo determinados cursos de acción. La Autoeficacia proviene de las experiencias de dominio sobre una materia o campo, de la experiencia vicaria (observar el desempeño de otros), de la persuasión verbal (de profesores y padres por ejemplo) y de los estados fisiológicos, es decir; de las reacciones emocionales cuyo correlato psicofisiológico tal como la sudoración capilar, temblor, aumento del ritmo cardíaco u otros, se convierte en una serie de indicadores en el sentido de poder o no realizar determinada acción.

Primeras formulaciones de la TAS sobre el abuso de Alcohol.

Los mecanismos biológicos interactúan con factores psicosociales, de tal suerte que el mantenimiento de los problemas en el beber es diferente de su adquisición. No existe necesariamente una progresión estricta y forzosa hacia varios estados de alcoholismo, sino más bien, el beber, como conducta social, es adquirido y mantenido por modelamiento, reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia de recompensa o de pena y la dependencia física.

A continuación se presentan nueve principios centrales de la TAS sobre el uso y abuso de Alcohol (Abrams & Niaura, op. cit., McCrady, Rodríguez & Otero-López, 1998), los cuales contribuyen al entendimiento de los patrones de consumo a través de diferentes culturas y en el curso de la vida misma.

1. Aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y socialización dentro de la cultura. Gran parte de ese aprendizaje se inicia incluso antes de que el niño o el adolescente comience a consumir alcohol, ejerciéndose esta influencia de modo indirecto a través de las actitudes, expectativas y creencias, así como de modo directo por medio del modelado, los medios de comunicación y el refuerzo social de la conducta

- de bebida. Sin embargo, aún siendo necesaria, esta influencia no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.
2. Factores predisponentes de diferencias individuales pueden interactuar con agentes socializantes y situaciones específicas en el momento en que se determinan los patrones iniciales del consumo de alcohol, en otras palabras; los factores diferenciales de predisposición individual pueden interactuar con la influencia de los agentes y situaciones socializantes. Entre los elementos que pueden contribuir al riesgo de abuso de alcohol se incluyen los de tipo genético, farmacológico, psicosocial (déficits de habilidades o exceso de conductas inadecuadas), así como la ausencia de modelos normativos o la presencia de modelos de consumo abusivo de alcohol.
 3. Las experiencias directas con alcohol van cobrando mayor importancia conforme se desarrolla y continúa la experimentación con el alcohol mismo.
 4. En la medida en que los factores predisponentes de diferencias individuales interactúan con una demanda situacional actual para abrumar la capacidad individual de enfrentamiento, la percepción de eficacia de la persona se verá disminuida, pudiendo ocurrir un abuso de alcohol más que un consumo normal. Esto es; los déficits en habilidades psicosociales de enfrentamiento, a la hora de hacer frente a ciertas demandas situacionales, pueden producir una percepción de ineficacia personal que conduce a la utilización del alcohol, y a una disminución de la frecuencia e intensidad con la que se ejecutan respuestas de enfrentamiento alternativas. Por consiguiente, se establece que los principales determinantes próximos de la conducta de bebida son: los estresores ambientales que superan la capacidad de enfrentamiento de la persona, la baja autoeficacia para llevar a cabo conductas de enfrentamiento alternativas, las elevadas expectativas de que el alcohol producirá los efectos deseados y la minimización de las consecuencias a largo plazo.
 5. Si se sostiene el consumo, la tolerancia adquirida a las propiedades directamente reforzantes del alcohol, actuará como un promotor en la ingesta de cantidades cada vez más grandes de alcohol con el fin de alcanzar los mismos efectos que anteriormente se lograban con pequeñas cantidades. Por tanto, esta tolerancia puede actuar como un mediador secundario del consumo posterior de alcohol y, asimismo, puede también estar determinada por factores biológicos heredados.
 6. Si aumenta el nivel de consumo y el consumo se sostiene al paso del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física y / o psicológica aumenta. Éste es el momento en el que aparece el consumo reforzado negativamente para evitar los síntomas de abstinencia. Asimismo, la persona suele utilizar únicamente el alcohol como mecanismo de enfrentamiento a sus problemas psicosociales tales como los cambios de humor, la ansiedad social y los déficits de habilidades sociales.
 7. El abuso de alcohol, sin embargo, no sólo es resultante de variables proximales de tipos biológicos, ambientales o psicológicos. El determinismo recíproco entre los factores biológicos (euforia, reducción de tensión etc.), ambientales (restricción del círculo de amistades, pérdida de apoyo social,

de empleo etc.) y las variables psicológicas (disminución de la autoeficacia y de métodos alternativos de enfrentamiento), explica el círculo vicioso de las interacciones negativas entre persona y ambiente que conducen a la intervención de los mecanismos de control social (policía, programa sanitario, programas de rehabilitación). Resulta muy importante resaltar que este determinismo recíproco puede explicar la 'pérdida de control' sin necesidad de recurrir a la mención de un proceso de enfermedad biológica subyacente.

8. La influencia de estos factores de tipo situacional, social e intra-individual en el consumo de alcohol es variable de un individuo a otro, y en un individuo mismo a través del tiempo, por lo que se asume que no existen 'etapas' inexorables hacia el alcoholismo, ni 'personalidades alcohólicas' etc.; asumiéndose que existen múltiples vías biopsicosociales en el consumo, abuso y recuperación, estando todas ellas sujetas a los mismos principios del aprendizaje social.
9. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para poder escoger entre diferentes alternativas de enfrentamiento. En este sentido, se requieren tanto habilidades generales de enfrentamiento cotidianas como específicas de autocontrol necesarias para regular el consumo.

Inicio del uso de alcohol: Influencia de la familia y de los congéneres en un contexto del desarrollo.

El uso de alcohol entre los jóvenes no es una actividad solitaria, sino parte de un proceso más amplio de desarrollo psicosocial. La TAS asume que la familia y los congéneres influyen el inicio y el mantenimiento de la conducta de beber en los jóvenes, al afectar las actitudes, estándares y valores hacia el alcohol y también a través del modelamiento en contextos sociales.

Llama la atención la estrecha relación –aunque no linear- entre las actitudes y conducta parentales hacia el alcohol y el consumo del adolescente.

Se han estudiado como parte de este problema los efectos de determinantes sociales tales como el modelamiento de padres y congéneres y las normas, sobre el consumo adolescente, encontrando que el consumo está asociado al proceso de independencia de la influencia social paterna.

Modelando influencias.

Se ha observado que en población estudiantil, el modelamiento es un determinante proximal del consumo. Así también, si el modelo es un bebedor excesivo, la influencia es más efectiva en el consumo del observador, siendo la población masculina la que corre un mayor riesgo. Si el modelo es percibido como un compañero o congénere, el efecto puede ser de mayor significancia (Abrams & Niaura, 1987).

Desarrollo de expectativas hacia los efectos del alcohol.

Investigadores como Biddle (1980, en Abrams & Niaura, 1987), han supuesto que las conductas modeladas se convierten en expectativas, y que éstas pueden ser determinantes directos de mayor peso en el consumo que el modelamiento mismo. Expectativas tales como que el alcohol transforma positivamente las experiencias, que aumenta el placer sexual y físico, el desempeño sexual y la experiencia, que incrementa la fuerza y capacidad de expresar agresión, así como la asertividad, y el que reduce tensiones, pueden ser transmitidas tempranamente a través de los padres, en menor grado por los congéneres, e incluso por los medios masivos de comunicación.

Desde luego que estas expectativas positivas hacia el uso de alcohol están relacionadas con incrementos en los niveles de consumo, siendo un factor de peso en el desarrollo de estilos de consumo de abuso en años posteriores. Existen estudios que relacionan estos factores con las expectativas de autoeficacia (Skutle, 1999).

Aunque el modelo de TAS, reconoce la influencia farmacológica directa que existe en el desarrollo de la tolerancia, la abstinencia y la pérdida de control, las expectativas y el contexto pueden afectar estas variables, por consiguiente, para efectos de prevención de recaídas y recuperación, el tratamiento debe estar enfocado a incrementar las expectativas de autoeficacia, a través de un entrenamiento riguroso en la adquisición de habilidades generales y específicas de enfrentamiento que sustituyan a la baja autoeficacia.

Diferencias individuales predisponentes.

Aunque existen factores predisponentes tales como una mayor tolerancia (heredada biológicamente) hacia la intoxicación y hacia los efectos reforzantes del alcohol, la opinión de Abrams y Niaura (1987), tiende hacia que no existe una combinación de diferencias individuales predisponentes que incrementen el riesgo de problemas en el beber con respecto a otras combinaciones de diferencias, sino más bien el consumo está en función del número de factores de riesgo y no de un solo factor o combinación de factores. Sin embargo, los déficit de habilidades de socialización están relacionados tanto con el desarrollo como con el mantenimiento del consumo excesivo, así como con la recuperación y con las recaídas. En este sentido, los autores mencionan que algunas investigaciones apuntan a que los déficit de socialización pueden, en cierta medida, predisponer a un consumo excesivo individual. Los síntomas característicos de personalidad antisocial, así como las dificultades en la relación con congéneres, están asociados a consumos excesivos posteriores. Los investigadores también han observado que los alcohólicos más a menudo son solteros, separados o divorciados (Abrams & Niaura, 1987).

Resultados de algunos estudios selectos.

Los autores citan algunos estudios que han encontrado que conforme incrementa el estrés social, el consumo de alcohol aumenta, así mismo; quienes les son proporcionados los medios para hacer frente a las situaciones que provocan ansiedad, tienden a consumir menos alcohol que aquellos que no cuentan con alternativas de enfrentamiento. (Abrams & Niaura, op. cit.).

El proceso de recaída también está relacionado significativamente con factores sociales, probablemente del tipo de déficit de socialización. Dado que el alcohol puede facilitar la interacción social, o decrementar la ansiedad asociada con tales interacciones, su uso queda reforzado, a menos que haya estrategias alternativas para hacer frente a tal ansiedad.

Determinantes proximales en el beber.

Entre éstos se incluyen antecedentes tales como el entorno medioambiental, creencias y expectativas, el repertorio personal de habilidades de enfrentamiento generales y específicas, el estado cognitivo – emocional – fisiológico al momento del consumo, así como las consecuencias a corto y a largo plazo del consumo (efectos reforzadores y punitivos).

El hecho de que la decisión de tomar o ejercer autocontrol está en última instancia determinada por la autoeficacia y las expectativas de resultado planteadas en un contexto específico, no significa que el individuo es completamente responsable de su consumo de abuso, ya que su historia de aprendizaje social, así como sus déficit o excesos conductuales en ciertas habilidades y su capacidad biológica para tolerar estrés, así como sus creencias distorsionadas y expectativas provenientes de la cultura, todo ello en sí; juega un papel determinante, no obstante; en el modelo de la TAS el individuo debe aceptar una responsabilidad personal al aprender habilidades auto reguladoras, así como emplear tales alternativas en entornos donde el ofrecimiento de alcohol será altamente probable de ocurrir (Abrams & Niaura, 1987).

Factores situacionales.

El contexto situacional (una fiesta, una boda, una junta de Alcohólicos Anónimos o una comida del trabajo), así como la presencia de modelos que juegan el rol de bebedores, influyen la conducta individual de beber (Abrams & Niaura, op. cit.). También existen factores culturales, pues en algunos lugares las normas y los rituales controlan la forma de beber.

Dada esta situación, la valoración individual acerca de qué sociedad o cuál no “permitirá” intoxicarse y hasta dónde, determina el patrón individual de consumo, así como la conducta exhibida bajo la influencia de alcohol.

Factores cognitivos.

Se pueden enumerar seis:

1. Una historia de aprendizaje social problemático, como puede ser la presencia de un pariente alcohólico, lo cual influye en las expectativas individuales.
2. Los individuos sobreestiman las consecuencias inmediatas del consumo e ignoran o minimizan los resultados dañinos a largo plazo.
3. Los individuos creen que el alcohol es un manipulador poderoso o un modulador de estados de excitación fisiológica.
4. Los individuos pueden no poseer el repertorio de habilidades de enfrentamiento necesarias para cumplir y enfrentar metas y estresores cotidianos sin el auxilio del alcohol.
5. Los individuos pueden no contar con habilidades de enfrentamiento específicas para regular adecuadamente su nivel actual de consumo.
6. Los individuos pueden desatender indicadores psicofisiológicos e información conductual que provea retroalimentación sobre los efectos del consumo en el organismo.

Arreglo de expectativas.

En esta parte los autores citados destacan el gran peso que tienen las expectativas en estudios en ambientes controlados, donde los sujetos creen que están consumiendo alcohol, cuando no, o viceversa.

El alcohol puede producir una variedad de efectos dependiendo del estado actual de la persona y del interjuego entre expectativas y contexto, por ejemplo; sujetos que creían que habían estado consumiendo alcohol resultaron significativamente más agresivos que aquellos que creían que habían consumido una bebida no alcohólica.

Los estudios citados muestran claramente que el alcohol puede incrementar o decrementar la ansiedad, cuando se consideran las expectativas y no el contenido real de la bebida.

En lo referente al desempeño sexual, independientemente de las creencias al respecto, se ha mostrado que los niveles más altos de intoxicación están relacionados negativamente con la excitación sexual.

Habilidades de enfrentamiento generales y específicas para problemas de alcohol.

Los autores mencionan que las personas con problemas en el consumo deben adquirir estas habilidades.

Los déficit en **habilidades generales** de enfrentamiento se reflejan en estudios epidemiológicos de factores del desarrollo que predicen el abuso de sustancias en jóvenes, factores tales como pobre desempeño académico, marginación social, conflicto familiar y baja autoestima, en tanto que los déficit en **habilidades específicas** se refieren a situaciones específicas de consumo, en donde son necesarias estrategias de asertividad para rechazar las invitaciones al consumo, y para alcanzar una auto regulación proveniente de una retroalimentación biológica exitosa en la cual se perciban y atiendan oportunamente los indicadores interoceptivos de intoxicación (Abrams & Niaura, 1987).

En lo personal, me parece que esta aproximación permite contar con una visión panorámica tanto de los factores que mantienen el proceso adictivo, como del inicio y reinicio del consumo, como los precipitadores de la recaída, no obstante; antes de continuar se debe tener presente que el primer aspecto a abordar en las intervenciones breves es la evaluación, sobre todo si se considera que el proceso de cambio guarda una relación estrecha con ésta, situación para la cual es necesario contar con una amplia gama de instrumentos válidos, confiables y adaptados a México. Una vez evaluado el usuario, se le presenta esta información para motivarlo, en concordancia con las implicaciones prácticas derivadas de la revisión de diversos autores los que serán expuestos en los próximos apartados (en los temas de Etapas de Cambio y de Entrevista Motivacional), por lo que a continuación se presenta un extracto del artículo: *Evaluación de problemas de alcohol en adultos y adolescente*, de Miller, Westerberg y Waldron (1995), capítulo muy completo al cual Meyers y Smith (1995) refieren al lector y recomiendan para guiarse en el complejo proceso de evaluación.

PROCESO DE EVALUACIÓN:

Se describen a continuación seis diferentes funciones de la evaluación:

- 1) Tamizaje,
- 2) Diagnóstico,
- 3) Valoración,
- 4) Motivación,
- 5) Planeación del tratamiento y
- 6) Seguimiento.

(Miller, Westerberg & Waldron, 1995. Capítulo: Evaluación de problemas de alcohol en adultos y adolescentes)

1) TAMIZAJE. El propósito del tamizaje es la identificación / detección de casos. Los instrumentos con este fin generalmente se diseñan para proporcionar respuestas bipolares (*sí* o *no*) y de esta forma indicar la existencia de un problema particular, en este caso, de alcohol. La identificación de casos *potenciales* que requieran una evaluación, es tarea del tamizaje.

Miller, Westerberg y Waldron (op.cit), enfatizan que esta función a menudo es confundida con otras de evaluación, por lo que ocasionalmente los instrumentos de tamizaje son mal empleados como herramientas de valoración o diagnóstico.

2) DIAGNÓSTICO. De acuerdo con Jacobson (1989), el diagnóstico debería conducir a un más claro entendimiento de la etiología, desarrollo, expresión y propósito del alcoholismo, así como a planteamientos de programas y planes de tratamiento más viables y apropiados, así también; a algunos adelantos sobre el pronóstico del caso y de los posibles resultados del tratamiento.

Los instrumentos diagnósticos actualmente en uso no satisfacen estos requerimientos, ya que se asemejan más a herramientas de tamizaje. En los Estados Unidos, los sistemas taxonómicos comúnmente empleados con fines de diagnóstico son el Manual Diagnóstico y Estadístico –DSM- de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Algunos instrumentos de entrevista, descritos más adelante, se han diseñado específicamente para determinar si un individuo cubre los criterios diagnósticos necesarios para trastornos específicos tales como abuso de alcohol o dependencia de alcohol, lo cual es útil para propósitos de llenar récords médicos, para hacer clasificaciones de repercusiones orgánicas o elecciones de candidatos a servicios de salud u otras prestaciones, sin embargo; el diagnóstico de un trastorno de alcohol en todo caso no proporciona un entendimiento de la situación única del cliente (valoración), y ayuda muy poco a la labor de motivar y a la planeación del tratamiento.

3) VALORACIÓN. Como Miller, Westerberg y Waldron (op.cit) mencionan, la valoración auxilia en el entendimiento de la situación única del cliente, con respecto a su ubicación en seis dimensiones: a) Uso de alcohol, b) Consecuencias

negativas del uso, c) Dependencia al alcohol, d) Historia familiar, e) Funcionamiento neurofisiológico y f) Secuelas físicas. Estas áreas pueden ser examinadas con instrumentos por separado, con paquetes de evaluación o con entrevistas comprensivas de estos aspectos. Es conveniente que la valoración incluya también un aspecto psicológico más general, referente a la indagación de comorbilidad (depresión, desórdenes de ansiedad, psicosis, dificultades sexuales y / o en el establecimiento de relaciones sociales y, trastornos de personalidad).

4) MOTIVACIÓN. Desde luego que un propósito de la evaluación es incrementar la motivación al cambio en el cliente. Existe consenso entre investigadores con respecto a que la falta de motivación para el cambio es un obstáculo significativo en el manejo de los problemas de alcohol, por lo que resulta de utilidad valorar el nivel actual de motivación para cambiar en el cliente.

5) PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO. El desarrollo de metas claras y planes es una parte importante del tratamiento, así mismo; es un requerimiento de rutina en la práctica en programas de tratamiento acreditados. Una buena planeación es resultado de una buena valoración previa.

6) SEGUIMIENTO. Como ya se ha hecho mención, se puede obtener una imagen más clara de la situación del cliente a través de una valoración comprensiva, la cual en su momento se puede utilizar para incrementar la motivación y planear las estrategias de tratamiento. En este continuo, la evaluación es una parte integral del proceso terapéutico, y continúa *durante* y *después* de la administración del tratamiento.

Generalmente, la entrevista de seguimiento es considerada como parte de la evaluación del programa y de la investigación de los resultados, con fines de determinar la efectividad del tratamiento, sin embargo; Miller, Westerberg y Waldron (op.cit) cuestionan esta tradición y proponen que el *seguimiento sistemático* es un aspecto integral en el compromiso de un servicio de calidad, y una parte vital de un tratamiento sólido, por consiguiente; estos autores entienden *seguimiento* como la continuación de la *valoración* durante y después del tratamiento.

El seguimiento sistemático proporciona también la retroalimentación que permite a los clínicos mejorar sus habilidades. Otra ventaja es que los clientes a menudo perciben las visitas de seguimiento como una continuación del tratamiento y como un indicador de que se tiene interés en su bienestar. El seguimiento regular también puede entonces funcionar previniendo recaídas a través de la identificación temprana de preocupaciones específicas de los clientes, y dirigir éstas en planes de tratamiento.

Condiciones a tener presentes al medir.

Antes de hacer una revisión sobre los instrumentos en sí recomendables dentro de las seis funciones ya mencionadas al comienzo, Miller, Westerberg y Waldron (op.cit), hacen referencia a tres características que los instrumentos

deben tener: 1) Confiabilidad (que tenga *consistencia interna*, el grado en el cual los reactivos de un instrumento o escala están interrelacionados y parecen medir lo mismo, o *test – retest*, cuando el instrumento da los mismos resultados después de volver a ser administrado, o *intervalador*, cuando diferentes evaluadores obtienen los mismos resultados), 2) Validez (que tenga *sensitividad*, es decir; el grado en el cual detecta correctamente los casos positivos y, *especificidad*, el grado en el cual el instrumento identifica correctamente a quienes no tienen la condición) y, 3) Interpretabilidad (que los resultados sean comparados con estándares normativos de un grupo de referencia, lo que ayuda a entender el significado de aquellos).

Evaluación de adolescentes.

Hasta ahora se ha centrado la presente revisión en la evaluación de adultos, sin embargo; cuando se trabaja con adolescentes se deben tener en cuenta ciertos aspectos que hacen diferente el proceso. La mayoría de los instrumentos de adolescentes por ejemplo, todavía se encuentran en estadios de desarrollo, por lo que su efectividad en la identificación de problemas, en el diagnóstico y planes de tratamiento es desconocida en gran parte (Miller, Westerberg & Waldron 1995).

Otra diferencia en ambos tipos de poblaciones, es la ambigüedad que existe en lo que se considera que constituye un problema de uso de alcohol en la adolescencia, pues hay quienes argumentan que la experimentación con alcohol y otras drogas es normal estadísticamente. En el caso de alcohol, el 90 % de los estudiantes de últimos grados de High School (preparatoria) han tenido alguna experiencia de alcohol, así también, la mayoría de adolescentes (y adultos) que experimentaron con drogas no se convirtieron en adictos (Shedler & Block, 1990, en Miller, Westerberg & Waldron, 1995). En cierto grado, el consumo de droga tiene un valor utilitario adaptativo en el desarrollo (en la búsqueda de independencia de los padres, para lograr una identificación con congéneres y / o oponerse a normas y valores convencionales etc.).

Todas estas situaciones contribuyen a que el uso de alcohol incremente la exposición a situaciones de alto riesgo en adolescentes (manejar intoxicado, practicar sexo sin protección etc.).

Por todo ello, los autores mencionan que un instrumento diseñado para valorar adolescentes debe tener presente las características del uso de sustancias en adolescentes que se han encontrado que difieren de aquellas en adultos. Comparados con los adultos, los adolescentes exhiben menos dependencia física y menos problemas físicos relacionados al alcohol, consumen menos en general, pero mayores cantidades por ocasión de consumo, y tienen una más alta probabilidad de sufrir ciertas consecuencias sociales negativas, dada su posición de dependencia y bajo estatus en el sistema social y familiar (Barnes, 1984; White & Labouvie, 1989. En Miller, Westerberg & Waldron, 1995).

Instrumentos recomendables.

En esta parte, Miller, Westerberg y Waldron (1995) recomiendan instrumentos específicos con características que los hacen válidos, confiables e interpretables, para cubrir cada una de las seis funciones de la evaluación.

1) INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE. Se presentan a continuación cuatro escalas *directas*, de acuerdo con la recomendación de Miller, Westerberg y Waldron (op.cit). Los autores aclaran que en la función de tamizaje, se suele distinguir entre escalas *directas*, las que preguntan directamente sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias, y las escalas *indirectas*, que son las que tratan de medir problemas haciendo preguntas que en apariencia no están relacionadas directamente con el área de interés.

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE PARA ADULTOS.	
INSTRUMENTO:	SE OBTIENE:
CAGE (Ewing, 1984, King, 1986, Bush, Shaw, Cleary, Delbanco y Aronson, 1987). En México Ochoa G. y Piña E. ¹³	Una puntuación de tamizaje.
AUDIT (Organización Mundial de la Salud: Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992). ¹⁴	Una puntuación de tamizaje.
MAST Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971). Detecta bebedores que inician un consumo de alto abuso, así como las consecuencias sociales, fisiológicas y psicológicas del consumo.	Una puntuación de severidad.
GGT : Gamma-glutamyl transpeptidasa como un marcador de trastornos de alcohol.	Un valor de la función hepática.

Tabla 1
En Miller, Westerberg & Waldron (1995).

¹³ Es un acrónimo en inglés que consiste en cuatro preguntas: 1) ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dejar de beber? 2) ¿Ha dejado de ser amigo de alguien por la forma en que esa persona criticaba su manera de beber? 3) ¿Alguna vez se ha sentido avergonzado por su forma de beber? 4) ¿Ha bebido en las mañanas como primera actividad al despertar, para evitar las molestias de la cruda? Dos o más respuestas positivas se interpretan como un problema. Una respuesta positiva requiere evaluación.

¹⁴ Una versión corta de este instrumento ha dado buenos resultados en México no solo como prueba de tamizaje, sino también para identificar bebedores con diferentes niveles de consumo y diversa magnitud de problemas relacionados. Para una revisión consultar Medina-Mora E., Carreño S., De la Fuente J. R. (1998). **Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Mexico.** *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 14: *The consequences of Alcoholism*. New York: Galanter. Plenum Press.

Instrumentos de tamizaje para adolescentes usuarios de alcohol. Éstos se explican en la tabla siguiente.

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE PARA ADOLESCENTES USUARIOS DE ALCOHOL.	
INSTRUMENTO:	SE OBTIENE:
ADI	Una puntuación de tamizaje de alcohol.
AAIS	Una puntuación de severidad de alcohol.
PESQ	Una puntuación de severidad de sustancias.
POSIT	Una puntuación de subescala de sustancias.
DUSI	Tres puntajes de severidad de sustancias.

Tabla 2
En Miller, Westerberg & Waldron (1995).

El Adolescent Drinking Index (ADI, Harrell & Wirtz, 1989), es un instrumento de 24 ítems, en el que se explora cuatro áreas: a) pérdida de control, b) indicadores sociales, c) indicadores psicológicos y d), indicadores físicos. El rango de puntaje total varía de 0 a 62, con un punto de corte de 15. Incluye dos subescalas, una de consumo automedicado (un patrón de uso de alcohol para alterar el estado de ánimo) y otra de rebelión, que identifica adolescentes agresivos o que exhiben conducta delincuente cuando consumen.

El Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS, Mayer & Filstead, 1979) es un cuestionario de 14 ítems. La puntuación varía de 0 a 84, considerándose el valor 42 en adelante como elevado. La escala permite situar al usuario dentro de cuatro categorías: abstemios o bebedores no frecuentes, bebedores no problema, abusadores de alcohol y “cuasi-alcohólicos”.

El Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ, Winters, 1992) consiste de 18 ítems dirigidos hacia la severidad de los problemas, frecuencia e inicio de uso, defensividad (falsificación) y funcionamiento psicosocial. El rango de respuesta va de 18 a 72, sin haber un punto de corte que indique uso problemático. Cuenta con validez predictiva y discriminativa.

El Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)¹⁵ es una parte del sistema de canalización y valoración para adolescentes desarrollado por el National Institute on Drug Abuse (Tartar, 1990; Rahdert, 1991, en Miller, Westerberg & Waldron, 1995). Se trata de un cuestionario bipolar de 139 ítems que mide el funcionamiento en diez áreas: a) uso de sustancias, b) salud física, c) salud mental, d) relaciones familiares, e) relaciones con congéneres, f) status educacional, g) status vocacional, h) habilidades sociales, i) tiempo libre y recreación y, j) comportamiento agresivo / delincuencia. Ciertos ítems que pertenecen a un “área roja”, representan puntos de corte si alguno de éstos es contestado en la dirección crítica.

¹⁵ En México, adaptado por Mariño C. (1997). *Validez del cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT)*. Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología Social. Facultad de Psicología. UNAM.

El Drug Use Screening Inventory (DUSI; Tarter, 1990; Tarter & Hegedus, 1991, en Miller, Westerberg & Waldron, 1995) fue diseñado para identificar problemas de uso de sustancias, de salud física y mental, y de ajuste psicosocial tanto en adolescentes como en adultos. Este cuestionario consta de 149 ítems de respuesta bipolar (*sí o no*). Provee índices de rendimiento en diez áreas: 1) uso de sustancias, 2) patrones de conducta, 3) status de salud, 4) trastornos psiquiátricos, 5) competencia social, 6) sistema familiar, 7) ajuste y rendimiento escolar, 8) ajuste y rendimiento laboral, 9) relaciones con congéneres y, 10) recreación en tiempo libre. Los resultados pueden ser procesados en sistemas de cómputo. Los autores no proveen un punto de corte.

2) INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO. No en todos los contextos clínicos se requiere de un diagnóstico formal. Cuando es necesario un diagnóstico sin embargo; el procedimiento usual es llevar a cabo una entrevista estructurada para determinar los criterios pertinentes para una categoría diagnóstica en particular. Los instrumentos que Miller, Westerberg y Waldron (op.cit) revisan en esta sección, conforman parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, American Psychiatric Association), en su IV edición.

La Structured Clinical Interview para el DSM, Edición de Paciente (SCID-P, Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990, en Miller, Westerberg y Waldron op.cit), es probablemente la más popular de las entrevistas del DSM. A causa de sus derechos reservados, se tiene que comprar el folleto completo. Las preguntas de alcohol requieren de 10 a 15 minutos, pudiéndose determinar un diagnóstico de “abuso” o “dependencia” medio, moderado o severo, o bien en remisión parcial o total.

La Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robbins, Cottler & Keating, 1989, en Miller, Westerberg y Waldron op.cit), fue desarrollada como un requerimiento del National Institute of Mental Health para correr un estudio epidemiológico extenso. El resultado fue un test práctico, que no requiere de mucho entrenamiento para su aplicación. La sección de alcohol del DIS (DSM III-versión R) consiste de 30 preguntas, fáciles de entender, las cuales en su mayoría tienen sub-secciones. Una ventaja adicional podría ser que está disponible en una versión para niños y adolescentes, así también; puede ser administrado por computadora.

Otra opción que los autores retoman más adelante, es el Substance Use Disorder Diagnosis Schedule (SUDDS; Harrison & Hoffman, 1989). Se concentra en el uso de sustancias, siendo una entrevista más extensa que requiere de 50 a 60 minutos en su aplicación.

Cabe mencionar que sistemas diagnósticos tales como el DSM no hacen distinción alguna entre el diagnóstico de adolescentes y adultos en el área de abuso de alcohol o de dependencia.

Por último, la Adolescent Diagnostic Interview (ADI; Winters & Henly, 1993, en Miller, Westerberg y Waldron op.cit) proporciona una entrevista basada en los criterios del DSM para los síntomas de trastornos por uso de sustancias psico-activas. Esta entrevista altamente estructurada fue considerada por el National Institute on Drug Abuse como una herramienta de elección preferente para evaluar

criterios diagnósticos de uso de sustancias en adolescentes. La entrevista lleva de 45 a 60 minutos en su administración.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO RECOMENDABLES.	
INSTRUMENTO:	CORRESPONDENCIA:
DIS (sección de alcohol).	El diagnóstico corresponde con el DSM.
SCID (sección de alcohol).	El diagnóstico corresponde con el DSM.
ADI	El diagnóstico corresponde con el DSM (para adolescentes).
SUDDS	El diagnóstico corresponde con el DSM, estrés y depresión.

Tabla 3
En Miller, Westerberg & Waldron (1995).

3) INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN. Los autores mencionan que dado que se pretende valorar la situación única de cada persona en este apartado, el proceso puede volverse complejo. Existen seis dimensiones de preocupación general:

- Uso de alcohol.
- Problemas relacionados con el alcohol.
- Dependencia.
- Valoración neuropsicológica.
- Secuelas biomédicas.
- Instrumentos comprensivos y Entrevista.

A continuación se mencionan los instrumentos indicados en cada área.

Uso de alcohol. Casi todas las evaluaciones de consumo determinan al menos la frecuencia y la intensidad. Los instrumentos que se citan a continuación son de auto-reporte. Las medidas más simples de consumo se encuentran en cuestionarios de frecuencia-cantidad, cuyos ítems pretenden definir un estándar de consumo. Otras medidas son las de Rejilla, en las que se divide un periodo de tiempo (generalmente una semana) en segmentos más cortos (días, mañana, tarde, noche), indagándose la cantidad consumida en esos segmentos. Un tercer método es el LIBARE (L. Sobell & M. Sobell, 1992), una técnica de entrevista estructurada que reconstruye el consumo diario pasado de un periodo de tiempo específico, valiéndose de un calendario. Un cuarto método es el Auto-monitoreo, en el que la persona lleva registros de consumo día por día.

En caso de que exista duda con los datos obtenidos, se pueden emplear marcadores bio-médicos, tales como el volumen corpuscular medio (MCV), el ácido úrico y niveles de bilirrubina. El marcador más comúnmente empleado, por ser el más sensible y específico es la enzima gamma glutamil transferasa (GGT),

ya mencionada como una herramienta de tamizaje, no obstante; las técnicas de auto-reporte continúan siendo la medida más sensitiva, la cual puede ser corroborada con entrevistas con el otro significativo.

Problemas relacionados con el alcohol. Ciertos problemas, tales como dificultades en el dormir, pueden perseverar durante años, incluso con una total abstinencia. La valoración de estos problemas requiere de instrumentos específicos que se diferencien de aquellos que miden síntomas de dependencia. El Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI), es una escala de 23 ítems para uso en adolescentes y adultos, que los autores recomiendan aplicar junto con medidas de la intensidad del uso. En tanto, el Drinker Inventory of Consequences (DrInC, Miller, Tonigan & Longabaugh, 1994, en Miller, Westerberg & Waldron 1995), dirigido a adultos, pregunta sobre la ocurrencia de 50 problemas en el transcurso de la vida y durante los últimos tres meses, en cinco escalas (física, responsabilidad social, intra-personal, control de impulsos e interpersonal); cuenta con consistencia interna y confiabilidad test-retest, aunque no ha sido publicado.

Dependencia. Los instrumentos que se mencionan a continuación son para uso en adultos.

El Alcohol Dependence Scale (ADS, Skinner & Horn, 1984, adaptado a México con el nombre de EDA, en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998) es el instrumento más conocido, consta de 25 reactivos tomados de un inventario de alcohol; es auto-administrable y lleva 10 minutos aprox. la aplicación. Cuenta con datos normativos sólidos en el manual del test.

El Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ, Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor & Rankin, 1979) fue diseñado específicamente para centrarse en los aspectos del síndrome de dependencia de alcohol, ignorando los problemas relacionados al consumo. Es un cuestionario de 20 ítems auto-administrable que se concentra en un periodo de 30 días de consumo pesado. Cuenta con buena confiabilidad test-retest y consistencia interna.

El Alcohol Dependence Data (ADD, de 39 ítems, y su forma corta SADD, de 15; Raistrick, Dunbar & Davidson, 1983, adaptado a México con el nombre de BEDA por Echeverría, Oviedo y Ayala, en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), fue diseñado para medir el síndrome completo de dependencia al alcohol y no solamente los signos de abstinencia o retirada.

El Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-A; Addiction Research Foundation; Shaw, Kolesar, Sellers, Kaplan & Sandor, 1981, en Miller, Westerberg & Waldron 1995) es una escala de 15 ítems que puede ser empleada para valorar la necesidad de monitorear o asistir con medicamentos el síndrome de retirada, y para seguir el progreso del paciente durante el proceso de desintoxicación. Se encuentran video-tapes disponibles en la ARF, para entrenar personal en la aplicación.

Valoración neuropsicológica. Este tipo de valoración reviste particular importancia, pues constituye uno de los indicadores más tempranos y sensibles de daño relacionado a alcohol, de esta forma; se pueden detectar efectos menores antes de que se presente un daño generalizado.

Los autores mencionan que son de amplia utilidad algunas subescalas de la parte de ejecución del Wechler Adult Intelligence Scale – Revised (WAIS-R y WISC-III), tales como diseño con cubos, Símbolos en Dígitos, ensamble de objetos y ordenamiento de una historia. También son de utilidad algunas subescalas del Halstead Reitan Neuropsychological Test Battery para valorar posible daño cerebral en adolescentes y adultos.

Otros instrumentos de desempeño visual-espacial y proceso de información que pueden denotar daño cerebral asociado a alcohol son el Wisconsin Card Sorting Test, el Benton Visual Retention Test y el Test de Matrices Progresivas de Raven (en Miller, Westerberg & Waldron 1995).

Secuelas biomédicas. El consumo intensivo y crónico trae efectos que pueden ser observados no solo en el sistema nervioso central, sino también en casi todos los sistemas del cuerpo. Efectos bien documentados se han encontrado sobre el hígado, los sistemas endocrino e inmune, el tracto gastrointestinal y el sistema cardiovascular, por consiguiente; los autores (Miller, Westerberg y Waldron, op.cit), aclaran que es recomendable emplear al menos un instrumento de tamizaje de salud general, tal como el Health Questionnaire (HQ, Brodman, Erdman, Lorge & Woltt, 1949, con 195 reactivos), o un test sanguíneo y de perfil de química sanguínea. Los problemas detectados en este tamizaje deben ser seguidos por la consulta médica indicada.

Instrumentos comprensivos y Entrevista. Un entendimiento integral de la situación del cliente es altamente útil en la planeación del tratamiento, y ayuda a su vez a no dejar pasar de largo aspectos de peso que necesiten ser valorados. A continuación se mencionan algunos instrumentos comprensivos (en Miller, Westerberg & Waldron 1995):

- ◇ Alcohol Use Inventory (AUI; Horn et al; 1987, con 228 items y 24 escalas).
- ◇ Entrevistas estructuradas que el clínico complete.
- ◇ El Addiction Severity Index (ASI; Mc Lellan et al; 1980, 1985, 1990, adaptado en México por Solis L. y Fragoso E.).
- ◇ El Comprehensive Drinker Profile (CDP; Miller & Marlatt, 1984, entrevista estructurada con dos horas de duración aprox.).
- ◇ El Substance Use Disorder Diagnosis Schedule (SUDDS; Harrison & Hoffman, 1989, entrevista estructurada de 20 – 30 min., basada en el DSM-III-R).
- ◇ La Structured Addictions Assessment Interview for Selecting Treatment (ASIST; Addiction Research Foundation, 1984).
- ◇ El Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD; Friedman & Utada, 1989, entrevista estructurada de 150 items, para adolescentes).
- ◇ El Adolescent Self-Assessment Profile (ASAP; Wanberg, 1991, con 203 items, 20 escalas, para valorar un amplio rango de variables asociadas al consumo de drogas en adolescentes).

- ◇ El Personal Experience Inventory (PEI; Winters & Henly, 1989, con 276 items, auto-administrable).

4) INSTRUMENTOS DE MOTIVACIÓN. Una aproximación para valorar los factores motivacionales es preguntarles a los clientes sus razones para beber y razones para cambiar, algo semejante a un *balance decisional*. A continuación se presentan los instrumentos más indicados:

MEDIDAS RECOMENDABLES DE MOTIVACIÓN		
INSTRUMENTO	TIEMPO DE APLICACIÓN	ESCALAS
AEQ y variantes AEQ-A (Alcohol Expectancy Questionnaire; Brown, Goldman, Inn & Anderson, 1980; para adultos, y para adolescentes AEQ-A ; Brown et al, 1987).	10	Siete escalas de expectativas positivas hacia el alcohol.
AAST (Alcohol Attitude Scale for Teenagers; Torabi & Veenker, 1986).	15	Tres puntajes de actitudes adolescentes.
URICA (University of Rhode Island Change Assessment; Prochaska & DiClemente, 1986).	10	Cinco estados de cambio.
SOCRATES (Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale; Miller, 1993). ¹⁶	10	Cinco estados de cambio.
Readiness to Change (Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992).	5	Tres estados de cambio.

Tabla 4
En Miller, Westerberg & Waldron (1995).

5) INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO (en Miller, Westerberg & Waldron 1995). La mayoría de los instrumentos que se han mencionado hasta ahora podrían ser útiles en una planeación del tratamiento, sin embargo; solo unos cuantos fueron desarrollados específicamente para este propósito. De entre éstos, tres ya fueron mencionados como instrumentos

¹⁶ Éste instrumento ya ha sido adaptado a México en una versión para adolescentes. Consultar: Salazar Garza M. L. (2003). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestra en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

comprehensivos: El Alcohol Use Inventory (Horn et al, 1987), el Drinker Profile Instruments (Miller & Marlatt, 1984, 1987) y el ASIST (Addiction Research Foundation, 1984). Para adolescentes, el DUSI (Tarter, 1990), es un componente de un método de evaluación y tratamiento de uso de sustancias.

Una estrategia específica en la planeación del tratamiento es anticiparse a las causas más probables de recaída y tratar éstas con componentes terapéuticos específicos. Ésta es la estrategia empleada en el Inventory of Drinking Situations (Annis et al 1987, adaptado a México con el nombre de ISCA por Echeverría, Oviedo y Ayala, en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), cuestionario de 100 ítems que hace una subdivisión de las situaciones de riesgo potencial de beber en las categorías de intra-personales e interpersonales.

6) SEGUIMIENTO (en Miller, Westerberg & Waldron 1995). Al preguntarse qué es lo que se debe medir en un seguimiento, la respuesta obvia es medir aquello que se esperaba cambiar. Dado que la mayoría de los programas de tratamiento de alcohol esperan, entre otras cosas, cambiar el uso problemático de alcohol, cada una de las dimensiones de valoración ya discutidas debería ser evaluada en un seguimiento.

Es recomendable por lo menos, mencionan los autores, evaluar el consumo actual de alcohol del cliente (y en su caso, de otras drogas), y cualquier problema actual o consecuencia negativa relacionada con tal consumo. Si las metas del programa incluyen el lograr cambios en otras dimensiones, tales como auto-estima, espiritualidad, empleo, estabilidad en relaciones interpersonales, éstas deben ser valoradas como tales.

Muchos instrumentos pueden ser readministrados en un seguimiento, habiendo hecho modificaciones previas a las instrucciones si es que dicho instrumento explora periodos específicos de tiempo.

Comúnmente es necesario conocer qué tratamientos adicionales o servicios de salud ha recibido el cliente. La Treatment Services Review (McLellan, Alterman, Cacciola, Metzger & O'Brien, 1992), es una entrevista estructurada de cinco minutos (con 41 ítems), que provee información acerca de los tipos de servicios recibidos por los clientes. El Twelve –Step Participation Questionnaire (Tonigan, Miller & Montgomery, 1990), ha sido desarrollado para conocer el grado en el cual los clientes han participado en AA antes y después del tratamiento. El Follow-up Drinker Profile (Miller & Marlatt, 1987), también incluye preguntas sobre servicios adicionales recibidos.

Por último, en la aplicación de un programa de tratamiento, no solo es necesario evaluar a los usuarios, sino también evaluar la efectividad del programa mismo, así como la formación de los terapeutas, y dar una oportuna retroalimentación al personal involucrado. La metodología e instrumentos que se requieren para tal fin, escapan del alcance y de los propósitos del presente capítulo¹⁷ (Miller, Westerberg & Waldron 1995).

¹⁷ Para una revisión del tema, consultar a Ayala V. H., Ampudia R. A., Lira M. J. Arteaga E. C. (2000). *Modelo de Supervisión: para la Aplicación del Programa Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema*. Universidad Nacional

Habiéndose presentado esta vasta y valiosa revisión, traducida y comentada por quien suscribe, a continuación se presentan las etapas del proceso de cambio, información que es imprescindible para entender procesos subyacentes en la cadena conductual de la toma de decisión hacia la moderación, hacia la abstinencia, o bien la cometida del lapsus de consumo y / o la recaída (lo cual es parte de la prevención de recaídas).

Autónoma de México, Facultad de Psicología (Manuscrito para prensa). así como los manuscritos de los mismos autores -y año- denominados: **"Instrumentos de Supervisión de la Aplicación de la Intervención"** e **"Instrumentos de Evaluación de la Integridad de la Intervención"**. Consultar también a Ballester A., Gil Ll. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la promoción de la salud: El caso del Alcohol. En Pérez A. M., Fernández H. J., Fernández R. C., Amigo V. I. (Comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

ETAPAS DE CAMBIO DE PROCHASKA y DiCLEMENTE.

Cualquier acción dirigida a ayudar a una persona a cambiar, hace necesario conocer en qué fase o ciclo de cambio se encuentra ésta antes de dar inicio formal al proceso terapéutico (Ayala & Cárdenas, 1996). Las etapas de cambio de hábitos adictivos de Prochaska y DiClemente (1983a, 1986, en Ayala & Cárdenas 1996), cumplen este propósito. Éstas son: pre-contemplación, contemplación (antes de cambiar), acción (el acto de cambiar en sí), mantenimiento y recaídas.

Estas etapas podrían arreglarse en una forma lineal, así; un cambio exitoso implicaría progresar de la fase de pre-contemplación a la de contemplación y posteriormente a la de acción, para finalmente poder llegar a la fase de mantenimiento del cambio, sin embargo; el principal problema en el tratamiento de conductas adictivas es el hecho de que la mayoría de individuos no suelen progresar de manera lineal a través de estas etapas (Ayala & Cárdenas op. cit), sino que típicamente siguen un patrón cíclico cuando intentan sobreponerse a problemas de adicciones, ya sea con auxilio profesional o por sí solos.

Ayala y Cárdenas (op. cit), citan un estudio de Hunt, Barnett y Branch (1971), para mencionar que desde la década de los setenta se conoce el dato de que las tasas de recaídas a un año de haber terminado una intervención terapéutica son aproximadamente del 75 %, tanto en individuos considerados como alcohólicos, como en usuarios de heroína o fumadores de tabaco, no obstante; la mayoría de esos individuos no abandonan el tratamiento, sino que cerca del 84 % de ellos, dentro de un periodo del primer año, regresan a la fase de contemplación y están activamente volviendo otra vez a intentar dejar su adicción, habiéndose reportado que los que intentan el cambio por sí solos, sin ayuda profesional, en promedio hacen tres revoluciones alrededor de estas etapas de cambio de hábitos, antes de que puedan regresar a una vida relativamente libre de tentaciones de recaída (Prochaska & DiClemente, 1983; Schacter, 1983, en Ayala & Cárdenas op. cit).

Por consiguiente, *antes* de que se programe una intervención terapéutica específica, es necesario conocer en cada caso individual en qué etapa de cambio se encuentra el individuo, así como el número de intentos previos que ha realizado para modificar su patrón de hábitos.

Por último, Marlatt y Gordon (1985), mencionan tres etapas del cambio de hábitos, éstas son:

- a) Motivación y compromiso al cambio. En esta etapa es muy importante prestar atención si es necesario mejorar la disposición del individuo para comprometerse con el programa de tratamiento.
- b) Instrumentación del cambio en sí. Aquí es donde se aplican las estrategias de autocontrol, sin embargo; es un grave error dedicar demasiada atención a esta etapa en detrimento de las otras dos.
- c) Mantenimiento. Ésta es la más importante de todas, ya que es aquí donde el individuo debe trabajar con más ahínco, sobre todo al

regreso al ambiente de pre-tratamiento, pues si fracasa en anticipar y enfrentar el resurgimiento de los deseos de beber (al estar expuesto a viejas señales disparadoras asociadas y a antiguos estresores), se puede propiciar una situación en la que el individuo sufre una recaída en una fase muy temprana del proceso, lo que a su vez baja su autoeficacia de vencer la tentación en lo posterior, así también; afecta sus expectativas hacia el tratamiento, las que se vuelven de fracaso, emergiendo nuevamente expectativas de resultados positivos como efecto inicial hacia el consumo de alcohol.

De lo expuesto hasta ahora, se deriva que una vez que el usuario ha sido evaluado, es necesario motivarlo para el cambio, habiendo identificado la etapa en la que se encuentra de la rueda de cambio. Para motivar, se requiere una técnica específica, y es precisamente la Entrevista Motivacional el encuadre que da forma a las intervenciones breves, las que adoptan este enfoque *no confrontativo*. Por lo que a continuación se exponen los principios de la Entrevista Motivacional.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

Ésta es una herramienta altamente valiosa en el tratamiento de las adicciones, pues como estrategia no confrontativa (a diferencia del enfoque médico tradicional de enfermedad, en el que se etiqueta y se advierte), primero trata de ubicar en qué etapa de la rueda de cambio se encuentra la persona, para así, hacerse el terapeuta responsable del manejo de la resistencia, muy en contraste también con el enfoque tradicional de corte psicoanalítico, en el que la resistencia es vista como un problema del paciente. Cuando el terapeuta toma el control y responsabilidad de esta variable, en forma empática, no solo reduce la probabilidad de deserción, sino que al observar su propia conducta como terapeuta, favorece la aparición de verbalizaciones de cambio y de motivación en el usuario, las que llevan a éste a tomar la decisión necesaria, a veces en una intervención breve dada en forma de consejo. Esto no es un proceso imposible ni muy dificultoso, si se considera que una gran cantidad de personas que cambian sus conductas adictivas, lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal. Ello se constata al comparar los datos epidemiológicos con la cantidad de personas que reciben tratamiento formal (Miller & Rollnick, 1999).

La entrevista motivacional es entonces, un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para promover una motivación interna de cambio, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias.

En este enfoque, se hace énfasis en la reciprocidad existente entre ambos participantes del proceso, lo cual puede ser un elemento en pro si el terapeuta muestra adherencia a la técnica, o en contra de los objetivos terapéuticos de motivar para el cambio si el profesional no ha desarrollado las habilidades necesarias, ya que dependiendo de este proceso, se evocan o no cierto tipo de reacciones en cualquier paciente y en cualquier persona, respuestas éstas que son subyacentes a un principio psicológico susceptible de sistematizarse, pues estas reacciones no son privativas de la persona adicta, como tradicionalmente se pensaba (v. gr., “el alcohólico es un mentiroso, siempre es evasivo, no acepta que es un enfermo, no coopera” etc.).

Esta técnica es, pues, de suma utilidad con las personas que son renuentes a cambiar o que se muestran ambivalentes para establecer un compromiso de cambio, ya que coadyuva a resolver esta ambivalencia y a que el individuo progrese a lo largo de las etapas de cambio. Las estrategias de la entrevista motivacional son persuasivas y de apoyo, en cuyo espacio el terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio, lo cual es de suma importancia en nuestro medio, donde existe una alta tolerancia social a los episodios repetidos de embriaguez.

El desconocimiento de las habilidades terapéuticas necesarias para tratar las adicciones, puede conllevar a actitudes y aproximaciones contraterapéuticas, en las cuales se hace uso de estrategias mal entendidas de enfrentamiento

terapeuta–paciente de connotaciones agresivas y no profesionales, lo cual puede traer implicaciones graves en algunos pacientes adictos con diversos problemas en su estado anímico. Cabe mencionar aquí, que la creencia del terapeuta en la habilidad del usuario para cambiar, puede ser, en sí mismo, un determinante significativo de los resultados.

A partir de la propuesta de Miller y Rollnick (1999) sobre las estrategias del terapeuta dentro de la Entrevista Motivacional en el tratamiento de conductas adictivas, se presentan las siguientes conductas del terapeuta.

* Estas primeras doce se refieren a aquellas conductas del terapeuta que se convierten en obstáculos para lograr una escucha reflexiva hacia el usuario, y que por tanto se considera que no son promotoras del cambio terapéutico (Gordon, 1970, en Miller & Rollnick, op. cit):

1. Ordenar, dirigir o encargar. (“Usted debe hacer esto y pronto... haga esto... no se le ven energías... ¿hasta cuándo va a empezar?”).
2. Alertar o amenazar. (“Si usted no cambia su conducta se va a morir...”).
3. Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones. (“Yo creo que usted debe hacer esto... no hay otra salida, es la mejor solución”).
4. Persuadir con lógica, discusión o enseñanza. (“Hágalo, otro paciente que tengo hizo lo mismo, decídase de una vez, yo sé lo que le aconsejo... es lo mejor, analícelo... es lo que procede en estos casos”).
5. Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que <<deberían>> hacer. (“Eso no es lo correcto, usted no puede ser un irresponsable, ya muchos excesos ha cometido... qué le van a decir sus hijos, la sociedad...”).
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar. (“No... ¿cómo cree? Eso no es tan sencillo, a usted todo se le hace fácil.../ Ah caray... ahora sí que tuvo un exceso de copas ¿no? Qué tal las vacaciones ¿y no se puso a pensar en los hijos que tiene allá y que no ha ido a ver porque les dice que no tiene dinero? Digo yo, usted sí sabe disfrutar la vida”).
7. Estar en acuerdo, aprobar o rogar. (“¡Excelente! Usted es uno de mis pacientes más brillantes... eso que ha dicho denota mucha agudeza, inteligencia, y eso que usted no ha estudiado mi carrera...”).
8. Culpabilizar, ridiculizar o etiquetar. (“Já... y luego usted ¿cómo se va a ver haciendo eso? Eso es baja autocrítica... Mire; no se preste a payasadas, ¿no ve que usted ya es un adulto mayor? un hombre de respeto, asuma su rol, acepte su realidad... A usted ya no le quedan esas fiestecitas... si le va mal y se convierte en el hazme-reír después no me diga que no se lo advertí ¿eh?.../ Usted es un alcohólico, téngalo presente, anótelo para que no se le olvide”).
9. Interpretar o analizar. (“Eso que está haciendo usted con su hija es lo mismo que hizo su madre con usted en su infancia”).
10. Reafirmar, simpatizar o consolar. (“No... ¡pues con razón está usted así!... A un tío que tengo le pasó exactamente lo mismo nada más que a él no le fue tan mal...”).

11. Cuestionar o poner a prueba. (“A ver... ¿cuándo dice que fue? aquí tengo el calendario... y ese día no era sábado”).
12. Retirarse, distraerse, hacer broma o cambiar de tema. (“Ay qué calor ¿no? ¿Y no vio usted el partido? Allá en Pachuca son muy aficionados... / ¿Y cuántos litros, digo; cuántas copas tomó ese día? ji ji...”).

Aquellas conductas del terapeuta que sí son deseables de acuerdo al modelo son:

- 1) Habilidad del terapeuta consistente en hacer preguntas abiertas, y así crear una atmósfera de aceptación y confianza. (“¿Cómo sucedió?, explíqueme un poco más...”).
- 2) Escuchar reflexivamente. La escucha reflexiva es la *forma* en la que el terapeuta *responde* al paciente (los doce tipos de respuestas que *no son* indicadoras de escucha reflexiva son las mencionadas líneas arriba). Aquí se hacen preguntas aclaratorias para entender mejor el punto de vista del otro y se pregunta replanteando lo escuchado con otras palabras (“¿Le estoy entendiendo? ¿Usted me dice que no le fue posible por....?”).
- 3) Afirmar y apoyar. Son comentarios positivos del terapeuta, que pueden incluir frases de aprecio y comprensión, con el fin de apoyar al paciente durante el proceso terapéutico. (“¡Vaya! Eso que sucedió es muy positivo para usted... lo felicito por ese logro, es lo que usted buscaba, qué bien... / Me alegro por usted que ya consiguió empleo, por haberse salirse de ahí... /...Eso no debió ser nada fácil para usted...” etc.).
- 4) Estrategia que se refiere a realizar resúmenes en forma periódica de lo que ha dicho el paciente, con el fin de aclarar, rectificar y repetir una parte importante del contenido de la sesión. (“Usted me ha dicho que desde hace tres semanas ha interrumpido la comunicación con su esposa, al grado de no dirigirle la palabra y tener que pedirle de favor a sus hijos que funjan como intermediarios, que la última discusión guarda relación con su forma de beber; que usted está fastidiado, y que los problemas con su esposa se han extendido a la familia de ella ¿Esto es correcto? ¿Le estoy entendiendo bien? ¿Hay algo importante que omití?”).
- 5) Pedir al paciente que mencione ejemplos del tema que está desarrollando, y así saber si está entendiendo lo que le quiere decir, también hacer preguntas que evoquen; esto puede potenciar la aparición de afirmaciones automotivadoras. (“¿Pudiera ser más específico y ponerme un ejemplo de qué cosas le molestan de su jefe? ¿Qué día en particular discutió con él y después consumió en exceso?”).

Con respecto al paciente, se mencionan las siguientes conductas que se espera que se presenten como resultado de la aplicación de la técnica:

Expresión del paciente de verbalizaciones automotivadoras, las cuales pueden ser:

- A) Frases que se refieren al reconocimiento del problema.
- B) Expresión facial y corporal que muestre preocupación.
- C) Verbalizaciones de intenciones de cambio.
- D) Verbalizaciones de optimismo que se refieran a un aumento en la autoeficacia.

Esta técnica es altamente valiosa, pues se puede hacer extensiva a otros problemas de salud, tales como motivar hacia un proceso de cambio en la dieta y estilo de vida (reducción calórica, monitoreo de calorías consumidas y de ejercicio realizado) en pacientes con diabetes tipo II, y secundariamente en otros trastornos crónico degenerativos, asociados al peso corporal tales como elevación de la presión arterial y de triglicéridos.

A continuación, se presentan los principios teóricos del auto-monitoreo o auto-registro, técnica de medición sumamente importante, pues su simple aplicación impacta en el patrón de consumo, lo que hace necesario revisar los procesos subyacentes de autocontrol.

AUTOCONTROL.

“El mecanismo central del cambio es el autocontrol.”
(H. Ayala, comunicación personal, 2001).

El autocontrol, de acuerdo con Skinner (1953, en Cooper, Heron & Heward, 1987) se definió desde esa época en términos de respuestas: La respuesta controladora afecta las variables de tal manera que cambia la probabilidad de la otra, la respuesta controlada. La respuesta controladora puede manipular cualquiera de las variables de las cuales la respuesta controladora es una función; de aquí que hay muchas diferentes y buenas formas de auto – control.

De esta forma, el autocontrol involucra al menos dos tipos de respuesta: a) La respuesta que se controlará (comer, fumar, ahorrar etc.) y b) Las respuestas emitidas por el propio sujeto para controlar la tasa de la conducta meta, por ejemplo; el auto monitoreo (Cooper et al, op. cit.). Estos autores citan la definición de Kazdin (1975) sobre el mismo concepto, quien lo explica como “la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta” (p.189, en Cooper et al, op. cit), de tal forma que aquí se puede derivar el supuesto de que cada vez que una persona emite propositivamente una conducta para cambiar el ambiente con el fin de modificar otras conductas de su repertorio, se está haciendo referencia al autocontrol. En tanto, los autores (Cooper, Heron & Heward, 1987) definen autocontrol como la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que resultan en la modificación deseada de la conducta de uno mismo.

Posteriormente, los autores enlistan una serie de áreas de investigación del tema de autocontrol, con respecto a los fundamentos y ventajas del empleo de estrategias de este tipo. Las principales áreas son:

- Las técnicas de auto-control se pueden utilizar para controlar la conducta que no se ve afectada por las consecuencias a corto plazo. Es así como por ejemplo, la situación del daño a la salud, tal como el cáncer de pulmón, o como una muerte temprana, que va a tardar muchos años en ocurrir después de fumar, puede ser utilizada para planear esta ocurrencia con auto registros que provean al individuo del reconocimiento a corto y a largo plazo de cada consecuencia conductual.
- Algunas personas funcionan mejor bajo estándares seleccionados por ellos mismos. Por ejemplo, las contingencias seleccionadas por el propio usuario, pueden ser más efectivas que los estándares de ejecución seleccionados por el terapeuta.
- El auto-control causa una sensación de bienestar. Una persona que planea sistemáticamente su ambiente de forma que apoye y mantenga las

conductas que debe y quiere hacer, no solo será productiva, sino que se sentirá bien al respecto (Cooper, Heron & Heward, 1987).

Existen algunas estrategias puras de auto-control que involucran solo un principio específico de la conducta en relación a la triple contingencia, así también; las estrategias de control de estímulos para el autocontrol incluyen las manipulaciones ambientales que cambian algunos aspectos críticos de las condiciones antecedentes asociadas con la conducta meta. El auto-monitoreo, aunque es técnicamente una consecuencia, se enfoca en el componente medio de la triple contingencia (la conducta meta). Por último, para la auto-deliberación de las consecuencias, existen numerosas estrategias que una persona puede emplear para asegurar el reforzamiento o castigo contingente.

Técnicas de control de estímulos para el auto-control.

Una conducta se considera que está bajo el control de estímulos, cuando es alta la probabilidad de que una operante se emita ante la presencia de una configuración de estímulos dada más que otra.

Aunque la conducta operante se desarrolla y se mantiene por sus consecuencias, muchas operantes pueden ser controladas funcionalmente por la presentación o eliminación de estímulos discriminativos.

Las técnicas de control de estímulos para el autocontrol incluyen: a) Proveer señales extras en el ambiente; b) Confrontar a uno mismo con estímulos que controlan exitosamente la conducta deseada; c) Alterar el ambiente para hacer menos probable la ocurrencia de una conducta no deseada y d) Restringir las condiciones gratificantes del estímulo para el control de una conducta no deseada (Cooper, Heron & Heward, 1987).

Auto-monitoreo.

El auto-monitoreo, el auto-registro, la auto-observación y la auto-evaluación se refieren a una observación sistemática que hace el individuo de su propia conducta y la respuesta a la ocurrencia o no ocurrencia de una respuesta meta específica. El auto-monitoreo ha sido objeto de investigación y aplicación clínica, más que cualquier otra estrategia de autocontrol.

Desde un punto de vista clínico, los efectos de reactividad del auto-monitoreo han probado ser muy útiles. El auto-monitoreo no solamente produce un cambio en la conducta, sino que ese cambio casi siempre ocurre en la dirección deseada, siendo así, los terapeutas conductuales han utilizado el auto-monitoreo para reducir el sobrepeso, decrementar el consumo de tabaco, eliminar el morderse las uñas y beber menos alcohol. Así también, el auto-monitoreo le ha

permitido a los estudiantes poner más atención durante las clases y mejorar su ejecución académica en una variedad de materias. No obstante, en algunos casos, el auto-monitoreo por sí solo no parece tener efectos sobre la conducta meta (Cooper, Heron & Heward, 1987)

Algunos estudios muestran que el auto-monitoreo es una estrategia de cambio conductual inicialmente efectiva, mientras que otros han encontrado que es efectiva solo después de un periodo de evaluación externa, llevada a cabo, por ejemplo por el maestro o el progenitor.

A la pregunta de “porqué funciona el auto-monitoreo”, los autores dan la explicación de que éste produce oraciones de auto-evaluación que sirven ya sea para reforzar conductas deseadas o para castigar conductas no deseadas. El control de la culpa se refiere a que el auto-monitoreo, menos que la conducta deseada, produce oraciones de culpa encubiertas a las que se puede escapar ejecutando la conducta.

El auto-monitoreo se puede llevar a cabo mediante un registro de evento, en el que se registra inmediatamente cada ocurrencia de la conducta. De esta forma, un individuo puede tener más éxito en cambiar la conducta meta, por medio de emitir respuestas de auto-registro durante el inicio de una cadena conductual. El registro de evento puede ir acompañado de un instigador o recordatorio que le permita tener presente al individuo qué conductas debe estar registrando y qué consecuencias le trae ésta.

Con respecto a la confiabilidad de esta técnica, los autores mencionan que algunos investigadores reportan que existe poco acuerdo entre los auto-registros de niños y los datos obtenidos por observadores independientes. La confiabilidad del auto-registro se ve afectada cuando los puntajes obtenidos son empleados como medios para proporcionar reforzamiento. Una solución a este problema ha sido recompensar a los niños del estudio cada vez que produzcan datos que coincidan con los obtenidos por un observador independiente y con las revisiones puntuales de los reportes de auto-registro de los estudiantes –en su caso-.

No obstante que es deseable la confiabilidad de un auto-monitoreo, se considera que esta técnica no es una condición ni suficiente ni necesaria para el cambio en la conducta. Algunos estudios reportan una baja correlación entre la confiabilidad del auto-monitoreo y su efectividad en cambiar la conducta registrada (Cooper, Heron & Heward, 1987).

El automonitoreo es el instrumento, y el autocontrol es el principio teórico conductual.

Auto asignación de consecuencias.

Los autores (Cooper, Heron & Heward, 1987) mencionan que éste es uno de los componentes fundamentales del auto-control, y consiste en preparar y promover que la conducta propia reciba consecuencias específicas de acuerdo a las contingencias de reforzamiento y castigo planeadas por uno mismo. Se revisarán otras técnicas para auto-reforzarse o auto-castigarse.

Fortalecimiento de conducta.

En un programa de auto-control se puede incrementar la probabilidad de que un comportamiento determinado vuelva a ocurrir en el futuro, del mismo modo que en un programa de cambio de conducta común, por medio del reforzamiento positivo y del negativo. En algunas investigaciones, los estudiantes auto-determinan el número de fichas, puntos o minutos de tiempo libre que van a recibir, a partir de la auto evaluación de su ejecución.

El reforzamiento negativo puede ser aplicado como un esfuerzo de autocontrol a través de un contrato conductual, de consecuencias aversivas auto –impuestas ante el incumplimiento de la conducta meta.

Debilitamiento de la conducta.

En los programas de autocontrol, la probabilidad de que una conducta ocurra con menor frecuencia en el futuro se puede incrementar por medio de la auto-administración contingente de consecuencias de castigo. Del mismo modo, se puede auto-determinar y / o auto-aplicar el castigo por medio de planear la pérdida contingente de reforzadores o negarse el acceso al reforzamiento por un determinado periodo de tiempo.

Otras estrategias de autocontrol. Se han clasificado de acuerdo a la triple contingencia. Los autores (Cooper, Heron & Heward, 1987) las dividen en:

Mediadores Verbales. Se refiere a aquel tipo de pensamiento en el que el individuo se da a sí mismo instrucciones específicas antes de realizar una acción concreta, o bien, verbalizaciones de auto felicitaciones después de haberla llevado a cabo. Tales tipos de pensamientos pueden funcionar como respuestas controladoras que afectan la ocurrencia de otras conductas. Los autores mencionan que algunos estudios reportan que el entrenamiento en auto-instrucciones promovió el uso de éstas en el salón de clases y decrementó la conducta de ocio.

Respuestas Alternativas. Una estrategia de autocontrol consiste en “hacer algo más”, es decir; aprender a auto-monitorear los hábitos nerviosos, interrumpiendo la cadena conductual en la fase más temprana posible por medio de una

respuesta incompatible. Dentro de este género se incluye la *desensibilización sistemática*, ya que éste es un tratamiento conductual, ampliamente aplicado a ansiedades, miedos y fobias, que involucra una estrategia de respuestas alternativas (implica la sustitución de una conducta no deseada –el miedo y la ansiedad- por otra respuesta, generalmente la relajación muscular).

Práctica Positiva. Ésta se refiere a forzarse a sí mismo a realizar muchas veces una conducta que se desea decrementar, por ejemplo en el caso de una mujer que realiza muchas inspecciones de seguridad en su casa.

En cuanto a la planeación de la intervención, los autores (Cooper, Heron & Heward, 1987) observan que muchos de los proyectos de auto-monitoreo son más exitosos si se presentan contingentemente las consecuencias de reforzamiento y castigo a la conducta meta. Las habilidades para planear efectivamente estas contingencias de auto-reforzamiento implican por lo menos tres componentes que son: a) Conocimiento aplicado de los principios del reforzamiento; b) Habilidad para identificar los reforzadores potencialmente efectivos; y c) Establecer criterios apropiados de reforzamiento.

En una intervención, las estrategias globales de autocontrol son:

- 1) Adiestramiento en habilidades,
- 2) Reestructuración cognoscitiva y
- 3) Intervenciones en estilos de vida (Ayala & Cárdenas, 1996).

Lineamientos para un autocontrol más efectivo. Por último, dado que es mucho más fácil desarrollar programas deficientes, que desarrollar efectivos, los autores invitan a incorporar cinco sugerencias para que se incremente la probabilidad de éxito en el diseño e instrumentación de los programas de autocontrol:

- a. -Transformar la percepción de consecuencias mínimas o despreciables, en lineamientos y reglas de conductas viables y fáciles de llevar a cabo. Esto es aplicable cuando por ejemplo, la contingencia de morir de cáncer de pulmón por fumar es tan lejana e impredecible, que no funciona como consecuencia conductual apreciable para el sujeto, en tanto que la regla de conducta de reportar contingentemente a su esposa cada fumada de cigarro hecha en el día con el auto-monitoreo, puede resultar en una consecuencia inmediata y planeada efectiva / poderosa.
- b. -Incorporar un señalador periódico. Esto puede redundar en alta efectividad dependiendo de la frecuencia de la presentación del señalador (un audio-cassett grabado que cada cierto intervalo le pregunte al sujeto si está trabajando en su meta, por ejemplo).

- c. -Hacer pública la conducta meta. La efectividad del programa de auto-monitoreo puede mejorarse por medio de compartir públicamente las intenciones del programa.
- d. -Establecer un intercambio de programas de autocontrol con alguien más. Iniciar un intercambio de programas de autocontrol es una buena forma de incluir a otras personas, quienes pueden retroalimentar y funcionar como consecuencias conductuales que permitan hacer comparaciones con la conducta meta.
- e. -Delegar la aplicación de la contingencia a alguien más. El auto-control decisional, en el cual el individuo toma la decisión de cambiar su conducta y planea cómo llevarlo a cabo, pero delega el procedimiento de administración de las consecuencias a una segunda persona, aumenta las probabilidades de emitir la conducta controladora (Cooper, Heron & Heward, 1987).

El autocontrol es pues, el mecanismo central del cambio, y por tanto del mantenimiento conductual en la **prevención de recaídas**, la que es parte medular en el tratamiento de las adicciones.

Una vez revisado este proceso, se vuelve importante considerar si la abstinencia es la única meta de tratamiento posible en todos los casos. A continuación se presenta una revisión histórica de este tema.

Abstinencia, ¿Es ésta la única meta de tratamiento recomendable en todos los casos?: Revisión histórica del modelo de Prevención de Recaídas.

Las intervenciones de corte cognitivo conductual, a diferencia del modelo médico de enfermedad, consideran la moderación como una meta posible en algunas personas. A continuación se exponen los principales razonamientos, basados en la investigación, que sustentan esta propuesta.

La recaída ha sido definida de varias formas – como la reanudación del uso de droga después de un periodo de abstinencia, como un retorno a los niveles previos de uso, como la reanudación de la adicción (Wesson et al 1986 y Gorski 1986, 1990; en DeJong, 1994), en tanto que otros investigadores (Carroll & Ohanesian, 1989 y Weiner et al, 1990; en DeJong, op. cit.), definen la recaída como el desdoblamiento de un proceso, en el que la reanudación del uso de la sustancia es el último evento de una larga secuencia de respuestas mal-adaptativas a estresores o estímulos condicionados. Aunque la variedad de estas definiciones confunden y dificultan la comparación entre los resultados de un estudio y los de otro (Daley, 1989, en DeJong, op. cit.), todos éstos reflejan el mismo concepto esencial: Una reanudación de la frecuencia del uso de la sustancia, quizás no controlada (ciertos estudios hacen referencia a *la profecía autocumplida* de que un lapsus o consumo de una sola copa necesariamente conduce a una recaída; DeJong, op. cit.).

Dadas estas complicaciones, algunos investigadores argumentan que la recaída debería ser considerada una variable continua, definiendo el grado de recaída con la cantidad y la frecuencia del uso de la sustancia.

Otra complicación al definir la recaída se da en los poliusuarios, pues entre éstos es común la norma de que se encuentren en tratamiento y recuperación de la dependencia de una sustancia, y reanuden el uso de otra, sin que dicha substitución esté contemplada en el programa de intervención.

Annis, Herie y Watkin-Merek (1996), mencionan que la prevención de recaídas ha venido siendo un problema cada vez más reconocido desde los 70's, pues en tal época se comenzaron a encontrar altas tasas de recaída en diversos tipos de tratamiento.

De acuerdo con estos autores, las soluciones tradicionales al problema de la recaída se pueden englobar en tres categorías:

- 1) Sesiones de “revacunación” del mismo tratamiento, las cuales se administran después de cierto periodo para reforzar los efectos iniciales, sin embargo; estas sesiones han resultado inefectivas (Lichtenstein, 1982, en Annis et al, op. cit.).
- 2) Una aproximación común en el campo del alcoholismo ha sido intensificar y ampliar el número de componentes de tratamiento

ofrecidos, en el supuesto de que un programa multi-compuesto más intensivo e integral tendrá un impacto más duradero en los resultados del tratamiento, lo cual no se ha corroborado empíricamente (Annis, Miller & Hester, en Annis et al, op. cit.), observándose que estos programas se han caracterizado por añadir componentes adicionales apropiados para el cese de la conducta de beber, más que proporcionar técnicas diferenciadas dirigidas especialmente hacia el mantenimiento del cambio conductual.

- 3) Otra aproximación tradicional ha sido la adopción de un modelo permanente de tratamiento, tal como el ofrecido por Alcohólicos Anónimos y otros grupos de auto-ayuda. En este enfoque la filosofía predominante es la presunción de que el individuo nunca se “recupera”, sino que siempre está “recuperándose” (es decir; vulnerable a una recaída). La investigación y evaluación de este enfoque se ha visto obstruida (Annis, Herie y Watkin-Merek, 1996).

Dada la limitada utilidad de estos enfoques en mejorar los resultados de tratamiento a largo plazo, se incrementó el interés en la comunidad de investigadores en explorar las implicaciones de tratamientos de diferentes teorías de la adicción y en cómo se relacionaban éstos con el proceso de la recaída.

Uno de los marcos teóricos que más ha influido, y que ha sido aplicado al problema de la recaída es la Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social de Bandura (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999), así como los principios de Marlatt, quien a finales de los 70's empleó la teoría de auto-eficacia de Bandura para analizar el proceso de la recaída del alcohólico y el mantenimiento de los efectos del tratamiento de esta adicción, para posteriormente desarrollar un detallado modelo de prevención de recaídas (Marlatt & Gordon 1985, en Ayala & Cárdenas, 1996).

Algunas investigaciones antecedentes del modelo de Prevención de Recaídas.

Auto-eficacia y prevención de recaídas: En los 80's se encontró una relación entre auto-eficacia y resultados de tratamiento. En diversos tipos de adicciones, principalmente en tabaquismo, se observó una correspondencia muy alta entre las diferentes situaciones de consumo que los clientes reportaban en el tratamiento como que les resultaban de baja auto-eficacia y la situación en la que ocurría la primera recaída (Condiotte & Lichtenstein, 1981, en Annis, Herie y Watkin-Merek, 1996).

La prevención del *lapsus* de consumo (consumo de una copa) y de la recaída: A principios de los 80's, Marlatt, Gordon, Rollnick et al (en Annis et al, op. cit.), propusieron un modelo de dos estados que hace una distinción entre un lapsus de consumo de una sola copa (después de un periodo de abstinencia), y una recaída en sí, sugiriendo que existen diferentes procesos subyacentes en cada estado, habiéndose encontrado posteriormente suficiente soporte empírico de esta

distinción. Las primeras investigaciones encontraron que los estados emocionales negativos tales como ansiedad, frustración y depresión antecedían a las recaídas de fumadores, mientras que los lapsus fueron asociados con factores situacionales sociales, obteniéndose resultados similares en bebedores. Hallazgos tales como que los episodios de consumo explosivo eran más probables de ocurrir en eventos negativos y estados de ánimo negativos, mientras que los episodios de consumo moderado estaban asociados a estados de ánimo positivo, sugirieron que *los estados emocionales negativos pueden incrementar la probabilidad de que un lapsus conduzca a una recaída*, o en otras palabras: *La necesidad de librarse de tales emociones negativas, es un determinante mucho más fuerte de recaída que el deseo de sentirse intoxicado*. Estas conclusiones llevaron a plantear la urgencia de evaluar las situaciones de consumo antecedentes, y restaron mucho valor al enfoque médico tradicional en el que se consideraba la recaída como una consecuencia de la necesidad fisiológica (al estar la sustancia incorporada al metabolismo).

El efecto de violación de la abstinencia: Otro antecedente de peso en la conformación del modelo de prevención de recaídas fue la observación, de acuerdo con la teoría de auto-eficacia de Bandura, de que los individuos con una baja auto-eficacia acerca de su habilidad para controlar su consumo de alcohol podrían tener expectativas de sentir que todo está perdido con (percibir como catastróficas las consecuencias de) un simple desliz o lapsus de consumo. Este proceso por parte del usuario juega un importante rol en la conducta futura de beber y en la severidad del episodio de recaída. Marlatt en 1978, propuso que la transición del consumo inicial de una copa (lapsus de consumo) después de la abstinencia, hacia la continuación en el beber (una recaída) es mediada por una reacción cognitivo-afectiva similar que él llamó “el efecto de violación de la abstinencia” (EVA). El EVA implica una pérdida percibida de control que socava la auto-eficacia e incrementa las expectativas de fracasos posteriores. Cierta evidencia que apoyó esta observación provino del hallazgo de que los alcohólicos que creían en el axioma de “una sola copa, borracho seguro”, tenían – y tienen– una probabilidad más alta de recaer severamente (Heather, Winton & Rollnick 1982, en Annis et al, 1996).

Factores situacionales considerados por Marlatt (1996).

Desde mediados de los 70's, Marlatt (1996), ya estaba trabajando en la valoración de factores situacionales asociados a la recaída. Sus estudios de aquella época en *terapia de aversión* (orientada a generar reacciones de aversión condicionada en alcohólicos), dieron origen a muchas de sus inquietudes posteriores. En un seguimiento que hizo a quince meses del mantenimiento conductual de uno de estos estudios, no encontró diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control, sugiriendo estos resultados la necesidad de añadir “algo” a la terapia, para sostener los efectos benéficos observados en los tres primeros meses.

En aquel entonces, los resultados de la investigación basada en la teoría del aprendizaje en entrenamiento con castigo concluían que, aunque la aplicación de estímulos nocivos tales como choques eléctricos producían una supresión temporal del consumo, estos efectos eran de corta duración y, limitados al escenario en el cual las señales discriminativas originales del castigo estaban presentes (Hilgard & Bower, 1966, en Marlatt, 1996).

En el seguimiento de los estudios de aversión, Marlatt fue descubriendo la importancia de valorar cuidadosamente las señales estímulo asociadas a la reanudación del consumo de los alcohólicos. Haciendo un análisis detallado de los eventos antecedentes y que coincidían con la recaída, Marlatt esperaba identificar los disparadores contextuales que indicaban el momento de la elección entre la respuesta de consumo (recaída), o una respuesta alternativa (no beber, evitación o escape, u otra respuesta incompatible).

La necesidad de recabar datos para valorar la generabilidad de la terapia de aversión, llevó al autor a idear un micro-análisis del primer episodio de reanudación del consumo (lapsus de consumo) en el escenario operante de estímulos. Para ello Marlatt diseñó una entrevista estructurada (una versión de seguimiento de “El perfil de Consumo”), instrumento que después (en 1984), actualizara junto con Miller (The Comprehensive Drinker Profile).

En tal época en la que Marlatt conducía este seguimiento de la terapia aversiva (1970-1972), poco se sabía acerca del proceso de recaída en alcohólicos ya tratados. A pesar de que la literatura reportaba altas tasas de recaída en los resultados de tratamiento para alcohol, pocos estudios –si es que acaso habían algunos- fundamentaban datos con respecto a los determinantes próximos y distantes de la recaída, o de la magnitud del episodio de recaída (lapsus vs recaída), o con respecto a las reacciones cognitivas y afectivas hacia la recaída.

El autor menciona que el modelo de enfermedad tal y como se exponía en el libro de Jellinek de 1960, era la perspectiva teórica predominante y más influyente disponible en ese entonces sobre la recaída alcohólica. En tal perspectiva, la recaída era disparada por factores endógenos, y se hacía un énfasis particular en las ansias (asociadas a la dependencia física y a los síntomas de retirada), así como en la pérdida de control, que era vista como “compulsiva”. El autor observa que Jellinek falló al no mencionar ningún disparador externo, ambiental o situacional.

Uno de los primeros autores que comenzó a detenerse en estos eventos externos asociados a la recaída, fue Hore, en 1971 (Marlatt, 1996).

Burt, en 1974 (Marlatt, op. cit), reportó que el 80 % de su muestra (30 hombres y 4 mujeres), tomó su primer copa en una situación exterior que difería del escenario preferido para beber previo al tratamiento, un hallazgo que contradecía las predicciones de la teoría de la recaída condicionada.

Marlatt, en su propio análisis de situaciones en las cuales la recaída ocurría después de la terapia aversiva, encontró que las ansias de consumo asociadas a los síntomas de retirada raramente fueron reportadas por los pacientes como un disparador para consumir la primera copa después del tratamiento. Los síntomas agudos de retirada ya se habían pasado para la mayoría de los pacientes en el curso del mes de desintoxicación en tratamiento interno. Otros hallazgos se obtuvieron de estudios sobre frustración e ira y su relación con el consumo, lo cual condujo al autor a razonamientos sobre la necesidad de entrenar en habilidades al paciente alcohólico y establecer estilos alternativos de enfrentamiento conductual.

En 1978 Marlatt presentó en la Conferencia Internacional sobre Aproximaciones Experimentales y Conductuales al Alcoholismo, un documento titulado: *“Ansias por alcohol, pérdida de control y recaída: Un análisis cognitivo-conductual”*, en el que hizo un esbozo de un modelo de intervención preliminar que se centraba primariamente en enseñar a los pacientes alcohólicos a enfrentar efectivamente situaciones de alto riesgo como un medio para prevenir las recaídas.

Se puede considerar que fueron tres los estudios que contribuyeron decisivamente al desarrollo del modelo de recaídas resumido en la presentación del texto de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985, en Ayala & Cárdenas, 1996):

- Estudios análogos del beber.
- La evaluación clínica prospectiva de la prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo.
- La extensión de la aplicación de la taxonomía de recaídas a otras conductas adictivas.

Por último, en este artículo (1996), Marlatt concluye que el principal propósito del trabajo hecho por él y sus colegas en los 70's fue introducir principios de psicología a la investigación sobre el proceso de recaída que sigue al tratamiento para la adicción. Por psicología, Marlatt se refiere a las contribuciones de la teoría de Aprendizaje Básico (condicionamiento clásico y operante), psicología social- cognitiva (expectativas de resultado, auto-eficacia y teoría de la atribución), y a la investigación de enfrentamiento-estrés (habilidades sociales y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento).

Dada la significancia real y práctica del término “recaída”, Marlatt tuvo que prescindir de la expresión “mantenimiento conductual” al momento de publicar su trabajo, aunque no hiciera diferenciaciones conceptuales entre ambas expresiones.

Al hacer la distinción entre “lapsus de consumo” y “recaída”, el objetivo de Marlatt fue insertar otro espacio en el punto de vista dicotómico de “todo o nada”

de la recaída, promocionado éste por el paradigma modelo de enfermedad y su afinidad con la ideología de los 12 pasos.

Actualmente, las investigaciones continúan replicando los hallazgos esenciales de aquellos primeros estudios del autor sobre disparadores de recaída: **que los factores contextuales tales como la experiencia de estados emocionales negativos y la exposición a la presión social constituyen situaciones de alto riesgo para la recaída en el uso de alcohol y sustancias.**

El autor cierra con el comentario de que el enseñar a los pacientes acerca de situaciones de alto riesgo y cómo enfrentar éstas más efectivamente es la esencia de la prevención de recaídas.

En conclusión, se pueden enunciar como antecedentes del Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon:

- ❖ Los modelos de tratamiento aversivos.
- ❖ La teoría de Auto-eficacia de Bandura.
- ❖ Los primeros estudios sobre mantenimiento conductual.
- ❖ La teoría de condicionamiento clásico (parte de ésta se constituyó en una teoría de la Recaída, Ludwig 1986, en DeJong, 1994); se pueden incluir también los trabajos pioneros de Wickler en 1948 -en Casas y Gossop, (1993)-, que mostraron que la reacción de abstinencia a los opiáceos podía ser condicionada fácilmente, pudiendo ciertas señales de la droga propiciar un uso continuado y repetitivo y,
- ❖ La teoría de la atribución causal (Curry et al, 1987, en DeJong, op. cit.).

Una vez expuestos los fundamentos teóricos de los programas de intervención, a continuación se presenta un resumen del procedimiento y contenido del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA.

A principios de los años 90, se adaptó en la ciudad de México, con una muestra de 177 individuos, un programa de intervención breve para proporcionar tratamiento a bebedores de alcohol con niveles de dependencia bajo y medio y con una historia de problemas sociales relacionados con su patrón de consumo (Ayala, Echeverría, L. Sobell & M. Sobell, 2001). Esta intervención, desarrollada originalmente por L. Sobell y M. Sobell en Canadá, es resultado del trabajo colaborativo de un grupo de investigadores de la Addiction Research Foundation de Toronto, y de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998).

Actualmente, esta intervención está siendo implementada en instituciones tales como Centros de Integración Juvenil y en el sector salud (ISSSTE).

Mediante un convenio entre la UNAM y el Instituto Mexicano del Seguro Social, este programa también ha sido diseminado en algunas clínicas principalmente del DF.

El programa de autocambio dirigido para bebedores problema es una intervención motivacional para bebedores que desean asumir una mayor responsabilidad para modificar su consumo. En este programa, el autocontrol juega un papel muy importante, así como la capacidad del individuo de jugar una parte activa en la elección de la meta del consumo, así también; en la decisión que implica escoger la mejor alternativa de entre sus opciones generadas por él mismo para estructurar el plan de acción con el cual va a enfrentar en forma personalizada su deseo de consumo y las situaciones de riesgo de recaída (componentes de análisis funcional y solución de problemas).

Como se puede observar en la tabla 5, en el modelo médico de enfermedad, el papel que juega el individuo en el curso que sigue su problemática o enfermedad es insignificante, ya que la causa está atribuida a factores externos, mientras que en un modelo terapéutico de autocontrol, el individuo es el determinante fundamental en el curso que sigue su comportamiento adictivo (Ayala & Cárdenas, 1996).

Tabla 5. Diferencias en abordajes terapéuticos.

	De Autocontrol	Modelo de Enfermedad
Localización del Control	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo es capaz de autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo es una víctima de fuerzas fuera de su control
Meta de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Opción de metas: Abstinencia o Moderación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia es la única meta.
Filosofía de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve la separación entre uno mismo y su comportamiento. • Es un enfoque educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipara a uno mismo con su comportamiento. • Es de enfoque médico/enfermedad.
Procedimientos de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de habilidades conductuales. • Reestructuración cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontación y conversación. • Apoyo grupal. • Dogma cognitivo.
Enfoque general de las Adicciones	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de similitudes entre las adicciones. • La adicción está basada en hábitos maladaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada adicción es singular. • La adicción se basa en procesos fisiológicos.
Ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo conductual (consulta externa). • Programas de autocontrol. • Programas de moderación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de tratamiento hospitalizados (institucionalización). • Tratamiento aversivo. • A.A. y Alanón.

Marlatt, 1983. En Ayala y Cárdenas (1996).

El Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema es entonces una intervención de prevención secundaria, dirigida a personas que comienzan a presentar problemas con su consumo de alcohol, cuyo objetivo es facilitar un proceso de aprendizaje hacia la moderación o abstinencia.

A continuación se enlistan los principales componentes que caracterizan al Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

- 1) La planeación del tratamiento con la participación del usuario, ya que éste elige su meta de tratamiento, sea de moderación o de abstinencia.
- 2) Se observan las interacciones sujeto entorno y se hace un análisis funcional de la conducta de beber.

- 3) El usuario pone en práctica sus propios recursos para alcanzar la meta de tratamiento, y también aprende nuevas habilidades para enfrentar las situaciones que le ocasionan el beber en exceso.
- 4) El usuario lleva a cabo un monitoreo de su conducta de beber a lo largo del tratamiento. En este momento el cliente se vale de su autoeficacia y autocontrol para alcanzar y mantener la meta del tratamiento.
- 5) La motivación para el cambio es un elemento central en la decisión para cambiar, en el establecimiento de metas y en la búsqueda y utilización de apoyos para mantener el cambio.
- 6) La recaída se concibe como parte de un proceso de aprendizaje, en el cual el sujeto puede incorporar nuevas experiencias para enfrentar situaciones difíciles en el futuro.
- 7) La recuperación es una meta a largo plazo, que involucra un cambio en el estilo de vida del usuario y la puesta en práctica de las habilidades aprendidas, que deben mantenerse.

Características del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema:

- Es un tratamiento de corte cognitivo-conductual.
- Es una intervención breve.
- Se ofrece en forma ambulatoria (consulta externa).
- Puede ser aplicado tanto en forma individual como grupalmente.
- Utiliza la biblioterapia como herramienta de trabajo. El individuo reconoce mediante este recurso la naturaleza de su problema conductual; aprende a identificar hechos observables y con ello aumenta su confianza para poder controlar su propia conducta.

Las sesiones que constituyen el Programa son: admisión, una sesión de evaluación, cuatro sesiones de intervención y como parte final cuatro sesiones de seguimiento, con la finalidad de monitorear el cumplimiento de la meta del usuario (mantenimiento).

Para cumplir con los objetivos y la meta de la intervención, el modelo está diseñado por cuatro componentes básicos:

- a) Técnicas de autocontrol: auto-monitoreo del consumo, auto-selección de las metas del tratamiento.
- b) Análisis funcional del beber: identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber y de alto riesgo.
- c) Reestructuración cognoscitiva.
- d) Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber.

Procedimiento del programa.

Admisión:

Éste es el primer contacto con el usuario. El objetivo es determinar si el usuario cumple con los criterios de inclusión, que son:

- Bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol, determinado por el BEDA (puntaje desde el más bajo que es 1, hasta medio que es 19). Sin embargo, también se puede utilizar el AUDIT o el CAGE como prueba de tamizaje.
- Que su número máximo de tragos estándar por ocasión de consumo sea inferior a 30.
- Sujetos adultos (entre 18 y 70 años de edad) que sepan leer y escribir, con domicilio permanente.
- Ausencia de alucinaciones, convulsiones y delirium tremens.
- Sin alteraciones neurológicas o psiquiátricas que limiten el cumplimiento del programa.
- La droga de consumo principal debe ser el alcohol.
- No acudir simultáneamente a otro tipo de tratamiento.
- Tener disposición para asistir a las sesiones y al seguimiento.

Para poder determinar lo anterior, es importante hacer una entrevista estructurada que cubra:

- El motivo de consulta.
- Síntomas clínicos relacionados con el consumo de alcohol.
- Patrón de consumo actual, su duración, los eventos a los que está asociado, las situaciones de riesgo, antecedentes, el contexto (dónde y con quién suele tomar), y si el consumo se lleva a cabo por el sabor o por los efectos.
- Historia de consumo, y de consumo problemático.
- Consecuencias del mismo.
- Características que sugieran dependencia severa
- Etapa de disposición al cambio en el que se encuentra el usuario (identificando verbalizaciones de cambio, o que sugieran negación de la problemática etc).

Además, para completar la información, se aplican los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de pre-selección, el cual contiene los criterios de inclusión y exclusión del programa.
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol *BEDA*, ya mencionada.
- Sub-escala Pistas Parte A y B de la Batería Halstead-Reitan.

Esta sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos.

Evaluación conductual:

Tiene como objetivo el obtener información detallada sobre el usuario, conocer la historia y el patrón del consumo, el nivel de auto-eficacia percibido y las diferentes situaciones de consumo, así como problemas asociados. Se aplican los siguientes instrumentos:

- Entrevista inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional CCS (Annis & Martin, 1985 en Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA (Annis & Martin, 1985 en Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).
- Línea Base Retrospectiva *LIBARE* de 12 meses (Sobell, Maito, Sobell & Cooper, 1979 en Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

Se le presenta además, un formato de consentimiento en que el usuario se compromete a llevar a cabo el tratamiento de principio a fin, el cumplimiento con las tareas, y proporciona el nombre de alguna persona cercana a él para participar como colateral en la etapa de seguimiento. Se hace un resumen de la evaluación.

La duración de esta sesión varía entre los 90 y 120 minutos, por lo que es necesario comunicárselo al usuario en la sesión previa de Admisión.

Sesiones de tratamiento

Éstas están estructuradas a partir de los componentes del modelo y de los objetivos planteados para cada una de ellas. Se llevan a cabo una vez a la semana a través de la discusión de las lecturas y las tareas desarrolladas previamente. Cada sesión dura en promedio 60 minutos.

Sesión 1: Balance Decisional. El objetivo de esta sesión es que el usuario haga un balance entre las ventajas y desventajas de cambiar su consumo y establezca la meta del tratamiento (moderación/abstinencia). Para ello, el usuario valora los pros y los contras de cambiar su consumo y de continuar con el mismo de forma excesiva; identifica sus razones de cambio, y elige entonces la meta de tratamiento. Se le dan a conocer los criterios de consumo moderado (no más de una copa por hora, no más de cuatro copas por día si es hombre y de tres si es mujer, no consumir diario, y no más de 12 / 9 copas por semana, siendo preferente acompañar con alimentos el consumo). Se le proporciona también información de las técnicas de reducción del consumo. Se discute el resultado de *LIBARE*.

Sesión 2: Situaciones de riesgo y recaídas. El objetivo es que el usuario identifique las situaciones de consumo riesgoso. El usuario identifica los factores precipitantes de su consumo, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de sus tres principales situaciones de riesgo, y se analiza la meta de la recuperación como una meta a largo plazo. También se hace un análisis con los resultados del CCS y del ISCA, y con los datos del automonitoreo semanal. El terapeuta hace notas sobre el progreso.

Sesión 3: Programa general de solución de problemas (D´Zurilla & Nezu, 1982 citado en Nezu & Nezu, 1995). El objetivo de la sesión es que el usuario elabore planes de acción para las situaciones que precipitan el consumo riesgoso. El usuario desarrolla entonces estrategias que le permiten enfrentar las situaciones de riesgo previamente identificadas y elabora los pasos a seguir. Se discute el automonitoreo.

Sesión 4: Revisión de los avances, resumen de la sesión y un segundo establecimiento de metas. El objetivo es la revisión del progreso en cuanto al control del consumo y el establecimiento de una nueva meta de consumo (abstinencia/moderación), que se espera que sea más realista, o bien, la confirmación de la ya elegida. Para ello, se identifican las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se revisa el automonitoreo. Se toma la decisión de establecer sesiones adicionales si existe la necesidad. Por último, se realiza un resumen del tratamiento y se programa la fecha para el primer seguimiento. Se refuerza verbalmente al usuario felicitándolo en caso de lograr la meta, y se le exhorta a mantener su conducta.

El programa contempla entonces la posibilidad de sesiones adicionales cuando el terapeuta y el usuario determinan que no se ha logrado la meta de consumo establecida en la Sesión 1.

En síntesis, en todas las sesiones de tratamiento se indaga el consumo de la semana con el *auto-registro del consumo* (automonitoreo), que consiste en el reporte de la cantidad y frecuencia del consumo en la semana, indagando los siguientes datos por ocasión de consumo:

- Duración total del periodo revisado.
- Tiempo de consumo por copa.
- Sentimientos antecedentes y consecuentes.
- Presencia/ausencia de la sensación de saciedad.

Seguimiento: El objetivo es corroborar el mantenimiento del cambio conductual. En cada seguimiento se aplican los siguientes instrumentos:

Al mes y a los 3 meses:

- Entrevista de seguimiento.
- Revisión del auto-registro.

A los 6 meses:

- Entrevista de seguimiento.
- Aplicación de termómetro impreso de consumo problemático.
- Entrevista de seguimiento al colateral.
- LIBARE (6 meses).

A los 12 meses:

- Entrevista de seguimiento.
- Aplicación de termómetro impreso de consumo problemático.
- Entrevista de seguimiento al colateral.
- Línea Base Retrospectiva, *LIBARE* (6 meses).
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol, *BEDA*.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional, *CCS*.

Ventajas del programa.

- Es una opción eficaz de tratamiento de primera vez, en el primer y segundo nivel de atención.
- Es de bajo costo.
- Es mínimamente intrusivo.
- Es breve.
- El tratamiento comprende técnicas de autocontrol.
- Se dota al individuo de técnicas conductuales específicas, tales como el entrenamiento en habilidades, el manejo de contingencias, la solución de problemas.
- Se analizan las situaciones de riesgo y después se plantean opciones de solución para llevarlas a la práctica con los planes de acción correspondientes.
- Permite al individuo responsabilizarse de su problema de conducta así como de las consecuencias que le acarrea.
- El tratamiento es individualizado a las situaciones personales del cliente. Se conocen las situaciones que lo precipitan a beber en exceso y se plantean estrategias realistas que estén a su alcance.
- Se parte de una visión positiva de la recuperación, una visión que prepara al individuo para que pueda prever la recaída y situaciones de riesgo con estrategias de enfrentamiento aprendidas o reforzadas como nuevo aprendizaje, durante la fase de su mantenimiento.
- Promueve el mantenimiento del cambio de conducta por periodos clínicamente significativos.
- Incluye un componente motivacional que promueve la adherencia al tratamiento del individuo.

- Prepara al individuo para enfrentar los eventos que ocurran en la fase de mantenimiento, a través de la planeación de acciones concretas.
- El individuo tiene la oportunidad de identificar el nivel de auto-eficacia o de confianza situacional ante su consumo.
- El individuo puede generalizar el aprendizaje llevado a cabo durante el programa hacia otras áreas de su vida.
- El individuo no crea una dependencia al tratamiento, ya que obtiene las herramientas para llevarlo a cabo por sí mismo.
- El programa podría insertarse dentro de un plan de trabajo comunitario como prevención selectiva, empezando con la aplicación de instrumentos de tamizaje.

Por último, cabe mencionar que existen bebedores problema cuyo patrón de consumo no muestra una mejoría con esta modalidad de tratamiento (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998), por lo que una opción puede ser valorar la posibilidad, si su nivel de dependencia ya es alto y cumple los criterios de inclusión, de canalizarlo al programa Modelo de Intervención Cognoscitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas (Barragán 2005), el cual se describe a continuación.

Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas (en inglés: “Community Reinforcement Approach”).

Éste es un paquete de componentes de entrenamiento orientado a modificar y mantener un cambio en el patrón de consumo de sustancias adictivas. Este cambio se induce con base al aprendizaje de habilidades que favorecen la obtención de logros y la satisfacción en diferentes áreas de vida cotidiana. Los componentes de tratamiento incluyen: análisis funcional, rehusarse al consumo, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, entrenamiento al otro significativo, solución de problemas, consejo marital, habilidades sociales y recreativas, búsqueda de empleo y prevención de recaídas. Es un modelo flexible que se adapta a las necesidades y características del repertorio conductual de cada usuario (Hunt & Azrin, 1973).

La revisión de literatura científica internacional, señala como modalidades de intervención para usuarios dependientes de sustancias adictivas al “Community Reinforcement Approach” (CRA) y al entrenamiento en habilidades sociales como las más efectivas a partir de los reportes de resultados sobre su aplicación, por lo que ambas se incluyen entre las 6 modalidades de intervención recomendadas por el NIDA-NIAAA para consumo crónico de sustancias adictivas (Allen et al, 1995).

Se ha observado que las modalidades de tratamiento de alcohol que cuentan con la evidencia más contundente de ser eficaces, incluyen predominantemente aquellas enfocadas en desarrollar habilidades conductuales de enfrentamiento y en cambiar las relaciones sociales, tales como el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia conductual familiar y el CRA, siendo notorio que los métodos de tratamiento que se dirigen directamente hacia el manejo de afectos negativos (v. gr. entrenamiento en relajación, medicamentos psiquiátricos), tienen una trayectoria de logros muy pobre (Hayes, 1994; Miller et al, 1995; en Connors, Longabaugh & Miller, 1996).

El programa CRA ha demostrado ampliamente su efectividad como una alternativa de tratamiento costo-efectiva en el manejo de usuarios con dependencia severa al alcohol (Azrin, en Ardila, 1980; Higgins; en Tucker, Donoan & Marlatt, 1999).

La meta primaria de esta intervención es acrecentar la calidad de las relaciones de la familia con el cliente, y de las actividades sociales, recreacionales y vocacionales, de tal suerte que éstas puedan competir efectivamente con los efectos reforzantes derivados del estilo de vida drogodependiente (Meyers & Smith, 1995).

Por otro lado, existen tratamientos que llevados a cabo en forma independiente, han demostrado una efectividad inversamente proporcional a su costo, entre éstos; los más efectivos en orden descendente que citan Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (en Wolfe & Meyers, 1999) son:

- 1) Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- 2) Entrenamiento en Autocontrol.
- 3) Breve Consejo Motivacional.
- 4) Terapia Conductual Marital.
- 5) CRA.
- 6) Entrenamiento en Manejo del Estrés.

CRA, SU ESTRUCTURA.

El modelo CRA es un tratamiento de amplio espectro para problemas de abuso de sustancias, que puede tener una duración de 8 hasta 24 sesiones. Funciona con el supuesto básico de que las contingencias ambientales son poderosos reforzadores de la conducta de beber, y que manejados apropiadamente, se convierten en reforzadores igualmente efectivos de la conducta de no beber (Smith & Meyers, en Hester & Miller, 1995). En términos simples, el objetivo del CRA es hacer que un estilo de vida de no beber sea más atractivo que uno de beber. Conjuntamente con un planteamiento de metas y un incremento en la motivación, el CRA enseña a los clientes las habilidades necesarias para crear el estilo de vida que éstos desean.

El CRA, originalmente incluye nueve componentes de tratamiento, los cuales tienen como propósito dirigir y trabajar los problemas que va identificando el cliente, aún cuando éste no perciba al abuso de sustancias como su mayor problema. Más que centrarse sobre una lucha para forzar al paciente a que admita su adicción, el CRA se centra en los problemas percibidos, como por ejemplo; conflicto marital, seguridad en el empleo etc. En la mayoría de los casos, al tratar estos problemas, el cliente tarde o temprano percibe a la adicción como un problema en sí y es cuando él o ella decide tratarla.

El entrenamiento en habilidades es llevado a cabo sólo si éste es relevante para el individuo en particular.

Los componentes originales son:

- 1) **El análisis funcional**, que es una entrevista estructurada, permite al clínico y al cliente identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta de beber y de no beber. Haciendo esto, ambos identifican tanto las situaciones de alto riesgo como las consecuencias que pueden reforzar el beber y que pueden ser adecuadas para modificarse en el planteamiento de metas.
- 2) En vez de pedir al cliente sobriedad permanente, se le pide un período negociable sin consumo (se recomiendan 90 días) en el que puede experimentar los beneficios de la abstinencia. Ésta es la **muestra de sobriedad**.
- 3) **Uso de disulfiram (antabuse)**, y alentar al cliente a incluir a una persona denominada el *otro significativo*, tanto en su auto-monitoreo

- como en el recordatorio y motivación para tomar dicho medicamento y dar reforzamiento verbal posterior.
- 4) **Plan de tratamiento** para identificar las áreas que el cliente quiere cambiar, y así elaborar los *planes de acción*, mejorando su calidad de vida.
 - 5) **Entrenamiento en habilidades conductuales** de acuerdo a las necesidades del cliente, tales como de comunicación, entrenamiento para rechazar invitaciones a beber, manejo del estrés y solución de problemas, lo cual es de ayuda para mantenerse sobrio.
 - 6) **Habilidades laborales**, para ayudar al individuo a buscar y obtener trabajos adecuados, en los que el riesgo de recaídas sea bajo, así como aumentar su satisfacción laboral.
 - 7) **Consejo Social y Recreacional**, para abordar la necesidad del cliente de reemplazar o sustituir aquel tipo de recreación asociada al alcohol con nuevos momentos recreativos y equivalentemente satisfactorios, relacionados con la sobriedad. Esto implica que el terapeuta auxilie y motive al cliente a hacer nuevos contactos sociales, a través del juego de roles, y estableciendo contacto con instituciones, tales como clubes de baile, iglesias etc. El terapeuta asiste en todo el proceso al cliente.
 - 8) **Terapia Marital**. Este componente auxilia a la pareja del bebedor a convertirse en parte de la solución, a través de un involucramiento progresivo.
 - 9) **La prevención de recaídas**, que enseña al cliente y al *otro significativo* a reconocer oportunamente aquellos signos tempranos de recaída, para que en su lugar sean puestos estrategias de enfrentamiento (Meyers & Smith, 1995), y así prevenirla. Se realizan análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se maneja a la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Adaptación a México:

Ésta se llevó a cabo a través de la Facultad de Psicología de la UNAM (Barragán, 2005).

Criterios de Inclusión: Los criterios de inclusión para conformar parte de la muestra (Barragán, 2005), fueron presentar al menos dos de los tres primeros criterios señalados a continuación, además de los tres últimos.

- 1) Tener un nivel de Dependencia: Medio/Severo alcohol (22 a 47 puntos en la Escala de dependencia al Alcohol) y/o Sustancial y Severo a otras drogas (11 a 20 puntos en el Cuestionario de Abuso de Drogas) y/o cantidad de consumo: 14 ó más copas por ocasión de consumo en hombres y de 10-12 copas por ocasión de consumo en mujeres; y/o 20 o más semanal promedio en hombres y 15 o más en mujeres.
- 2) Recaídas, Internamientos, tratamientos previos.

- 3) Pérdidas en diferentes Áreas de vida cotidiana. Le da prioridad al consumo que a otras actividades y responsabilidades.
- 4) Ser mayores de 18 años.
- 5) Saber leer y escribir, debido al requerimiento de contestar ejercicios, llenar registros.
- 6) Tener un funcionamiento cognitivo mínimo de seis puntos, evaluado mediante el subtest de retención de dígitos del Wais y el de símbolos y dígitos.

*Si están en abstinencia, al solicitar el servicio psicológico se requiere que hayan cumplido estos criterios de Dependencia, recaídas o tx. previos y pérdidas en sus periodos de consumo, en los últimos seis meses.

Criterios de Exclusión: No se incluyeron como participantes en el modelo usuarios quienes tuvieran pérdida en el contacto con la realidad y presentaran un cuadro psicótico: alucinaciones, delirios; ni usuarios quienes no cubrieran el perfil de la población blanco (Barragán, 2005).

La adaptación incluyó una sistematización y evaluación del impacto, tanto en el patrón de consumo como en el nivel de satisfacción general de vida, autoeficacia, y en la cantidad de precipitadores al consumo en cada usuario (Barragán, 2005).

En la exposición de caso, en la segunda parte, se presentará con detalle un ejemplo de la aplicación de este modelo.

Conclusiones referentes a las competencias 1.2, 1.3 y 1.4

Como conclusión cabe mencionar, que sin restar importancia a los otros objetivos del programa de maestría, esta parte implicó el desarrollo de habilidades y competencias básicas y medulares para el ejercicio de la especialidad. El aprendizaje de la aplicación de técnicas indicadas tales como análisis funcional, la identificación de la etapa en la que se encuentra el usuario en la rueda de cambio y la aplicación de herramientas tomadas de la entrevista motivacional tales como el balance decisional, para favorecer el paso hacia la etapa de acción, el promover en el usuario el desarrollo de habilidades específicas de afrontamiento a través del juego de roles, así como la adecuación del tratamiento a través de la identificación de contextos internos y externos precipitadores para prevenir recaídas, de acuerdo con las necesidades específicas de cada cliente y las recomendaciones teóricas que algunos autores hacen encuadradas en el modelo de prevención de recaídas (Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996); tanto como la enriquecedora participación en un proyecto de investigación de doctorado específico, permitieron el despliegue de algunas habilidades y competencias de investigación y terapéuticas para la aplicación de los dos programas en los que intervine. La adquisición de capacidades para la detección y el diagnóstico oportuno implicó en algunos casos dar atención indicada, en otros brindar un servicio de referencia o canalización a otros programas e instituciones conjuntamente con la maestra titular del proyecto (cuando en algún caso aislado se observó que el usuario no presentaba suficientes conductas de riesgo y / o abuso, se desarrolló entonces la sensibilidad de identificar dicha situación y propiciar el mantenimiento de la salud a través de proporcionar un consejo breve y reforzamiento verbal para promover estilos de vida saludable y conductas protectoras tales como continuar los estudios). En otros casos fue necesario informar y motivar hacia un estado de acción con herramientas de las que ya se hizo mención, v. gr., la escucha reflexiva, la empatía, el resumir, la actitud de no confrontación y otras características aprendidas de la entrevista motivacional para conducir la terapia, competencias éstas que redundarán en una utilidad altamente valiosa para el ejercicio de toda la vida profesional.

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

Con respecto a este rubro, se menciona que participé en el Proyecto de Diseminación del Programa de Bebedores Problema en el IMSS, así como en la Supervisión del mismo.

Las sesiones de supervisión (programadas semanalmente), se llevaron a cabo en coordinación con el maestro Miguel Ángel Medina en la Clínica de Ortopedia y en Fomento a la Salud, Delegación 1 del IMSS del DF, con la doctora Aguado, a personal de las áreas de enfermería y de trabajo social que aplicaron el programa.

El Proyecto de Diseminación del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema en el IMSS, es parte de un convenio colaborativo entre la Universidad Nacional y la primera institución para la investigación, entrenamiento y evaluación de la aplicación de dicho programa en consulta externa para bebedores problema. Para este efecto, han participado estudiantes y egresados del programa de maestría, en coordinación con el maestro Medina para los fines tanto de sensibilizar como brindar capacitación a personal de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales), habiéndose involucrado diversos sectores de profesionales de la salud de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS y sus Hospitales.

Como parte de mi participación en el Proyecto de Diseminación, dí las siguientes pláticas específicas:

- **“Consideraciones generales sobre el Programa de Autocambio Dirigido y dificultades más comunes en su aplicación”**, En Fomento a la Salud, Delegación 1, México DF, conjuntamente con el maestro Miguel Ángel Medina Gutiérrez, el día 2 de mayo de 2001.
- **“Detección Oportuna y Tratamiento del Paciente Alcohólico en Medicina Familiar”**, en el centro de Capacitación y Calidad del Sindicato del IMSS Pachuca, el día 7 de marzo de 2002*.
- **“Atención Integrada del Enfermo Alcohólico en el Primer Nivel de Atención. Tema: Programa de Autocambio Dirigido”**.En el departamento de Educación Médica e Investigación de la Delegación Estatal Hidalgo del IMSS, en Pachuca Hgo., el 6 de junio del 2002*.

*Los dos cursos que expuse en la ciudad de Pachuca, fueron bajo supervisión de la Lic. Lety Echeverría y en coordinación con el m. c. y maestro Luis Ángel Martínez, (encargado de capacitación del IMSS Pachuca).

Conclusiones en relación a la competencia 1.5.

El desarrollo de habilidades terapéuticas permitió manejar listas de chequeo encaminadas a colaborar en tareas de supervisión referentes a la aplicación de la Intervención y a la evaluación de la integridad de la intervención (del programa de auto-cambio para bebedores problema).

También desarrollé habilidades de sensibilización a profesionales de la salud, lo cual favoreció la captación de usuarios y una mayor conciencia de la relevancia, trascendencia social y magnitud de la necesidad de hacer prevención comunitaria.

Por último, se observó que existen ciertas dificultades para darle continuidad al programa dentro de algunas de las clínicas del IMSS; entre aquellas la falta de tiempo en la jornada laboral de los médicos que fueron formados en el modelo, ya que por la definición de funciones de su puesto, están presionados a llenar una cuota de pacientes de consulta externa, siendo que las sesiones del programa de autocambio no son susceptibles de reportarse como parte de sus actividades.

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

Como parte de las habilidades a adquirir por el alumno durante la residencia, se plantea la tarea de desarrollar un proyecto de investigación aplicado al campo de las conductas adictivas. Por tanto, en este apartado se presenta como producto una propuesta de investigación desarrollada durante el segundo y tercer semestre de la residencia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADO A LAS ADICCIONES:

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA *DRUG AVOIDANCE SELF – EFFICACY SCALE* (D.A.S.E.S.) A POBLACIÓN MEXICANA.

INTRODUCCIÓN.

El consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública, el cual reviste diversas complicaciones dado el gran margen de tolerancia social que existe en referencia al abuso de algunas sustancias tóxicas, principalmente el alcohol. La necesidad de incidir en este fenómeno, haciendo intervenciones en los tres niveles, lleva implícito a su vez el requerimiento de contar con instrumentos que permitan medir los cambios, y que provengan de la teoría del aprendizaje social.

La teoría de Auto-eficacia de Bandura (1997, 1999), la cual tiene sus raíces en la teoría del Aprendizaje Social, del mismo autor; provee un marco de referencia explicativo de la dificultad en la autorregulación que sufre el usuario de diversas sustancias, proporcionando también los cimientos para la medición de este fenómeno.

Esta teoría muestra cómo la autoeficacia percibida es un determinante significativo de desempeño, el cual opera en forma parcialmente independiente de habilidades subyacentes, pues existe una diferencia marcada entre poseer habilidades y ser capaz de usarlas bien bajo diversas circunstancias (Pajares F. *Current Directions in Self-efficacy Research*. Emory University); de tal suerte que el sentido de autoeficacia implica una capacidad generativa en la cual las habilidades cognitivas, sociales y de conducta deben ser organizadas dentro de cursos de acción para servir a propósitos innumerables, tales como pueden ser el control de conductas adictivas.

Durante las últimas décadas, los principios teóricos del componente Autoeficacia como parte de la teoría cognitivo social, han sido ampliamente examinados en diversas disciplinas y ambientes y han recibido apoyo de un conjunto creciente de hallazgos desde diversos campos. Las creencias de autoeficacia han sido relacionadas con problemas clínicos tales como fobias, adicciones, depresión, habilidades sociales, asertividad; estrés en una variedad de contextos, con conducta de fumar, con control del dolor, con la salud y el desempeño atlético (Pajares, op. cit.) Más específicamente, Kavanagh, Sitharthan y Sayer (1996), investigando diferentes predictores de respuesta a intervenciones por abuso de alcohol, encontraron que la Autoeficacia, como un predictor del consumo a largo plazo y de permanencia en el tratamiento, denota una mayor utilidad que los Estados de Cambio de Prochaska y DiClemente, y que el grado de severidad de dependencia al alcohol (el instrumento que utilizaron para medir autoeficacia fue el “Controlled Drinking Self – Efficacy Scale” –CDSE-). Así

también, Larimer, Palmer y Marlatt (1999), encontraron que el incremento en la Autoeficacia es un predictor poderoso en la prevención de *recaídas*.

Diferentes estudios confirman en general el valor predictivo de la autoeficacia; ya sea como medida predictora de abstinencia a corto plazo al final del tratamiento (Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997), así como en el estudio de la interacción de las creencias de autoeficacia para rechazar los ofrecimientos de alcohol y las altas expectativas hacia el consumo (Lee, Oei & Greeley, 1999), así también, en la fuerte asociación inversa que existe entre la severidad del abuso y las expectativas de autoeficacia (Skutle, 1999).

Dados estos antecedentes, se deduce que es de vital importancia contar con instrumentos creados o adaptados provenientes de la teoría de Autoeficacia. A continuación se exponen brevemente algunos conceptos básicos, pero que son necesarios para tener en cuenta en el planteamiento y desarrollo de escalas de Autoeficacia.

Definición del constructo de autoeficacia:

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para producir determinados logros (Bandura, 1997).

Diferenciación con el constructo de autoconcepto:

Autoeficacia es una valoración contextuada de competencia en el desempeño de una tarea específica o de un rango de tareas en un terreno dado de dominio, es decir; un juicio del propio individuo sobre su capacidad para ejecutar ciertas acciones.

Las creencias de Autoeficacia pueden ser referidas a:

- Juicios de confianza propia.
- Sensibles al contexto.
- Pueden ser tareas específicas.
- Hechas y usadas con relación a cierto tipo de meta.
- De un dominio específico.
- Una interrogante sobre el poder hacer algo (¿Puedo hacer esto?)
(Diferenciación de Autoeficacia de otros conceptos, Universidad de Emory).

Autoconcepto es una apreciación cognoscitiva, integrada a varias dimensiones, que el individuo se atribuye a sí mismo, típicamente acompañada de juicios autovalorativos de autoestima. La autoeficacia se refiere entonces a la

percepción de capacidades específicas, en tanto que el autoconcepto es la percepción general del individuo mismo.

Las creencias de autoconcepto pueden ser referidas a:

- Juicios de autovalor o autoestima.
- No sensibles al contexto.
- No referidas a tareas específicas.
- Apreciaciones independientes de metas.
- Pueden referirse a un dominio específico.
- Una interrogante sobre el ser o el sentir (¿Quién soy yo?, ¿Cómo me siento?) (Diferenciación de Autoeficacia de otros conceptos, Universidad de Emory).

Origen de la autoeficacia.

La autoeficacia proviene de las Experiencias de Dominio sobre una materia o campo, de la Experiencia Vicaria (observar el desempeño de otros), de la Persuasión Verbal (de profesores y padres que convencen al individuo: “Tú puedes hacerlo”) y de los Estados Fisiológicos, es decir; reacciones emocionales cuyo correlato psicofisiológico tal como sudoración capilar, temblor, aumento del ritmo cardiaco se convierte en una serie de indicadores en el sentido de no poder realizar la acción. (Schunk, 1997; Origen de la Autoeficacia, Universidad de Emory).

Justificación.

La labor de adaptación hace posible utilizar en México los mismos instrumentos que se están empleando en otros países, lo cual permite que los resultados sean comparables entre diversas culturas, satisfaciendo de esta forma los requerimientos metodológicos de replicación.

Así mismo, en México existen pocos instrumentos basados en la teoría de autoeficacia, que estén adaptados. Es evidente esta necesidad de contar con instrumentos cortos desarrollados en dicha teoría, ya que al ser sometidos a investigación, éstos demuestran tener un valor predictivo de los resultados del tratamiento (Sklar & Turner, 1999). En particular el DASES, escala que es objeto de la presente investigación, persigue este fin.

En México habría más investigación en este campo de Autoeficacia y resultados del tratamiento si se contara con suficientes instrumentos adaptados, ya que se observa al hacer una revisión sobre el tema, que son pocos los estudios al respecto, por ejemplo; Colín y Garduño (1996), al investigar la autoeficacia como una medida predictiva de éxito de tratamiento para bebedores problema, utilizaron como instrumento únicamente el Cuestionario de Confianza Situacional

(Annis, 1982), a falta de uno más específico y adaptado para la población en cuestión.

Objetivo de la investigación.

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo la adaptación del instrumento DRUG AVOIDANCE SELF – EFFICACY SCALE (DASES). Este *objetivo* comprende las siguientes partes: a) traducir el instrumento DASES, b) identificar la dimensión y áreas de incidencia, es decir; el plan de prueba, c) someter a jueces la traducción y hacer una traducción inversa equivalente, e) hacer un piloteo del instrumento f) obtener una versión definitiva g) hacer un tratamiento estadístico para obtener la distribución, discriminación y dirección de reactivos, confiabilidad y validez factorial.

MÉTODO.

PROCEDIMIENTO:

TRADUCCIÓN. Se llevó a cabo la traducción, buscando obtener una equivalencia cultural (Butcher, 1996; Lucio & Reyes, 1994). Fueron necesarias algunas modificaciones formales, no obstante; se buscó en todo momento conservar el sentido semántico de las áreas de incidencia identificadas en el plan de prueba. Se crearon cuatro reactivos, por considerarse necesarios para representar situaciones típicas del mexicano, en base a observaciones clínicas de quien suscribe, y se añadieron al final de la prueba (17 – 20).

VALIDACIÓN POR JUECES EXTERNOS. En esta parte se le dio el plan de prueba a ocho jueces expertos en psicología e inglés, encontrando un acuerdo significativo, en concordancia con procedimientos tales como los de Lucio, Ampudia, Durán, Gallegos y León (1999). Los jueces fueron los siguientes alumnos de segundo semestre del plan de Maestría en Psicología Profesional con residencia en Medicina Conductual: 1) Raquel García Flores, 2) Oswaldo Álvarez Crespo, 3) Eugenia del Carmen Atriano Mendieta, 4) Ma de Lourdes Luviano Vargas, 5) Salvador Valdez Murillo, 6) Norma Patricia Santaella Morales, 7) Aracely Roldán Flores y 8) Hilda Fernández Suárez.

TRADUCCIÓN INVERSA. Se le dio la prueba a un experto en inglés, quien labora en una escuela de idiomas, para que los reactivos en español volvieran a ser traducidos al inglés. En la parte C) del apéndice se presenta este Back – Translation, pudiéndose comparar y observar una alta coincidencia con el significado original (ver apéndice parte A, donde se exhibe el instrumento en su versión original). El Back – up estuvo a cargo de la química Marisol Martínez

Tomas, quien actualmente es profesora de idiomas en la franquicia internacional “Inglés Individual Pachuca”, teléfonos: (017) 71 84879 y 71 88859.

ADECUACIÓN. Se hizo una revisión semántica sobre lo traducido, analizando las diferencias con la traducción inversa.

PILOTEO. PRIMERA FASE: Con el fin de depurar reactivos y corregir las instrucciones de la consigna, se hizo un primer piloteo de 25 aplicaciones, del cual se derivaron modificaciones ínfimas en cuanto a la redacción de las instrucciones y de los reactivos. En la parte B) del apéndice se presenta la versión definitiva de la prueba.

SEGUNDA FASE: Se empleó un criterio de cinco sujetos por reactivo (5 x 20). La muestra estuvo compuesta en un inicio por 150 sujetos. Se invalidaron 15 protocolos por estar contestados con descuido y sin cooperación (mitad de la prueba sin contestar, o habiendo elegido más de una respuesta o el mismo número de respuesta para todos los reactivos).

MUESTREO. El muestreo fue de tipo no probabilístico por cuotas (Hernández, Fernández & Baptista, 2000). La muestra estuvo conformada por 135 sujetos, divididos en dos submuestras: población normal y población clínica. Para estos efectos se definió como población normal a estudiantes regulares de preparatoria, y de licenciatura en las carreras de derecho, y de la Escuela Normal Superior que entraran en el rango de edad establecido (de 17 a 30 años). Esta submuestra quedó finalmente conformada con 48 sujetos. Como población clínica se definió que los individuos estuvieran internos por tener diversos problemas legales, algunos de los cuales han estado típicamente asociados al consumo y abuso de drogas / alcohol (asalto, robo, homicidio, lesiones). Estos individuos conformaron una submuestra de 87, dentro de un rango de edad de 14 a 36 años. (60 del Centro de Readaptación Social de Pachuca Hidalgo, y 27 del Consejo Tutelar de Menores Infractores en el Estado de Hidalgo).

SITUACIÓN DE APLICACIÓN. Se llevaron a cabo aplicaciones en grupos de 25 personas en los siguientes lugares:

- Centro de Readaptación Social de Pachuca Hgo.
- Consejo Tutelar de Menores Infractores del Estado de Hidalgo.
- Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Escuela Normal Superior del Estado de Hidalgo.
- Escuela Preparatoria Número 1 de Pachuca Hidalgo.

Todas las aplicaciones fueron anónimas. El tiempo de aplicación grupal fue de 20 minutos.

MATERIALES:

Para la aplicación se requirió únicamente de bolígrafo y / o lápiz del 2 ó 2 ½.

SUJETOS:

Los 135 sujetos tuvieron un promedio de edad de 22.17 años.

El promedio de escolaridad fue de 10.3 años, equivalente al primer año de estudios medio superiores (1° de preparatoria). El mínimo de estudios fue 2° de primaria, y el máximo licenciatura terminada.

El 72 % correspondió a población masculina (97), con 22 % de mujeres (30) y 6 % de valores omitidos (8).

El 64.44 % (87 casos), tenía problemas legales al momento de la aplicación (estaban internos en Consejo Tutelar o Centro de Readaptación Social).

20 casos (15 %) reportaron tener un problema actual en el consumo de drogas o alcohol (5 % de valores omitidos).

10 casos (7.4 %) reportaron haber estado en tratamiento psicológico alguna vez en su vida por el uso de drogas o alcohol (5 % de valores omitidos).

Aproximadamente el 80 % no contaba con una ocupación laboral al momento de la aplicación debido a su condición interna institucionalizada, o bien, por ser estudiante.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO: DRUG AVOIDANCE SELF – EFFICACY SCALE (DASES).

Publicación original:

Martin, G. W. (1992, en Martin, Wilkinson & Poulos, 1995). **The role of self-efficacy in the prediction of treatment outcome for young, multiple drug users.** Tesis doctoral *no publicada*, Universidad de Toronto, Toronto. Posteriormente el autor publicó la prueba junto con los otros coautores de la cita.

Esta escala está compuesta por 16 ítems. En cada uno de los reactivos, a la persona se le pide que se imagine a sí mismo en una situación particular y que valore su nivel de confianza (autoeficacia) para controlar sus impulsos de usar drogas en tal situación. Cada reactivo representa una situación diferente en la cual el usuario de drogas podría sentirse tentado a usarlas. Las respuestas se puntúan en una escala de 7 puntos, que varía desde “con toda seguridad sí” a “con toda seguridad no”, la cual corresponde a una medida de “fuerza” de la autoeficacia (Martin, Wilkinson & Poulos, 1995).

La población a la que se dirige es a jóvenes que son usuarios de varios tipos de drogas. No ha sido probado con ningún otro tipo de población.

Confiabilidad y Validez de la Escala.

Los autores reportan que han obtenido algunos indicadores de confiabilidad y validez en un estudio comparativo de pacientes en tratamiento interno y otros en intervención breve externa. Una situación que pudo limitar el valor de estos indicadores es que en la aplicación, la escala DASES se encontraba dentro de una escala más grande de 55 reactivos.

Confiabilidad: Los autores han reportado una buena consistencia interna (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.). El alfa de Cronbach fue de .91; y la confiabilidad de división por mitades fue .90.

Validez: Al ser valorados los puntajes de autoeficacia, éstos correlacionaron significativamente con dos medidas de severidad del uso de drogas (el número de diferentes tipos de drogas usadas y la cantidad de tales tipos de drogas identificados como un problema; $r = -.24$ y $r = -.32$, respectivamente) y con una medida de apoyo proporcionado por congéneres (número de amigos cercanos sin un problema de drogas; $r = .23$). Los puntajes de autoeficacia también incrementaron significativamente en cada uno de los tratamientos, sin embargo; este incremento fue significativamente mayor en el tratamiento intensivo interno. La valoración de la autoeficacia hecha al término del tratamiento pudo predecir significativamente los resultados del uso de drogas de ambos tratamientos, no obstante; la evidencia sugirió que los puntajes de autoeficacia post-tratamiento fueron menos estables para usuarios en escenarios internos residenciales, por lo que es conveniente hacer medidas repetidas de autoeficacia, después de un periodo de retorno al ambiente natural.

Sensibilidad del instrumento para medir cambios.

El DASES alcanza a cubrir un rango amplio de niveles de confianza, habiendo mostrado ser sensible a cambios en la autoeficacia asociados al tratamiento, así como a la adaptación post-tratamiento que ocurre al ambiente natural después del tratamiento interno.

Normas de la población: Las propiedades psicométricas de la escala se basan en una muestra de 373 jóvenes usuarios de múltiples drogas (de edades de 16 a 30 años), que estaban ingresando a tratamiento. La confiabilidad y validez se obtuvo de una parte de esta muestra ($n = 162$), la cual tenía las siguientes características: promedio de edad de 22.4 años; 21 % mujeres; 42.9 % con problemas legales al momento de la aplicación, 63.6 % no trabajaban ni estudiaban; 15 % con estudios medio superiores. Los sujetos habían usado, en promedio 5.4 diferentes tipos de drogas en los 12 meses previos y reportaron que 1.8 de algún tipo de esas drogas era todavía un problema. La duración promedio del uso de drogas fue de 5.8 años, y el puntaje promedio en el DAST28 fue de 15.1 (Martin, Wilkinson & Poulos op. cit.).

Los autores reportan que en términos generales, la escala DASES es útil como una medida de resultados de tratamiento, ya que ha demostrado validez predictiva (predice la consecuente conducta de uso de drogas); por consiguiente provee una medida del progreso del tratamiento con respecto a hacer frente a situaciones de riesgo. Los autores han encontrado evidencia que apoya la confiabilidad y validez de la escala, aunque su uso ha sido restringido a jóvenes (de 16 a 30 años), usuarios de múltiples drogas (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.).

Dimensión que mide el instrumento.

La Autoeficacia comprende una serie de creencias sobre las capacidades propias que son de naturaleza multidimensional, por lo cual muchos de los obstáculos que se presentan al realizar tareas específicas, pueden ser tomados en cuenta para construir una gran cantidad de items de autoeficacia en términos de niveles de impedimentos y retos para el desempeño exitoso de una conducta o tarea requerida.

Más específicamente, en el desarrollo de escalas de Autoeficacia, se deben considerar en forma independiente cada dimensión de creencias personales, según la esfera de la actividad que se va a medir, de tal suerte que los retos pueden ser planteados a diferentes niveles en las dimensiones de Ingeniosidad, de Esfuerzo, de Exactitud, de Productividad, de Amenaza o de Autorregulación requeridas, cada una de las cuales tiene aplicaciones específicas en contextos tales como diferentes deportes, o en disciplinas de estudio y de trabajo. Éstas son dimensiones de la demanda requerida en la ejecución (Bandura, 1997). No obstante; las áreas de funcionamiento personal que motivan la conducta y la guía hacia el consumo o hacia la evitación de drogas, son aquellas que guardan relación con la dimensión de Autorregulación ante situaciones tentadoras o de riesgo de consumo (Bandura, op. cit.), siendo por consiguiente ésta la dimensión que mide el presente instrumento, el cual es unidimensional en su plan de prueba, sin embargo; los resultados de los autores no confirmaron este supuesto (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.).

Áreas de Incidencia de la Dimensión de *Autorregulación*.

Tradicionalmente, se han considerado cuatro áreas de incidencia sobre las que incide la dimensión de autorregulación (Áreas de incidencia, Universidad de Emory), véase la tabla 6:

Tabla 6: Áreas de incidencia de la Autorregulación.

AUTORREGULACIÓN	
a)	Las elecciones que tome el paciente (en cuanto a evitar el consumo en situaciones de riesgo).
b)	El esfuerzo que ponga en su tratamiento y en llevar a cabo las elecciones tomadas.
c)	Qué tanto persiste ante los obstáculos y el fracaso.
d)	Cómo se va sintiendo, qué nuevas metas y objetivos terapéuticos se planteará.

Los autores de la prueba (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.), identificaron nueve situaciones de riesgo en el banco de reactivos de donde extrajeron la prueba, mismas que se muestran en la siguiente tabla 7:

Tabla 7

NUEVE SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL	
1)	Estados emocionales negativos.
2)	Aburrimiento.
3)	Ansiedad social.
4)	Celebración.
5)	Estados físicos displacenteros.
6)	Conflicto interpersonal.
7)	Influencia interpersonal.
8)	Pensamientos negativos y
9)	Disponibilidad inmediata de la droga.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Este análisis se llevó a cabo en tres etapas:

A) ANÁLISIS DE REACTIVOS. Se obtuvo la Distribución, la Dirección (se sacaron dos grupos extremos y se analizaron con Crosstabs) y la Discriminación (se comparó el grupo alto con el bajo con "t" de students, con un nivel de confianza del .01). Todos los reactivos discriminaron al .01 entre el grupo 1 y el grupo 4.

B) OBTENCIÓN DE LA CONFIABILIDAD. Se probó la confiabilidad interna a través del alfa de Cronbach (para más de dos opciones de respuesta). Se obtuvo un alfa de .9029

C) VALIDACIÓN FACTORIAL. Se llevó a cabo un análisis factorial para identificar familias de variables, cotejándose estas agrupaciones con el plan de prueba. Se obtuvieron tres factores, mas uno constituido únicamente por dos elementos.

A continuación se presenta la descripción del proceso:

El primer paso fue invertir los valores de las respuestas de los reactivos enunciados en forma negativa (¿Podrías resistir a la tentación...? versus ¿Cederías ante el impulso de...?), para que en la calificación de los protocolos la estructura lógica correspondiera a la tendencia cuantitativa. Los reactivos que se invirtieron fueron los siguientes:

2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 16 y 19.

De esta forma, quienes respondieron con 1 en estos reactivos, fueron recodificados como 7, los que respondieron con 2, como 6, y los que 3, como 5. De tal suerte que todos los valores bajos indicaron baja autoeficacia, en tanto que valores altos, una alta autoeficacia.

DISTRIBUCIÓN

- 1) Se observó primero que todas las opciones resultaran atractivas y fueran empleadas, cubriendo todo el rango de siete opciones de respuesta, lo cual sí se cumplió, sin embargo; al calificar los protocolos la tendencia quedó marcada hacia la opción 7 (la cual corresponde al máximo valor de autoeficacia en la evitación de drogas).
- 2) Se hizo un análisis de frecuencias de cada reactivo, a través de tablas de frecuencia.

DIRECCIÓN

Los reactivos puntuaron alrededor del 50 % del total de respuestas hacia la dirección que indica una autoeficacia alta en la evitación de drogas, es decir; hubo 20 curvas sesgadas hacia la derecha, y por consiguiente una curva general sesgada en la misma dirección, lo cual puede estar indicando que en el muestreo se sobreestimó la posibilidad de encontrar una gran cantidad de personas con alto consumo de drogas o alcohol (el 15 % del total, es decir; únicamente 20 casos reportaron tener un problema con el consumo de drogas o alcohol, con un 5 % de valores omitidos, en tanto que el 7.4 % - 10 casos, reportaron haber estado en tratamiento psicológico por el uso de drogas o alcohol).

En conclusión, todos los reactivos están sesgados, pero se comportan en la dirección que se espera teóricamente de acuerdo a lo que mide el constructo.

ASIMETRÍA

En cuanto a la asimetría, todos los reactivos poseen valores negativos por debajo del rango de $- .5$ a $+ .5$, conservando una equidistancia o error de asimetría muy similar unos de otros.

Al analizar con crosstabs al grupo alto y al bajo (cuartiles 1 y 4), llamó la atención que todos los reactivos indican una alta seguridad en el grupo 4 al contestar, (eligen la opción 7, en una mayoría aproximada del 70 %, y en casos aislados la opción 6), en tanto que cuando su autoeficacia es baja (grupo 1), la elección se distribuye a lo largo de todas las 7 opciones, lo cual puede ser constitutivo de algún criterio para la calificación, ya que probablemente la población con altos problemas para controlar su consumo tienda a distribuir sus respuestas en el rango inferior a 7.

DISCRIMINACIÓN. Ésta se llevó a cabo con la prueba de Levene.

Con los resultados se asume que todas las diferencias son estadísticamente significativas al nivel $.01$, por consiguiente todos los reactivos discriminan entre el cuartil alto y el bajo para la prueba "t".

ALPHA DE CRONBACH:

El alfa de Cronbach fue de $.9029$, lo cual indica que todos los reactivos están midiendo un mismo constructo.

Se obtuvo una buena correlación Item – total, ya que ésta resultó a partir de $.29$ en adelante, por lo cual se tomó la decisión de conservar todos los reactivos.

VALIDACIÓN FACTORIAL:

La extracción varimax obtuvo cuatro factores, los que explican el 56.8 % de la varianza.

Como se puede observar, esta rotación varimax no reprodujo estrictamente el plan de prueba, ni en un sentido de unidimensionalidad (Martin, Wilkinson & Poulos, 1995), ni de los nueve factores con los que se construyó esta prueba (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.), sin embargo; los tres factores (cuatro componentes rotados, el último únicamente con dos elementos), pueden estar relacionados con alguna reagrupación de las nueve situaciones de riesgo de consumo ya mencionadas a partir de las cuales se construyó la prueba.

Los Eigen Values de estos cuatro factores son superiores a 1.00, por lo que se considera que estas agrupaciones merecen tener un nombre, y ser interpretadas de acuerdo a cada reactivo señalado.

Análisis factorial

Tabla 8, de comunalidades. Se observa que la comunalidad de cada reactivo es alta (mayor a .30).

Comunalidades

	Inicial	Extracción
REACTIVO 1	1.000	.606
REACTIVO 2	1.000	.660
REACTIVO 3	1.000	.542
REACTIVO 4	1.000	.454
REACTIVO 5	1.000	.412
REACTIVO 6	1.000	.532
REACTIVO 7	1.000	.548
REACTIVO 8	1.000	.524
REACTIVO 9	1.000	.489
REACTIVO 10	1.000	.669
REACTIVO 11	1.000	.624
REACTIVO 12	1.000	.563
REACTIVO 13	1.000	.597
REACTIVO 14	1.000	.632
REACTIVO 15	1.000	.721
REACTIVO 16	1.000	.514
REACTIVO 17	1.000	.668
REACTIVO 18	1.000	.622
REACTIVO 19	1.000	.537
REACTIVO 20	1.000	.447

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 9

Matriz de componentes

	Componente			
	1	2	3	4
REACTMO 15	.790			
REACTMO 17	.728			
REACTMO 18	.711			
REACTMO 10	.701			
REACTMO 14	.690			
REACTMO 6	.680			
REACTMO 4	.669			
REACTMO 12	.650			
REACTMO 13	.633			
REACTMO 9	.615			
REACTMO 3	.598			
REACTMO 16	.596			
REACTMO 20	.587			
REACTMO 19	.543			
REACTMO 5	.535			
REACTMO8	.520	.440		
REACTMO 11	.513	.435		
REACTMO 7		.577		
REACTMO 1			.650	
REACTMO 2	.447			.546

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

Tabla 10.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3	4
1	.744	.533	.368	.164
2	-.627	.405	.665	.034
3	-.171	.171	-.312	.919
4	.157	-.723	.571	.357

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

CONFIABILIDAD: Cada uno de los tres factores y aún el cuarto (de dos elementos), mostró una buena consistencia interna (1: .8875, 2: .7819, 3: .6059, 4: .5162).

INTERPRETACIÓN Y NOMBRE DE LOS CUATRO COMPONENTES DERIVADOS DEL ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES CON NORMALIZACIÓN VARIMAX CON KAISER.

Componente 1: Reactivos 14, 15, 18, 13, 17, 9, 6, 20, 4.

Esta correlación puede estar indicando un **Factor de celebración y fraternidad solidaria social.**

Componente 2: Reactivos 11, 16, 12, 5, 10, 19.

Esta correlación puede referirse a un **Factor de impulsividad, insatisfacción y malestar consigo mismo, o bien; de Estado Emocional Negativo** (primer situación de riesgo de los autores de la prueba (Martin, Wilkinson & Poulos, op. cit.).

Componente 3: Reactivos 2, 8, 7.

Esta relación puede indicar un **Factor de sentimiento de pérdida y depresión.**

Componente 4: Reactivos: 1,3.

Este componente carece de tres elementos para considerarse un factor de acuerdo al material visto en clases; de hecho los dos reactivos que incluye bien podrían ser parte de alguno de los anteriores, o no caber en ningún otro apartado, pues el primer reactivo denota **ansiedad social / sentimientos de inadecuación** por introversión, sin embargo; el segundo puede referirse a un malestar asociado a **conflicto en relaciones íntimas (de pareja).**

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Se concluye que el *objetivo* de esta investigación sí se cumplió y la calificación que obtuvo este trabajo fue de 10.

La situación de que el DASES es un instrumento que originalmente pretende tener un valor predictivo sobre los resultados del tratamiento, plantea; para efectos de validación en estudios posteriores, la necesidad de conformar un grupo clínico que esté compuesto por usuarios de diversas drogas que todavía no entran a tratamiento, para ser comparado con las puntuaciones de usuarios que están en tratamiento, con las de los que ya concluyeron exitosamente el tratamiento y que prosiguen en abstinencia después de un cierto periodo de varios meses o incluso un año, y también con las puntuaciones de usuarios que recayeron, sin embargo; en la práctica este planteamiento podría tardar años en concluirse dadas las dificultades reales en la obtención del acceso a una población de tales características y dada la duración, magnitud y costo de dicho estudio.

En general se obtuvieron promedios de puntajes de autoeficacia más altos en esta muestra (4.92 el mínimo para el reactivo 9; 5.74 el máximo para el r. 4), que en la original de los autores (2.44 para el r. 10; 3.91 para el 14; Martin, Wilkinson y Poulos, op. cit). Cabe aquí recordar que la muestra original de los autores estuvo compuesta por poliusuarios de drogas en tratamiento, sin incluir población normal.

Dados los resultados de esta investigación, se deduce que el instrumento sí está calibrado para emplearse en población con problemas mucho más severos de adicción, ya que si se aplicara esta versión a población activamente usuaria de múltiples drogas, con por lo menos una historia de consumo de cinco años (tal

como la muestra normativa), se obtendría muy probablemente una curva normal, o bien sesgada hacia la izquierda, dependiendo de la gravedad de la muestra, sin embargo; en nuestro país el acceso a esta población puede tardar un periodo de tiempo muy prolongado y un alto costo (aunado a las dificultades al acceso a ciertos grupos de población, tales como los de Autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos anónimos entre otros).

Ventajas y Limitaciones de este estudio.

Este tipo de investigaciones permiten lograr cierta equivalencia cultural entre instrumentos de diferentes países, lo cual redundaría en una mayor disponibilidad de tests para ser usados en futuras investigaciones, no obstante; esta equivalencia cultural ha sido ampliamente cuestionada por diversos autores (Butcher, op. cit.).

Alternativas.

Una propuesta puede ser el crear recursos, apoyos y estimular en general investigación encaminada a diseñar instrumentos hechos en México.

Conclusiones a esta parte de proyectos de investigación aplicados a las adicciones (competencia 1.6).

Cabe concluir que gracias a la valiosa asesoría de la Dra. Isabel Reyes, la adaptación del instrumento en cuestión, permitió desarrollar habilidades y competencias de investigación precisas que permiten plantear y dar continuidad a un proyecto que proponga más alternativas de diagnóstico y tratamiento, así como que estas opciones pretendan ser de mayor alcance y mejor relación costo-beneficio con respecto a las anteriores, para coadyuvar con otros profesionales en los tres niveles de prevención.

Cabe también mencionar que se desarrollaron habilidades de observación, aprendiendo a categorizar, cubriendo los requerimientos metodológicos pertinentes en la elaboración de otro trabajo escolar con el Dr. Santoyo, referente a metodología observacional (Análisis Secuencial), el cual ya no se presenta debido a falta de espacio.

Por último, cabe reiterar en general mi satisfacción en la formación teórica recibida así como en la residencia, pues en esta última también aprendí mucho tanto en el Programa de Autocambio para Bebedores Problema, como en el Modelo de Intervención de usuarios dependientes del alcohol y otras drogas, que fue la aproximación que permitió lograr los cambios efectuados en el caso que intervine, el cual se expone a continuación.

Con respecto a mi modesta participación en el Proyecto de adaptación a nuestro país del **Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas** (Barragán 2005), una crítica -de tener lugar-, que puedo hacer incluyédome a mí mismo, como a este proceso en sí, es que si bien todos los componentes fueron bien adaptados, el sistema de medición y evaluación propuesto para los componentes de **habilidades de comunicación** y de **solución de problemas** podría revisarse (cabe observar las relaciones estadísticas de estos dos con la **abstinencia**), y sobre todo me parece en lo personal que se pudo haber acentuado un poco más la importancia del componente de *Búsqueda de Empleo*, para ya sea tener un empleo significativo o por lo menos conseguir uno, problema que en nuestro país reviste particular gravedad, siendo no menos relevante en la recuperación del usuario de drogas, quien dadas las repercusiones del consumo y pérdidas, es muy probable que esté afectado en su autoestima, en la esfera económica y con ello en una parte muy importante de sus posibilidades adaptativas y de prevención de recaídas.

2. SESION TIPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Ya por último, con el fin de ilustrar el despliegue de las habilidades y competencias adquiridas en relación con la práctica clínica, se presenta la descripción y análisis de un caso clínico atendido dentro del programa Modelo de Intervención Cognoscitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

2. SESION TIPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Ya por último, con el fin de ilustrar el despliegue de las habilidades y competencias adquiridas en relación con la práctica clínica, se presenta la descripción y análisis de un caso clínico atendido dentro del programa Modelo de Intervención Cognoscitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

EXPOSICIÓN DE CASO.

**Terapeuta: Lydia Barragán,
Co-terapeuta: Ronald Corea López.**

**Ficha de identificación:
Usuario 1.**

- Edad: 18 años. (Fecha de Nac. 20 de mayo de 1984).
- Sexo femenino.
- Esc.: 1° preparatoria inconcl.
- Ocupación: Vendedora en tienda de ropa.
- Estado civil. Soltera sin hijos.
- Cohabita en la casa de su abuela.

Este usuario fue incluido dentro del piloteo del programa, es decir; corresponde a uno de los nueve casos de usuarios crónicos con los que se instrumentó el piloteo del Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual en cuestión (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005; Barragán, 2005).

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Ser mayor de 18 años,
- b) Saber leer y escribir,
- c) Tener un nivel de dependencia media / severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas;
- d) Una ingesta en hombres de 14 o más tragos estándar por ocasión de consumo y/o 20 o más copas semanales, y en mujeres de 10 o más por ocasión de consumo y 15 o más copas semanales,
- e) Uno o más tratamientos o internamientos previos asociados al consumo, y
- f) Pérdidas en áreas de vida cotidiana asociadas a la problemática.

Los usuarios “pasivos” (en periodo de abstinencia), debieron cubrir dichos criterios en el año anterior de su asistencia al servicio.

La duración del tratamiento para el piloteo fue de 15 a 24 sesiones, y la duración de la sesión 1 ½ horas dos veces por semana.

En mi caso participé como co-terapeuta en este piloteo y también con otros dos usuarios de la muestra del sub-estudio II (Evaluación del impacto de un Modelo de intervención cognitivo-conductual adaptado a población mexicana; Barragán, 2005).

Los objetivos del piloteo fueron:

- 1) Adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar la eficacia del modelo de intervención *Community Reinforcement Approach* en población mexicana;
- 2) Evaluar los efectos del modelo en variables mediadoras predictoras de recaídas: autoeficacia, precipitadores y satisfacción de vida cotidiana y
- 3) Evaluar el impacto del modelo de intervención en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

El estudio piloto permitió también proponer la evaluación de la percepción del cambio en el consumo del usuario por parte del Otro significativo.

Los componentes de la intervención que recibió la usuaria son los siguientes (a excepción de Consejo Marital que no se le aplicó por ser soltera y de Muestra de No Consumo, por presentarse en abstinencia):

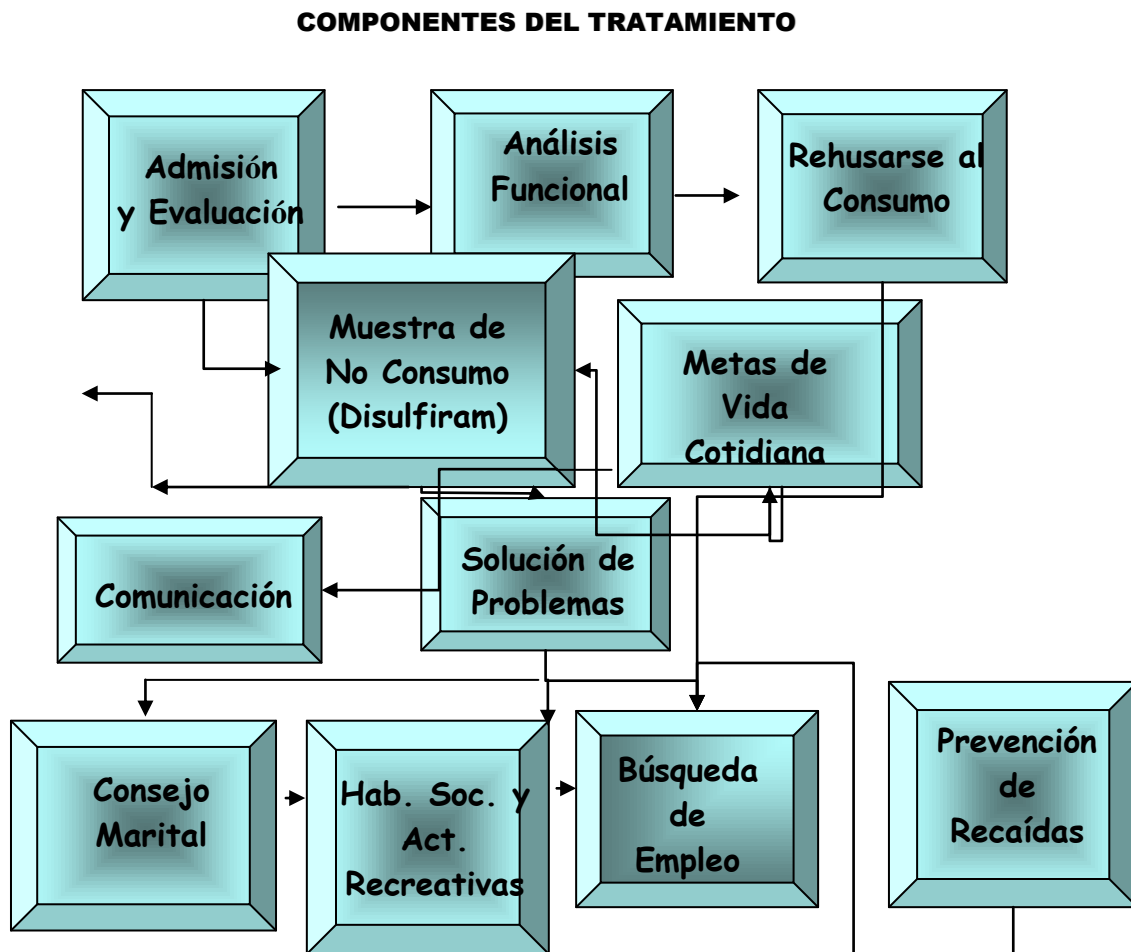


Figura 1

La adaptación del modelo original (CRA, en Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005), incorporó los siguientes cambios:

- 1) Inclusión de otras habilidades de comunicación (habilidades sociales de Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989),
- 2) Evaluación de variables predictoras de recaídas (autoeficacia y precipitadores),
- 3) Se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos, dado que los autores detectaron la necesidad de incrementar estas habilidades de rehusarse al consumo y de comunicación, así como de añadir el componente de autocontrol emocional, el cual de hecho quedó agregado posteriormente (Barragán, 2005). Por este motivo, los criterios de evaluación mencionados a continuación sufrieron modificaciones secundarias a la adaptación definitiva del modelo, por lo que este caso por consiguiente no fue evaluado con todos los instrumentos con los que actualmente se cuenta como parte del programa (falta el componente de autocontrol emocional, el cual solo fue aplicado a la usuaria en el seguimiento, por motivos éticos).

Los instrumentos de medición y evaluación pretest - postest fueron:

1. Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), (Horn, Skinner, Wanberg & Foster 1984, en Barragán, González, Medina-Mora & Velásquez, 2005).
2. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), (Skinner, 1982, en Barragán et al, op. cit.)
3. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), (Annis, Graham & Martin, 1991, en Barragán et al, op. cit.)
4. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), (Annis, Graham, Davis, 1982, en Barragán et al, op. cit.)
5. Cuestionario de Confianza Situacional para Consumo de Alcohol (CCS), (Annis & Graham, 1987, en Barragán et al, op. cit.)
6. Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD), (Annis & Graham, 1988, en Barragán et al, op. cit.)
7. Escala de Satisfacción de vida cotidiana (Teichner, DeCato, Donohue, Azrin, Howell, 1988, en Barragán et al, op. cit.)
8. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), (Sobell & Sobell, 1992, en Barragán et al, op. cit.)
9. Auto-registro de Consumo de Alcohol y otras Drogas (en Barragán et al, op. cit.)

La evaluación de los cambios en el impacto del patrón de consumo se hizo con un diseño de caso único con réplicas y seguimiento.

Las sesiones de seguimiento se programaron a 1 mes, a 3, a 6, y al año.

Las estrategias didácticas fueron: Instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. Se propició el aplicar las estrategias entrenadas ante situaciones similares a las que ocurren en los escenarios naturales del usuario.

INTERVENCIÓN:

1) Admisión y Evaluación.

En la entrevista inicial se observó un tono afectivo de tristeza.

En las tres primeras sesiones hizo constantes referencias a un dolor de espalda intenso, derivado de la columna, y que según el médico el único tratamiento consistía en el uso de una faja que de todas formas no le reducía el dolor.

Motivo de consulta:

“Soy drogadicta, débil a las pastillas, enojona, me deprimó, no me entiendo ni yo misma”.

Antecedentes clínicos asociados:

Diagnóstico Médico *más Probable* ¹⁸:

Dolor de Espalda.

La literatura reporta que los **dolores de espalda** pueden estar causados por diversos trastornos: Lesiones o Contracturas de los músculos de la espalda, defectos estructurales o mecánicos de la columna vertebral y trastornos inflamatorios como la artritis reumatoide; también pueden estar causados, aunque con escasa frecuencia, por tumores en la zona o en torno a ella. **En algunos pacientes no se ha podido encontrar ninguna causa para el dolor de espalda, a pesar de realizar exámenes minuciosos** (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2005).

La **hernia discal** es un trastorno de la espalda en la que el disco intervertebral se desplaza de su posición; la consiguiente presión sobre las fibras nerviosas provoca dolores intensos.

¹⁸ No fue posible corroborar con precisión este dato médico, aun cuando se contó con la colaboración de la usuaria.

Una de las causas más comunes del **dolor de espalda** es la **hernia o prolapso del disco intervertebral**. En ese trastorno, a menudo muy doloroso, el disco se quiebra y los fragmentos del anillo fibroso externo, junto con parte del núcleo pulposo interno, presionan los ligamentos y los nervios que salen de la columna. Es decir, el disco se proyecta hacia el exterior. Aunque cualquier disco intervertebral puede herniarse o romperse, los que se ven afectados con mayor frecuencia son los cinco inferiores, posiblemente porque se encuentran bajo una gran presión mecánica ya que las vértebras inferiores soportan la mayor parte del peso del cuerpo, mientras que las superiores sólo soportan el peso de la cabeza. Si el disco se mueve lo suficiente como para presionar uno o varios de los nervios que emergen de los forámenes, se produce sensación de dolor, entumecimiento y hormigueo, que son sentidos en el área anatómica relacionada con ese nervio. En el caso de la parte baja de la espalda, los nervios que van a los miembros inferiores, particularmente el nervio ciático, pueden verse afectados, produciéndose un dolor que se extiende desde la parte baja de la espalda a las nalgas y las piernas (conocido normalmente como “ciática”).

Aunque el prolapso del disco intervertebral puede producirse a cualquier edad, **es más frecuente entre los 20 y los 50 años**, con una **incidencia máxima entre los 40 y los 45**. El dolor puede manifestarse de repente o desarrollarse de manera gradual durante horas o días. En ocasiones es tan severo e intenso que si se produce cuando una persona está encorvada, ésta no es capaz de levantarse o enderezarse. En muchos casos, la espalda misma mostrará una marcada desviación (escoliosis). Esa desviación es un mecanismo compensatorio realizado por el cuerpo para tratar de aliviar parte de la presión sobre el nervio atrapado. **Dependiendo de su gravedad, los ataques de dolor de espalda causados por la rotura de un disco intervertebral pueden aliviarse con reposo y tratamiento durante varios días o semanas (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2005).**

Cabe aclarar que la usuaria no hizo mención de problemas congénitos ni genéticos asociados, ni tampoco proporcionó el diagnóstico preciso, pero sí que el único **tratamiento prescrito por el médico fue reposo y uso de faja**, situación ésta que mermó severamente su locus de control, pues ante la perspectiva de jugar un papel pasivo desesperanzador impuesto en su tratamiento, la usuaria dio continuidad a un uso no médico de benzodiazepinas como una alternativa ante el dolor crónico, lo cual afectó también su autoeficacia para manejar adaptativamente su problema médico, pues sentía que éste no tenía solución.

- ✚ Al inicio del tratamiento la columna le dolía “día y noche”.
- ✚ Llevaba tres meses de usar faja ortopédica.
- ✚ No tomaba ningún medicamento por prescripción médica.
- ✚ Esta molestia contribuye significativamente a su depresión.
- ✚ El dolor está asociado a las conductas de **lavar ropa de sus hermanos, a ayudarle a la abuelita y las labores domésticas de limpieza.**
- ✚ **La faja le lastima la piel y le molesta para respirar.**

- ✚ **No existen elementos que confirmen presencia de adherencia ni alianza terapéutica con su médico**, pues ella reporta que éste no le explica el diagnóstico ni porqué no le receta nada.

Estructura familiar:

Es la primogénita de cinco hijos. Al ingreso a tratamiento sus cuatro hermanos tienen un rango de edad de 5 a 15 años, en tanto su mamá 32.

Cohabita con ellos pero el padre no está presente. **Existe un antecedente de intento de violación por parte de éste estando ebrio, cuando ella tenía 13 años.** Posterior separo de los padres **y sensación de culpa de ella (Estos pueden haber sido factores distales del inicio del consumo: Nótese edad de inicio de consumo de alcohol y drogas).**

Principal problema percibido:

- 1) **Considera su consumo de alcohol** durante el año pasado como “Un problema mayor”. Su problemática la califica entre “indeciso” y “grave”.
- 2) **Alcohol (100 % de consumo de tequila), desde los 15 años.**
- 3) Tabaco (seis o siete cigarros por ocasión de consumo desde los 15 años).
- 4) Marihuana (1-10 cigarros al día).
- 5) Cocaína (“piedra”, 0.5 a 1.0 gr. / semana).
- 6) **Pastillas, desde los 15 años: Rohypnol (flunitrazepam), Diazepam (“chochos, éxtasis, lorazepam diez pastillas, XL3 en mucha cantidad”).**

Historia de consumo de alcohol y drogas:

- **Inició el consumo de alcohol y drogas a los 15 años: Aunque** el alcohol y benzodiacepinas fueron constantes, no se observó este patrón de consumo en las otras drogas, que solo fue de uso experimental y abuso.
- Mantuvo un año de consumo de más de 4 “caballitos” de tequila por ocasión.
- Sin antecedentes de tratamientos previos.
- Desde el inicio del consumo el mayor periodo de abstinencia habían sido 15 días.

Impresión Diagnóstica en base a la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2002):

Eje I: Trastornos clínicos.

- ◆ Trastorno por dependencia de alcohol, con dependencia fisiológica, en remisión total temprana.
- ◆ Trastorno por dependencia de benzodiazepinas, con dependencia fisiológica, en remisión total temprana.
- ◆ Factores psicológicos que afectan al estado Físico:
Se observaron *síntomas psicológicos* (cambios súbitos de euforia y depresión con labilidad, probablemente en relación con factores hormonales propios de la adolescencia) que afectaron tanto al curso de la adicción como a la enfermedad médica *Dolor de Espalda* (al haber automedicación y no adherencia terapéutica a las indicaciones médicas).

Eje II: Trastornos de la personalidad.

Ninguno

Eje III. Enfermedades médicas:

- ◆ Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo:
Dolor de Espalda.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales:

- ◆ Conflicto con la madre, pues ésta no cree en su recuperación; le cobra la pasta de dientes, comida etc.,
- ◆ Conflicto con expareja, sufre amenazas de muerte por haberse separado de éste y teme ser reconocida en la vía pública por alguna víctima de algún robo o hurto cometido bajo instigación de su expareja y la droga.

Eje V: Escala de evaluación de la actividad global.

EEAG = 50.

2) Análisis Funcional

Síntesis:

Se identifican precipitadores externos del consumo de alcohol (amigos, su pareja de aquel entonces, el contexto de su recámara, la casa, la escuela), e internos (sentimientos de soledad y nostalgia por haber estado en ese tiempo unos meses lejos de su familia).

Antes del consumo siente “enojo por no poderse controlar” y “nervios”.

Las consecuencias negativas del consumo de alcohol y benzodiazepinas fueron sentirse mareada, agresiva, que se le “mueven las cosas”, estar “fuera de la realidad”, llorar; calambres, hormigueo y dolor de cabeza; ganas de “huir”, el escuchar “lamentos” y ver “oscuro” durante cuatro días.

Las consecuencias positivas del consumo fueron ver la televisión tomada y escuchar la radio; reírse y bailar; alegría temporal.
De las pastillas la sensación de fuerza, valor y de estar en un “paraíso mental”.

Análisis funcional para la conducta de consumo de alcohol.

¿Con quién consume?

Consume alcohol sola o con amigos.

¿En qué lugar?

Consumía en la escuela (al momento de ingreso llevaba seis meses de no asistir y tampoco laboraba).

Consumía en la recámara de su casa.

¿En qué momentos?

Al acordarse de que quiere a su familia, al tenerlos cerca y sentir tristeza, así como coraje consigo misma.

Pensamientos más comunes *antes* del consumo.

“Me voy a olvidar de mi familia, del profesor”. Recordar que en los momentos más bonitos no lo quería hacer pero lo hacía.

Sensaciones físicas justo *antes* del consumo.

“Mi cuerpo sí quería...” (al oler o ver la droga presentaba sudoración de manos y salivación).

Emociones justo *antes* del consumo.

Tristeza y enojo, un poco de alegría.

Cantidad y tipo de consumo de alcohol:

Tequila. Por ocasión de consumo de cuatro a diez caballitos fue incrementando durante un año.

Al inicio del tratamiento llevaba 15 días de abstinencia.

Su episodio de consumo dura una hora.

Durante cuatro meses ha consumido alcohol diario (estuvo viviendo tres meses fuera de casa).

Consecuencias agradables del consumo.

Sentirse mareada y fuera de la realidad.

¿Qué es lo que más le agrada de consumir alcohol en el lugar en que lo hace?

Ver la televisión tomada, escuchar radio y después se pone a llorar.

¿Qué es lo que más le agrada de consumir alcohol en los momentos en los que lo hace?

Sentirse fuerte físicamente. Golpeaba un saco y después lloraba. En la escuela le ofrecían sus amigos.

Pensamientos/emociones agradables justo después de consumir.

“Me daba risa... me ponía a bailar... (alegría)”.

Consecuencias físicas negativas del consumo de alcohol:

Irritación, calambres, hormigueo en la cabeza y ver oscuro durante cuatro días (*probablemente por efecto de benzodiazepinas y no por alcohol).

No ha estado internada en hospital durante los últimos 12 meses.

Problemas de pareja del consumo de alcohol.

Aclara que ambos tomaban en una relación que duró seis meses caracterizada por violencia, amenazas de muerte a su familia y coacción (la obligaba a robar y la golpeaba).

En este estado no ha buscado empleo.

Problemas legales asociados al consumo de alcohol:

Demanda legal que ella inició como agraviada hacia su ex pareja (Coaccionada por su ex pareja participó en hurtos).

Mayor periodo de abstinencia desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema:

El problema comenzó “al sentir que él me dominaba” (que su ex pareja la dominaba; el mayor periodo es 15 días, el que lleva al momento de la valoración).

Análisis funcional para el consumo de otras drogas.

Su consumo de drogas durante el año pasado es descrito por ella como “un gran problema”. “No podía abstenerme de ellas, diario quería tener los efectos”.

Frecuencia de consumo: “Casi diario”.

Compañía. Cuando consume se encuentra sola o con amigos.

Lugar. Consume en casa o en fiestas.

En cualquier **momento** consume.

Pensamientos antes del consumo. “Que se me antojaba tomar las pastillas o fumarme la droga”.

Sensaciones físicas antes de consumir. “Nervios”.

Emociones antes del consumo. “Enojo conmigo misma por no poder/querer abstenerme”.

Cantidad consumida. “Chochos diarios de uno a cinco; la mayoría de las veces tres cigarrillos; de cuatro a diez piedras de ½ a un gramo.

Duración del episodio de consumo. “Chochos de uno a dos por la mañana al igual que en la tarde y noche. Marihuana casi todo el día fumaba. Piedra ½ a 1 gramo cada semana”.

Qué es lo que más le agrada de consumir en el lugar en que lo hace. “Nada”.

Qué es lo que más le agrada de consumir en los momentos en los que lo hace. “Tan solo sentir el efecto”.

Sensaciones físicas agradables que presenta justo después de consumir. “(Mareo). Se me mueven las cosas, mi mente se va a otro lado y en veces agresiva”.

Emociones agradables que presenta justo después del consumo. “Sentirme fuera de lo real, sentir que estoy en un paraíso (mental)”.

Consecuencias negativas por el consumo de drogas (problemas de salud). “Dolor de cabeza. Escucho lamentos”.

En los últimos doce meses, cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas. Un día.

Problemas familiares, de pareja y sociales que le ha generado el consumo de drogas. “Perdí en un momento a mi familia y creo que totalmente a mi pareja porque al tomarla en exceso tengo ganas de huir”.

En promedio gastaba al mes en drogas: \$870.00

Desde que inició su consumo, cuántas veces ha intentado dejar de consumir (mayor periodo de abstinencia). 15 días.

Motivo por el que se abstuvo en esa ocasión. “Mi pareja me lo pidió y en parte yo la quería dejar”.

Desde cuándo el fumar (tabaco) se ha convertido en un problema, cuántas veces ha intentado dejar de fumar y mayor periodo de abstinencia. “Una vez. 15 días”.

En esa ocasión se abstuvo porque “yo quería dejar todas las drogas”.

Entre sus amigos o familiares quiénes le ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o drogas. “Mi mamá en sí. Ella es la única a quien le preocupo”.

Algo más que desee agregar. “Que mi peor problema han sido las pastillas porque de ellas las he utilizado desde hace dos años casi diario, y las otras (drogas) lo hice con mucha frecuencia, como tres meses en exceso”.

Identificación de razones para cambiar, precipitadores y cadena conductual.

1. **Porqué es importante dejar el consumo.** “Porque mi vida se ve afectada (mi salud). Porque pierdo la relación social con personas saludables (familia)”.

2. **Para qué es importante en mi vida dejar de consumir.** “Para poder realizar mis metas, dar amor a mi familia y enfrentar la realidad”.

3. **Situaciones de riesgo que precipitaron el consumo en mi persona.** “Amigos en la escuela por la tarde (12 a 4 PM). Pareja en casa, en la recámara desde la mañana hasta la noche.

4. **Cuáles eran las conductas que realizaba para el consumo:** Me levantaba a las 7 y empezaba a pensar en encontrarme con amigos, apurarme para estar con ellos a las 9, tomaba mi pesero y verlos adentro de la escuela.

5. **Cuáles eran las consecuencias a corto plazo que buscaba obtener a través del consumo:** “Consecuencias emocionales, evadir los problemas, sentirme fuera de la realidad”.

6. **Cuáles son las consecuencias a largo plazo (cómo le afectó el consumo):** “Físicas, sociales, emocionales, mentales, me afectó emocional y físicamente”.

Tabla 11: Análisis Funcional **de Enojo**, en la que puede observarse la importancia de la condición clínica de *dolor de espalda*.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE ENOJO.				
Fecha, día y hora.	Personas	Antecedentes	Conducta	Consecuencias
4 marzo 13 hrs.	Mamá	Regaño por haber llegado tarde	Siento coraje y reacciono agresiva al contestar	Hago enojar más a mi mamá, y por el temor de no disculparme con ella
4 marzo 15 hrs.	Mamá	Me llamó la atención por no pedir disculpas.	Supe que ella tenía razón pero no le contesté en nada	Irme enojada a la escuela
5 marzo en la mañana	Hermana Jade	La regañé por no ser ordenada y me contestó muy grosera	Calmarme para ya no ser agresiva con ella	Le hablé bien y corregí lo que ella no me había entendido
7 de marzo en la tarde	Hermano Eliott	Bromeé con él, pero él se disgustó y discutió ofendiéndome	Mucho coraje porque lo había tomado así	Decirle que ya no me hablara y así fue

11 de marzo por la mañana	Con casi todos me disgusté	Porque me sentía mal porque me dolía mi columna y me pedían favores y yo no los hacía	Y yo no quería que nadie me hablara y no tengo forma de que se me quite el dolor. Me recosté y pensé que no debía de tener esa conducta	Me levanté, ya se me había pasado el dolor y traté de disculparme hablándoles bien
---------------------------	----------------------------	---	---	--

Tabla 12: Análisis Funcional para **Consumo de Pastillas**, en la que se observan indicadores de dependencia.

ANÁLISIS FUNCIONAL PARA CONSUMO DE PASTILLAS				
Externos	Precipitadotes Internos	Conducta	Consecuencias positivas a corto plazo	Consecuencias negativas a largo plazo
1. Con quién se encuentra cuando consume. Con mis amigos, con mi pareja	Qué piensa justo antes de consumir. Que no lo debo hacer.	Usualmente, qué consume. Consumo diario "chochos" (rohynol, de bayer).	Qué es lo que le gusta de consumir rohynol con la pareja. (?)	Cuáles son los resultados negativos del consumo en las siguientes áreas. (?)
2. Usualmente, dónde se encuentra cuando consume. En la escuela con amigos, en la casa en la recámara.	Que siente físicamente antes del consumo. Ansiedad, nerviosismo.	Cuántas pastillas consume. De una a cinco	Qué es lo que le gusta de consumir en la casa /calle. (?)	Señaló área física sin especificar.
3. Usualmente, cuándo o en qué momentos consume. Por la tarde pues sentía que se le iba a quitar el efecto (consumía dos o tres más, habiendo nerviosismo y enojo, no hablaba).	Emociones que experimenta justo antes del consumo. Sentir el efecto.	Cuánto tiempo dura el episodio del consumo. Es a lo largo del día, o medio día, y nuevamente consumo en la tarde y noche.	Qué es lo que le gusta sobre los momentos en que consume pastillas. Calmar la ansiedad de mi cuerpo.	Señaló área emocional sin especificar.
				Cuáles son algunos de los pensamientos placenteros que usualmente tiene mientras consume. Tan solo calmarme y tener el efecto.
				Cuáles son algunas de las sensaciones físicas agradables que usualmente experimenta mientras consume. Sentirme

adormecida.
Cuáles son algunas de
las emociones
agradables que
usualmente
experimenta mientras
consume. Sentirme con
valor, que podía ser
insensible.

3) Rehúso al Consumo

Éste componente revistió particular importancia y dificultad en la usuaria. A través del juego de roles se ensayaron diversas estrategias de rehúso, dado que en situaciones de reunión y festejo a ella le causaba temor jugar el rol de “agua-fiestas” (sentimientos de inadecuación, temor al ridículo y rechazo), cuando le ofrecían alcohol en fiestas, también por la presión de quien era su pareja.

Cabe destacar que el modelo original de Hunt y Azrin (1973), incluye las siguientes habilidades: Rehusarse asertivamente, rehusarse utilizando otra alternativa, rehusarse cambiando de tema y rehusarse confrontando al otro. No obstante, en población mexicana, los usuarios utilizan otras conductas de rechazo que se incluyeron en la adaptación, que son: Rehusarse con justificación (“Estoy jurado”, “Estoy tomando medicamento”) y Rehusarse Interrumpiendo Interacción (“No quiero gracias, y ya me tengo que retirar luego nos vemos”) (Barragán, 2005).

El rehusarse al consumo ante precipitadores internos (pensamientos de antojo, necesidad, o apetencia por la sustancia) requiere aplicar la estrategia de reestructuración cognitiva, técnica en la que la usuaria también fue entrenada.

4) Metas de Vida Cotidiana

En varios momentos de su tratamiento retomó la meta de continuar estudiando, y de inscribirse en una carrera universitaria una vez concluida su preparatoria.

Refirió que se sentía atraída por actividades referentes a cómputo, así como por la carrera de psicología.

5) Solución de Problemas

En su plan de acción incluyó pensamientos de no consumo, escuchar música e ir a correr, así como estrategias mencionadas en la parte de prevención de recaídas.

Desarrolló habilidades de autocontrol para no alterarse con respecto a la posibilidad de que su ex pareja la moleste.

6) Comunicación.

En cuanto a habilidades de comunicación el gran problema que tenía con su mamá fue que no creía en ella, en su rehabilitación, en la posibilidad real de que se compusiera, así como la presión de exigirle su mamá a la usuaria que ya fuera comprando abasto para la despensa, cosas tales como pasta de dientes etc. (observar que la mamá le tocó ser madre desde muy joven y de ahí la expectativa de que su hija ya debía asumir ese rol proveedor, aunado probablemente a los episodios en los que observó la dilapidación de la usuaria asociada a su consumo).

Por lo que se realizaron ensayos conductuales con el fin de simular una confrontación en la que la madre le hace reclamos, la predestina a la recaída, le cobra la comida, no cree en sus propósitos de abstinencia y seriedad en el cumplimiento de las metas de tratamiento; así como otros ensayos ante ofrecimientos al consumo de parte de amigos.

A pesar de que la usuaria ya contaba al inicio del tratamiento con suficientes habilidades de comunicación para hacer amigos y conservarlos, fue de suma utilidad el exponerle con modelamiento y role playing las técnicas de conversación, de hacer y recibir críticas etc y después preguntarle con quién le sería de utilidad usarlas en su familia, pues inmediatamente pensó en sus hermanos, con quienes también sufría fricciones, además de las ya mencionadas con la mamá.

7) Habilidades Sociales y Actividades Recreativas.

La utilidad de incluir este componente fue que la usuaria estableciera nuevos nexos y conociera personas no asociadas al consumo. La usuaria estuvo yendo al club social de los días sábado en el Centro de Servicios Psicológicos de Acasulco.

8) Búsqueda de Empleo.

Sus ofertas de empleo consistían en vender en un puesto de flores, de mesera en un negocio de pizzas a domicilio y posteriormente como vendedora de planta en un local de ropa (pantalones).

Como parte de este módulo, fue orientada con respecto a dos ofertas (vendedora de zapatos y en panadería), en las que se discutió sobre los horarios, riesgos y beneficios a corto y mediano plazo de cada opción.

9) Prevención de Recaídas

Dado que el consumo de benzodiazepinas estaba fuertemente asociado a su dolor de espalda, se trazó un plan de acción que incluyó estrategias que la usuaria proporcionó y eran resultado de sugerencias médicas, tales como no cargar cosas pesadas, posición erecta, caminar recta, posición en cuclillas para agacharse y practicar ejercicios de tórax.

También se le aplicó la técnica de relajación muscular dado su dolor de columna y su locus de control externo que la hacía desesperarse y aumentar su consumo (ver análisis funcional, ISCA e ISCD: figuras 2 y 3), al pensar que no podía hacer nada por mejorar.

Se presenta la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: Consiste en ir tensando y destensando diferentes grupos musculares. El usuario aprende a ser su propio terapeuta e identificar en qué momento la necesita. En esta técnica, se van tensando diferentes grupos musculares por lapsos de entre cinco a siete segundos y posteriormente se destensan pasando a los siguientes grupos hasta completar el proceso. Al tensar un grupo muscular es importante que no tense algún otro. Esta técnica se redujo de las 90 sesiones iniciales propuestas por Jacobson (Barragán, 2005). A continuación se especifican los ejercicios de relajación correspondientes a los grupos musculares (tabla 13):

Ejercicios de relajación muscular progresiva para los diferentes grupos musculares.

Músculos	Ejercicios de Relajación
Manos	Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
Brazos (bíceps)	Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	Estirarlos hacia delante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.
Frente	Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
Entrecejo	Fruncirlo y soltar despacio.
Ojos	Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas	Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
Hombros	Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
Tórax	Espirar lentamente.
Estómago	Contraer hacia adentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
Nalgas	Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
Piernas (1)	Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas.
Piernas (2)	Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.

Vera & Vila (1995), en Barragán, (2005).

Tabla 13

10) Entrenamiento al Otro Significativo

Un co-terapeuta del Centro de Servicios Psicológicos Acasulco inscrito en el programa de la maestría llevó a cabo dos sesiones con la mamá a fin de conocer e intervenir sobre las dificultades en la comunicación madre-hija, así como las expectativas negativas de la madre hacia la recuperación de la usuaria.

Aspectos que coadyuvaron en el tratamiento:

Recibió reforzamiento verbal (felicitaciones) por el no consumo, por su puntualidad y entusiasmo, por su cumpleaños, así como reforzadores concretos (una tarjeta, un globo y un separador de libros que la terapeuta Barragán le obsequió a sugerencia de los retroalimentadores), por su actitud de apertura, cooperación y cumplimiento de tareas y habilidades observadas, así como por su cumpleaños, lo cual es parte de su tratamiento de acuerdo a Secades y Fernández (2003).

Puso una demanda contra su ex pareja en la delegación correspondiente.

Sus molestias en la espalda se redujeron y fue a cita de control con su médico. Se le dio una orden de estudios de laboratorio para rastreo de indicadores bioquímicos en orina y sangre para corroborar la abstinencia de drogas lícitas e ilícitas.

Como consecuencias del no consumo identificó una mayor comunicación y apoyo social.

Va a correr con su hermana, pues ha mejorado la comunicación.

Comentó que tuvo oportunidad de aplicar estrategias de rehusarse al consumo con un conocido suyo que le hizo un ofrecimiento. Ha aprendido a sustituir pensamientos negativos por positivos en tales situaciones.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INCLUYENDO INDICADORES DE CAMBIO.

- Prosiguió existiendo una reducción sintomática de su molestia de espalda, que ella asoció a la técnica de relajación aprendida, lo cual incluso le permitió ir a un gimnasio.
- Ha mantenido un buen estado de ánimo.
- En casa le volvió a ayudar a su abuelita, y comenzó a salir al mercado (pues se abstenía de salir por temor a ser encontrada por su expareja y

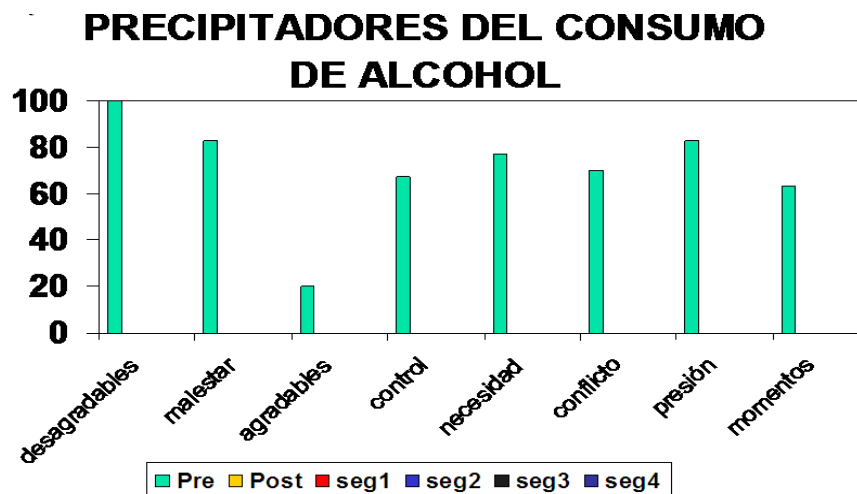
sufrir hostilidades así como ser reconocida por alguna víctimas de los timos y hurtos que había cometido drogada en fiestas).

- En el tercer seguimiento reportó haberse inscrito en la preparatoria abierta y seguir haciendo ejercicio.
- Prosigue viviendo con su tía.
- Recuerda y mantiene presente las consecuencias negativas del consumo.
- En el cuarto seguimiento reporta estar laborando como mesera, y estar conociendo nuevas amistades.
- Dejó de usar la faja ortopédica.

En el transcurso de las sesiones posteriores fue mejorando notablemente su aspecto físico, forma de vestir y sensación de bienestar, lo cual se consideró un indicador de cambios atribuibles al tratamiento.

Se muestra a continuación los resultados del ISCA, en la figura 2. Nótese que en la evaluación previa al tratamiento, los momentos desagradables eran los más determinantes.

Figura 2: ISCA



Situaciones Precipitadoras del Consumo de Alcohol en el Usuario 01. Antes del Tratamiento, Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercer y Cuarto Seguimientos.

PRECIPITADORES DEL CONSUMO DE DROGAS

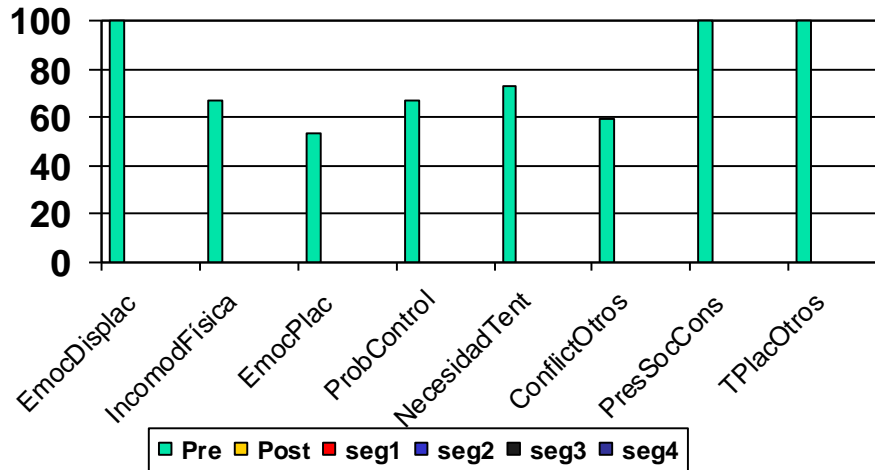


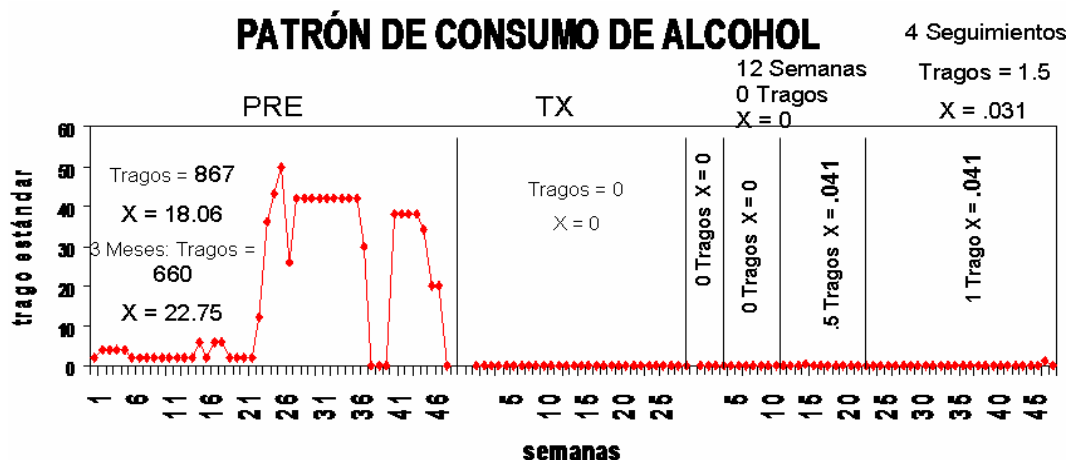
Figura 3: **ISCD**

Situaciones Precipitadoras del Consumo de Drogas en el Usuario 01. Antes del Tratamiento, Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercero y Cuarto Seguimientos

Llama la atención la intensidad de los tres precipitadores con valor de 100: Presión social del consumo, Tiempo placentero con otros y Emociones displacenteras, lo cual corrobora el deseo de pertenencia a un grupo y la deseabilidad social propios de la difícil etapa adolescente, conjuntamente con la evitación de momentos desagradables (soledad dentro de su recámara, confrontación con demandas medioambientales: Madre que exige que sea más responsable, desesperanza por dolor de espalda).

Auto-reporte y LIBARE.

Figura 4:



Patrón de Consumo de Alcohol del Usuario N.R.P Consumo de Alcohol un año Antes del Tratamiento, Durante el tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercer y Cuarto seguimientos.

LIBARE:

- Número promedio de copas por ocasión de consumo: 5.1
- Máximo y mínimo de consumo por ocasión: Máximo: 12. Mínimo: 1.
- Días de mayor consumo: Sábado y domingo.
- Consumió *tequila* predominantemente.
- 26 semanas equivale a 6 meses de tratamiento.
- No ocurrió consumo de alcohol en las mañanas.

Tabla 14

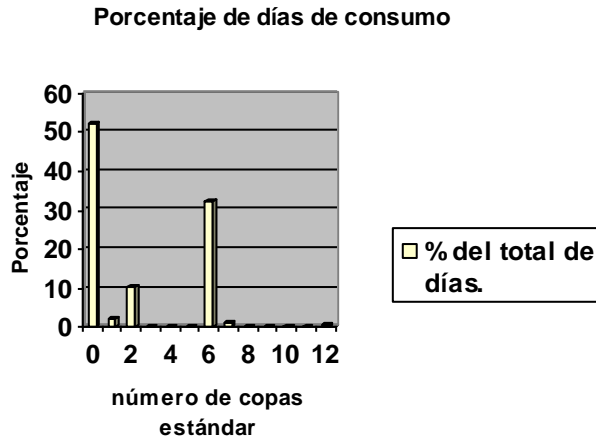
Total de copas consumidas en el año:	867
Total de días que consumió en el año:	171
Porcentaje de días del año que consume (171 / 365 * 100):	47 %

Tabla 15, de porcentaje de días de *abstinencia*, días de *consumo moderado* y de *consumo excesivo*.

Porcentaje de días de <i>abstinencia</i> en el año.	Porcentaje de días de <i>consumo moderado</i> del total de días de consumo.	Porcentaje de días de <i>consumo excesivo</i> del total de días de consumo.
53 %.	25 %	75 %

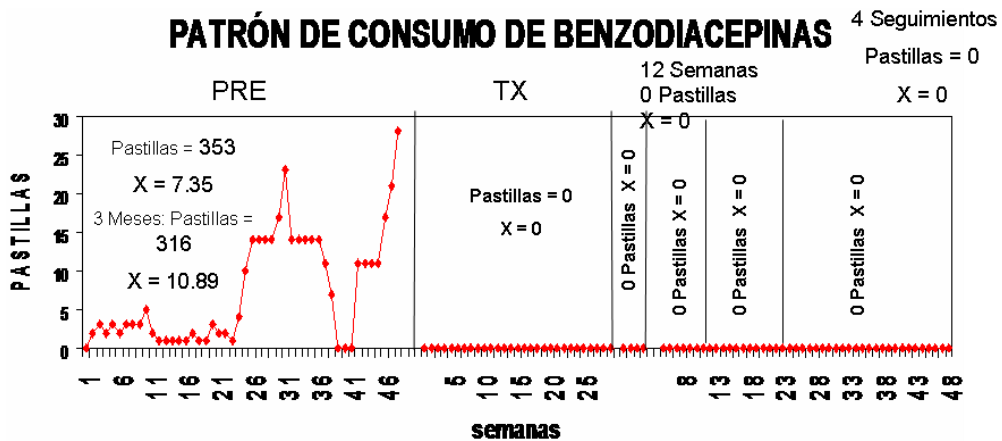
Consumo en LIBARE igualando duración de tratamiento: $660 / 29 \text{ semanas} = 22.8$

Figura 5, que muestra el porcentaje de días de consumo de alcohol con respecto al número de copas.



Auto-reporte y LIBARE.

Figura 6:



Patrón de Consumo de Benzodiazepinas del Usuario N.R.P. Consumo de Benzodiazepinas un año Antes del Tratamiento, durante el tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercer. y Cuarto Seguimientos.

Tabla 16

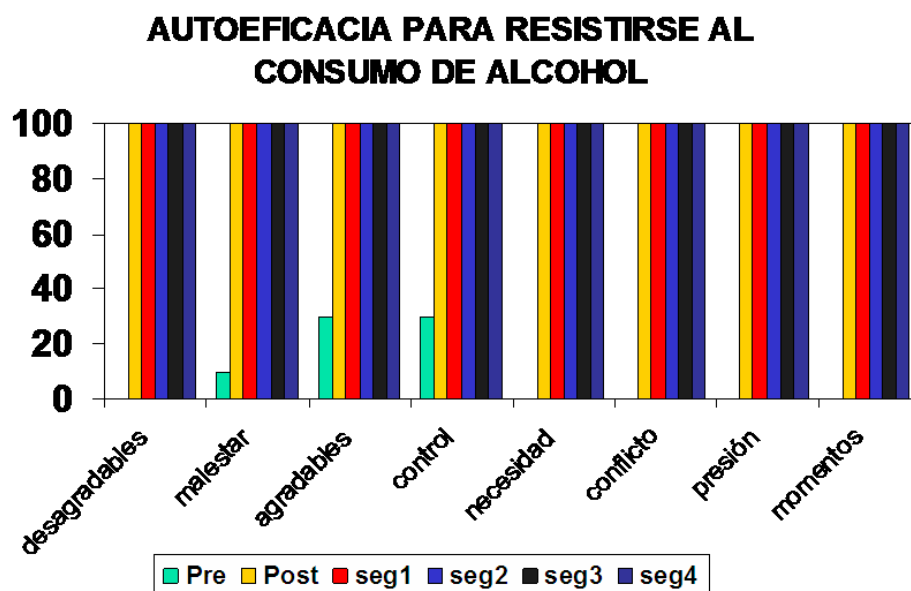
Total de pastillas consumidas en el año:	353
Total de días que consumió en el año:	182
Porcentaje de días del año que consume (182 / 365 * 100):	50 %
Número promedio de pastillas por ocasión de consumo: 1.9	

Tabla 17

Máximo de días consecutivos de abstinencia:	21.
---	-----

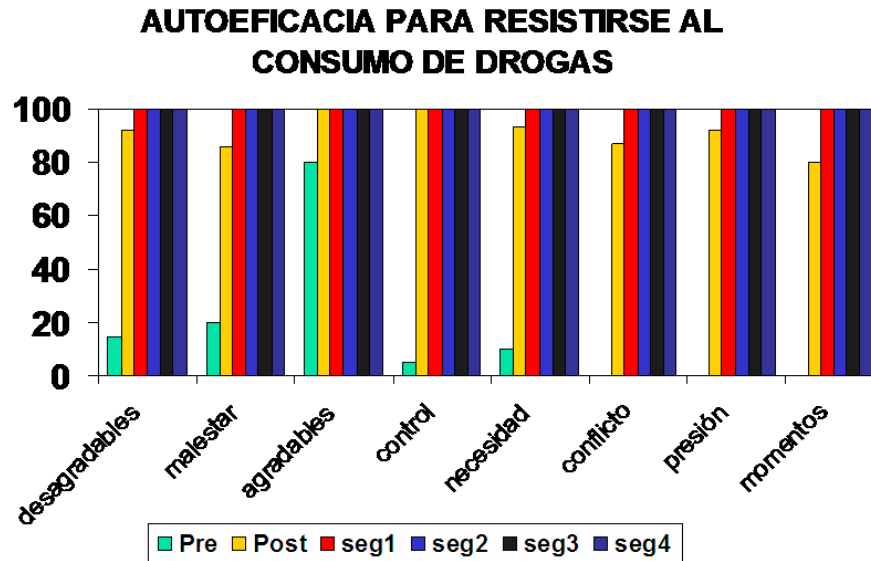
Consumo en LIBARE igualando duración de tratamiento: 316/ 29 semanas = 10. 9

A continuación se presenta la figura 7, que corresponde a las aplicaciones del CCS



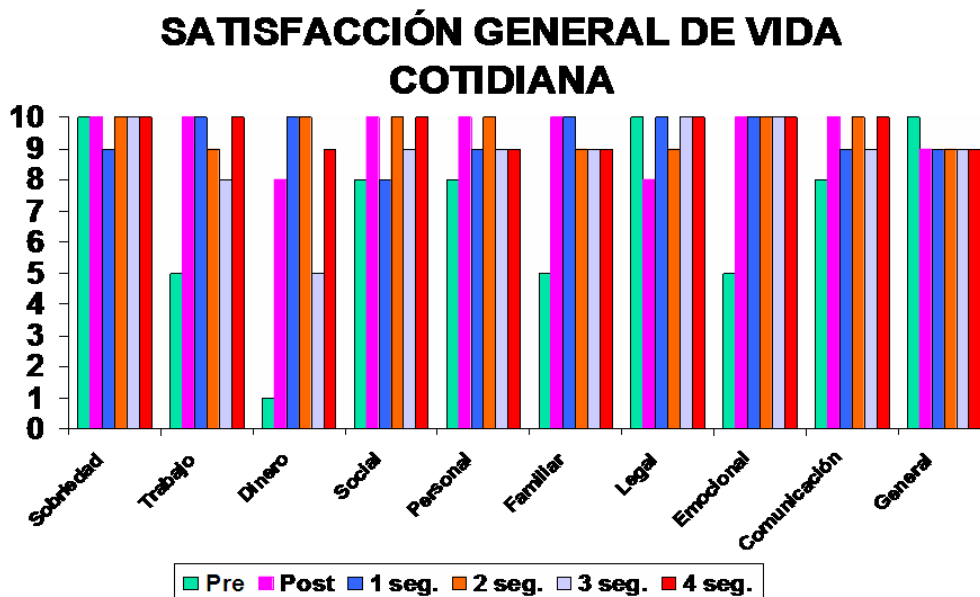
Autoeficacia para Resistirse al Consumo de Alcohol en el Usuario 01. Antes del Tratamiento, Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercero y Cuarto Seguimientos.

En la próxima figura 8, se muestran los resultados de las aplicaciones de CACD, que exhibe un patrón muy similar al anterior.

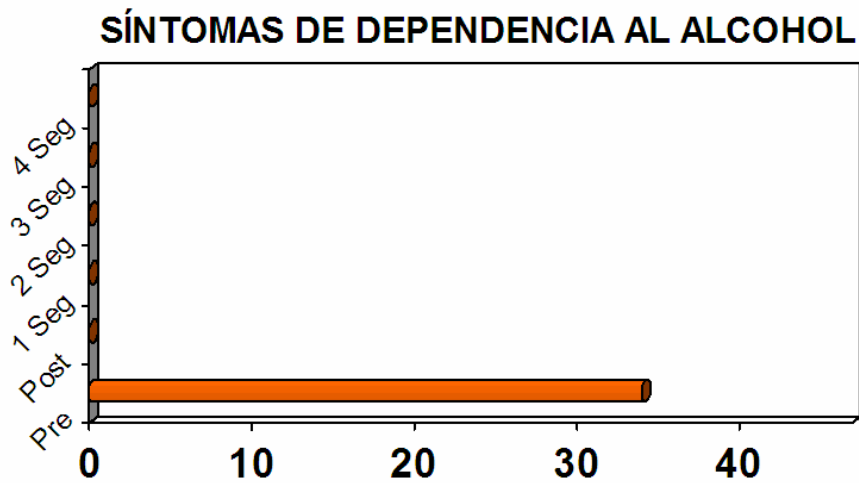


Autoeficacia para Resistirse al consumo de Drogas en el Usuario 01. Antes del Tratamiento, Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercero y Cuarto Seguimientos.

La siguiente Figura 9, confiere un criterio de validez social del tratamiento.



Satisfacción en áreas de Funcionamiento de Vida Cotidiana del Usuario 01. Antes del Tratamiento, Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercero y Cuarto Seguimientos.



Síntomas de Dependencia al Alcohol en el Usuario 01. Antes y Después del Tratamiento, en el Primer, Segundo, Tercer y Cuarto Seguimientos.

Figura 10, en la que se observa que el nivel de dependencia con el que ingresó al tratamiento era **severo**.

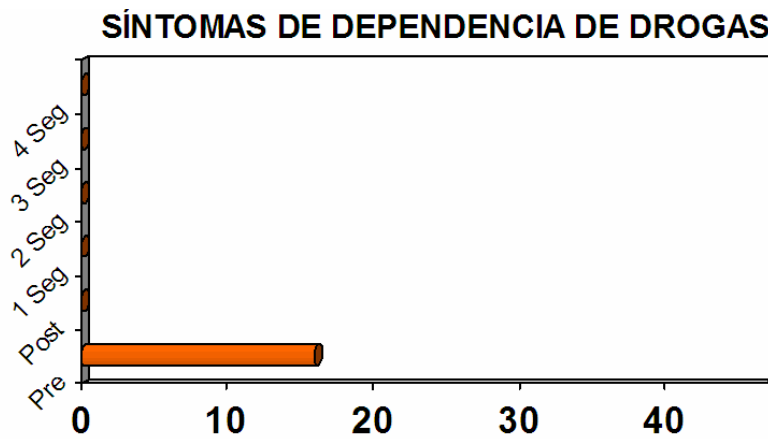
Tabla 18

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) pre y post.

Pre: Febrero 2002: 35 (dependencia severa).

Post: 17 09 02 0 (no hay dependencia).

Valor de referencia: A partir de 22 como criterio de inclusión.



Sintomas de Dependencia de Drogas en el Usuario 01. Antes y Después del Tratamiento, y en el Primero, Segundo, Tercero y Cuarto seguimiento.

Figura 11

Instrumento aplicado **CAD**
 Valor de referencia 11 sustancial
16 severo.

CAD (Uso de drogas, para medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de éstas). Puntaje obtenido: 16, que corresponde a nivel severo:

A continuación se incluyen y presentan los resultados de las series temporales interrumpidas para determinar significancia de cambios en el patrón de consumo de benzodiazepinas y alcohol, a partir de que se introdujo la fase de tratamiento, cambios estos que fueron significativos; análisis corrido en el piloteo (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005).

Este análisis permitió controlar estadísticamente la autocorrelación de los datos seriales de un solo organismo a través del tiempo.

Se aplicaron pruebas “t” pre-postest para muestras igualadas (tablas 19 y 20: **la tercer columna corresponde al valor “t”**) para determinar los cambios en las variables mediadoras: precipitadores, autoeficacia, satisfacción cotidiana y cantidad de consumo. Posteriormente, se corrió el análisis de series temporales, controlando la autocorrelación de datos con dependencia serial y evitando de esta manera los errores tipo I y tipo II.

Variable: NRP1 (benzodiazepinas) (3)

Modelo: (1,0,0) Intervenciones: 1

No. de observaciones: 905 Inicial SS= 889.00 Final SS= 269.87(30.36%) MS=.29886

Parámetros (p/Ps-Autoregressive, q/Qs-Moving aver.);

Subrayado: $p < .05$

$p(1)$ $\Omega(1)$

Estimado: .99843 -9.971

Error estándar: .00236 .55012

Figura 12.

Gráfica de los residuales del patrón de consumo por día de benzodiazepinas.

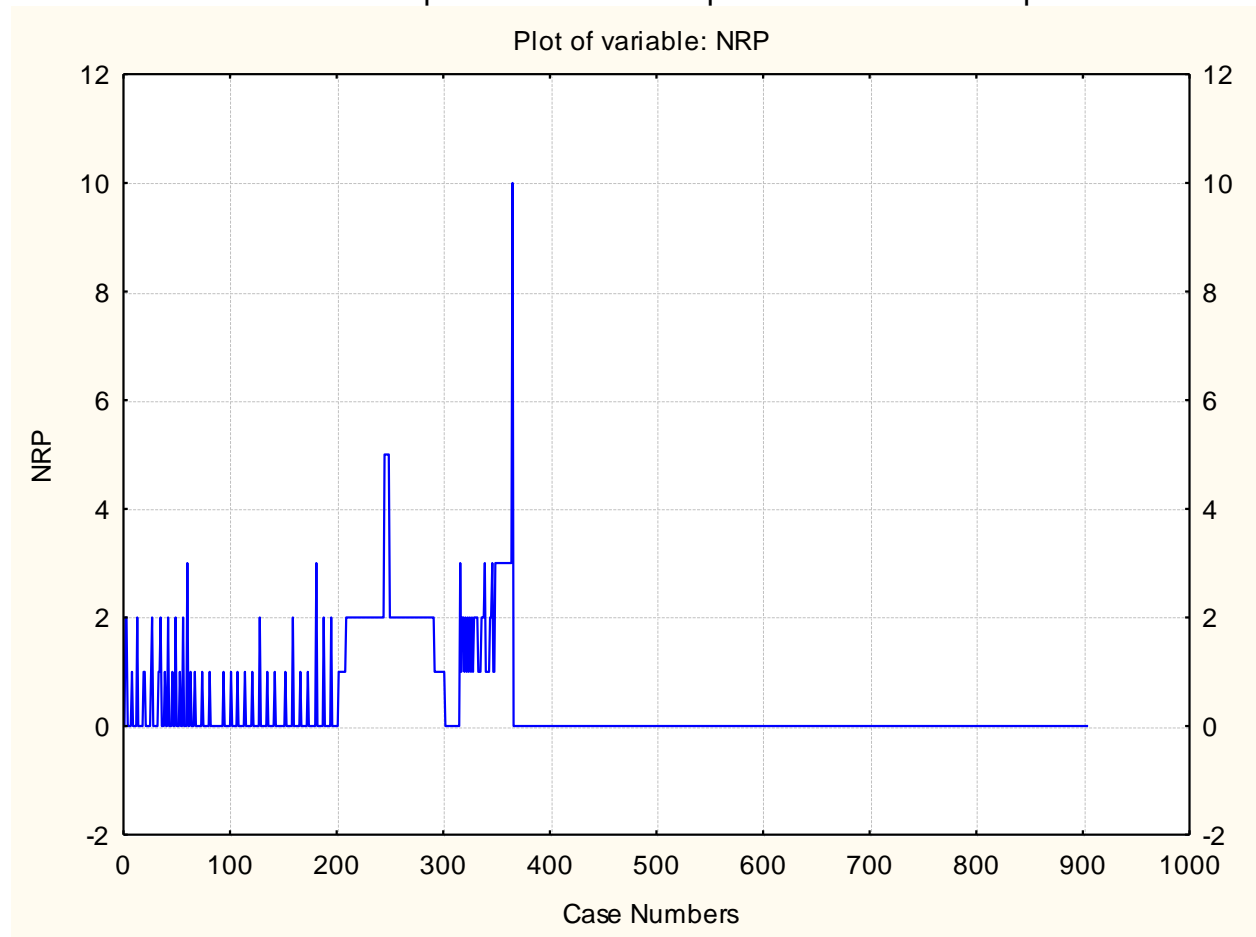


Tabla 19

	Param.	Asympt.	Asympt.	p	Lower	Upper	Interv.	Interv.
p(1)	0.99843	0.002358	423.3423	0.00	0.9938	1.00306		
Omega(1)	-9.97117	0.550116	-18.1256	0.00	-11.0508	-8.89152	366	Abr/Perm

Variable: NRP2 (alcohol) (4)

Modelo: (1,0,0) Intervenciones: 1
 No. de observaciones: 905 Inicial SS= 5148.3 Final SS= 1301.8(25.29%) MS= 1.4416
 Parámetros (p/Ps-Autoregressive, q/Qs-Moving aver.);
 Subrayado: $p < .05$
 $p(1)$ $\Omega(1)$
 Estimado: .86437 .00253
 Error estándar: .01674 .34044

Figura 13.
 Gráfica de los residuales del patrón de consumo por día de alcohol.

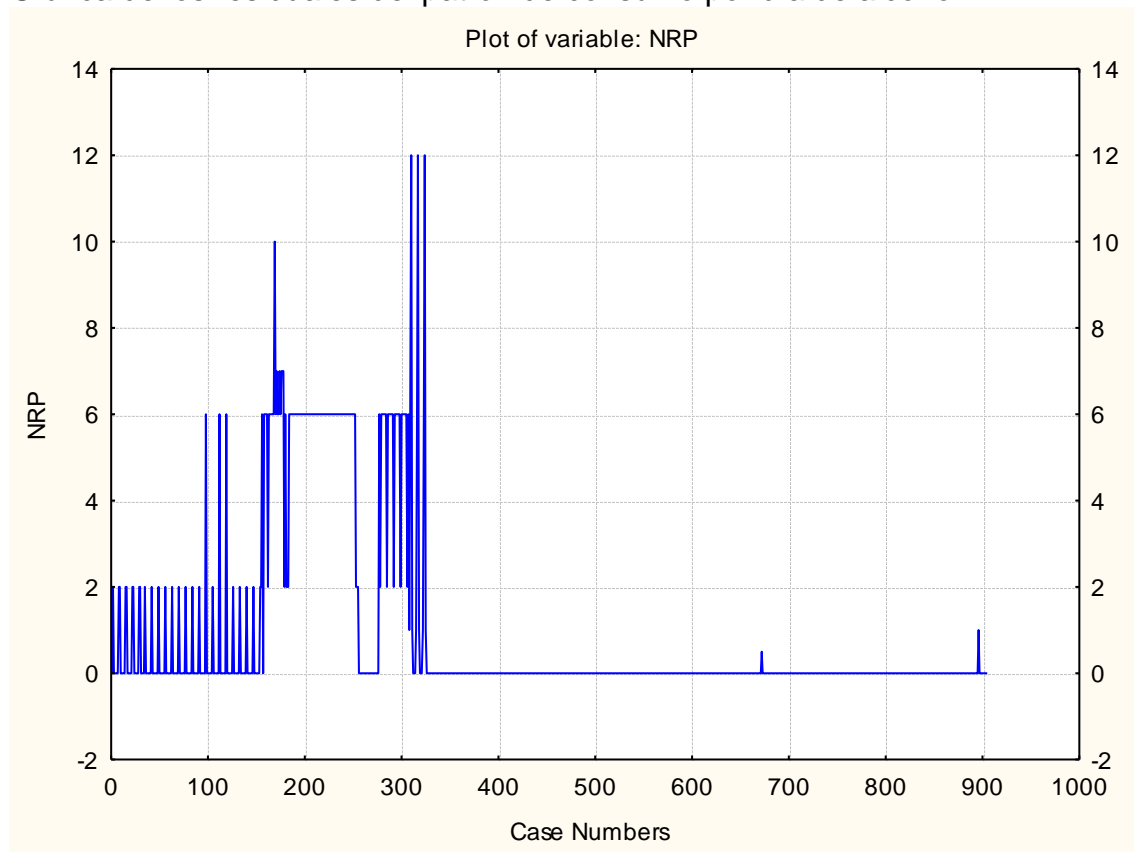


Tabla 20

	Param.	Asympt.	Asympt.	P	Lower	Upper	Interv.	Interv.
p(1)	<u>0.864371</u>	0.016743	51.62517	0.000000	0.831511	0.897231		
Omega(1)	0.002528	0.367713	0.00687	0.994516	-0.719143	0.724199	366	Abr/Perm

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES CON RESPECTO AL CASO CLÍNICO.

La oportunidad de intervenir con técnicas válidas y confiables en el manejo de un caso crónico es de vital importancia, pues a nivel personal ha incrementado mi confianza y autoeficacia como psicólogo para coadyuvar no solo en la prevención, sino en la recuperación de casos de un nivel de dependencia cuya gravedad hace poco probable que éstos mejoren sin tratamiento alguno, o bien, sin tratamiento y sin repercusiones más severas. Es entonces altamente reforzante participar desde nuestra disciplina en el auxilio de usuarios con problemas tan serios en el vivir, que entre éstos se cuenten consecuencias sufridas que incluyen problemas con la ley, secuelas orgánicas y un nivel de dependencia al alcohol grave, todo ello desde un enfoque interdisciplinario integrador.

Esta misma oportunidad de constatar cómo un programa de tratamiento psicológico puede en conjunción con el medio lograr que en el transcurso de los meses el nivel de consumo del usuario llegue a cero, conlleva satisfacciones de índole personal y académico, lo cual es estimulante para pretender continuar mi formación en la implementación y aplicación de programas de esta índole.

REFERENCIAS

- Abrams, D.B. & Niaura, R.S. (1987). Social Learning Theory. En Blane, H. T. & Leonard, K.E. (Eds.) **Psychological theories of drinking and alcoholism**. Nueva York: The Guilford Press.
- Allen, J. P.; Litten, R. Z.; & Fertig, J.B. (1995). NIDA-NIAAA workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. **Psychopharmacology Bulletin**, 301, 655-669.
- American Psychiatric Association. (2002) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV-TR. 4th Ed.** Washington, DC: Author.
- Annis H.M., Herie M.A., Watkin-Merek L. (1996). **Structured relapse prevention. An outpatient counselling approach**. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ardila R. (1980). **Terapia del comportamiento. Fundamentos, técnicas y aplicaciones**. Bilbao: Desclée de Brower.
- Áreas de incidencia (s. f.) Universidad de Emory,
Website: <http://www.es.emory.edu/mfp/efficacy2.html>
- Ayala V. H., Cárdenas L. G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. **Psicología Iberoamericana**. 4 (2) 5-17.
- Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S. L., Gutiérrez L. M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber**. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Ayala, V. H. & Echeverría, L. (1998) Detección Temprana e Intervención Breve. En Medina-Mora, M. (comp.) **Beber de tierra generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México**. México DF: Fundación de Investigaciones Sociales A. C.

- Ayala V. H., Echeverría S. L. (2001). **Tratamiento de conductas adictivas**. México D. F.: UNAM, Facultad de Psicología.
- Ayala V. H., Echeverría L., Sobell M. B., Sobell L. C. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En Ayala V. H., Echeverría S. L. **Tratamiento de Conductas Adictivas** (25-51). México D. F.: UNAM, Facultad de Psicología.
- Ayala V. H., Gutiérrez L. M. (1993). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. **Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría**. XXXIII, (1).
- Azrin N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. **Behavior Research and Therapy**, 14, 339-348.
- Azrin N. H., Sisson R. W., Meyers R. J., Godley M. (1982). Alcoholism treated by disulfiram and community reinforcement therapy. **Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 13, 105-112.
- Ballester A., Gil Ll. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la promoción de la salud: El caso del Alcohol. En Pérez A. M., Fernández H. J., Fernández R. C., Amigo V. I. (Comp.). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud**. Madrid: Pirámide.
- Bandura (1969, 1977). En McCrady B., Rodríguez V. R., Otero-López J. (1998). **Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bandura A. (1986). **Social foundations of thought and action. A social cognitive theory**. New York: Prentice Hall.
- Bandura A. (1997). **Self – efficacy. The exercise of control**. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura A. (1999). **Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual**. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Barlow D. H., Hersen M. (1988). **Diseños experimentales de caso único**. Barcelona: Martínez Roca.

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

Barragán T. L., González V. J., Medina-Mora M. E., Ayala V. H. (2005). Adaptación de un Modelo de Intervención Cognoscitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. **Salud Mental**. 28 (1), pp. 61-71

Barragán T. L., Morales C. S., Barreto M. E., Barragán T. N., Ayala V. H. (1998). **Modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco**. México, D. F.: UNAM, Facultad de Psicología.

Berman M., Hull T., May P. (2000). Alcohol control and injury death in Alaska native communities: Wet, Damp and Dry under Alaska's local option law. **Journal of Studies on Alcohol**. 61. 311-319.

Biblioteca de Consulta **Microsoft Encarta** (2005). Microsoft Corporation.

Blomberg R. (1994). Educational programs for teenagers in Maryland: New BAC laws. **Alcohol, Drugs and Driving**. 10 (3-4). 253-262.

Borges G., Medina-Mora, M., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón L., Romero M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. **Salud Pública de México**. 41 (1). 3-11.

Butcher J. (1996). **International adaptations of the MMPI – 2. Research and clinical applications**. Minnesota: University of Minnesota Press.

Carreño S., Ortiz A., Medina-Mora Ma., Natera G., Tiburcio M., Martínez N., Vélez A., Fauske S. (2000). **Manual general del programa modelo de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias. Cómo introducir el programa a su centro de trabajo**._México: Instituto

Nacional de Psiquiatría, División de Investigaciones epidemiológicas y sociales.

Casas B. M., Gossop M. (1993) **Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias.** Barcelona: Ediciones en neurociencias, CITRAN, FISP.

Colín A., Garduño C. (1996). **La autoeficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema.** Tesis para obtener el grado de licenciatura: UNAM, Facultad de Psicología.

Connors G. J., Longabaugh R., Miller W.R. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: implications for research and practice. **Addiction**. 91, (suppl.) pp. S191 – S196.

Cooper J. O., Heron T. E., Heward W. L. (1987). Auto-control. En **Applied behavior analysis**. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

DeJong, W. (1994) Relapse Prevention: An emerging technology for promoting long-term drug abstinence. **The International Journal of the Addictions**. 29 (6), 681-705.

Diferenciación de autoeficacia de otros conceptos. (s. f.) Universidad de Emory, Website:

Checado en Marzo 2001: <http://www.es.emory.edu/mfp/efficacy4.html>
<http://www.es.emory.edu/mfp/efficacy6.html>

D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology**, 78 (1), 107-126.

Echeverría L., Oviedo P., Ayala V. (1993, 1998). En Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S. L., Gutiérrez L. M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber.** México: UNAM, Facultad de Psicología.

Edwards G., Anderson P., Babor T., Casswell S., Ferrence R., Giesbrecht N., Godfrey C., Holder H., Lemmens P., Mäkelä K., Midanik L., Norström T.,

Österberg E., Romelsjö A., Room R., Simpura J., Skog O. (1997). **Alcohol y salud pública**. Barcelona: Prous Science.

Fernández P. R. (1988). **Elementos básicos de medicina forense**. México DF: Méndez Cervantes.

Finney, J. W. y Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. **Journal of Studies on Alcoholism**, 229-243.

Goldbeck R., Myatt P. & Aitchison T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: A predictor of abstinence. **Addiction**. 92 (3). 313-324.

Grant M., Litvak J. (Eds). (1998). **Drinking patterns and their consequences**. Washington: Taylor & Francis.

Greenwood P. W. (1995). **Strategies for improving coordination between enforcement and treatment efforts in controlling illegal drug use**. Santa Mónica CA: RAND.

Grupo Editorial Norma (1991). **Norma, diccionario enciclopédico ilustrado práctico**. Colombia: Autor.

Heather N. (1995). En Hester R. K., Miller W. R. **Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives**. Massachusetts: Allyn and Bacon.

Hernández S., Fernández C., Baptista L. (2000). **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw Hill.

Hester R. K., Miller W. R. (1995). **Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives**. Massachusetts: Allyn and Bacon.

Hingson R., Heeren T., Winter M. (1994). Effects of lower legal blood alcohol limits for young and adult drivers. **Alcohol, Drugs and Driving**. 10 (3-4). 243-252.

- Hingson R., Heeren T., Winter M. (1999). Preventing impaired driving. **Alcohol Research & Health**. 23 (1). 31-39.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. **Studies on Alcohol**, 52, 517-540.
- Hunt, G & Azrin, N. (1973). A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. **Behavior, Research and Therapy**, 11, pp. 91-104.
- Jacobs J. B. (1989). **Drunk driving. An american dilemma**. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson. G. R. (1989). A Comprehensive Approach to Pretreatment Evaluation: Detection, Assessment, and Diagnosis of Alcoholism. En Hester R. K., Miller W. R. (Eds). **Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives**. New York: Pergamon Press.
- Jellinek (1960). En McCrady B., Rodríguez V. R., Otero-López J. (1998). **Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kavanagh D., Sitharthan T. & Sayer G. (1996). Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. **Addiction**. 91 (10). 1539 – 1545.
- Kreitman, N. (1986). En Saunders J. B., Burgh S. En Grant M., Litvak J. (1998). **Drinking patterns and their consequences**. Washington DC: Taylor & Francis.
- Larimer M. E., Palmer R. S., Marlatt G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. **Alcohol Research and Health**. 23 (2). 151-160
- Lee N., Oei T., Greeley J. (1999). The interaction of alcohol expectancies and drinking refusal self – efficacy in high and low risk drinkers. **Addiction Research**. 7 (2). 91-102.

Litten R. Z., Allen J. P. (1992). **Measuring alcohol consumption. Psychosocial and biochemical methods.** Totowa, NJ: Humana Press.

Lucio E., Ampudia A., Durán C., Gallegos L., León I. (1999). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes mexicanos. **Revista Mexicana de Psicología.** 16 (2) 217 – 226.

Lucio E., Reyes I. (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI – 2 para estudiantes universitarios mexicanos. **Revista Mexicana de Psicología.** 11 (1). 45 – 54.

MacKinnon D. P., Nohre L., Cheong J., Stacy A. W., Pentz M. A. (2001). Longitudinal relationship between the alcohol warning label and alcohol consumption. **Journal of Studies on Alcohol.** 62. 221-227.

Marlatt G. A. (1983). “The controlled-drinking controversy: A commentary”. En Ayala V. H., Cárdenas L. G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. **Psicología Iberoamericana.** 4 (2) 5-17.

Marlatt G. A. (1996) Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. **Addiction.** 91 (Suppl.) S37-S49.

Marlatt G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* En Ayala V. H., Cárdenas L. G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. **Psicología Iberoamericana.** 4 (2) 5-17.

Martínez, V. N. **Consumo de alcohol y riesgo de accidentes automovilísticos en adultos de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.** (2001). Tesis para obtener el grado de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Martin G., Wilkinson D., Poulos C. (1995). The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale. **Journal of Substance Abuse.** 7 (2). 151-163.

McCrary B., Rodríguez V. R., Otero-López J. (1998). **Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda.** Madrid: Ediciones Pirámide.

Medina-Mora M., Morón M. A., Rojas E., Carreño S., Martínez N., Juárez F. (1999). El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: Evaluación de un modelo de intervención. **Psicología Iberoamericana.** 7 (4), 36-46.

Meyers R. J., Smith J. E. (1995). **Clinical guide to alcohol treatment. The community reinforcement approach.** New York: The Guilford Press.

Midanik L. T. & Hines A. M. (1991). En Sobell L. y Sobell M., en Litten R. Z., Allen J. P. (1992). **Measuring alcohol consumption. Psychosocial and biochemical methods.** Totowa, NJ: Humana Press.

Miller R., Rollnick S. (1999). **La entrevista motivacional.** España: Paidós.

Miller W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmark, S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. K. Hester y Miller. **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives** (2nd. Ed, pp.12-44). Boston: Allyn Bacon.

Miller W., Brown J., Simpson T., Handmaker N., Bien T., Luckie L., Montgomery H., Hester R., Tonigan J. (1995). En Hester R. K., Miller W. R. **Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives.** Massachusetts: Allyn and Bacon.

Miller W., Westerberg V., Waldron H. (1995). Evaluating alcohol problems in Adults and adolescents. En Hester R. K., Miller W. R. **Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives.** Massachusetts: Allyn and Bacon.

Monti P., Abrams D., Kadden R., Cooney N. (1989). **Treating alcohol dependence. A coping skills training guide.**_New York: The Guilford Press.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2000). Latest approaches to preventing alcohol abuse and alcoholism. **Alcohol Research & Health**. 24 (1). 42-51.

Nezu, A. y Nezu, Ch, (1995). Entrenamiento en Solución de problemas. En Caballo, V. (Comp), **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI, pp. 527-530.

Nichols J. L., Ross H. L. The effectiveness of legal sanctions in dealing with drinking drivers. (1990). **Alcohol, Drugs and Driving**. 6 (2). 33-56.

Origen de la autoeficacia (s. f.) Universidad de Emory, Website:
<http://www.es.emory.edu/mfp/efficacy3.html>

Pajares F. Current directions in self-efficacy research. (s. f.) *Emory University*. M. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.). **Advances in motivation and achievement**. Vol. 10, (pp. 1-49). Greenwich, CT: JAI Press, Website:
<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effchapter.html>

Raistrick, Dunbar y Davidson (1983); Echeverría, Oviedo y Ayala, (1998). En Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S. L., Gutiérrez L. M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber**. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Ramón de la Fuente J., Sepúlveda A. J. (Comp.) (1999). **Diez problemas relevantes de salud pública en México**. México: Fondo de Cultura Económica.

Rosovsky H. (1994). Accidentes y conducta violenta asociados a la ingesta de alcohol en la ciudad de México: hacia una estrategia preventiva. Ponencia presentada en la **Tercera Reunión Anual del Programa Universitario de Medio Ambiente-UNAM**. Academia Nacional de Medicina, México DF, Octubre 19-21. Sitio web:
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/10/0298/arti.htm>

Schunk D. (1997). **Teorías del aprendizaje**. México: Prentice Hall.

Secades V. R., Fernández H. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En Pérez A. M., Fernández H. J., Fernández R. C., Amigo V. I. **Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos**. Madrid: Pirámide.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones (1995). **Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones**. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (1998). **Encuesta Nacional de Adicciones**. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "*Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*", Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). **Encuesta Nacional de Adicciones**. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "*Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*", Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud. Ley general de salud (2001). México: Website: http://www.ssa.gob.mx/marco_juridico/ley_gral/LEY-GENERAL_DE_SALUD.pdf

Sklar S. & Turner N. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. **Addiction**. 94 (5). 723-729.

Skutle A. (1999). The relationship among self-efficacy expectancies, severity of alcohol abuse, and psychological benefits from drinking. **Addictive Behaviors**. 24 (1) 87-98.

Smith, J. E., Meyers, R. J. (1995). The community reinforcement approach. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), **Handbook of alcoholism treatment strategies** (2nd. ed., pp. 251-266). Boston: Allyn & Bacon.

Sobell L. C., Agrawal S., Annis H., Ayala V. H., Echeverría L., Leo G. I., Rybakowski J. K., Sandahl C., Saunders B., Tomas S., Ziolkowski M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. **Substance Use & Misuse**, 36 (3), 313-331.

- Sobell L., Sobell M. (1992). En Litten R. Z., Allen J. P. Measuring alcohol consumption. Psychosocial and biochemical methods. Totowa, NJ: Humana Press.; y en Ayala V. H., Cárdenas L. G., Echeverría S. L., Gutiérrez L. M. (1998). **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber**. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Stout E. M., Sloan F. A., Liang L., Davies H. H. (2000). Reducing harmful alcohol – related behaviors: Effective regulatory methods. **Journal of Studies on Alcohol**. 61. 402-412.
- Tapia C. R. (2001). **Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas**. México: El Manual Moderno.
- Tucker J. A., Donoan D. M., Marlatt G. A. (1999). **Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health**. New York: Guilford Press.
- Voas R. B., Fisher D. A. (2001). Court procedures for handling intoxicated drivers. **Alcohol Research & Health**. 25 (1). 32-41.
- Waller P. F. (1995). Legislation raising the legal drinking age in Massachusetts. **Alcohol Health & Research World**. 19 (1). 52-53.
- Williams A. F. (1992). The 1980's decline in alcohol – impaired driving and crashes and why it occurred. **Alcohol, Drugs and Driving**. 8 (1). 71-76.
- Williams A. F., Wells J. K. (1993). Factors associated with high blood alcohol concentrations among fatally injured drivers in the United States, 1991. **Alcohol, Drugs and Driving**. 9 (2). 87-106.
- Wilson R. J. (1993). Drinking and Driving. In search of solutions to an international problem. **Alcohol Health & Research World**. 17 (3). 212-220.
- Wolfe B. L., Meyers R. J. (1999). Cost Effective Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach. **Cognitive and Behavioral Practice**. 6, 105 – 109.

APÉNDICE:

A) INSTRUMENTO EN SU VERSIÓN ORIGINAL:

DRUG AVOIDANCE SELF – EFFICACY SCALE (DASES)

INSTRUCTIONS: Please circle a number from 1 to 7 for each question, indicating what you would be likely to do in each situation.

1. Imagine that you are going to a party where you will meet new people. You feel that drug / alcohol use will relax you and make you more confident. Could you avoid drug / alcohol use?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

2. Imagine that you have just blown a good job, you are home alone and depressed. Would you give in to the urge to take drugs / alcohol which are in the house?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly No	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

3. Imagine that you are home with a loved one, and feeling angry after a fight. You want to make up, but at the same time you want to get stoned / loaded. Could you resist the urge to take drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

4. Imagine that you are feeling good and have no responsibilities for a couple of days. The only thing you see against getting a bit stoned / loaded is that you have promised yourself you would go straight for two months, and you still have 3 weeks to go. Would you take drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes
-----------------	----------------------	----------------	------------------------	-----------------	-----------------------	------------------

5. Imagine it is late, you cannot sleep and drugs / alcohol are available in the house. You have decided not to use drugs. Could you resist the urge to use drugs to help you get to sleep?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

6. Imagine that a new job is starting tomorrow, you are going out with friends and expecting a good time. Could you resist the urge to celebrate with drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

7. Imagine that you are at home with your loved one, and very angry after a fight. You are tempted to get back at your partner by getting stoned / loaded. Would you give in to the temptation?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

8. Imagine that a very important relationship has just ended, and you are very depressed. Would you give in to the urge to take drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

9. Imagine that you have run into 2 friends who are celebrating a \$100 lottery win with drugs / alcohol. Could you resist their urging to join them in drug / alcohol use?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

10. Imagine that you are at a party and feeling uptight. Most people seem to be having a good time. You are tempted to use drugs / alcohol to loosen up. Would you?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

11. Imagine that you promised yourself to stay straight for 2 months but you have just blown your 5 week record with one hit or drink. Would this situation lead you to take a second one?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

12. Imagine that you had managed to stay straight for a near record time, but last night you blew it. Because of last night you are feeling weak. Would you take drugs / alcohol tonight?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

13. Imagine that you are home alone and depressed. Could you resist the urge to go out and find some drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

14. Imagine that a good friend has accused you of being insensitive. Now you are feeling hurt and tempted to use drugs / alcohol. Could you resist?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

15. Imagine that a good friend is feeling miserable. He wants you to join him in heavy discussion and drug / alcohol use to pick his spirits up. Could you resist the urge to take drugs / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

16. Imagine that you are home alone; it is a dull weekend with nothing in particular to look forward to. You are bored. Would you give in to the urge to get stoned / loaded?

1	2	3	4	5	6	7
Certainly no	very likely no	probably no	really can't say	probably yes	very likely yes	Certainly Yes

Scoring: Each item is scored on a 1 – 7 scale. Items (2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 16) are recoded (7 = 1; 6 = 2; 5 = 3; 3 = 5; 2 = 6; 1 = 7) prior to scoring. The total score is obtained by summing across the 16 items.

B) VERSIÓN DEFINITIVA; SE AÑADIERON CUATRO REACTIVOS:

DASES

INSTRUCCIONES: Por favor encierra en un círculo un número de 1 a 7 por cada pregunta, indicando qué es lo más probable que harías en cada situación.

1. Imagina que vas a ir a una fiesta donde conocerás a nuevas personas. Crees que el uso de drogas o alcohol te relajará y te hará sentir más confianza en ti mismo. ¿Podrías evitar el uso de drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

2. Imagina que acabas de perder un muy buen trabajo y que estás en tu casa solo y deprimido. ¿Cederías a la tentación de tomar las drogas o el alcohol que encuentres en la casa?

1	2	3	4	5	6	7
Con Toda Seguridad No	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

3. Imagina que estás en casa con tu pareja, sintiéndote enojado después de una pelea. Tú quieres reconciliarte con ella (él), pero al mismo tiempo tienes deseos de embriagarte o ponerte hasta atrás (con alguna droga). ¿Podrías resistir la tentación de tomar drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con Toda Seguridad No	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente No	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

4. Imagina que te la estás pasando bien y que estás libre de responsabilidades durante dos días por ser puente. Lo único que ves en contra de ponerte un poco briago o drogado es que te has prometido a ti mismo regenerarte portándote bien en los dos meses siguientes, y todavía faltan tres semanas por transcurrir. ¿Tomarías drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con	Muy pro-	Proba-	De	Probable-	Muy	Con

toda seguridad no	bable- mente no	blemente No	verdad no podría decirlo	mente sí	probable- mente sí	Toda Seguridad sí.
-------------------------	-----------------------	----------------	-----------------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------

5. Imagina que ya es noche, que no puedes conciliar el sueño y que hay drogas o alcohol disponibles en la casa. Has decidido dejar las drogas o el alcohol. ¿Podrías resistir las ganas de usar drogas o tomar un trago para poder dormir?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad no podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

6. Imagina que mañana vas a empezar a trabajar en un nuevo empleo, y que estás pensando salir con tus amigos para pasarla bien el resto de la tarde. ¿Podrías resistir la tentación de festejar con drogas / alcohol?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad no podría decirlo	5 Probable- mente Sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

7. Imagina que estás en casa con tu pareja, que estás muy enojado porque han peleado. Sientes ganas de acabar con la relación y de tomar alcohol o drogas. ¿Te rendirías a la tentación de tomar o de recurrir a las drogas?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad no podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

8. Imagina que una relación muy importante para ti acaba de terminar, y que te sientes muy deprimido (a). ¿Cederías ante el impulso de tomar drogas o alcohol?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad no podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

9. Imagina que te has encontrado con dos amigos que están festejando que se sacaron \$5,000 pesos en la lotería, ellos están tomando drogas o alcohol y ten invitan. ¿Podrías resistir la insistencia de ellos de acompañarlos a festejar con drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

10. Imagina que estás en una fiesta y que te sientes nervioso. La mayoría de los invitados parece que se la están pasando muy bien. Te sientes tentado a usar drogas / alcohol nada más para relajarte. ¿Te drogarias o tomarías alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

11. Imagina que te has prometido estar dos meses sin drogas o alcohol, pero de pronto en la quinta semana rompiste tu promesa dándote un toque o tomando un trago. ¿Te llevaría esta situación a tomar un segundo trago o a darte otro toque?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

12. Imagina que ya habías conseguido estar sin drogas o alcohol durante mucho tiempo, pero anoche volviste a tomar o drogarte. ¿Volverías a tomar o drogarte hoy en la noche a causa de que te sientes mal por lo de ayer?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad no podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

13. Imagina que estás en casa solo y deprimido. ¿Podrías aguantarte las ganas de salir a buscar alcohol o drogas?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda	Muy pro- bable-	Proba- blemente	De verdad	Probable- mente	Muy probable-	Con Toda

seguridad no	mente no	no	no podría decirlo	sí	mente sí	Seguridad sí.
-----------------	-------------	----	-------------------------	----	-------------	------------------

14. Imagina que tu mejor amigo te ha reprochado que eres insensible a sus problemas. Ahora tú te sientes mal por esto, y te sientes tentado a recurrir a las drogas o a tomar alcohol; ¿Podrías resistir la tentación?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad No podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

15. Imagina que un buen amigo (a) tuyo se siente muy triste. Él (ella) te pide que le hagas compañía platicando y tomando o drogándote con él o ella para que se pueda sentir mejor. ¿Podrías resistir las ganas de tomar drogas o alcohol?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad No podría decirlo	5 Probable- mente Sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

16. Imagina que estás solo en casa, que estás aburrido, es fin de semana y no tienes nada interesante que hacer. ¿Caerías en la tentación de irte a emborrachar o a drogarte?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad No podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

17. Imagina que no tienes trabajo, que estás llegando a tu casa fastidiado después de haber buscado empleo sin éxito en varios lugares, y que tu familia te pregunta que cómo te fue. ¿Podrías resistir las ganas de tomar drogas o alcohol?

1 Con toda seguridad no	2 Muy pro- bable- mente no	3 Proba- blemente no	4 De verdad No podría decirlo	5 Probable- mente sí	6 Muy probable- mente sí	7 Con Toda Seguridad sí.
--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---

18. Imagina que te dan los resultados de un examen de admisión que presentaste, y que te importaba mucho quedar en esa institución y no quedaste. ¿Podrías resistir las ganas de tomar drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad No podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

19. Imagina que llevas una relación de pareja en la que te empiezas a encariñar con él (ella), pero de pronto la (o) comienzas a notar cambiado (a), y ese día una amiga te platica que ha visto que tu pareja se anda citando con otra persona. ¿Caerías en la tentación de irte a emborrachar o a drogarte?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De verdad No podría decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

20. Imagina que tu equipo de fútbol favorito acaba de ganar un partido muy importante, y que estás comentando las jugadas con tus amigos. ¿Podrías resistir las ganas de tomar drogas o alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Con toda seguridad no	Muy pro- bable- mente no	Proba- blemente no	De Verdad No Podría Decirlo	Probable- mente sí	Muy probable- mente sí	Con Toda Seguridad sí.

Puntuación: Cada reactivo obtiene su valor en una escala de 1 a 7 puntos. Los reactivos (2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 16 y 19) se puntúan inversamente como (7 = 1; 6 = 2; 5 = 3; 3 = 5; 2 = 6; 1 = 7) antes del puntaje final. La puntuación total se obtiene sumando los 20 reactivos.

C) TRADUCCIÓN INVERSA O BACK – UP.

- 1.** Imagine that you are going to a party where you will meet new people. You believe that the use of drugs or alcohol will relax you and will make you feel self – confident. Could you avoid the use of drugs or alcohol?
- 2.** Imagine you have just lost a very good job, that you are alone and depressed at home. Would you give in to the temptation to use drugs or alcohol you find at home?
- 3.** Imagine you are with your partner at home, feeling angry after a fight. You want to make it up with him (her), but, at the same time you feel like getting drunk or being as high as a kite (with some drug). Could you resist the temptation to use drugs or alcohol?
- 4.** Imagine you are having a good time and you don't have any responsibilities for a couple of days. The only thing you see wrong with getting a little drunk or drugged is that you have promised yourself to be reformed behaving well in the next two months.
- 5.** Imagine that is at night, that you cannot get to sleep and there are drugs or alcohol available at home. You have decided to quit drugs or alcohol. Could you resist if you feel like using drugs or having a drink to be able to sleep?
- 6.** Imagine that tomorrow you are going to start working in a new job and you are thinking about going out with your friends to have a good time the rest of the evening. Could you resist if you feel like celebrating with drugs or alcohol?
- 7.** Imagine you are at home with your partner, that you are very angry because you both have fought. You feel like ending the relationship and having alcohol or drugs. Would you give in to temptation to have or use drugs?
- 8.** Imagine that a relationship with a very important person for you has ended and you feel very depressed. Would you give away to the impulse to use drugs or alcohol?
- 9.** Imagine you have run into two friends who are celebrating they won \$5,000 pesos in the lottery. They are having drugs or alcohol and they invite you. Could you resist to their insistence to join them to celebrate with alcohol or drugs?
- 10.** Imagine you are in a party and you feel nervous. It seems that most of the guests are having a good time. You feel tempted to use drugs / alcohol, only to relax. Would you get drugged or drink alcohol?
- 11.** Imagine that you have promised to be two months without drugs or alcohol, but suddenly in the fifth week you broke your promise having a joint or a drink. Would this situation lead you to have a second drink or joint?
- 12.** Imagine you had made to be without drugs or alcohol for a long time, but last night you drank or got drugged again. Would you drink or get drugged tonight because you feel bad because of yesterday?
- 13.** Imagine you are alone and depressed at home. Could you hold on if you feel like going out to look for alcohol or drugs?

14. Imagine your best friend has accused you of being insensitive to his or her problems. Now, you feel bad for that and you feel tempted to use drugs or drink alcohol. Could you resist the temptation?

15. Imagine that a good friend of yours feels very sad. He or she asks you to make him or her company talking and drinking or getting drugged with him or her so that he or she can feel better. Could you resist if you feel like using drugs or alcohol?

16. Imagine you are home alone, you are bored. It is weekend and you have nothing interesting to do. Would you yield to temptation to go to get drunk or drugged?