

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:

LIC. MARLENE FLORES MARES

JURADO:

TUTOR: DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ TUTORAL:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ

México, Distrito Federal, Ciudad Universitaria

NOVIEMBRE, 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ÍNDICE

Introducción.....	2
Análisis de las competencias profesionales adquiridas.....	10
Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar los grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.....	10
Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.....	21
Programa de prevención universal para adolescentes de secundaria en riesgo del consumo de drogas.....	25
Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causan el consumo de sustancias psicoactivas.....	36
Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.....	38
Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (piba).....	40
Intervención breve motivacional para dejar de fumar.....	43
Tratamiento breve para usuarios de cocaína.....	44
Aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.....	50
Programa de satisfactores cotidianos.....	50
Sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.....	56
Diseminación del programa de satisfactores cotidianos para usuarios crónicos de alcohol y drogas en tres centros de integración juvenil .....	58
Instrumentación de 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.....	68
Evaluación de un programa de intervención breve para bebedores problema que acuden a salas de emergencia de tres hospitales del distrito federal.....	68
Referencias.....	80
Programa de Satisfactores Cotidianos. Reporte de caso.....	89
Datos generales.....	89
Motivo de consulta.....	89
Información obtenida de entrevista.....	89
Evaluación.....	90
Recursos disponibles y déficits.....	98
Diagnóstico.....	99
Tratamiento.....	99
Sesión Admisión.....	103
Sesión Evaluación I.....	105
Sesión Evaluación II.....	105
Sesión Análisis Funcional de la Conducta de Consumo.....	105
Sesión Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo.....	108
Sesión Metas de Vida Cotidiana.....	112
Sesión Muestra de Abstinencia.....	117
Sesión Solución de Problemas.....	117
Sesión Rehusarse al Consumo.....	122
Sesión Búsqueda de Empleo I y II.....	125
Sesión Control de la Ansiedad.....	128
Sesión Control de la Tristeza.....	128

Sesión Control del Enojo .....	132
Sesión Prevención de Recaídas.....	132
Resultados.....	134
Nivel de dependencia al alcohol.....	134
Escala de satisfacción general.....	134
Patrón de consumo.....	136
Situaciones de riesgo.....	138
Nivel de autoeficacia.....	139
Nivel de síntomas de depresión.....	140
Nivel de síntomas de ansiedad.....	141
Conclusiones.....	142

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, alcohol y drogas en México es un problema de salud pública que ha ido en aumento en los últimos años afectando de forma heterogénea a la población. Lo que crea una gran preocupación en la sociedad mexicana.

En el caso del alcohol, los estudios epidemiológicos revelan que el consumo moderado alto se ha mantenido en los últimos años; pero en el caso de las drogas ilegales y el tabaco, el consumo ha aumentado tanto en hombres como en mujeres (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; Encuesta Nacional de Salud, 2006; Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA, 2006). De hecho, cada vez el consumo de hombres y mujeres se parece más, sobre todo en el caso de las drogas legales.

En México es más frecuente el consumo excesivo de alcohol en hombres de clase media-baja y en poblaciones rurales; este consumo ha aumentado en el caso de las personas que han consumido alguna vez, el indicador de abuso de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo en el último mes) se mantuvo estable en los últimos tres años antes del 2002 (21.4%), aunque sigue siendo un porcentaje muy alto. El abuso del alcohol se ha mantenido alto tanto en hombres como en mujeres, de manera que 1 de cada 5 se emborracha por lo menos una vez al mes (ENA, 2002).

El primer lugar en cuanto a los índices de dependencia lo tienen los hombres rurales con un 10.5% de la población total; el segundo lugar lo

tienen los hombres urbanos con un 9.3%; en cuanto a las mujeres sus porcentajes son muy inferiores, el 0.7% de las mujeres urbanas y el 0.4% de las mujeres rurales. Si se compara el consumo por edad, se ve que hay una tendencia de las mujeres jóvenes a beber más, específicamente las de 18 a 29 años.

Los problemas más frecuentes del consumo de alcohol que reportaron haber tenido los varones urbanos y rurales son haber iniciado una discusión o una pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% de los hombres rurales y 11.6% de los hombres urbanos); en segundo lugar problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% de los hombres urbanos y 3.7% de los rurales); haber sido arrestados mientras conducían en estado de ebriedad (3.2% de los hombres urbanos y 2.4% rurales). Este tipo de problemas se observa con menor frecuencia entre las mujeres, solo el tres por ciento de ellas los reportaron (ENA, 2002).

En cuanto al consumo de drogas ilegales, la ENA (2002) reporta que en México hay 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años que las han usado. La región norte del país es la más afectada con un 7.45% de la población, le siguen las regiones del centro con 4.87% y sur 3.08% de personas que han usado drogas alguna vez. Más recientemente, los centros de tratamiento no gubernamentales que reportan al SISVEA 2007, en la zona norte del país, que conforma los estados de Durango, Sinaloa, Sonora, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Baja California Sur, Chihuahua, Nayarit y Tamaulipas, informan que la heroína pasó en los últimos años de ocupar el primer lugar como droga de impacto, a un

segundo lugar, y el reporte de uso de cristal se incrementó de manera lineal entre los años 2000 y 2005, para disminuir ligeramente en 2006 y 2007. En la zona centro, que conforman los estados de Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Tlaxcala, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas, y sur que conforman los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán, el alcohol se mantiene como el principal problema. En la región sur, sin embargo, a partir del año 2001 se incrementó el porcentaje de usuarios que mencionaron a la cocaína como droga de impacto.

En cuanto al consumo por sexo se ve que todavía el consumo de drogas es mayor entre los varones con una proporción de 4 varones por cada mujer, aunque el consumo entre las mujeres ha aumentado en los últimos años. La menor diferencia entre los índices de consumo entre hombres y mujeres se observa en la región centro del país con una proporción de 3.3 hombres por cada mujer, en la región sur se observa la mayor diferencia con una proporción de 5.2 hombres por cada mujer y en la región norte la proporción es de 4.5 hombres por una mujer.

Si se comparan los porcentajes de población urbana y rural que ha consumido drogas se observa que al contrario del uso del alcohol, la población urbana tiene mayor porcentaje con el 5.57% que representa a 2.9 millones de personas y la población rural tiene un porcentaje de 3.34% que representa a 563 mil 242 personas.



Las drogas que más se consumen son la marihuana (8.3%) y la cocaína (4.7%) en los hombres (ENA, 2002; SRID, 2005), en tanto que en las mujeres las drogas de mayor consumo son los tranquilizantes (5.8%), la marihuana (3.3%) y la cocaína (2.9%) (ENA, 2002).

La ENA (2002) señala que la principal fuente de obtención de drogas fueron los amigos (marihuana 57%, cocaína 69% y alucinógenos 66%), sin embargo también mencionaron haber obtenido la droga en la calle, en el caso de la heroína el 46% de los usuarios, en el caso de las anfetaminas el 46% y los inhalables el 59%.

Algunos de los problemas o consecuencias derivados del consumo crónico de drogas son por un lado la dependencia que presenta el .44% de la población entrevistada y por otro lado los problemas físicos que acarrea, como son las convulsiones o las infecciones. Pero el uso de drogas también trae consigo consecuencias negativas similares a las del uso del alcohol, como por ejemplo los problemas familiares, económicos, sociales y emocionales.

El SISVEA 2007, brinda información relevante acerca de las consecuencias del consumo de drogas en nuestro país, ya que reporta los datos de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención de las adicciones, centros de integración juvenil, consejos titulares de menores, servicios médicos forenses y servicios médicos de urgencias que dan un panorama de los costos sociales que causa esta conducta. A continuación se presentan estos datos:

Los Consejos Titulares de Menores informaron que de todas las entidades federativas que conforman el país, en el año 2007 hubo 7,230 detenidos, de los cuales, el 52.3% mencionó consumo habitual de drogas y de estos, 1179 (16.3%) cometieron infracción bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

El reporte del Servicio Médico Forense en el 2007, informo un total de 11,212 defunciones de las cuales 2,112 (18.8%) ocurrieron bajo la influencia de algún tipo de droga.

Entre los estados con mayor porcentaje de defunciones relacionadas con alguna droga se encuentra Puebla (59.7%), Colima (33.3%), Querétaro y Aguascalientes con un 32.7% y 32% respectivamente.

Del total de defunciones relacionadas con algún tipo de droga, el 91.5% fueron hombres y el 8.5% mujeres; el grupo de edad donde se reportaron un número mayor de muertes es el de mayores de 40 años (34.8%). Las causas de defunciones relacionadas con el consumo de drogas más comunes fueron los accidentes de tránsito (19.8%), que afecta principalmente a los adolescentes, asfixia (16.2%), y atropellamientos (12.3%), por lo tanto los lugares donde ocurren las defunciones con mayor frecuencia son la casa (35.2%) y la calle (31.2%).

En cuanto a la información que proporciona el Servicio de Urgencias Hospitalarias, se reportaron 17,631 ingresos a los Servicios de Urgencia de Hospitales, de los cuales 7,186 (40.8%), refirió haber consumido alguna sustancia en los últimos 30 días, y de ellas 5739 (32.6%) sufrió alguna

lesión por causa externa. De quienes habían sufrido lesión por causa externa, 649 (3.7%), se encontraban bajo el efecto de al menos una sustancia psicoactiva al momento del ingreso. La sustancia mencionada con mayor frecuencia fue el alcohol. La mayor parte de los que se encontraban bajo el efecto del alcohol ingresaron por contusiones, caídas, o accidentes automovilísticos. En cambio, de quienes ingresaron bajo el efecto de la cocaína, tranquilizantes u otras drogas médicas, la mayoría requirió atención por envenenamiento o intoxicación.

Como se puede observar el consumo de drogas tiene dos panoramas, por un lado, es un problema individual ya que trae consecuencias físicas y emocionales a la persona que las consume, y por otro lado, es un problema social ya que trae consecuencias que impactan a terceras personas como la familia. Los accidentes, las peleas, los gastos médicos, son ejemplos de estos problemas.

Por esto, es fundamental, realizar investigación que permita el desarrollo de estrategias de prevención e intervención en beneficio de las personas que usan drogas y en beneficio de la sociedad.

Por lo que la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología creo un programa de Maestría con Residencia en Adicciones cuyo objetivo es desarrollar en los alumnos las competencias requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en los campos de la salud, la educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; así como enseñarles las habilidades para llevar a cabo

investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y, por último, fomentar una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.

El programa de Maestría con Residencia en Psicología de las Adicciones está orientado fundamentalmente desde la perspectiva cognitivo-conductual hacia la intervención y el tratamiento breve, capacita al profesional de la salud para investigar, prevenir e intervenir en el campo de las conductas adictivas mediante el manejo de los métodos y las técnicas más avanzadas, para la detección, tratamiento y rehabilitación de la población con este tipo de problemas. El alumno desarrolla las competencias, conocimientos, actitudes y estrategias adecuadas para la comprensión cabal e intervención efectiva en esta clase de problemas que presentan, entre otras, una dimensión psicológica. Del mismo modo, este programa capacita al alumno para la práctica de la docencia a nivel de excelencia, y la prestación de servicios profesionales de alta calidad tanto en escenarios institucionales como privados. Este programa consolida una preparación intensiva mediante la práctica clínica, a partir de casos reales a ser atendidos por el estudiante, con la debida asesoría técnica por parte de los supervisores de la Residencia; además, de actividades académicas complementarias como seminarios, talleres, conferencias por parte de especialistas, etc. De este modo, durante el programa, el alumno realiza el estudio de las adicciones a través de la participación en actividades curriculares tales como seminarios temáticos, talleres, foros de discusión, etc., relacionados con el análisis de los comportamientos adictivos a partir de los principios cognitivo-conductuales derivados principalmente, aunque no de manera exclusiva, de la Teoría del Aprendizaje Social. Se le

proporciona también, una sólida formación teórico-metodológica así como una intensa práctica clínica en la aplicación de las técnicas de intervención y tratamiento breves, en la que todas las intervenciones psicológicas tienen un completo sustento científico y constituyen la estrategia adecuada de tratamiento en tanto permite la identificación temprana de personas con un consumo riesgoso de sustancias adictivas.

A continuación se describirán las actividades que se realizaron durante el Programa de Residencia que permiten sustentar las competencias adquiridas por el alumno.

El egresado de la Residencia en Adicciones tendrá un perfil acorde con las necesidades identificadas socialmente y aquellas competencias profesionales que le permitan:

1. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

4. Aplicar programas de intervención cognitivo-conductual para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.

5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención universal, selectiva e indicada.

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

Al finalizar se reporta un estudio de caso del Programa de Satisfactores Cotidianos.

## **ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

**1. DISEÑAR E INSTRUMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, HACER ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, ESTUDIAR LOS GRUPOS ESPECIALES ASÍ COMO LAS TENDENCIAS QUE SE OBSERVAN EN NUESTRO PAÍS.**

La epidemiología involucra el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones (Rothman, 2002). Algunos otros autores mencionan que la epidemiología estudia los patrones de ocurrencia de enfermedades específicas, invalidez y daños a la salud dentro de una población o grupo de personas (Cantú, Jiménez y Rojas, 2001; Susser, 1991; Guerrero, González y Medina, 1986). Sin

## **ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

**1. DISEÑAR E INSTRUMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, HACER ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, ESTUDIAR LOS GRUPOS ESPECIALES ASÍ COMO LAS TENDENCIAS QUE SE OBSERVAN EN NUESTRO PAÍS.**

La epidemiología involucra el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones (Rothman, 2002). Algunos otros autores mencionan que la epidemiología estudia los patrones de ocurrencia de enfermedades específicas, invalidez y daños a la salud dentro de una población o grupo de personas (Cantú, Jiménez y Rojas, 2001; Susser, 1991; Guerrero, González y Medina, 1986). Sin

embargo, operativamente la definen como la ciencia que lleva a cabo labores de prevención, vigilancia y control de los desordenes de salud en las poblaciones humanas, y donde comprobadamente la epidemiología se basa en una serie de conocimientos que se enmarcan en la parte clínica, la estadística y la medicina social y donde intervienen tres factores epidemiológicos: el agente, que comprende aquellos ingredientes físico-químicos, organismos infecciosos y alérgicos, e inclusive los aspectos dietéticos que refieren a deficiencias y excesos de un individuo; el huésped, que contempla los elementos característicos que aquejan la susceptibilidad del sujeto al agente; y ambiente que considera factores extrínsecos que influyen la exposición del huésped al agente.

Dadas estas definiciones, tenemos que el propósito básico de la epidemiología es identificar las causas de la enfermedad, siendo inicialmente su objetivo de estudio las enfermedades infecciosas y de éstas las de mayor contagio (epidemias); posteriormente comenzó a estudiar otras patologías no infecciosas, tales como el escorbuto, la pelagra y el raquitismo. Actualmente su centro de atención son las enfermedades neoplásicas, los accidentes, las adicciones, las enfermedades mentales y cardiovasculares (Cantú, Jiménez y Rojas, 2001). Sin embargo, siempre que se conciba un estudio epidemiológico, deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones donde el punto de partida es la asociación entre la exposición y la enfermedad objetivo de investigación: ¿cuál es la enfermedad a estudiar?, ¿cuáles son las definiciones (teórica, empírica a partir de los criterios diagnósticos y de los métodos de la enfermedad que se utilicen)?, ¿qué medidas de frecuencia de enfermedad y de efecto van a ser empleadas?, ¿cuál es la exposición a estudiar?, ¿cuál es el periodo de



inducción (relación cronológica entre la exposición y la aparición de la enfermedad)?, ¿cuáles son las variables a tomar en consideración? (Norell, 1994).

En epidemiología, existen tres modelos causales para estudiar “las causas” de la enfermedad, el primero es el de causa simple/efecto simple, este fue utilizado para revelar la relación que prevalece en enfermedades infecciosas, donde un microorganismo (bacteria o virus) era preciso para inducir una enfermedad; el segundo causa múltiple/efecto simple, es un modelo que se vincula a enfermedades crónicas que presentan variadas causas para desencadenar un padecimiento; y el tercero, causa múltiple/efecto múltiple, abarca conceptos relacionadas con la salud ambiental, al contemplar más claramente el fenómeno de multicausalidad y de generación de efectos variados (Cantú y Rojas, 2000). Entonces, el propósito primordial de la epidemiología es identificar las causas de la enfermedad susceptibles de cambio, de tal manera que permita después prevenirla.

En México existen diferentes fuentes de información epidemiológica con respecto a las adicciones entre estas se encuentran las estadísticas oficiales que comprenden las estadísticas de morbi-mortalidad asociadas con el uso de sustancias; los sistemas de registro de casos; las detenciones por delitos contra la salud o por cometer delitos bajo el efecto de drogas; las estadísticas de producción de tabaco, bebidas alcohólicas, decomiso de sustancias ilegales, etc. Estas fuentes pueden clasificarse en tres grupos: 1) estadísticas que proporcionan información sobre la disponibilidad de sustancias; 2) estadísticas que indican el nivel de

consumo y 3) estadísticas sobre consecuencias del consumo (Medina-Mora, 2003). A continuación se proporciona un listado con ejemplos de las diferentes fuentes de información con respecto al consumo de drogas que existen en nuestro país:

<b>FUENTE</b>	<b>DATO</b>
Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos INEGI	Proporción del gasto familiar destinado al alcohol; proporción de hogares que adquirieron alcohol por tipo de bebida y características.
Encuestas Nacionales de Adicciones	Patrones de consumo y problemas relacionados.
Encuestas en población escolar	Patrones de Consumo y problemas relacionados.
Encuestas de hogares	Dependencia y comorbilidad psiquiátrica.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones	Demanda de atención, centros especializados y no especializados, todos los pacientes en tratamiento, personas con problemas detectados en otras instituciones, registros de servicios forenses y urgencias; nuevos casos.
Sistema de Registro de Información sobre Drogas	Motivos de ingreso a tratamiento, tipos de problema, perfil de los usuarios, características socio-demográficas.
Registro de casos en tratamiento. Centros e Integración Juvenil	Número de eventos por persona que solicita ayuda.
Informe de trastornos mentales, del comportamiento y adicciones ISSSTE	Casos registrados de uso, abuso o dependencia de sustancias adictivas.

Ejemplo de un estudio epidemiológico en adicciones realizado en nuestro país es el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). Este reporte presenta los resultados del uso de drogas en la Ciudad de México, para Noviembre de 2005. Los datos provienen de 44 Instituciones de atención a la salud y procuración de Justicia que captan población general y dentro de ella a personas que reconocen haber consumido sustancias. La información aquí recopilada identifica grupos de riesgo, patrones de consumo, tipos de drogas, etc., y los cambios en las tendencias de consumo. A continuación se describen algunos de los resultados:

En el 2005, se captaron 653 usuarios de sustancias de los cuales, la mayoría consumen marihuana (459), alcohol (456) y tabaco (443), (ver figura 1) (Ortiz, Martínez y Meza, 2005).

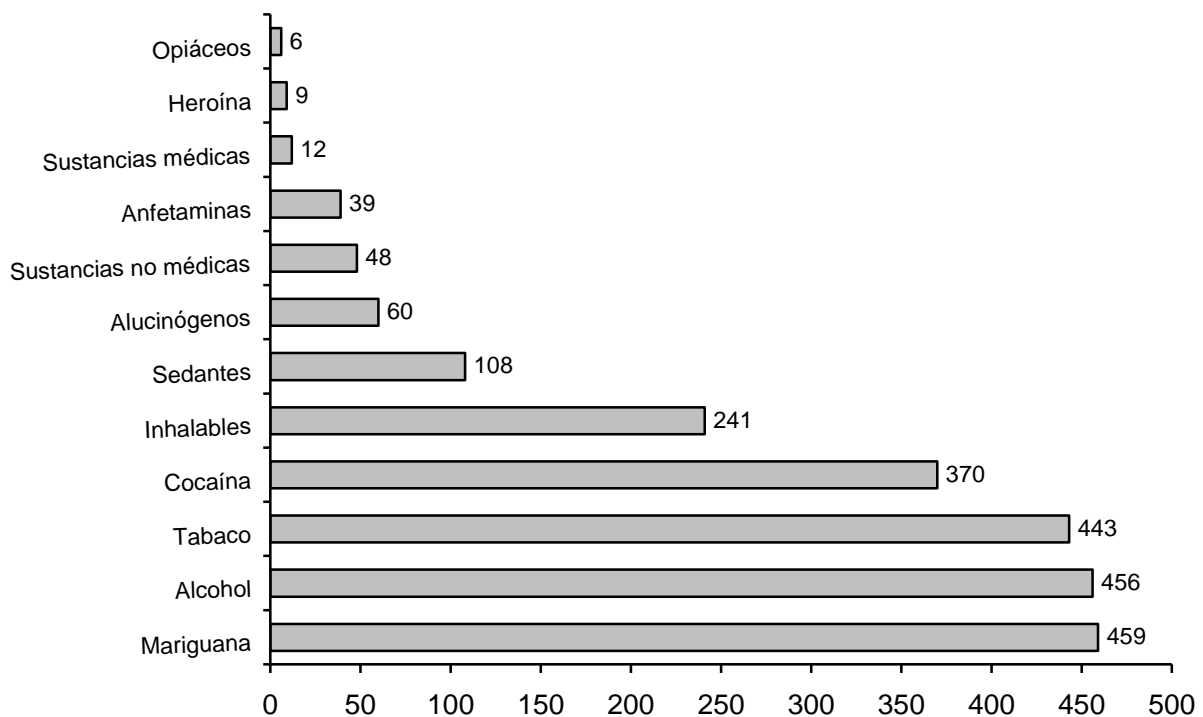


Figura 1. Número de usuarios por sustancia psicoactiva.

El uso de sustancias alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes (ver figuras 2, 3 y 4) se distribuye de la siguiente manera en orden de mayor consumo:

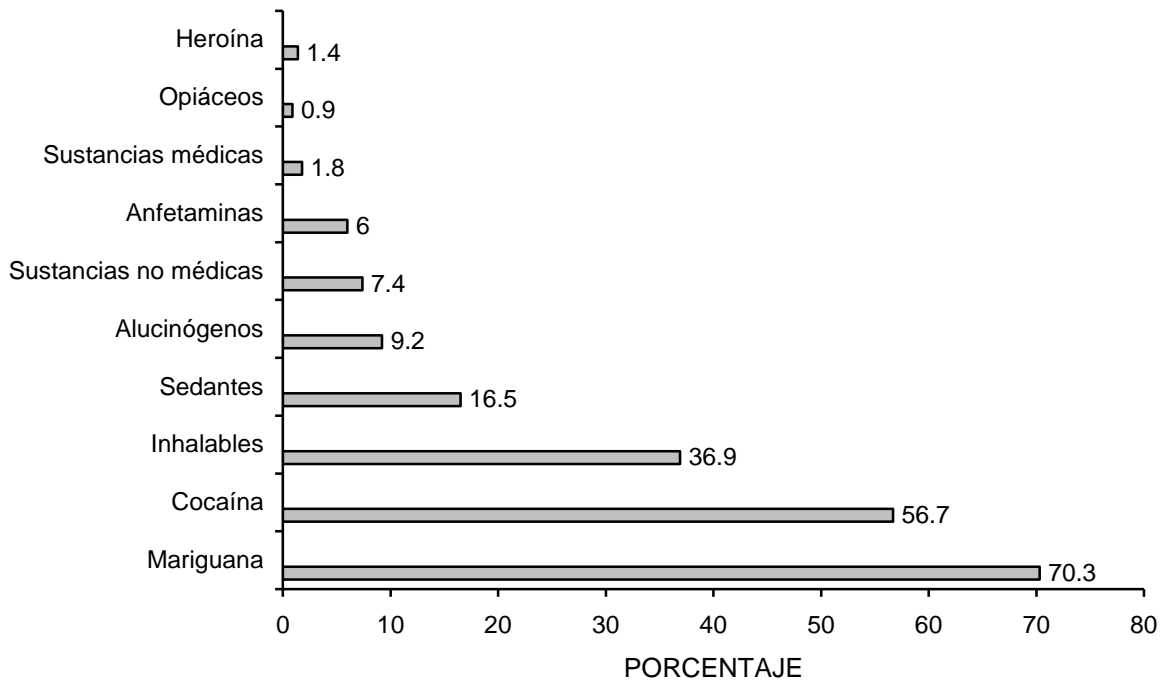


Figura 2. Uso de drogas alguna vez en la vida

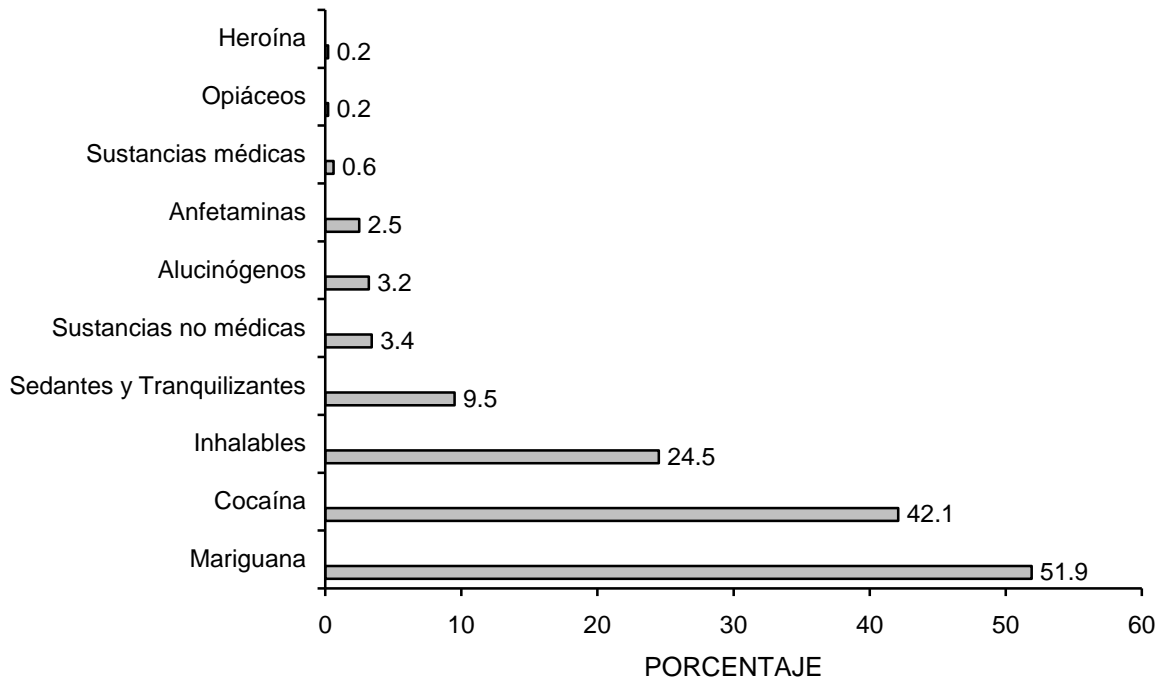


Figura 3. Uso de drogas en el último año

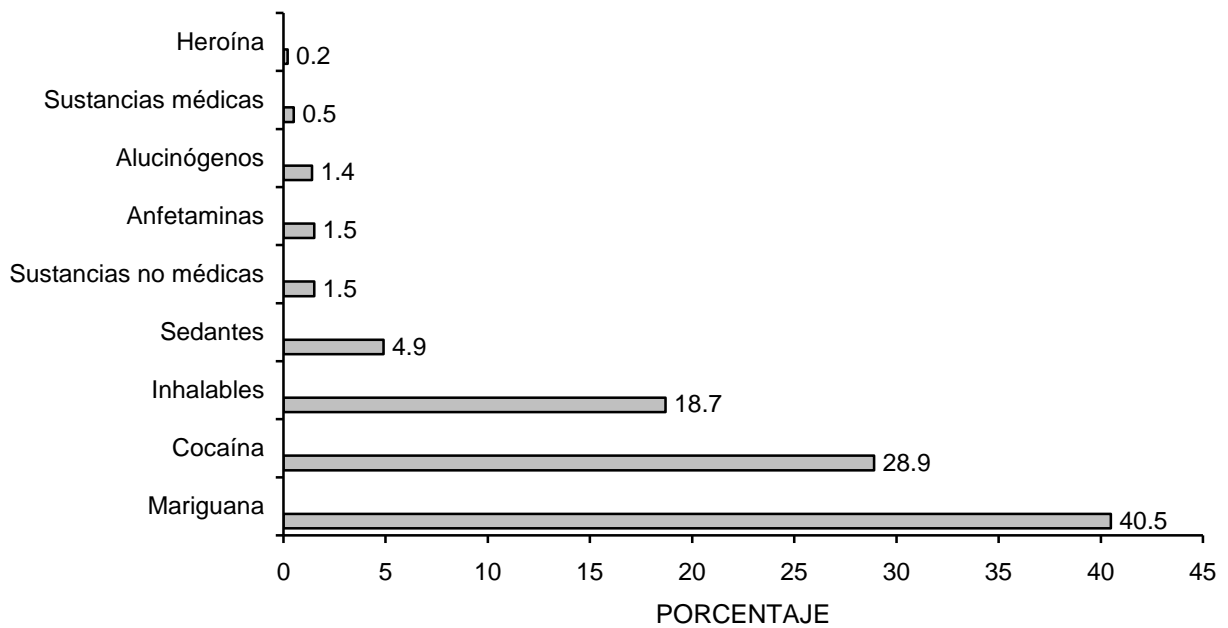


Figura 4. Uso de drogas en el último mes

Las características sociodemográficas de los casos reportados en el SRID (2005) fueron las siguientes: el 85.6% del total de los usuarios fueron hombres. La mayoría de los usuarios estuvo en un rango de edad de 30 o más años (28.0%), seguidos por el rango de edad de 15 a 19 años (26.2%). El 65.6% eran solteros, el 13.9% casados y el 13.6% en unión libre. En cuanto al nivel socioeconómico, el 70.5% reportó un nivel bajo, el 28.8% un nivel medio y el 0.7% un nivel alto. La mayoría de los casos tuvo la secundaria completa (24.7%), le sigue la secundaria incompleta (21.3%) y la preparatoria incompleta (16.0%). La mayoría de los casos reportaron desempeñarse como empleados o comerciantes (35.5%), estudiantes (24.7%) y sin ocupación (19.7%).

El 60.3% de los hombres reporta que prefiere iniciar el consumo con Marihuana, 13.6% con Cocaína y 19.6% con Inhalables. El 43.3% de las mujeres inician con Marihuana, 36.7% con Inhalables y 13.3% con Cocaína. En la figura 5 se exponen los motivos que los usuarios reportaron haber tenido para haber usado drogas por primera vez:

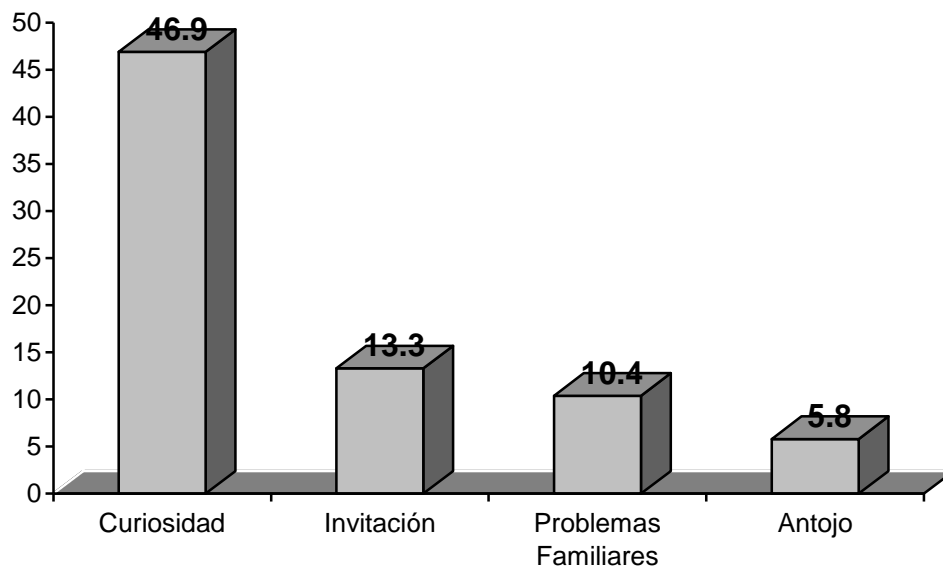


Figura 5. Motivos de primer uso de drogas.

En la figura 6 se presentan los problemas reportados por los usuarios antes y después del consumo:

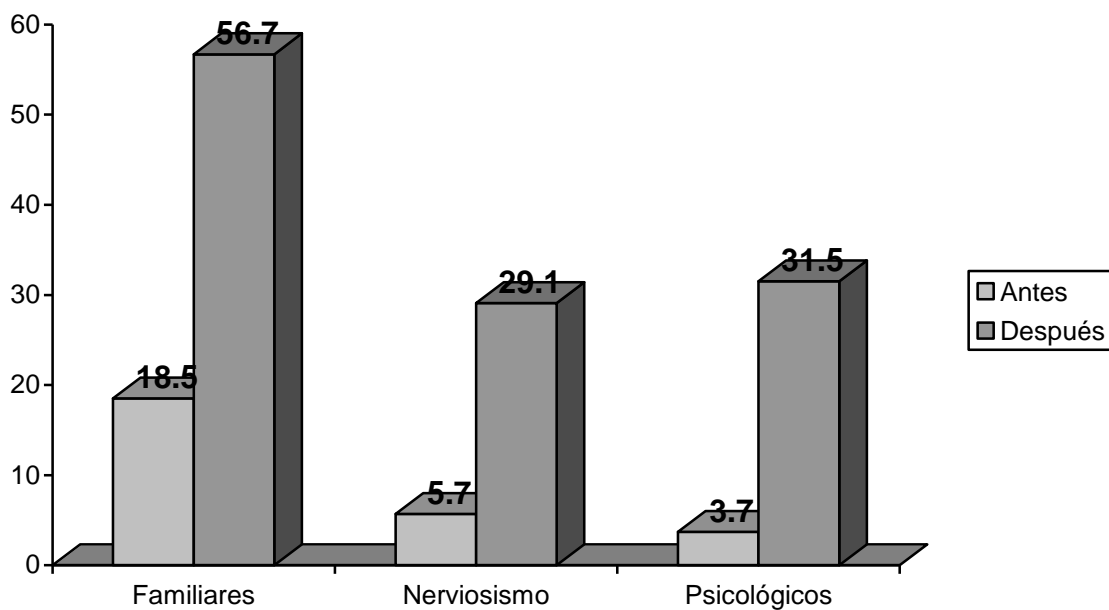


Figura 6. Problemas reportados por los usuarios antes y después del consumo

En el Programa de Maestría con Residencia en Psicología de las Adicciones, se lleva en el primer semestre una materia de epidemiología básica en la que se cubren los conceptos, medidas y diseños básicos en epidemiología a través de la revisión de los siguientes temas: introducción a la epidemiología, epidemiología de los trastornos mentales en México, epidemiología del suicidio, epidemiología de la farmacodependencia, principales medidas en epidemiología e introducción a los principales diseños epidemiológicos, diseños experimentales y de observación que existen para estudiar la epidemiología como los son los diseños de cohorte abierta y cerrada, las encuestas, los estudios de casos-control, el ensayo clínico, el ensayo de campo y la intervención comunitaria. Dentro de las medidas, vimos como calcular la incidencia y la prevalencia de las enfermedades.

Paralelamente, participe en un programa de investigación psicosocial acerca del papel de las mujeres en la prisión, en una investigación sobre la relación padre-hija y madre-hija en mujeres presas y su asociación con el consumo de sustancias, desarrollando las siguientes actividades: búsqueda bibliográfica de documentos que permitieran la comprensión de la relación padre-hija y madre-hija en mujeres presas; conformación y redacción del marco teórico, análisis y descripción de resultados así como elaboración de discusión.

Otra de las actividades que nos permitieron conocer más de cerca la epidemiología fue la participación en la realización de la Encuesta sobre Uso de Drogas, Alcohol y Tabaco en Hogares, 2006: Ciudad de México;



llevada a cabo por la Secretaría de Desarrollo Social a través del Instituto de Asistencia e Integración Social y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Esta encuesta nos permitió conocer la extensión del problema, quienes usaban drogas y cuáles son las tendencias del problema. Se estudio la prevalencia alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días sobre drogas médicas (opiáceos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas y estimulantes), drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, estimulantes de tipo anfetamínico), drogas socialmente aceptadas (alcohol y tabaco). Las actividades que lleve a cabo dentro del proyecto fueron en principio de encuestador y finalmente participe como revisor de encuestas. Estas actividades fueron importantes ya que me permitieron conocer a fondo el instrumento, su conformación y aplicación; además de conocer el papel esencial que tienen los encuestadores ya que es a través de ellos que se obtienen datos precisos y veraces.

Como resultado de estas actividades que llevé a cabo dentro de la residencia en adicciones aprendí a diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno de las adicciones y las variables asociadas a este, haciendo un análisis crítico de los resultados; estudié un grupo especial como las mujeres en prisión y analicé las tendencias que se observan en nuestro país con respecto al uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas.

## **2. DESARROLLAR PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL Y COMUNITARIO PARA EVITAR QUE EL FENOMENO SE PRESENTE.**

Según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-1999), la prevención es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

Dentro del campo de la prevención existen varias clasificaciones para referirse a las estrategias empleadas para prevenir el uso de sustancias. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997), la prevención primaria se define como “las estrategias que están encaminadas a prevenir el uso de sustancias psicoactivas, o a retrasar la edad de inicio del consumo. La prevención secundaria se refiere a las intervenciones cuyo objetivo es prevenir el uso de sustancias que comienza a ser problemático en la gente que las usa, limitando el grado o duración del daño social o individual causado y se enfoca en los usuarios que desean dejar el consumo; mientras que la prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación de las personas que ya consumen drogas y que están presentando problemas asociados. Igualmente, esta organización define a las sustancias psicoactivas como “aquellas sustancias que cuando son introducidas en el organismo, alteran los procesos mentales”.

También existe una nueva serie de definiciones en el campo de

prevención que describen los programas de acuerdo al público para el cual están diseñados. Específicamente, son programas universales, selectivos, e indicados. La prevención universal es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. La prevención selectiva es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras. La prevención indicada es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción (NOM-028-SSA2-1999).

Para ejemplificar de mejor manera la prevención en adicciones en nuestro país, a continuación se describe algunos modelos de la serie de modelos preventivos avalados por el Consejo Nacional contra las Adicciones (Modelos Preventivos, 2004):

Construye tu Vida sin Adicciones: es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. Este modelo considera

que el estrés, una inadecuada alimentación, un autoconcepto pobre, la falta de espacios para la diversión, una mala comunicación, etc., pueden alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello, esta propuesta esta orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, etc.

Modelo de Prevención del Uso de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en el Lugar de Trabajo: este modelo esta dirigido a empresas grandes, medianas y pequeñas; fue adaptado a población mexicana a partir de un amplio programa de investigación llevado a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El modelo consta de nueve etapas para la introducción e implantación en las empresas: 1) formar un comité con la participación de todos los sectores, 2) establecer una política laboral entorno al consumo, 3) desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario, 4) diseñar estrategias de intervención para trabajadores, 5) identificar y manejar los problemas, 6) entrenar a supervisores y personal de salud, 7) establecer un programa de referencia a tratamiento, 8) dar seguimiento a las acciones del programa, y 9) realizar la extensión de los programas a la familia y a la comunidad.

Programa de Prevención del Abuso de Sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria. Yo quiero, Yo puedo: el objetivo del programa es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para

prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, se participó en el Programa de Prevención para Estudiantes Universitarios (PREDEU), acerca del consumo de drogas en las distintas delegaciones y una sesión “preventiva” que consistió en conferencias, platicas-debate y cine-debate sobre el día mundial contra el tabaquismo. Esta sesión se dio en el auditorio de posgrado de la Facultad de Psicología a los alumnos de la Universidad del Distrito Federal, y participe en la sesión de cine-debate.

Como parte complementaria a esta competencia asistí y participe en el IV Coloquio Internacional. Diseminación de Programas de Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas, presentando el cartel “Evaluación del entrenamiento en Habilidades de Rehusarse al consumo en Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas” y segundo autor en la ponencia “Adaptación del Community Reinforcement Approach para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas”. Impartí una platica-taller “Superarme al alcanzar metas de mi vida diaria” a la comunidad, en el Centro Comunitario Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro.

A partir de los diversos seminarios y actividades en las cuales participe, se adquirieron las siguientes habilidades:

- Conocimiento de los conceptos teóricos que sustentan los diversos tipos de prevención.
- Conocimiento de los principales programas de prevención a nivel

nacional y mundial.

- Adquisición de los aspectos metodológicos necesarios para la instrumentación de programas de prevención.
- Conocimiento de las practicas que han sido evaluadas empíricamente para realizar prevención primaria y que en consecuencia se ha determinado son las más efectivas.

Lo que me permitió elaborar una propuesta de un programa de prevención universal, el cual se describe a continuación:

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL PARA ADOLESCENTES DE SECUNDARIA EN RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS

Los programas de prevención deben anticiparse a la edad en la que los niños o los jóvenes están más propensos a consumir drogas. En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002), 215, 634 adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez, de este grupo el 55.3% la uso en el último año, mientras que el 37% uso drogas en el mes previo a la encuesta. Hay 3.5 hombres por cada mujer. Entre los jóvenes, la droga de mayor consumo es la marihuana con el 1.22% de la población, seguida de los inhalables. La edad más frecuente para iniciar el uso de inhalables son los 14 años, para la marihuana a los 15 años y para la cocaína a los 16; mientras que para los estimulantes de tipo anfetamínico la edad de inicio esta entre los 14 y los 16 años.

Otro punto de interés para los programas de prevención es saber de dónde obtienen las drogas los adolescentes; en la ENA (2002) se reporta

que el principal vector del uso inicial de drogas son los amigos en el caso de la marihuana, la cocaína y los alucinógenos; sin embargo también se mencionaron lugares como la calle y el hogar.

Los periodos de mayor vulnerabilidad para que los jóvenes usen drogas son precisamente las épocas durante las cuales experimentan cambios: cuando pasan de una etapa de desarrollo a otra, cuando hay una mudanza o un divorcio, cuando cambian de grado escolar, etc. La primera transición importante para los niños es cuando salen de la seguridad familiar para entrar a la escuela. Cuando los niños avanzan de la escuela primaria a la escuela intermedia, enfrentan retos sociales como aprender a congeniar con un grupo grande de compañeros. Es generalmente durante esta etapa, la adolescencia inicial, cuando los niños se enfrentan con el uso de drogas por primera vez.

En un estudio realizado en México en 1994 (Nazar, Tapia, Villa, Álvarez, Medina-Mora y Salvatierra) en adolescentes de áreas urbanas, se encontró que la variable nivel bajo de escolaridad (primaria o menos) no se asoció al consumo de drogas aunque si se menciona como un factor de riesgo; la actividad laboral remunerada se asoció significativamente con la probabilidad de ser consumidor de drogas; por otra parte, el no estudiar (independientemente del status laboral), no se asoció significativamente al consumo de drogas. La probabilidad de ser consumidor de drogas fue significativamente mayor entre los adolescentes que refirieron el consumo de alcohol o tabaco. El tener algún amigo usuario de drogas se asoció significativamente al consumo de drogas. Se observó una tendencia estadísticamente significativa hacia un riesgo más elevado para el

consumo de drogas a medida que se incrementaba el número de conocidos usuarios de marihuana, cocaína o heroína, pero solamente en los adolescentes del sexo masculino. En otro estudio también realizado en adolescentes se observó que el 57.2% de los encuestados reportaron que se comienza el uso de drogas por tener problemas personales y el 29.9% indicó que lo hacen por imitar a sus amigos (Cantú, Rojas, y Moreno, 2002).

Por otro lado, es trascendente conocer cuál es la percepción que tienen los jóvenes sobre las drogas. En un estudio que se realizó en la Ciudad de Nuevo León (México) con estudiantes de secundaria, se encontró que de los 188 estudiantes que se entrevistaron (con edad entre 11 y 15 años), el 56.6% de los individuos refieren haber recibido información sobre drogas, mientras que el 43.4% mencionan no haberla recibido. Además el 41.1% de los adolescentes encuestados indica que tiene conocimiento que una persona allegada a él se droga. Los resultados muestran que el 60.1% de los adolescentes tiene interés en recibir información sobre drogas. Por otra parte refieren el 39.6% que el tema que les gustaría escuchar en una conferencia es sobre drogadicción y el 77.6% señalan que es importante que los jóvenes reciban información al respecto. Con relación a la posición que tiene los adolescentes frente a la drogadicción, el 64.2% lo ven como un vicio, el 45.7% dice que solo se consigue perjudicar la salud con el uso de drogas y el 41.4% dice que solo se consigue tener problemas (Cantú, Rojas, y Moreno, 2002).

Sin embargo, a pesar de que cada vez más adolescentes perciben que el consumo de drogas es dañino para la salud, en la actualidad sigue



siendo un problema de salud pública que además se está presentando a edades cada vez más tempranas, por esto es necesario implementar programas de prevención de consumo de drogas en los escenarios en los que se encuentran los niños y adolescentes que están en riesgo de comenzar el uso de sustancias.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio será desarrollar, instrumentar y evaluar la efectividad de un programa de prevención universal para adolescentes que están en riesgo de comenzar el uso de drogas basado en el Modelo de educación preventiva contra las adicciones (Modelos Preventivos, 2004).

## MÉTODO

### Participantes

180 Adolescentes de ambos sexos, del primer año escolar, del turno matutino de dos escuelas secundarias públicas del Distrito Federal de edades entre los 11 y 13 años.

Grupo experimental: secundaria 1

Grupo control: secundaria 2

### Escenario

Salones de clase de dos secundarias publicas del Distrito Federal

### Materiales

Cámara de video

Instrumentos de evaluación:

Cuestionario de tamizaje de consumo de alcohol y drogas  
Cuestionario de auto-eficacia para rehusarse al consumo  
Cuestionario de habilidades de rehusarse al consumo  
Cuestionario de habilidades de comunicación  
Cuestionario de habilidades sociales

Listas de cotejo:

Lista de cotejo de habilidades de rehusarse al consumo  
Lista de cotejo de habilidades sociales y recreativas  
Lista de cotejo de habilidades de comunicación

Diseño

Este estudio se evaluará con un diseño de grupo no aleatorizado pretest-postest con cuatro seguimientos y grupo control en lista de espera (Kazdin, 2001). Los estudiantes del turno matutino de primer ingreso de la secundaria 1 recibirán el programa de prevención (grupo experimental) y serán evaluados en 6 diferentes tiempos (pre tratamiento, post tratamiento y seguimientos a los tres y seis meses, así como al primer y segundo año). Los estudiantes de primer ingreso del turno matutino de la secundaria 2 (grupo control en lista de espera) serán evaluados al inicio del ciclo escolar con los mismos instrumentos que a los estudiantes de la secundaria 1 como parte de la batería que la misma escuela les aplica, volverán a ser evaluados en el momento en que al grupo experimental se le aplique el post tratamiento e inmediatamente comenzarán a recibir el programa de prevención; de igual forma se les evaluará en el post tratamiento y los seguimientos a los tres y seis meses y al primer y segundo año.

Grupo Experimental	O1	X	O2	O3	O4	O5	O6		
Grupo Control	O7		O8	X	O9	O10	O11	O12	O13

### Variable Independiente

Programa de prevención: Definido como el conjunto de acciones dirigidas a que los adolescentes adquieran habilidades para enfrentar de manera eficaz situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas, incrementando su autoeficacia para rechazar el consumo y de esta manera evitar que inicien o eliminen el consumo de sustancias adictivas.

### Variables Dependientes

Consumo de drogas: se evaluará si los adolescentes han consumido drogas, qué tipo de drogas, qué forma de administración, desde cuándo, en qué cantidad y con qué frecuencia.

Nivel de auto-eficacia: la auto-eficacia es la confianza que los adolescentes perciben tener para resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones (Annis y Graham, 1985).

Nivel de adquisición de habilidades de rehusarse al consumo: son las habilidades que ayudan al adolescente a rechazar cualquier ofrecimiento e insistencia al consumo (Hunt y Azrin, 1973).

Nivel de adquisición de habilidades sociales y de comunicación: son habilidades que favorecen la adaptación e interacción social del adolescente al incrementar su competencia en la actuación ante situaciones sociales (Goldsmith y Mc Fall, 1975 en Caballo, 1995).

Incremento en actividades sociales y recreativas no asociadas al consumo de sustancias: se hará un sondeo de las actividades de los adolescentes a lo largo de su ciclo escolar.

## Procedimiento

Como primer paso se tendrán que ubicar las escuelas secundarias del Distrito Federal que se localicen en las zonas de mayor riesgo para el consumo de drogas y se elegirá a dos escuelas. Una vez elegidas, se presentará el proyecto a las autoridades correspondientes para solicitarles su ayuda y ponerlo en marcha. Antes de iniciar la aplicación del programa, se hará una evaluación de la zona en la que se encuentra ubicada la escuela y los factores de riesgo asociados (venta de drogas, tiendas en donde se venda alcohol, vinaterías, bares, antros, etc.) y en base a esta evaluación proponer actividades que decrementen estos factores de riesgo en los alumnos.

Se iniciara el programa de prevención en el momento en que inicia el año escolar con los adolescentes que entren al primer grado.

Los maestros designados aplicarán los instrumentos de pre-evaluación a los alumnos de ambas escuelas como parte de la batería de la escuela.

El grupo experimental recibirá a manera de taller, el programa de prevención. Este se impartirá una vez por semana durante todo el ciclo escolar, tendrá una duración de dos horas por sesión y se dividirá en tres

módulos: 1) Uso drogas y sus consecuencias; 2) Factores Protectores: Habilidades Sociales y Recreativas, habilidades de comunicación; y 3) Habilidades de Rehusarse al Consumo.

Modulo I Las Drogas y sus Efectos: Se les hablará a los jóvenes sobre las drogas de mayor consumo en su población (alcohol, tabaco, marihuana, inhalables y cocaína), sobre sus efectos adversos y sobre las consecuencias negativas a corto y a largo plazo de su uso como pueden ser las consecuencias físicas, mentales y emocionales. Se harán actividades didácticas como ver películas y documentales que reflejen estos temas y se discutirán con el grupo; se instigará a los alumnos a que platicuen historias de casos que conozcan con la problemática (respetando siempre la confidencialidad) y que lleguen a una conclusión sobre el uso de sustancias. Este módulo será impartido en 10 sesiones de dos horas, dos sesiones por sustancia y una última sesión para hacer conclusiones.

Modulo II Factores Protectores: Habilidades Sociales y Recreativas: Como primer punto se pedirá a los alumnos que hagan una lista de las actividades sociales y recreativas no asociadas al consumo de sustancias que tengan en ese momento; para evaluar la cantidad de las mismas. Se procederá a darles una explicación de lo que son las habilidades sociales y cuál sería su función. Se instigara a que los alumnos identifiquen cuáles son los factores protectores para no consumir drogas, preguntándoles qué cosas ellos creen que les puedan ayudar a no consumir drogas, se utilizará la técnica de lluvia de ideas y se enlistarán estos factores. Con la ayuda de esta lista se propondrán actividades sociales y recreativas que los jóvenes puedan realizar en su tiempo libre y el profesional les facilitará una lista de

las instituciones, centros, deportivos y casas de cultura que estén cerca de la comunidad y que ofrezcan estas actividades a un bajo costo. Se les dirá a los alumnos que la meta será que comiencen y mantengan por lo menos una actividad a lo largo de su secundaria. Para retomar los factores protectores que no tengan que ver con actividades sociales y recreativas se entrenará a los alumnos en habilidades sociales y de comunicación, explicándoles y modelándoles cada una de las estrategias y ellos realizarán ensayos conductuales de las mismas, estos ejercicios se grabarán para posteriormente ser evaluados con una lista de cotejo por personas especialistas que no estén relacionadas con la investigación. Este modulo será impartido en diez sesiones de dos horas cada una. Las habilidades sociales y de comunicación a impartir serán: 1) iniciar conversaciones, consiste en empezar platicas respecto a un tema y/o cambiar la conversación respecto a uno nuevo o diferente; 2) Escuchar, implica mostrar interés y entendimiento a la platica o conversación de otra persona; 3) ofrecer entendimiento, expresar comprensión ante las emociones de otra persona; 4) implica compartir o asumir la responsabilidad en el origen y solución de un problema específico; 5) ofrecer ayuda, permite mostrar su disposición para ayudar y poder llegar a la solución de un problema; 6) Compartir y expresar sentimientos positivos y negativos (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989; Barragán, 2005)

Modulo III Habilidades de Rehusarse al Consumo: Se explicará a los jóvenes el concepto de auto-eficacia, lenguaje corporal y habilidades de rehusarse al consumo; así como la importancia del aprendizaje de estas habilidades. Se identificarán situaciones de riesgo de consumo de drogas y las estrategias que ellos utilizan o utilizarían para no consumir por medio

de la lluvia de ideas que tengan los jóvenes. Se explicará a los jóvenes cada una de las habilidades de rehusarse al consumo: 1) negarse asertivamente, decir “no gracias”; 2) cambiar el tema de la plática, preguntar a la persona que esta ofreciendo el consumo sobre algún tema de su interés con el fin de distraerlo y no siga insistiendo en el ofrecimiento; 3) sugerir alternativas, decir que se prefiere tomar otra cosa como una café o un refresco; 4) ofrecer justificación, generar un pretexto para no usar la sustancia como decir que se esta tomando medicamento; 5) interrumpir interacción, alejarse físicamente del lugar o la persona que esta ofreciendo el consumo; 6) confrontar al otro, dejarle en claro a la otra persona que no se quiere consumir y que es un derecho esa decisión; y 7) reestructuración cognitiva dirigida a los pensamientos de curiosidad o de experimentar los efectos de una sustancia. Una vez explicadas las estrategias proporcionando ejemplos y modelamiento a los alumnos se procederá a organizar grupos para que los alumnos hagan un ensayo conductual de las habilidades y se de la retroalimentación correspondientes. Se harán grabaciones de estos ensayos para posteriormente ser evaluados por un especialista que no este relacionado con la investigación. Este modulo será impartido en seis sesiones de dos horas cada uno.

Una vez concluidos los módulos y el ciclo escolar, se procederá a hacer la post-evaluación en ambas escuelas. Se volverán a aplicar las pruebas de evaluación a los tres meses, seis meses, un años y dos años después de concluido el ciclo escolar.

## RESULTADOS

Tenemos un problema de comparación con dos grupos y medidas repetidas, por lo tanto con muestras relacionadas, en el que la variable dependiente de autoeficacia, habilidades de rehusarse al consumo y habilidades sociales y de comunicación tienen un nivel de medición ordinal; por lo tanto se utilizara la prueba estadística para muestras relacionadas de Friedman con la cual se espera encontrar diferencias significativas entre los grupos que indiquen que el grupo experimental incremento el nivel de auto-eficacia para resistir el consumo, incremento sus niveles de habilidades de rehusarse al consumo, de habilidades sociales y de habilidades de comunicación y que estos se mantuvieron a los largo del tiempo.

Las variables dependientes de consumo de drogas e incremento de actividades sociales y recreativas serán analizadas con estadísticas descriptivas como frecuencias y medias; esperando que la frecuencia en consumo de drogas disminuya significativamente y las actividades sociales y recreativas aumenten.



### **3. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR LOS DAÑOS QUE CAUSAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

Las Intervenciones Breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar a través del tamizaje un problema de alcohol o drogas real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto. Su finalidad es ayudar al paciente a entender que su uso de sustancias lo pone en riesgo y decida reducir o abstenerse de seguirlo haciendo (Babor y Higgins-Biddle, 2000).

Es importante mencionar que las Intervenciones Breves no intentan tratar a personas con dependencia a las sustancias pero son una herramienta útil en el tratamiento del uso problemático o el riesgo hacia el uso de sustancias y pueden ser usadas en estos usuarios con serios problemas de dependencia para que acepten asistir a un tratamiento más intensivo o especializado. Además son de bajo costo y efectivas en todos los niveles de uso de sustancias.

Una herramienta básica y de gran importancia en las intervenciones breves son los cuestionarios de tamizaje, que son instrumentos de valoración breve que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas que están consumiendo sustancias adictivas o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (dependencia). Algunos ejemplos de cuestionarios de tamizaje son: el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998); la Prueba de Identificación de Trastornos

del Consumo de Alcohol (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998) y Cuestionario de Abuso de Drogas, (De las Fuentes y Villalpando, 2001).

Las intervenciones breves de corte cognitivo conductual contemplan el problema del consumo excesivo como el resultado de un aprendizaje y de patrones de conducta que pueden ser modificados. Para "desaprender" una conducta, como utilizar el alcohol para reducir la ansiedad o a ser más divertido, primero se deben identificar las situaciones que lo llevan a beber en exceso y se deben romper estas conexiones dando nuevas respuestas. El terapeuta ayuda al usuario a tratar sus deficiencias en otras áreas de la vida y lo enseña a ser creativo, a mantener relaciones saludables, a ser más asertivo, a rechazar el consumo excesivo, a hacer frente a los deseos de beber, a mejorar las habilidades de comunicación. Este tipo de intervención se centra en el presente, enseña a las personas a realizar otras actividades, a encontrar nuevas ocupaciones en el tiempo libre, a aprender nuevas formas de enfrentarse a los pensamientos, sentimientos y emociones negativas.

Las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol constan de un mínimo de sesiones de consulta externa y muestran resultados inmediatos que son perdurables en el tiempo. Otra característica de las intervenciones breves radica en que generalmente no son intrusivas, ni agresivas para el usuario, pueden ser intervenciones de grupo o individuales.

En la Maestría con Residencia en Adicciones fui capacitada como terapeuta en cuatro programas de intervención breve que a continuación se

describen.

## MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA.

Es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionadas con su consumo excesivo de alcohol. El usuario detecta los problemas con su consumo excesivo, desarrolla un plan general para la solución de problemas relacionadas con su consumo excesivo y lograr cambios en su comportamiento. Este modelo ayuda a los clientes a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir esas metas, identificar situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Consta de seis sesiones en las que se trabaja con ejercicios y lecturas que apoyan el cambio del usuario. Las seis sesiones son las siguientes: 1) Admisión, identificación de la disposición al cambio y criterios de inclusión; 2) Evaluación, información sobre la historia, patrón de consumo y autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de riesgo; 3) Paso 1: decisión de cambio y establecimiento de metas; 4) Paso 2: identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol; 5) Paso 3: enfrentando los problemas originados por el consumo excesivo de alcohol; 6) Paso 4: nuevo establecimiento de metas. La duración aproximada de cada sesión es de 45 minutos y después de tratamiento se realizan sesiones de seguimiento

al mes, tres, seis y doce meses (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004). Dentro de este programa atendí a dos usuarias, una terminó su tratamiento con tres sesiones de seguimiento (al mes, tres y seis meses) logrando disminuir su consumo de alcohol de un promedio de 6 tragos por ocasión de consumo a dos tragos estándar y la otra solo acudió a dos sesiones de tratamiento.

El modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema ha probado su efectividad para reducir el consumo de alcohol. En un estudio inicial, se probó el programa con 108 participantes con problemas de abuso de alcohol con una edad promedio de 36 años. Antes de tratamiento, los usuarios reportaron un promedio de consumo de 10.26 copas por ocasión de consumo, mientras que durante el tratamiento este consumo disminuyó a un promedio de 2.74 copas por ocasión de consumo. Otro cambio importante reportado por los usuarios se refiere a los patrones de consumo excesivo. Durante los 12 meses previos al tratamiento los usuarios reportaron haber bebido excesivamente (más de 10 copas estándar) en un 8.45 de los días, durante el tratamiento, los usuarios disminuyeron este tipo de consumo al 2.9% de los días. La comparación entre el patrón de consumo de este grupo de bebedores durante el periodo previo al tratamiento y durante la fase de tratamiento, muestra un incremento en los días en que éstos permanecen en abstinencia, y una reducción tanto en el número de copas que consumen en días en días que beben, como en las ocasiones de consumo excesivo (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

En otro estudio se aplicó el programa a 177 participantes con problemas de abuso de alcohol. La comparación del patrón de consumo de los usuarios antes y después de tratamiento indica que antes de tratamiento, el mayor porcentaje de días al mes era de consumo excesivo, o sea que, 8.78% de días al mes bebieron más de 10 copas estándar por ocasión de consumo. Sin embargo, en los seguimientos a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento, se observa un cambio en el patrón de consumo, donde el porcentaje más alto de días al mes son aquellos donde se consume de 1 a 4 copas estándar, lo que se considera un consumo moderado. En cuanto a las copas estándar consumidas antes de tratamiento, el promedio fue de 9.2 con un máximo de 27 copas por ocasión de consumo. Para la fase de tratamiento, el promedio se redujo a 4.4 y se observa un aumento durante el seguimiento (a los 6 y 12 meses) 5.8 y 6.5 copas por ocasión de consumo respectivamente. Los resultados muestran que el consumo excesivo de alcohol de los sujetos expuestos al tratamiento se modificó hacia un patrón de consumo moderado, el cual se mantuvo en los seguimientos, a los 6 y 12 meses después de haber terminado tratamiento. Igualmente hubo una reducción de problemas asociados al consumo de alcohol y un incremento en el nivel de autoeficacia de los participantes (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PIBA)

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como

alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social; así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de autorregulación, para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo. Este programa está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga, que reportan problemas relacionados con su consumo y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo. El programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo: 1) detección de casos, promoción del programa a través de pósters, trípticos, pláticas informativas y contacto con el personal de la escuela; 2) admisión, evaluación de los criterios de inclusión al programa; 3) evaluación, del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia y problemas asociados; 4) inducción al tratamiento, promover la disposición de los adolescentes identificados como consumidores a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional; 5) tratamiento, cuatro sesiones individuales, con una duración de 60 a 90 minutos, una vez a la semana y, 6) seguimientos, evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúa a los usuarios a través del auto-reporte sobre la frecuencia de consumo y las recaídas presentadas. A los seis meses se evalúa por última ocasión a través del auto-reporte y el cuestionario de confianza situacional. Las sesiones de tratamiento son: 1) balance decisional y establecimiento de meta de consumo, 2) situaciones de riesgo y planes de acción, 3) metas de vida, 4) restablecimiento de meta

de consumo (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004).

Los resultados preliminares del PIBA (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008) con adolescentes usuarios de alcohol y mariguana, indican que el consumo antes de tratamiento de los usuarios adolescentes que consumían alcohol era de entre 1.6% y 25.8% del total de los días de la fase de línea base retrospectiva, el consumo moderado de alcohol vario entre el 0% y 14.8% y el consumo excesivo (más de tres copas estándar) vario entre 1% y 23% de días del total de la línea base. Con respecto a la fase de seguimiento, el porcentaje de días de consumo moderado disminuyó de manera importante quedando en un rango entre 1.1% y 7.6%; el consumo excesivo también tuvo una disminución que vario entre 0% y 6.4% de los 180 días de seguimiento. Mientras que los usuarios de mariguana reportaron un consumo de línea base entre el 7.7% y 89% del total de los días; disminuyendo su consumo para la fase de seguimiento entre 1% y 10.4% del total de los días.

Los autores concluyeron que los análisis estadísticos intra-sujeto mostraron que 16 de los 17 adolescentes consumidores de alcohol redujeron su patrón de consumo al final de tratamiento y durante los seguimientos. Respecto a los consumidores de mariguana, se observó que todos disminuyeron su patrón de consumo en el tratamiento y en los seguimientos; resultando la intervención efectiva.

## INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL PARA DEJAR DE FUMAR

Este programa está constituido por seis sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente. Es un programa motivacional, con modalidad de consulta externa, es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia. En este programa los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento, con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contraindicaciones médicas, bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta, que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e instrumentar sus propios planes para modificarlo. El Programa de Intervención Breve Motivacional para dejar de Fumar considera al sujeto proactivo, es decir, es capaz de anticipar y autorregular las consecuencias de sus actos y prevenir los resultados y por lo tanto juega un papel activo dentro del proceso terapéutico. Las sesiones de tratamiento son: 1) admisión, explicar al usuario las características de la intervención y conocer los motivos por los cuales el usuario quiere dejar de fumar; 2) evaluación, conocer el patrón de consumo de tabaco y la disposición para el cambio a partir de la aplicación de diferentes instrumentos, 3) sesión 1, balance decisional, que el usuario analice las ventajas y desventajas de continuar fumando o de dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación, 4) sesión 2, identificación de situaciones de riesgo, el usuario identificará las situaciones que le precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta; 5) sesión 3, plan de acción, el usuario aprenderá un modelo general de



solución de problemas en donde el sujeto planteará opciones para cada situación de riesgo, señalando sus posibles consecuencias y planes de acción para las opciones más factibles y realistas; 6) sesión 4, cierre de programa, comentar los avances logrados en relación con sus planes de acción y se presentará un resumen de los resultados de las sesiones anteriores. 7) seguimientos al mes, tres, seis y doce meses de haber terminado el tratamiento (Lira, Cuevas y Reidl, 2007).

Los resultados sobre efectividad del tratamiento con 24 personas fumadoras de edades entre 19 y 55 años y con un patrón de consumo regular de entre 7 y 40 años demuestran que el patrón de consumo de las personas disminuyó de la línea base al tratamiento y se mantuvo hasta el seguimiento a los seis meses. En la línea base, la media de consumo de los usuarios era de 13.45 cigarros, en la fase de tratamiento disminuyó a 5.17; en la fase de seguimiento la media fue de 4.21; mostrando diferencias significativas entre las diferentes fases experimentales (Lira, Cuevas y Reidl, 2007).

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA

Este programa tiene como objetivo ayudar al usuario a que alcance la abstinencia del consumo de cocaína. El tratamiento se basa en estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva. Los componentes clínicos del TBUC son la entrevista motivacional, la autoeficacia, las habilidades de enfrentamiento y la prevención de recaídas (Oropeza, Loyola y Vázquez, s. f.). En este tratamiento participé en su implementación en el CAIS,

atendiendo un usuario el cual no terminó tratamiento conmigo ya que lo canalice a otro terapeuta. El tratamiento breve para usuarios de cocaína consta de las siguientes sesiones: 1) Admisión, precisar las características de consumo del usuario y lograr una comprensión de la problemática, identificación de su funcionamiento psicosocial actual y revisión de aspectos médicos generales, criterios de inclusión al programa, situaciones de riesgo de consumo de cocaína; 2) Evaluación, exploración de la situación laboral, familiar y escolar del usuario, lugar de residencia, patrón de consumo de cocaína en los últimos seis meses, consumo de otras drogas, problemas asociados, autoeficacia de resistir el consumo ante situaciones de riesgo; 3) Tópico 1: balance decisional y establecimiento de la meta; 4) Tópico 2: manejo del consumo de cocaína; 5) Tópico 3: identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína; 6) Tópico 4: identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína; 7) Tópico 5: habilidades asertivas de rechazo; 8) Tópico 6: decisiones aparentemente irrelevantes; 9) Tópico 7: solución de problemas y 10) Tópico 8: reestablecimiento de la meta y planes de acción. Las sesiones de tratamiento duran aproximadamente 60 minutos, después de tratamiento se hacen seguimientos al mes, tres, seis y doce meses. En estas sesiones se hace una nueva evaluación del consumo del usuario, de su funcionamiento psicosocial y del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas para el control del consumo (Oropeza, Loyola y Vázquez, s. f.).

Los datos reportados sobre efectividad del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína en 19 usuarios indican una disminución significativa de su patrón de consumo, reportando antes de tratamiento un consumo de

2.07 gramos, durante tratamiento .44 gramos y en seguimiento .08 gramos; encontrándose diferencias significativas entre las tres condiciones. En cuanto a las recaídas, los autores reportan una disminución importante en el número de recaídas durante el seguimiento al compararlas con los datos del tratamiento. El porcentaje de semanas de abstinencia antes de tratamiento fue de 31.04%, en el tratamiento aumento a 80.53% y en seguimientos al 92.8% (Oropeza y Reidl, 2007).

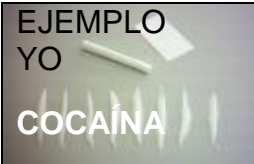


Dentro de la capacitación recibida en este programa, desarrollamos una “guía de estrategias de auto-ayuda para detener el consumo de sustancias” de la cual desarrolle el tríptico “El Consumo de Sustancias” que a continuación se presenta:

¿Qué sustancia me preocupa?

El consumo de drogas (cocaína, marihuana, alcohol, tabaco, etc.) puede llegar a afectar muchas áreas de tu vida. Tal vez consumes una sustancia más que otra pero es importante que sepas que cualquier cantidad de consumo te pone en riesgo.

¿En qué cantidades uso...?

Por ejemplo:

 <p>EJEMPLO YO COCAÍNA</p>	<p>2 papeles diarios</p>	
 <p>MARIHUANA</p>	<p>1 cigarro cada 15 días</p>	
 <p>ALCOHOL</p>	<p>5 copas cada ocho días</p>	
 <p>TABACO</p>	<p>3 cigarros diarios</p>	
 <p>OTRAS COMO INHALABLES:</p>	<p>0</p>	

Si consumes alcohol, debes saber que el consumo recomendable es:

∩ En hombres: no más de 4 copas por ocasión, no más de 12 copas por semana y no más de 3 ocasiones de consumo a la semana.

∩ En mujeres: no más de 3 tragos por ocasión, no más de 9 copas por semana y no más de 3 ocasiones de consumo a la semana.

Una copa es = 1 cerveza de lata, 1 caballito sencillo de tequila, 1 trago de dos dedos de destilados, 1 vaso de pulque, etc.



Si al tomar excedes estas cantidades y tu consumo te ha generado dificultades en distintas áreas de tu vida, recuerda que existen profesionales de la salud que pueden ayudarte.

Si tu consumes alguna otra droga, debes recordar que no existe el consumo moderado. Solo piensa si el uso de drogas ha cambiado tu vida y cómo te hace sentir.

Recuerda las 3 dificultades más graves ocasionadas por el consumo en distintas áreas de tu vida como con tu familia, en tus emociones, en tu trabajo o escuela, etc. por tu consumo y ordénalas:



FAMILIAR

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

EMOCIONAL

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

TRABAJO O ESCUELA

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

OTRA: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ahora piensa qué sustancias son las que más te preocupan y jerarquízalas por orden de importancia en las siguientes líneas:



1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_



Ya que has identificado qué es lo que te preocupa de tu consumo y cuál es la sustancia que más te inquieta, recuerda que es importante mantener tu bienestar físico y emocional, si deseas sentirte mejor, puedes llamar a los siguientes teléfonos:

- 56 58 39 11
- 56 58 37 44



# EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

## EL CONSUMO DE SUSTANCIAS



### GUÍA DE ESTRATEGIAS DE AUTO-AYUDA PARA DETENER EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

A partir de la capacitación recibida y las diferentes actividades llevadas a cabo dentro de las intervenciones breves, desarrolle las siguientes habilidades:

- Identificación de personas vulnerables hacia el consumo de alcohol o drogas o desarrollo de problemas de dependencia a través de la aplicación de instrumentos de tamizaje y entrevista.
- Identificación de etapa de cambio del usuario y técnicas para moverlo hacia etapas que permitieran el desarrollo positivo de la intervención.
- Establecimiento de adherencia terapéutica a través de técnicas motivacionales.
- Evaluación de la conducta adictiva y variables asociadas al consumo.
- Análisis y presentación de resultados como herramienta motivacional para la intervención.
- Identificación de principales situaciones de riesgo para el consumo de sustancias en los usuarios a través de entrevista, aplicación de instrumentos y análisis funcional de la conducta.
- Solución de problemas asociados al consumo de sustancias adictivas, así como, el establecimiento de planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo.
- Comunicación y negociación para establecimiento de metas de tratamiento adecuadas al usuario.

El desarrollo de estas habilidades me permitió participar activamente en los programas de detección temprana e intervención breve pudiendo reducir los daños que causan el consumo de sustancias psicoactivas.

#### **4. APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA REHABILITAR A PERSONAS ADICTAS.**

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999) la adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación; y la rehabilitación de personas adictas, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

La Maestría en Psicología de las Adicciones, contempla la capacitación de los alumnos en un programa de tratamiento para usuarios crónicos de sustancias adictivas, el cual se describe a continuación:

##### **PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS**

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación y modificación del Community Reinforcement Approach (CRA) (Hunt y Azrin, 1973) a población mexicana. Este programa tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el PSC enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos vida prosociales

deseados (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, s. f.).

El programa consiste en 13 componentes: 1) Admisión, se obtienen los datos generales del usuario, su patrón de consumo y consecuencias asociadas, se identifican los criterios de inclusión al programa y se explica en qué consiste; 2) Evaluación, esta se divide en dos, la primera sesión se hace una evaluación sobre el consumo (patrón de consumo, situaciones de riesgo y autoeficacia) y en la segunda sesión se evalúan las emociones (nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida); 3) Análisis funcional de la conducta de consumo, consiste en identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo, así como la descripción de esta con el fin de desarrollar planes de acción que permitan eliminar esta conducta; Análisis funcional de la conducta de no consumo, consiste en identificar una conducta positiva que no este relacionada con el consumo de alcohol o drogas, que haga sentir bien al usuario y que le de consecuencias positivas para de igual manera identificar sus antecedentes y consecuentes y la descripción de la conducta con el fin de incrementar la ocurrencia de conductas de este tipo; 4) Metas de vida cotidiana, este componente consiste en que el usuario identifique las metas a corto, mediano y largo plazo que quiere alcanzar para incrementar su satisfacción de vida cotidiana y desarrollar planes de acción que le permitan alcanzarlas; 5) Muestra de abstinencia, en este componente el usuario se compromete a mantenerse en abstinencia por un periodo de tiempo acordado con su terapeuta que tiene la finalidad de irse incrementando cada vez que el usuario lo vaya alcanzando para así lograr el mantenimiento en la abstinencia, se desarrollan planes de acción eficaces para enfrentar situaciones de riesgo; 6) Rehusarse al consumo, se le



enseñan al usuario habilidades para que aprenda a rechazar el consumo ante presión social y ante pensamientos precipitadores, con ayuda del modelamiento y los ensayos conductuales; 7) Habilidades de comunicación, con la ayuda del modelamiento y los ensayos conductuales, se le enseñan al usuario habilidades de comunicación que le permitirán mejorar sus relaciones interpersonales; 8) solución de problemas, en este componente el usuario aprende a solucionar problemas de la vida cotidiana; 9) Habilidades sociales, el usuario desarrolla habilidades para mejorar su interacción con otras personas con la finalidad de incrementar y mejorar sus redes sociales de apoyo; 10) Consejo Marital, el usuario aprende habilidades para mejorar su relación de pareja, este componente también sirve de apoyo para mejorar otro tipo de relaciones (padres-hijo, hermanos-hermanos, etc.); 11) Control de las emociones, el usuario aprende habilidades para controlar su enojo, tristeza, ansiedad y celos; 12) Búsqueda de empleo, se enseñan al usuario estrategias para la búsqueda y mantenimiento de un empleo satisfactorio y 13) Prevención de recaídas, se anticipan situaciones de riesgo desarrollando planes de acción para cada una de ellas (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, s. f.).

Este programa se caracteriza por ser muy flexible en sus sesiones, es decir, no a todos los usuarios se les dan todas las sesiones, si por ejemplo, el usuario ya tiene empleo, no se le da ese componente, sino que se hace un plan de tratamiento con cada usuario en base a su evaluación. Las sesiones duran alrededor de hora y media y después de tratamiento se hacen seguimientos al mes, tres, seis y doce meses; en estos seguimientos se evalúa el patrón de consumo del usuario, se refuerza el cambio y se desarrollan planes de acción para mantener la abstinencia y la

satisfacción de vida cotidiana del usuario.

Los resultados de efectividad del Programa de Satisfactores Cotidianos se reportan desde un estudio piloto, en donde se aplicó el programa a una pequeña muestra de 9 usuarios con dependencia a sustancias adictivas; en donde se evaluó si la intervención proporcionada impactó en las variables mediadoras de la intervención y si los cambios se mantuvieron a año después de haber terminado el tratamiento, obteniéndose cambios significativos (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005). Posteriormente se aplicó el programa a 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas, encontrándose cambios significativos en el patrón de consumo de 18 usuarios al terminar tratamiento y en los seguimientos (Barragán, Flores, Medina-Mora y Reidl, 2007; Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007).

Igualmente, participé en la elaboración del Manual del Terapeuta Tomo I y Tomo II del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas y desarrollé un artículo que se encuentra en publicación en la Revista de Salud Mental, titulado “Evaluación del entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas”.

Como parte complementaria a esta competencia participé en los siguientes congresos como ponente y asistente:

- XVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. 7, 8 y 9 de Septiembre de 2005. Ponente en el taller Modelo de

Intervención Cognitivo – Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas.

- Grupo Jóvenes AA 24 horas. Platica-taller: “Control y Prevención de Recaídas”. 25 Abril 2006.
- V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Del 20 al 23 de Septiembre de 2006. Asistencia.
- V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Del 20 al 23 de Septiembre de 2006. Asistencia al taller: Terapia para la Reducción de la Ira y la Ansiedad, impartido por Jerry Deffenbacher.
- V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Del 20 al 23 de Septiembre de 2006. Participación como ponente en la sesión: “Evaluación del entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas”.
- XIV Congreso Mexicano de Psicología. 27,28 y 29 de Septiembre de 2006. Ponente, Presentación: “Adaptación del Community Reinforcement Approach a Población Mexicana en Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas”.
- VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Del 27 al 30 de Septiembre de 2006. Poster: “Evaluaciones del entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo para usuarios crónicos de alcohol y drogas”.
- VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Del 27 al 30 de Septiembre de 2006. Comunicación oral: “Adaptación a población mexicana de un modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas”.
- Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Del

2 al 6 de Octubre de 2006. Ponente: "Evaluación del Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios Dependientes de Alcohol y otras Drogas".

Como resultado de estas actividades desarrolle las siguientes habilidades:

- Identificación de personas con problemas de dependencia a sustancias adictivas a través de la entrevista y aplicación de instrumentos y de personas con comorbilidad.
- Evaluación del consumo de drogas y variables asociadas a este a través de instrumentos que permiten identificar las ventanas de oportunidad en cada usuario para así poder plantar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del usuario.
- Identificación de principales situaciones de riesgo para el consumo de sustancias en usuarios crónicos, a través de instrumentos, análisis funcional de la conducta y análisis de la cadena conductual.
- Comunicación y negociación de muestra de abstinencia.
- Modelaje de habilidades y estrategias a los usuarios para poder plantearse metas de vida cotidiana y alcanzarlas, rechazar consumo, comunicarse eficientemente, mejorar relaciones interpersonales, mejorar vida social, solucionar problemas, controlar emociones, buscar empleo y mantenerlo y prevenir recaídas.
- Trabajo interdisciplinario para atender usuarios con comorbilidad.

A partir del desarrollo de estas habilidades aprendí a aplicar programas de intervención para rehabilitar personas adictas.

## **5. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN A OTROS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA.**

La sensibilización se define como el incremento de la reacción innata a un estímulo que resulta de la repetición o constancia de éste. Mientras que la capacitación hace referencia a la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo de individuos en el desempeño de una actividad. También, se entiende por capacitación al conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación formal como a la informal, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral (Figueroa, 2007).

Dentro del Programa de Maestría con Residencia en Adicciones tuve la oportunidad de desarrollar esta competencia dando capacitación a los alumnos de la misma residencia de diferentes generaciones, dada mi experiencia en el Programa de Satisfactores Cotidianos. Dentro de las actividades que se realizaron en la capacitación se explicaron los antecedentes del PSC, sus bases teóricas y cada uno de sus componentes; posteriormente se les hizo modelamiento de cada una de las sesiones para que después los alumnos hicieran ensayos conductuales de las mismas videograbándolas para su evaluación con listas de cotejo.

Por otro lado, ofrecí talleres dirigidos a psicólogos y población en general de la comunidad en el Centro de Servicios Psicológicos “Julián Mc. Gregor” y en la Facultad de Psicología sobre algunos componentes del PSC. A continuación se especifican:

- Centro Comunitario Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro. Marzo 2005. Ponente en Platica-taller “Mejorando mi Relación de Pareja”.
- Centro Comunitario Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro. Marzo 2006. Ponente en Platica-taller “Superarme al alcanzar las metas de mi vida diaria”.
- Facultad de Psicología UNAM. Coordinación de Psicología Educativa. Ponente en Taller: “Búsqueda de empleo”. Duración: 4 horas. 2 febrero 2007.

Y participé en algunos congresos con ponencias y talleres:

- VI Foro Internacional Sobre Investigación en Adicciones y 4to. Curso de Actualización en Adicciones. Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Adicciones I y II. 15 y 16 de Abril de 2005. Segundo autor en ponencia.
- 30º Congreso Interamericano de Psicología. Junio 2005. Coautor en la Sesión Temática “Modelo de Intervención para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas”.
- XVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. 7, 8 y 9 de Septiembre de 2005. Ponente en el taller Modelo de Intervención Cognitivo – Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas.

- V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Del 20 al 23 de Septiembre de 2006. Participación como ponente en la sesión: “Evaluación del entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas”.
- XIV Congreso Mexicano de Psicología. 27,28 y 29 de Septiembre de 2006. Ponente, Presentación: “Adaptación del Community Reinforcement Approach a Población Mexicana en Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas”.

Otra forma de desarrollar mis habilidades en esta competencia fue participando en la elaboración del Manual del Terapeuta del Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas Tomo I y II que fue publicado en 2007 por el Consejo Nacional contra las Adicciones.

Y, finalmente, elabore un anteproyecto de investigación sobre “Diseminación del Programa de Satisfactores Cotidianos en Centros de Integración Juvenil” el cual se describe a continuación:

#### DISEMINACIÓN DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA USUARIOS CRÓNICOS DE ALCOHOL Y DROGAS EN TRES CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

En México existen muy pocas investigaciones encaminadas a la diseminación de tratamientos efectivos, incluso la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones que es el documento que acuerda los pasos a seguir en materia

de adicciones no hace mención en la diseminación ni de los tratamientos ni de los programas preventivos. En la mayoría de los casos los usuarios no reciben los tratamientos empíricamente validados sino los que están disponibles en su comunidad y muchos profesionales de la salud como los médicos canalizan a los usuarios de sustancias a este tipo de intervenciones.

Por lo tanto, el problema es que no existen suficientes tratamientos empíricamente validados y los que existen no han sido diseminados ya que no se conocen ni sus resultados ni su procedimiento.

Uno de los tratamientos que ha sido diseminado en nuestro país es el Programa para Bebedores Problema. En 1997 la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social establecieron un acuerdo cuyo objetivo fue evaluar los efectos que tendría incorporar este programa en la población derechohabiente (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Las bases para diseminar este programa fueron tomadas de la Teoría de la diseminación de Rogers (2003) que se enfoca en el proceso de difusión de las innovaciones. Rogers define la difusión como el proceso en el cual una innovación es comunicada a través de ciertos canales a lo largo del tiempo entre los miembros de un sistema social; entendiendo la innovación como una nueva idea o en este caso un nuevo tratamiento. El proceso de la difusión incluye a la diseminación ya que esta implica la adopción de esta innovación por parte de los receptores o posibles adoptadores. Las etapas de este proceso son: 1) la transferencia de la



innovación del sistema de recursos al sistema de usuarios, en la que es importante identificar a los líderes de opinión de la institución para facilitar el proceso de transferencia, 2) la aceptación y adopción del tratamiento por parte de los adoptantes potenciales, 3) la puesta en práctica o el uso inicial de la innovación enfatizando la importancia de la autoeficacia y habilidades del adoptante, 4) el mantenimiento en el uso del programa y, 5) la institucionalización que es la etapa en la que la innovación es totalmente adoptada por el sistema o institución y se incluye en sus políticas.

Adicionalmente, Chambless y Hollon (1998), indican que la diseminación de los tratamientos es más fácil cuando estos son dirigidos y fáciles de entender por lo que es necesario contar con los materiales indicados para facilitar el aprendizaje de los mismos como los son los manuales teóricos y didácticos, talleres, pláticas, etc. Por ejemplo, Martínez, Carrascosa y Ayala (2003), utilizaron talleres interactivos como una estrategia de diseminación para el Programa de Bebedores Problema y encontraron que fueron útiles para sensibilizar al personal en interesarse en tomar el curso de capacitación del Programa y en generar nuevos conocimientos acerca de este tipo de tratamiento.

Según Costa y Etxeberria (2007), cualquier estrategia de diseminación debería tener impacto en cuatro niveles: 1) aumentando el conocimiento, 2) cambiando actitudes, 3) cambiando los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica clínica y 4) modificando resultados, lo que significa mejorar la calidad asistencial y la salud de la población. Estos autores también sugieren los pasos a seguir en la diseminación de guías para la práctica clínica: 1) desarrollar un plan

de implementación, objetivos y mejoras o cambios en el programa; 2) identificar qué personas tendrán que involucrarse en el proyecto; 3) decidir cuál es la población blanco a la que hay que dirigirse, una vez identificados, elaborar diferentes estrategias para cada uno de ellos; y 4) analizar los vacíos que existen entre la práctica clínica que se está llevando a cabo de forma habitual y la práctica “ideal”; 5) seleccionar cuáles son los mensajes clave que propone en este caso el nuevo tratamiento y que necesariamente deben comunicarse, 6) identificar cuáles son las barreras que podrían interferir en el desarrollo de una implementación satisfactoria; algunas de ellas pueden ser: disponibilidad de recursos, organización del trabajo, las actitudes al cambio, disponibilidad de poder aumentar el tiempo de trabajo para llevar a cabo las recomendaciones, la visión de la política sanitaria y las posibles interferencias con la administración; 7) decidir cuáles son los métodos de implementación que pueden funcionar en ese contexto, teniendo en cuenta el grado de complejidad de las recomendaciones para que la población blanco utilice el nuevo tratamiento, los facilitadores aprovechables y las barreras a superar; 8) considerar cuáles van a ser los costes del plan de implementación; 9) elaborar un plan de actuación, con el consentimiento de todos los responsables en cada uno de los pasos que se han decidido para llevar a cabo las mejoras en la práctica clínica; 10) evaluar el impacto que han tenido las estrategias de implementación en los siguientes aspectos: qué grupos de personas conocen y se han familiarizado con los contenidos del tratamiento; comprobar el uso que se está haciendo del mismo; obtener información de cuánto se ha consumido en recursos adicionales de salud, necesarios para cumplir las recomendaciones propuestas; cuáles han sido los cambios obtenidos con el uso del nuevo tratamiento a corto y a largo plazo.

Adicionalmente a los pasos propuestos por estos autores es importante en primer término identificar la institución o espacio en la que es necesaria o conveniente la diseminación el nuevo tratamiento. En esta investigación se propone diseminar el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas en Centros de Integración Juvenil que es una institución gubernamental pionera en México en materia de prevención, tratamiento e investigación de las adicciones. Su misión es contribuir a eliminar o reducir la prevalencia del consumo de drogas en la población, principalmente en aquella expuesta a factores psicosociales de alto riesgo y, en su caso, tratar y rehabilitar a las personas y familiares que ya presentan problemas de adicción.

Los CIJ informaron que en 2002 tuvieron 18,070 consultas provenientes de sus centros ubicados en 28 entidades federativas, sin representación en Campeche, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala (SISVEA, 2002). Estas consultas son atendidas en dos modalidades de tratamiento, consulta externa que es la forma de tratamiento más usada u hospitalización que está dirigida a aquellos pacientes que presentan intoxicación o síntomas del síndrome de abstinencia y dependencia. Estas dos modalidades constan de cuatro etapas: recepción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-seguimiento. El PSC cuenta con elementos que permiten cubrir estas cuatro etapas de atención en el CIJ.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es diseminar el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios crónicos de sustancias adictivas en los Centros de Integración Juvenil de las delegaciones con mayores índices de consumo, siguiendo las recomendaciones y pasos

propuestos por Costa y Etxeberria (2007), y en base a la teoría de diseminación de Rogers (2003).

Las tres delegaciones con mayores índices de consumo alguna vez en la vida son Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Benito Juárez. En la delegación Venustiano Carranza hay altos índices de consumo de alcohol (71.5%) y tabaco (56.3%); en cuanto a las drogas ilegales, también mantiene índices altos de consumo de marihuana (9.3%), inhalables (6.6%) y cocaína (5.2%). En la delegación Azcapotzalco hay índices altos de consumo de alcohol (72.9%), tabaco (54.3%) y drogas ilegales como la marihuana (12.2%), cocaína (8%) e inhalables (7.5%). Con índices similares en el consumo, esta la delegación Benito Juárez, la cual presenta el mayor índice de consumo de alcohol alguna vez en la vida (74.6%), tabaco (51.9%) y drogas ilegales como la marihuana (7.8%), inhalables (4.4%) y cocaína (4.2%).

### Participantes

Adoptantes (personas que aprenderán y llevarán a la práctica el programa de tratamiento): 15 Psicólogos especialistas en tratamiento de el CIJ de las delegaciones Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Benito Juárez (cinco de cada centro).

Líderes de Opinión (Autoridades a las que se sensibilizara sobre la necesidad de adoptar en las instituciones programas de tratamiento empíricamente validados): Director General de CIJ, Directores del CIJ correspondiente.

Capacitadores: tres terapeutas del PSC

## Escenario

Instalaciones de los Centros de Integración Juvenil de las Delegaciones:  
Azcapotzalco, Benito Juárez y Venustiano Carranza

## Materiales

Presentación Power Point: “Importancia de adoptar tratamiento empíricamente validados en la atención a usuarios dependientes de sustancias adictivas”

Manual del Terapeuta Tomos I y II del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, s. f.).

Folleto del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas

Cartel del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas

## Procedimiento

### FASE I. Propuesta de la adopción del tratamiento

Se presentará la propuesta de adopción del Programa de Satisfactores Cotidianos a la principal autoridad de los CIJ (Director General) y a los Directores de los CIJ Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Benito Juárez resaltando las ventajas de adoptar esta intervención en la institución y los datos respecto costo-efectividad de la misma, con apoyo de la presentación en Power Point “Importancia de adoptar tratamiento empíricamente validados en la atención a usuarios dependientes de

sustancias adictivas”; pretendiendo lograr el acuerdo que permita la diseminación del Programa.

Una vez obtenido este acuerdo, la participación de los Directores de cada Centro es primordial ya que ellos son los líderes de opinión en su Centro, por lo cuál deberán difundir la información de la adopción del nuevo tratamiento a los psicólogos adjuntos a su Dirección.

## FASE II. Difusión de la información

Los Directores de los CIJ Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Benito Juárez, de manera individual, convocarán a una reunión a los psicólogos responsables del tratamiento adjuntos a su Dirección, en la que les explicarán la importancia de la adopción de tratamientos empíricamente validados, informarán la adopción del nuevo tratamiento, los datos de su validez y en qué consiste. En esta reunión, el Director presentará a la persona responsable de la capacitación de los psicólogos e informará los días y horarios de la capacitación. Para ayudar en la difusión de la información se les proporcionará con folletos y carteles del PSC.

## FASE III. Capacitación

La capacitación se realizará siguiendo el procedimiento del Manual Tomo I del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas y utilizando el material didáctico del Manual Tomo II del citado programa.

Constará de 15 sesiones en las que se abordarán los contenidos del Programa, en cada sesión se verá un componente del programa desde su explicación teórica, su modelamiento y su aplicación por parte de los participantes. Las sesiones durarán tres horas aproximadamente. La última sesión se contempla para aclarar dudas y reforzar conocimientos. Para ser evaluados, los participantes tendrán que desarrollar un ejercicio aplicando por lo menos tres componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos en un ensayo conductual y videograbar los ejercicios para ser calificados con listas de cotejo por el capacitador. El criterio para dar por terminada la capacitación es que los 15 participantes sean evaluados satisfactoriamente en sus ejercicios y videograbaciones.

#### FASE IV. Supervisión

Los psicólogos adoptantes del PSC deberán videograbar las sesiones de tratamiento con su primer usuario cuidando en todo momento la confidencialidad del mismo para poder ser supervisados. Los videos de cada sesión serán revisados semanalmente por el capacitador encargado del grupo con la ayuda de listas de cotejo incluidas en el manual del material didáctico del PSC para poder dar retroalimentación al psicólogo. Este procedimiento se llevará a cabo hasta que termine la intervención.

#### RESULTADOS

Se espera que la capacitación a los 15 psicólogos responsables del tratamiento en los Centros de Integración Juvenil Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Benito Juárez sea satisfactoria. En una siguiente fase los

psicólogos capacitados tendrán que replicar la capacitación con los psicólogos responsables de tratamiento de los Centros de Integración Juvenil de las delegaciones restantes del Distrito Federal y los no incluidos en la primera fase.

Las posibles limitaciones de esta propuesta se plantean en base al tiempo que es necesario tomar para diseminar el programa y lograr la meta final, que es la institucionalización del programa en los Centros de Integración Juvenil, ya que el programa en sí mismo no está considerado dentro de las intervenciones breves ya que consta de 13 sesiones como mínimo variando de usuario en usuario dependiendo de sus necesidades.

Por el desarrollo de estas actividades adquiriré las siguientes habilidades:

- Modelamiento de habilidades como terapeuta: técnicas de entrevista motivacional, retroalimentación, reforzamiento, evaluación, etc.
- Modelamiento de habilidades para solucionar problemas de vida cotidiana, para rehusar consumo, de comunicación, sociales, para mejorar relaciones interpersonales, de búsqueda de empleo, para controlar emociones (ansiedad, enojo, tristeza y ansiedad), para plantearse y alcanzar metas de vida cotidiana y prevenir recaídas.
- Evaluación, supervisión y retroalimentación de habilidades desarrolladas por parte de los alumnos de acuerdo a nivel de dominio y desglose operacional de conductas para elaboración de listas de cotejo.
- Presentaciones orales para abordar el tema del uso y abuso de



drogas y las habilidades requeridas para enfrentar la problemática.

- Elaboración de material didáctico para la atención en adicciones.

El desarrollo de estas actividades me permitió sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación básicamente de programas de prevención terciaria, no obstante que algunas actividades como las platicas se centraron en la prevención primaria.

## **6. INSTRUMENTACIÓN DE 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.**

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA QUE ACUDEN A SALAS DE EMERGENCIA DE TRES HOSPITALES DEL DISTRITO FEDERAL

### **RESUMEN**

El objetivo del presente estudio es desarrollar y evaluar un programa de intervención breve basado en la entrevista motivacional para 30 pacientes que acudan a las salas de urgencias de 3 Hospitales, uno del IMSS, uno del ISSTE, y uno del Gobierno del Distrito Federal; que acudan por cualquier accidente relacionado con el propio consumo de alcohol y que tengan las características de un bebedor problema. Se elegirán a los 10 primeros pacientes que lleguen a cada Hospital y se les aplicará un

tratamiento de intervención breve con el objetivo de reducir o eliminar su consumo de alcohol durante los 12 meses siguientes. Se utilizará un diseño de línea base múltiple por escenarios. Se espera que los pacientes logren reducir de manera considerable su consumo de alcohol y las consecuencias negativas asociadas a este.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Una de las consecuencias principales del abuso en el consumo de alcohol es un aumento en la incidencia de los accidentes y actos de violencia, que se ubican entre las primeras 10 causas de muerte en el país (Secretaría De Salud, 1997).

En México se han desarrollado estudios que evalúan la incidencia de los accidentes y la violencia relacionados con el abuso del alcohol. Por un lado se realizó un estudio comparando a la población del distrito federal con la población de Estados Unidos (Cherpitel y Rosovsky, 1990) y las características de las personas que acudían a las salas de urgencias y consumían alcohol (López, Rosovsky, Narváez, Casanova, Rodríguez y Juárez, 1991). Por otro lado también se han realizado estudios en las ciudades de Acapulco (Borges, García, Gill y Vandale, 1994) y Pachuca (Borges, Medina-Mora, Casanova, Mondragón , Romero y Cherpitel, 1999).

En los resultados que encontraron Borges y colaboradores (1999), se observa que el 9.3% de las personas que acudieron a las salas de urgencias de tres hospitales de la ciudad de Pachuca reportaron el

consumo de alcohol 6 horas antes del accidente o urgencia medica que motivo su ingreso.

Con respecto a los datos de la ciudad de México tenemos que durante el lapso comprendido entre julio de 1994 y junio de 1995, los servicios de urgencias de una institución de seguridad social en la zona metropolitana del valle de México registraron un total de 17, 225 consultas por accidentes, traumatismos y actos de violencia, lo que a su vez generó 10, 512 intervenciones quirúrgicas, 124, 944 días de hospitalización y 2 592 días de estancia en servicios de terapia intensiva; lo que implica un gran costo en estas salas de urgencias.

Los accidentes y los actos de violencia son causas de muerte de primera magnitud en el panorama epidemiológico actual de México. El papel del consumo de alcohol en estas muertes, especialmente en los homicidios, suicidios y accidentes de tránsito, es de primera importancia. Los resultados que se han encontrado al analizar los intentos de suicidio que llegan a los servicios de urgencias (Borges y Rosovsky, 1996), así como los actos de violencia, en especial en pacientes del sexo masculino, muestran que, además de su impacto en la mortalidad, el consumo de alcohol también tiene repercusiones de primera magnitud en la morbilidad hospitalaria.

D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R. H., Brewer, P. A., Craig, S. A. & Zink, B. J. (1998), señalaron que la prevalencia de los accidentes asociados con el consumo de alcohol en las salas de emergencias indican que el uso del alcohol es un factor de riesgo para la

primer visita a las salas de emergencia y para que en el futuro los mismos pacientes regresen a urgencias; esto indica que hay la necesidad de tener métodos de intervención para los usuarios de alcohol que funcionen en los Hospitales y más específicamente en las salas de emergencias.

Una de las razones importantes que motiva a los investigadores a desarrollar programas de intervención en las salas de emergencia es que la condición médica del paciente provee una “ventana de oportunidad” cuando el paciente puede ser más vulnerable y estar más abierto a ver la conexión entre las consecuencias negativas y su abuso de alcohol o drogas y puede estar más motivado al cambio (Dyehouse y Sommers, 1998).

Varios tipos de intervención han sido propuestos y examinados por los especialistas de la salud en las salas de emergencias. Gentilello, Duggan, Drummond, Tonnensen, Degner, Fischer y Reed (1988), introdujeron una intervención piloto en un departamento de emergencias de Houston que consistía en que un consejero de abuso de sustancias intervenía en la familia y al mismo tiempo los empleados del hospital realizaban una intervención con el paciente y lo motivaban a que inmediatamente entrara a un tratamiento residencial para el abuso de sustancias.

En otro estudio se realizó una intervención breve en un departamento de emergencias por trabajadores de la salud, ellos demostraron una reducción en la media del consumo del 43% (en Di Clemente y Soderstrom, 2005).

Una vez más Gentilello, Rivara, Donovan, Jurkovich, Daranciang, Dunn, Villaveces, Copasss y Ries, (1999), condujeron un estudio controlado en un centro de traumas de un Hospital de Seattle, Washington. Los pacientes fueron evaluados con una prueba de alcohol en sangre y se asignaron a un tratamiento o a un procedimiento control. El tratamiento consistía en una entrevista motivacional que duro aproximadamente 30 minutos conducida por un psicólogo entrenado y certificado en las técnicas de entrevista motivacional. A los 12 meses de seguimiento, la intervención demostró una reducción de 22 tragos por semana a 7 tragos por semana.

En estos estudios la intervención básicamente se ha realizado con la entrevista motivacional en donde los terapeutas discuten con el paciente el uso de alcohol abierta y directamente y les ofrecen ayuda y asistencia. Los consejeros de abuso de sustancias tradicionalmente ofrecen ayuda y facilitan el tratamiento o programas de auto-ayuda. En la entrevista motivacional los consejeros discuten las consecuencias percibidas, las lecturas para el cambio, las ventajas y desventajas del cambio y los planes para reducir el consumo y evadir factores de riesgo en el futuro.

Las intervenciones motivacionales breves han sido usadas con un amplio rango de bebedores problema y han demostrado ser efectivas en reducir el consumo y sus consecuencias. Las metas de este tratamiento son creadas por el usuario y pueden incluir la reducción así como la abstinencia del consumo de alcohol.

En México se han desarrollado este tipo de intervenciones (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998) con pacientes ambulantes pero no se han llevado a cabo en contextos hospitalarios en donde se encuentran gran parte de los bebedores, por lo tanto el objetivo del presente estudio es

instrumentar un programa de intervención breve basado en la entrevista motivacional en las salas de urgencias de tres hospitales de la ciudad de México para las personas que acudan por cualquier accidente relacionado con el consumo de alcohol y que tengan las características de un bebedor problema.

## MÉTODO

### *Sujetos*

10 Pacientes mayores de 18 años de las salas de emergencias de 10 hospitales de la Ciudad de México (1 paciente por hospital) que acudan por cualquier traumatismo relacionado con el propio consumo de alcohol y que tengan las características de un bebedor problema:

- Deseo de modificar su consumo
- Nivel de dependencia baja o moderada al alcohol

Se elegirá al primer bebedor problema que llegue al hospital por algún accidente relacionado con consumo de alcohol.

### *Escenario*

Salas de emergencias de 10 Hospitales del Distrito Federal

### *Material*

- Entrevista Motivacional
- Escala de Dependencia al Alcohol (Echeverría, Oviedo y Ayala, en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)

- Línea Base Retrospectiva (Echeverría y Ayala,1993; Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- Auto-registro de Consumo

### *Diseño*

Para este estudio se utilizará un diseño de línea base múltiple a través de escenarios (Kazdin, 2001), en donde una sola conducta de un individuo o grupo es el blanco de intervención en uno o más escenarios o condiciones. Una vez que se ha demostrado una respuesta estable bajo condiciones de línea base, se introduce la variable independiente en uno de los escenarios mientras se mantienen condiciones de línea base en los escenarios restantes. Cuando se logra un máximo de cambio o se alcanza una ejecución a nivel criterio en el primer escenario, se aplica la variable independiente a un segundo escenario y así consecutivamente con los escenarios restantes. Se tomarán los datos de la Línea Base Retrospectiva a los 10 pacientes procurando comenzar el mismo día o lo más cercano en el tiempo; se comenzara a correr la fase de intervención en el primer hospital cuando el paciente este en condiciones optimas para lo cual se pedirá la opinión de su médico. Mientras el primer paciente este en fase de intervención, los demás seguirán aportando datos de línea base. Una vez terminada la intervención en el primer hospital, se comenzaran la fase de intervención en el segundo hospital y así sucesivamente hasta completar las diez intervenciones. Después de que cada usuario completa su intervención se le harán seguimientos al mes, tres y seis meses y al año.

## *Procedimiento*

Una vez que el paciente que llegue por accidentes relacionados con consumo de alcohol ya halla pasado su estado crítico y se encuentre mejor de salud, un psicólogo entrenado en técnicas de entrevista motivacional, acudirá con el paciente y pedirá su autorización para aplicarle la escala de dependencia al alcohol, que permitirá conocer su nivel de dependencia y le preguntará si tiene deseos de modificar su forma de beber. Si el paciente cumple con los criterios de inclusión, el psicólogo le pedirá su autorización para realizar la entrevista indicándole la preocupación del Hospital por su reciente accidente y su asociación con el consumo de alcohol y explicándole que el objetivo de la misma es ayudarlo a analizar su consumo. Así mismo aplicará la línea base retrospectiva, dando al usuario retroalimentación positiva.

Las personas que no cumplan con los criterios de inclusión ya sea por que tienen un nivel de dependencia más elevado o por que no están interesados en modificar su consumo serán canalizados a un tratamiento más intensivo de acuerdo a sus características.

A los pacientes que hayan autorizado la entrevista y cumplan con los criterios de inclusión se les realizara la misma al día siguiente, con intervenciones de dos sesiones semanales (primer semana: entrevista inicial y sesión 1, segunda semana: sesión 2 y sesión 3), poniendo énfasis en los siguientes puntos:



## SESIÓN 1

- Consentimiento informado: se explicará al paciente el objetivo de la entrevista, en qué va a consistir, cómo van a ser las sesiones y sus contenidos, en que van a consistir los seguimientos y se le pedirá su autorización por escrito para llevar a cabo la intervención.
- Confirmación de ficha de identificación del paciente (provista por el Hospital).
- Entrevista que contendrá preguntas motivacionales cómo por que sería importante para el o ella controlar su consumo de alcohol, que tan seguro(a) se siente de poder controlar su consumo de alcohol, etc.

## SESIÓN 2

- **Análisis Funcional**
- Identificar situaciones internas y externas que lo induzcan a abusar del alcohol.
- Describir la conducta de consumo: tipo de bebida favorita, cantidad y frecuencia.
- Identificar consecuencias positivas y negativas del consumo.
- Hacer que el paciente tome conciencia de que es su decisión y de las consecuencias de sus decisiones por medio de la cadena conductual.

## SESIÓN 3

### ▪ **Balance Decisional**

- Hacer que el paciente analice los pros y los contras de su consumo de alcohol.
- Que el paciente establezca su meta para los siguientes seis meses (abstinencia o moderación).
- Realizar planes de acción para enfrentar las situaciones de riesgo externas e internas futuras.
- Realizar planes de acción para los obstáculos que se puedan tener para cumplir con la meta.
- Explicación de llenado de auto-registro.

## SEGUIMIENTOS

- Se pedirá autorización a los pacientes en el consentimiento informado para asistir a sus casas a llevar a cabo las sesiones de seguimiento que consistirán en aplicar de nuevo los instrumentos de medición y se revisará el auto-registro de consumo para saber si el usuario cumplió con la meta establecida y se analizarán con el usuario las situaciones de riesgo que corrió reforzando las conductas positivas y se harán planes de acción para futuras situaciones. Las sesiones de seguimiento se harán al mes, tres, seis meses, y al año.

## RESULTADOS

Se espera que los usuarios logren reducir o eliminar el consumo de alcohol, así como que no vuelvan a regresar a alguna sala de urgencia por accidentes relacionados al consumo de alcohol en los siguientes doce meses de su ingreso al Hospital logrando al mismo tiempo reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.

Se pretende tomar datos acerca de las veces que los usuarios han asistido a salas de emergencia antes de la intervención y después de la intervención en los 12 meses posteriores. Además de las estrategias que usaron los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo con éxito.

El desarrollo de estas actividades me permitió desarrollar las siguientes habilidades:

- Evaluación del patrón de consumo, situaciones de riesgo, nivel de autoeficacia, nivel de depresión y nivel de ansiedad de usuarios en unidad residencial.
- Adaptación de las técnicas y habilidades de intervención a usuarios en unidad residencial.
- Identificación de la etapa de cambio en la que se encuentran los usuarios al ingresar al internamiento y la puesta en práctica de estrategias para mover a los usuarios de etapa.

La instrumentación de proyectos de investigación experimental y de proceso en el área de las adicciones es necesaria para brindar a la

población con este tipo de problemas, más y mejores opciones para la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Las habilidades que se generaron para desarrollar esta competencia son las siguientes:

- Conocimiento y manejo de herramientas de investigación bibliográfica en un tema específico
- Conocimiento y manejo de diseños de investigación de grupos y de un solo sujeto
- Conocimiento y manejo de los procedimientos para proponer, desarrollar y evaluar proyectos de investigación
- Conocimiento y manejo de herramientas para desarrollar proyectos de investigación como desarrollo de instrumentos de medición, manejo de procedimientos estadísticos y desarrollo de procedimientos de evaluación
- Redacción de artículos de investigación donde se sintetice el desarrollo de investigaciones
- Presentación de investigaciones en reuniones científicas

## Referencias

- Annis, H.M. (1987) *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39)*, Addiction Research Foundation, Toronto, Canada.
- Annis, H. & Graham, M. (1985). *Inventory of drug-taking situations*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M., Graham, J. & Davis, C. (1987). *Inventory of drinking situations users' guide*. Addiction Research Foundation
- Annis, H., Graham, J. & Martin, J. (1988). *Situational confidence questionnaire (SCQ) user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. y Gutiérrez, L. M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México. Editorial Porrúa y Facultad de Psicología.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L., & Gutiérrez, L. M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18, 4, 18-24
- Ayala, V. H., Echeverría, S. V. L., Sobell, B. M. & Sobell, C. L. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 2, 113-127
- Azrin, N., Master, B. y Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 14, 339-348.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95 5,677-686
- Barragán T. L., Flores, M. M., Medina-Mora, M. E. & Reidl, M. L. (2007).

- Adaptación del "Community Reinforcement Approach" para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana. En Echeverría, S. V. L, Carrascoza, C. & Reidl, M. L. (Eds.) Prevención y tratamiento de conductas adictivas. UNAM, pp. 137-162
- Barragán, T. L. (2005). Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., Medina-Mora, M. E. & Ayala, V. H. (2007). Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios Dependientes de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3, pp. 29-38
- Barragán, T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., & Martínez, R. M. J. (s. f.). Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta Tomo I. México, DF.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., & Martínez, R. M. J. (s. f.). Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta Tomo II. México, DF.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- 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*, Vol. 28 No. 1, pp. 61-71
- Borges, G., García, G., Gill, A. & Vandale, S. (1994). Casualties in Acapulco: Results of a Study of Alcohol Use and Emergency Room Care. *Drug Alcohol Depend.* Vol. 36, pp.1-7.

- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Casanova, L., Mondragón, L., Romero, M. & Cherpitel, CH. (1999). Consumo de Bebidas Alcohólicas en Pacientes de los Servicios de Urgencias de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*. Vol. 41 No. 1
- Borges, G. & Rosovsky, H. (1996). Suicide Attempts and Alcohol Consumption in an Emergency Room Sample. *Journal Stud Alcohol*. Vol. 57, pp. 543-548.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI
- Cantú, M, C., Jiménez, S. Z. & Rojas, M. J. M. (2001). Epidemiología el discurrir del estado de salud-enfermedad. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Vol. 2 No. 4
- Cantú, M. C., & Rojas, M. J. M., (2000). Desafíos y exigencias en salud ambiental. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Vol. 1 No. 1
- Cantú, M., Rojas, M. & Moreno, G. (2002). Percepción de la farmacodependencia por estudiantes adolescentes de educación secundaria en Guadalupe, Nuevo León. (México). *Revista de Salud Pública y Nutrición*, Vol. 3 No. 2. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/articulos/adcciones.html>
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66, No. 1, pp. 7-18
- Cherpitel, C. & Rosovsky, H. (1990). Alcohol consumption and casualties: A comparison of emergency room populations in the United States and Mexico. *Journal Stud Alcohol*. Vol. 51, No. 4, pp. 319-326.
- Costa, R. C. & Etxeberria, A. A. (2007). Diseminación e implementación de una GPC. *Guías de Práctica Clínica*. Rescatado de

- [http://www.fisterra.com/guias2/no\\_explor/capituloGPC.pdf](http://www.fisterra.com/guias2/no_explor/capituloGPC.pdf)
- De las Fuentes, V. M. & Villalpando, U. J. (2001). Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- De León, P. & Pérez, F. (2001). Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura. UNAM
- D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R. H., Brewer, P. A., Craig, S. A. & Zink, B. J. (1998). Patients with Alcohol Problems in the Emergency Department, part 1: Improving Detection. SAEM Substance Abuse Task Force. Society for Academic Emergency Medicine. Acad Emerg Med. Vol. 5 No. 12, pp. 1200–9.
- Di Clemente, C. & Soderstrom, C. (2005). Session 3. Intervening with Alcohol Problems in Emergency Settings. Alcohol Problems Among Emergency Department Patients.
- Dyehouse, J. M. & Sommers, M. S. (1998). Brief Intervention After Alcohol-Related Injuries. Substance Abuse Interventions in General Nursing Practice. Nurs Clin North Am. Vol. 33, No. 1, pp. 93–104
- Echeverría, S. V. L. & Ayala, V. H. (1977). Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, S. V. L., Oviedo, P. & Ayala, V. H. (1998). Inventario situacional de consumo de alcohol. En Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. & Gutiérrez, L. M. (Eds.) Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa y Facultad de Psicología.
- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A.



- (2004). Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. Secretaría de salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
- Encuesta sobre Uso de Drogas, Alcohol y Tabaco en Hogares, (2006). Ciudad de México. Secretaría de Desarrollo Social, Instituto de Asistencia e Integración Social e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Figueroa, A. (2007). Capacitación. Recuperado de [http://www.asodefensa.org/portal/?page\\_id=4](http://www.asodefensa.org/portal/?page_id=4)"
- Gentilello, L. M., Duggan, P., Drummond, D., Tonnensen A., Degner, E., Fischer, R. & Reed, R. (1988). Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *Am J Surg*. Vol. 156, pp. 558–61.
- Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. W., Villaveces, A., Copasss, M. & Ries, R. R. (1999). Alcohol Interventions in a Trauma Center as a Means of Reducing the Risk of Injury Recurrence. *Annals of Surgery*. Vol. 230, pp. 473–83.
- Guerrero, R., González, C. L. & Medina, E. (1986). *Epidemiología*. Fondo Educativo Interamericano, p. 218
- Hunt, G. & Azrin, N. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavioral Research and Therapy*, Vol.11, pp. 91 – 104

- Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. Prentice Hall. México: Pearson Educación.
- Lira, M. J., Cuevas, E., Reidl, M. M. L. (2007). Resultados de la aplicación de un Programa de Intervención Breve Motivacional para Dejar de Fumar. En Echeverría, S. V. L., Carrascoza, C. & Reidl, M. L. (Eds.) Prevención y tratamiento de conductas adictivas. UNAM, pp. 137-162
- López, J. L., Rosovsky, H., Narváez, A., Casanova, L., Rodríguez, E. & Juárez, F. (1991). Características de la población que solicita atención en los servicios de urgencia y su relación con el consumo de alcohol en la ciudad de México. Salud Mental. Vol. 14, pp. 19-24.
- Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. Salud Mental. Vol. 21 No. 1, pp. 27-36
- Martínez, M. K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M., & Barrientos, C. V. (2004). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, M. K. I., Carrascosa, V. C. & Ayala V. H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: Los talleres interactivos. Salud Pública de México, Vol. 45 No. 1, pp. 5-12.
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Pedroza, C. F. J., Ruiz, T. G. M. & Ayala, V. H. E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Salud Mental. Vol. 31, No. 2, pp. 119-127
- Medina-Mora, M. E. (2003). Diagnóstico del problema: conceptos básicos. En Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a

- nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Medina-Mora, M. E., Carreño, S., & De La Fuente. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent Dev Alcohol*. Vol. 14 pp. 383-396
- Modelos Preventivos, (2004). Serie Planeación. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Monti, P., Abrams, D., Kadden, R., & Cooney, (1989). Treating alcohol dependence. Treatment manuals for practitioners. New York: Guilford Press.
- Nazar, B. A., Tapia, C. R., Villa, R. A., Álvarez, L. G., Medina-Mora, M. E. & Salvatierra, I. B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública*, Vol. 36, No. 006, pp. 646-654
- Norell, S. (1994). Diseño de estudios epidemiológicos. Siglo XXI. p. 176
- Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999). Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Oropeza, T. R. & Reidl, M. M. L. (2007). Resultados de la aplicación del modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC). En Echeverría, S. V. L., Carrascoza, C. & Reidl, M. L. (Eds.) *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. UNAM, pp. 137-162
- Oropeza, T. R., Loyola B. L. P. & Vázquez, P. F. (s. f.). Tratamiento breve para usuarios de cocaína. Un modelo cognitivo, principios de aplicación. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Ortiz, A., Martínez, R. & Meza, D. (2005). 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. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. No. 39
- Programa de Posgrado en Psicología (s. f.) Maestría. Facultad de Psicología. UNAM
- Rogers, E. (2003). Diffusion of innovations. New York: Free Press.
- Rothman, K. J. (2002). Epidemiology: an introduction. Oxford University Press, pp. 1- 7
- Secretaría de Salud. Mortalidad 1996. México, D.F.: SSA, 1997.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2002). Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2006). Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2007). Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
- Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test/Addictive Behaviors, Vol. 7, pp. 363-371.
- Sobell, L. & Sobell, M. (1992). Timeline follow – back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. & Litten, R.

(Eds.). Measuring alcohol consumption. Psychosocial and Biological Methods. New Jersey: Human Press.

Susser, M. (1991). Conceptos y estrategias en epidemiología. F.C.E. y SSA p.178

World Health Organization, (1997). Amphetamine-type stimulants: a report from WHO meeting on amphetamines, MDMA and other psychostimulants. Geneva

# **PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS**

## **REPORTE DE CASO**

### **DATOS GENERALES**

Hombre de 41 años, de escolaridad primaria, la sustancia de consumo al momento de iniciar el tratamiento es el alcohol, anteriormente había consumido cocaína (crack) y mariguana de las cuales tiene siete años de abstinencia. Es separado desde hace cuatro años, vivió diez años en pareja con la que tuvo un hijo que actualmente tiene 14 años, anteriormente se había casado y tuvo tres hijos, una mujer y dos hombres, actualmente tienen 23, 22 y 21 años respectivamente.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

“He perdido mi empleo, mi familia, he afectado mi salud física y mental, se ha deteriorado mi relación con mis seres queridos, siento inseguridad, miedo y tristeza”.

### **INFORMACIÓN OBTENIDA DE ENTREVISTA**

Tipo de sustancia consumida: alcohol

Patrón de consumo: consumo diario, 20 tragos estándar o más, bebía de un solo trago durante todo el día.

Historia de consumo: comenzó el consumo de alcohol y drogas a los 12 años por curiosidad e invitación de sus amigos. Reporta que a la misma edad se convirtió en un problema ya que la primera vez que tomo no llegó a su casa, vomitó, fue a buscar a su novia y le estuvo tocando la puerta aún cuando nunca había ido a visitarla.

Problemas asociados al consumo: **Físicos:** gastritis, hígado graso, desnutrición, pérdida de peso, hinchazón de la piel, ácido úrico, alteraciones cardiovasculares e insomnio; fue internado cuatro días en el hospital por que no comía y cuando le hablaban no respondía. **Psicológicos:** ideas suicidas (no reportadas actualmente), ansiedad, depresión, lagunas mentales, alucinaciones auditivas. **Familiares:** pérdida de confianza y separación de la familia (al inicio de tratamiento tenía siete años de separado de su esposa y de no ver a su hijo de 14 años). **De Pareja:** agresiones verbales, separación, celos, infidelidad, falta de comunicación, insatisfacción sexual e impotencia. **Sociales:** aislamiento, pérdida de diez amigos, agresión física y verbal hacia otras personas. **Laborales:** ausentismo, desempleo, problemas con superiores, en el último año no trabajo seis meses como consecuencia del consumo, en el último año perdió el empleo tres veces. **Legales:** tres detenciones por tomar en la vía pública. **Económicos:** deudas y gasto aproximado de \$600 mensuales en alcohol.

Motivación para el cambio: el usuario considera tener un problema muy grave, en una escala de 1 a 10, donde 10 es “muy seguro” puntuó con 8 de seguridad de poder dejar de consumir en el momento de inicio del tratamiento. El usuario se encontraba en una etapa de acción.

## **EVALUACIÓN**

Para efectos de la evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala de repetición de dígitos y símbolos y dígitos del WAIS: estas escalas pertenecen a un instrumento más amplio que mide la inteligencia de los adultos y fue desarrollado por Wechsler (1955). Se utilizan estas dos

escalas para medir el funcionamiento cognitivo (memoria inmediata) de los usuarios y qué tanto ha sido afectado por el consumo de sustancias. El nivel de funcionamiento del usuario antes de tratamiento fue el siguiente:

Repetición de dígitos: 9 puntos = puntuación normal 7 = “Por debajo de la norma”

Símbolos y dígitos: 31 puntos = puntuación normal 7 = “Por debajo de la norma”

Escala de dependencia al alcohol: fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio denominado Inventario de Consumo de Alcohol desarrollado por Horn y Wanberg (1969). Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre es: a = 0            b = 1            c = 2            d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

0 puntos no hay dependencia, de 1 a 13 puntos dependencia baja, de 14 a 21 puntos dependencia moderada, de 22 a 30 puntos dependencia media y de 31 a 47 puntos dependencia severa.

El usuario obtuvo una puntuación de 36, lo que indicó un nivel de dependencia severa al alcohol antes de tratamiento.

Escala de satisfacción general: La Escala de Satisfacción General (Azrin, Master & Jones, 1973) es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana. Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el



nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son: 1) Consumo/Sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del Dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales, 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General. Lo cual se muestra en la Figura 1.

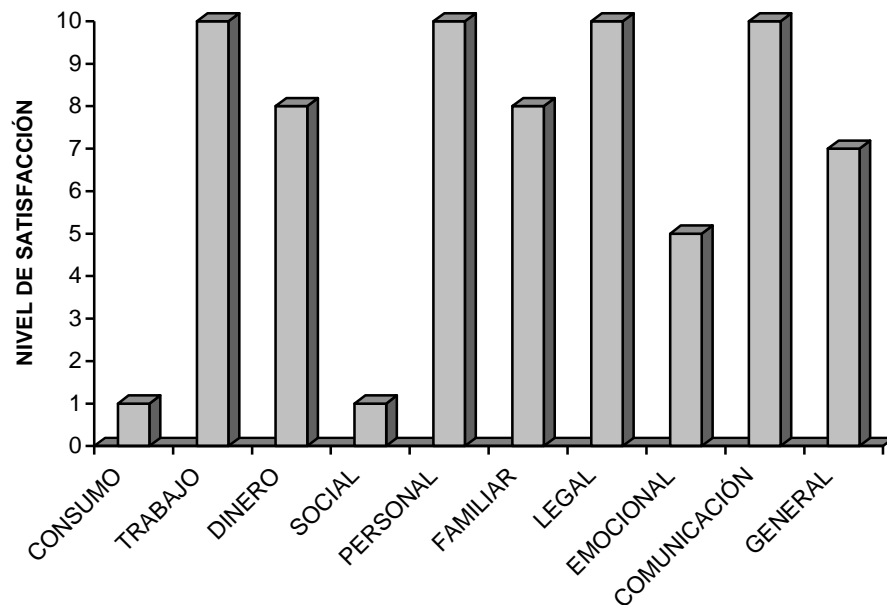


Figura 1. Nivel de satisfacción de vida cotidiana antes de tratamiento.

Línea base retrospectiva: Este instrumento fue desarrollado por Sobell y Sobell (1992), es un registro retrospectivo del patrón de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. Al respecto el usuario reporto el siguiente patrón de consumo:

Consumo total en un año: 2404 tragos estándar

Mes de mayor consumo: septiembre de 2006 con 526 tragos estándar

Día de mayor consumo: domingos con 385 tragos

No. Máximo de días de abstinencia continua: 61 días

Porcentaje de días de consumo: 53%

Promedio de consumo diario: 12 tragos estándar

### PATRÓN DE CONSUMO UN AÑO ANTES DE TRATAMIENTO

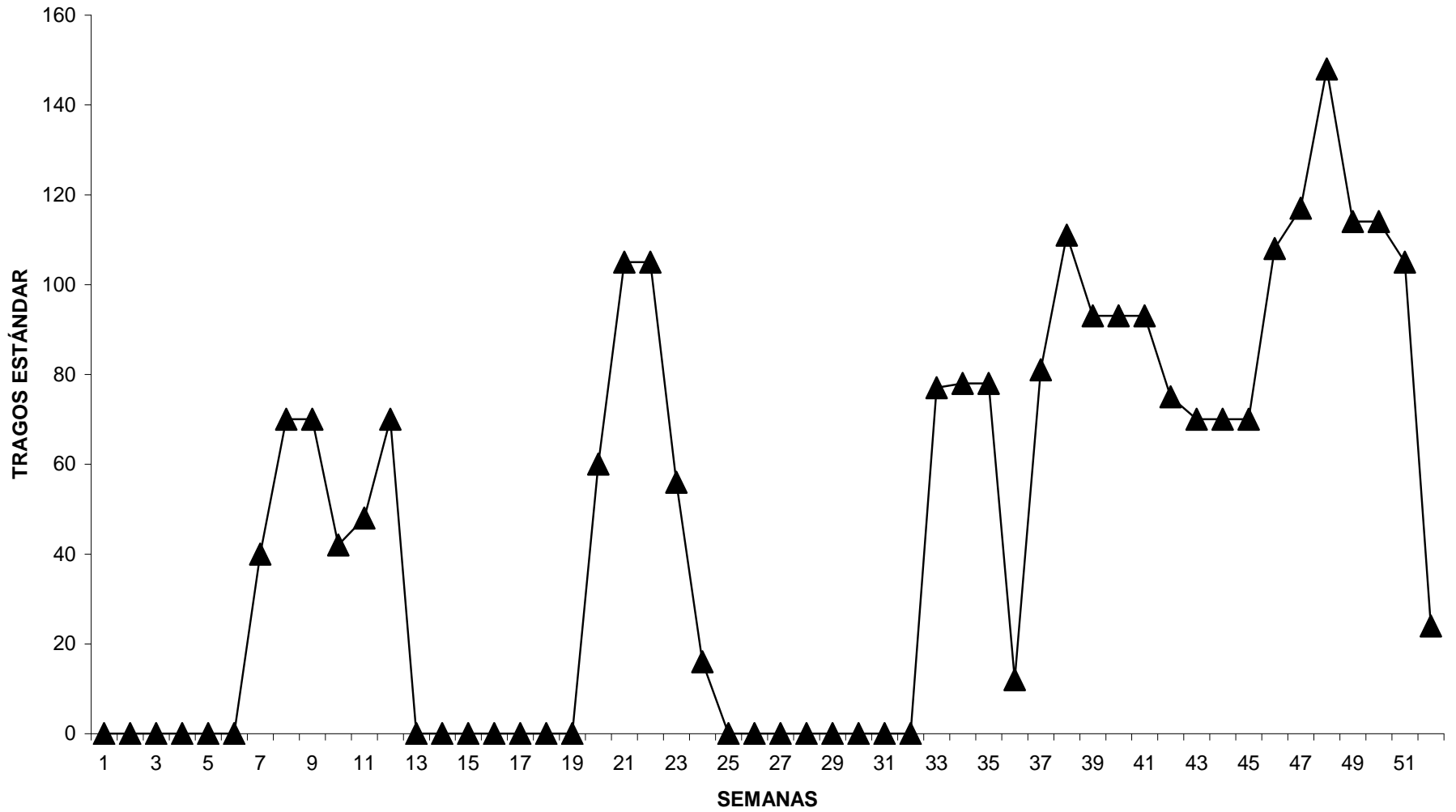


Figura 2. Patrón de consumo del usuario un año antes de tratamiento.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol: Fue elaborado por Annis, Graham y Davis (1982), consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población mexicana (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema. Las ocho sub-escalas son a) Emociones Desagradables, b) Malestar Físico, c) Emociones Agradables, d) Probando Autocontrol, e) Necesidad o Tentación de Consumo f) Conflicto con otros, g) Presión Social y h) Momentos Agradables con Otros.

Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Ocasionalmente = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo. Se puede obtener un índice del problema, dado que los puntajes porcentuales de cada sub-escala van de 0 a 100 e indican en cada usuario la magnitud del problema en esa sub-escala, por ejemplo; un puntaje de 0% indica que nunca bebió en exceso estando en esa situación y no representa para el usuario un riesgo de consumo; en tanto que uno de entre 70% y 100% indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

Las áreas de mayor riesgo que presentó el usuario antes de tratamiento fueron: emociones desagradables (92%), emociones agradables y probando auto-control (87% respectivamente) y malestar físico (40%).

Cuestionario Breve de Confianza Situacional: Este instrumento fue elaborado por Annis y Graham en 1987, evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales. Fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala en 1977. Las puntuaciones de auto-eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 20% indica que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo ante esa situación; por lo que ese tipo de situaciones representan un alto riesgo para el individuo.

El usuario reportó las siguientes situaciones de mayor riesgo por tener los niveles más bajos de autoeficacia: situaciones que involucran emociones agradables (20%), momentos agradables con otros (30%) y presión social (40%).

Inventario de Depresión de Beck: (Beck, 1988), este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice en los síntomas de depresión. El individuo selecciona una o varias de las opciones que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana que paso e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

De 0 a 9 puntos como Depresión Mínima.

De 10 a 16 puntos como Depresión Leve.

De 17 a 29 puntos como Depresión Moderada.

De 30 a 63 puntos como Depresión Severa.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. 1998; implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .87, con una probabilidad de .000. El análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. El nivel de los síntomas de depresión del usuario antes de tratamiento fue de 26 puntos lo que indica síntomas moderados de depresión.

Inventario de Ansiedad de Beck: (Beck en 1988), es un cuestionario de 21 reactivos, estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: “Poco o nada”, que se califica con cero puntos; “Más o menos”, que se califica con un punto; “Moderadamente” que se califica con dos puntos y “Severamente” que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtiene el puntaje que indica el nivel de los síntomas de ansiedad; este nivel corresponde a:

De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima

De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve

De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada

De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa

El usuario puntuó con 22, lo que indica un nivel moderado en los síntomas de ansiedad antes de tratamiento.

Instrumento de Calidad de Vida: Este instrumento fue diseñado por Palomar (1995), consta de 80 reactivos y se dividen en cuatro áreas: 1) general (50 reactivos): sociabilidad y amigos, familia, bienestar económico, percepción personal, desarrollo personal, actividades recreativas, contexto social, familia de origen y bienestar físico; 2) laboral (10 reactivos); 3) pareja (9 reactivos); 4) hijos (11 reactivos). La calidad de vida se midió a través del grado de satisfacción que perciben los sujetos en las diferentes áreas de su vida en una escala del 1 al 3, en donde 3 es Muy Satisfecho, 2 Regularmente Satisfecho y 1 Nada Satisfecho Para obtener el puntaje total se suman todos los reactivos y se divide esa suma entre 80 que es el total de reactivos del instrumento. Para interpretar los puntajes obtenidos en calidad de vida se agrupó la escala del 1 al 3 como sigue:

De 1.0 a 1.5      Escasa Calidad de Vida

De 1.6 a 2.5      Mediana Calidad de Vida

De 2.6 a 3.0      Alta Calidad de Vida

El usuario tuvo una calidad de vida mediana en el área general (1.94), mediana calidad de vida en el trabajo (2.3), no puntuó en el área de pareja ya que actualmente no tiene pareja y mediana calidad de vida en lo que respecta a sus hijos (2.1).

## **RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS**

Recursos disponibles: el usuario ha logrado la abstinencia con anterioridad, su último periodo fue de 7 años; muestra gran interés por dejar el consumo y cambiar su estilo de vida: “no quiero vivir así, quiero vivir diferente”; tiene el apoyo de su familia de origen (mamá y dos hermanos, su hermano

mayor también tuvo problemas con el consumo de alcohol y actualmente tiene 20 años sin beber), actualmente vive con su mamá; tiene trabajo de tiempo completo lo que lo distrae. Reporta no serle difícil dejar de beber sino cambiar su estilo de vida: “He dejado de beber pero sigo siendo el mismo que no me gusta”.

Déficits: separación de su familia por lo que se siente triste y solo, sentimientos de culpa, no puede expresar sentimientos (negativos o positivos), ha perdido el interés en la gente, se fatiga muy fácilmente, tiene miedo a morir.

## **DIAGNÓSTICO**

Usuario de 41 años de edad consumidor crónico de alcohol, con frecuencia de consumo diario en cantidades de 12 tragos estándar en promedio. Con nivel de dependencia severo según la Escala de Dependencia al Alcohol, síntomas moderados de depresión y ansiedad y situaciones de riesgo ante las cuales es más probable su consumo de alcohol: emociones desagradables, emociones agradables, probando su auto-control y malestar físico.

## **TRATAMIENTO**

### **Objetivo**

El Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo propiciar un estilo de vida sin alcohol o drogas, en conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional; enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro-sociales deseados.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR SESIONES	TÉCNICAS
<p>ADMISIÓN: Determinar si el usuario es un candidato al Programa de Satisfactores Cotidianos aplicando el cuestionario de criterios filtro y los instrumentos necesarios para conocer el nivel de dependencia a la sustancia, su funcionamiento cognitivo y el nivel de satisfacción en cada área de vida cotidiana del usuario; firmar los compromisos necesarios para llevar a cabo las sesiones.</p>	<p>Escucha reflexiva Reforzamiento Retroalimentación</p>
<p>EVALUACIÓN: reforzar o motivar al usuario a la abstinencia explorando sus principales situaciones de riesgo, su nivel de autoeficacia y su patrón de consumo. Así como su nivel de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida.</p>	<p>Retroalimentación Reforzamiento Escucha reflexiva</p>
<p>ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO: reforzar o motivar al usuario a la abstinencia guiándolo en la elaboración de un análisis de su conducta de consumo que le permita reconocer precipitadores internos y externos así como las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo para que pueda desarrollar planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo.</p>	<p>Análisis funcional Reforzamiento Retroalimentación</p>
<p>ANALISIS FUNCIONAL DE LA</p>	<p>Análisis funcional</p>

**CONDUCTA DE NO CONSUMO:** que el usuario identifique conductas positivas en su vida que no estén relacionadas con el consumo y que compare las consecuencias de realizar esta conducta con la conducta de consumo y así incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas positivas.

Reforzamiento  
Retroalimentación

**METAS DE VIDA COTIDIANA:** identificar el nivel de satisfacción del usuario en cada una de las áreas de su vida y establecer metas específicas para cada área de vida analizando los obstáculos para alcanzarlas y realizar los planes de acción necesarios.

Retroalimentación  
Escucha reflexiva  
Reforzamiento  
Modelamiento  
Ensayo conductual

**MUESTRA DE ABSTIENCIA:** motivar al usuario a adquirir un compromiso para mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo acordado.

Escucha reflexiva  
Reforzamiento  
Retroalimentación  
Modelamiento  
Ensayo conductual  
Carta compromiso

**HABILIDADES DE COMUNICACIÓN:** mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para que logre una comunicación positiva y efectiva.

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación  
Habilidades de comunicación

**SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:** dotar de estrategias al usuario para que aprenda a solucionar problemas en su vida diaria y así mejorar su calidad de vida.

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación  
Habilidades de solución de problemas

**REHUSARSE AL CONSUMO:** que el usuario pida el apoyo de sus familiares y amigos para cumplir

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación

con su meta de abstinencia y que aprenda las estrategias necesarias para rehusarse al consumo.

**BÚSQUEDA DE EMPLEO:** que el usuario aprenda las habilidades necesarias para la búsqueda de un empleo satisfactorio.

**CONTROL DE LAS EMOCIONES (ANSIEDAD):** que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su ansiedad.

**CONTROL DE LAS EMOCIONES (TRISTEZA):** que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su tristeza

**CONTROL DE LAS EMOCIONES (ENOJO):** que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su enojo.

**PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:** que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para así prevenir recaídas.

**HABILIDADES SOCIALES:** que el usuario adquiera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen el no consumo al mismo

Habilidades para rehusarse al consumo  
Reestructuración cognoscitiva

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación

Instrucción verbal  
Retroalimentación  
Modelamiento  
Respiración correcta  
Relajación muscular progresiva  
Relajación mental

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación  
Reestructuración cognoscitiva  
Realización de actividades agradables

Búsqueda de lo positivo

Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación  
Tiempo fuera  
Distracción del pensamiento  
Auto-instrucciones positivas

Instrucción verbal  
Modelamiento  
Ensayo conductual  
Análisis funcional de la conducta  
Sistema de advertencia temprana  
Reestructuración cognoscitiva

Instrucción verbal  
Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación

tiempo que lo hagan sentir bien.

**CONSEJO MARITAL:** que el usuario y su pareja reconozcan la importancia que tiene el cambio positivo en su relación y aprendan una serie de habilidades para mejorarla. Además de que identifiquen aquellas áreas en las que necesitan lograr cambios positivos, que identifiquen las conductas que necesitan cambiar, que aprendan a realizar peticiones positivas y a solucionar problemas por medio de las mismas.

Instrucción verbal  
Modelamiento  
Ensayo conductual  
Retroalimentación  
Conductas básicas: iniciar conversaciones, escuchar conversaciones, dar reconocimiento, dar sorpresa agradable, afecto positivo,  
Peticiones positivas

### **Sesión Admisión**

El usuario llamo al Centro Acasulco para solicitar ayuda, cuando realizó la llamada telefónica se encontraba bajo los efectos del consumo de alcohol y la terapeuta que le contesto le dio la indicación de suspender el consumo y tirar las botellas que tenía a la mano, se le dio la indicación de asistir al CAIS Torres de Potrero a internamiento. El usuario volvió a llamar indicando que había suspendido el consumo y se le dio una cita en el centro.

El usuario asistió a su primera sesión en abstinencia mencionando que siguió las indicaciones de la terapeuta y que tiro las botellas que tenía, suspendió el consumo y asistió al CAIS Torres de Potrero en donde le dijeron que no podían internarlo porque se tenía que realizar estudios pero siguieron atendiéndolo en consulta externa, le recetaron un antidepresivo (Citolpram) y un medicamento para el insomnio (Levomepromazol).

Se realizó la entrevista conductual en la que se rescataron los datos generales del usuario, la historia de consumo y las consecuencias asociadas a este. El usuario califica su consumo como un gran problema ya que perdió empleos, a su familia, daño su salud y sus relaciones interpersonales.

Se aplicó la escala de repetición de dígitos y símbolos y dígitos del WAIS para detectar funcionamiento cognitivo ya que es uno de los criterios de inclusión al programa (mayor o igual a 6.5) por que permite identificar la capacidad cognitiva del usuario, este puntuó con 7. También se aplicó la escala de dependencia alcohol para identificar su nivel de dependencia que fue severa y la escala de satisfacción general en la cual tuvo un promedio general de satisfacción de 8.

Se le explicó en qué consistía el tratamiento haciendo énfasis en el aprendizaje de habilidades, mencionando el objetivo de cada uno de los componentes y se le ofreció el apoyo al otro significativo que decidió no tomar. Se le explicó que la meta principal del tratamiento es alcanzar la abstinencia y mejorar su calidad de vida.

Posteriormente se procedió a leer y explicar la carta compromiso en la que el usuario se comprometió a seguir los lineamientos del programa y se aprovechó este punto para explicar al usuario el llenado del auto-registro de consumo, su función en el tratamiento y se le dejó de tarea el llenado diario del mismo ya que al inicio de cada sesión se revisaría. Se

aclararon dudas y se reforzó al usuario por haber buscado ayuda e iniciar su proceso de recuperación.

### **Sesión Evaluación I**

En esta sesión se aplicaron los Instrumentos de evaluación que permitieron identificar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol del usuario, su nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo ante ciertas situaciones y observar su patrón de consumo un año antes del tratamiento.

### **Sesión Evaluación II**

En esta sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación que permitieron identificar el nivel de depresión del usuario, su nivel de ansiedad y su nivel de calidad de vida.

### **Sesión Análisis Funcional de la Conducta de Consumo**

Se le entregaron y explicaron sus resultados de evaluación motivándolo al cambio. Posteriormente se explico el componente haciéndole saber que es una herramienta que lo ayudaría a desglosar el consumo paso por paso, es decir, identificando las cosas que pasan antes de que consuma (antecedentes) y las que pasan después (consecuencias) y que esto le generaría un conocimiento para lograr el auto-control. Se le mencionó que toda conducta tiene antecedentes (lo que pasa antes) de dos tipos externos (personas, lugares y situaciones) e internos (pensamientos, emociones y sensaciones físicas), a los antecedentes les sigue la conducta (consumo de sustancias) y por último toda conducta tiene consecuencias positivas y negativas. Los antecedentes o precipitadores externos son todos aquellos que se encuentran fuera de la

persona como la demás gente, los lugares y las situaciones en las que nos encontramos y los internos son todos aquellos que están dentro de nosotros como nuestros pensamientos, emociones y sensaciones físicas. Las consecuencias positivas son aquellas que se dan de manera inmediata, es decir, mientras se está consumiendo y que son el motivo por el que generalmente se consume; mientras que las consecuencias negativas se dan a más largo plazo y por lo mismo no se perciben como consecuencias directas del consumo. Se dio un ejemplo al usuario y se realizó un ejercicio en el que él identificó de 3 situaciones de consumo los antecedentes externos e internos, la conducta de consumo y sus consecuencias positivas y negativas. Una vez que quedó claro el concepto y se entendió la relación de la cadena conductual, se trabajó en la realización de su propio análisis funcional (ver ejemplo en la tabla 1).

**TABLA 1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO**



PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
<p><b>Personas:</b> vecinos y amigos.</p> <p><b>Lugares:</b> puestos de jugos en la calle.</p> <p><b>Situaciones:</b> en la mañana muy temprano.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “me quiero olvidar de todo”, “no me importa nada”, “tengo que tomar para curármela”</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> temblor de manos y cuerpo, frío y comezón por que “me salen ronchas cuando tomo mucho”.</p> <p><b>Emociones:</b> ansiedad y miedo.</p>	<p>Beber un litro diario de alcohol de caña y jerez en aproximadamente 15 horas bebiendo de forma rápida ocasionalmente de un solo trago.</p>	<p>“Me gusta el sabor y que me siento importante e integrado a un grupo; me siento superior, me da seguridad y confianza y no tengo responsabilidades”.</p>	<p><b>Interpersonal:</b> aislamiento, desatención a mi persona, desinterés por las otras personas.</p> <p><b>Física:</b> gastritis, desnutrición, no ver bien, no escuchar bien, daño hepático.</p> <p><b>Emocional:</b> miedo, ansiedad y depresión.</p> <p><b>Laboral:</b> pérdida de empleo, ausencias, accidentes, pérdida de oportunidades, pleitos con compañeros y patronos, pérdida de materiales.</p> <p><b>Legal:</b> asaltos y arrestos.</p>



Se enfatizo la importancia del análisis funcional para anticipar situaciones de riesgo tomando en cuenta los antecedentes de la conducta de consumo y preparándose para enfrentarlos de una manera diferente y más efectiva. Se observo también la concordancia de este episodio común de consumo con su evaluación de situaciones de riesgo en el que observamos que sus situaciones de riesgo eran las emociones agradables, desagradables, la presión social y el querer probar su auto-control sobre el consumo. Se hizo el cierre de la sesión aclarando dudas y desarrollando planes de acción para mantenerse sin consumo hacia la próxima sesión.

### **Sesión Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo**

Se le pidió al usuario que identificara conductas o actividades que le gustara realizar, que no estuvieran relacionadas con el consumo y que le permitieran tener consecuencias positivas. El usuario eligió la lectura. Se explico al usuario que en este tipo de conductas las consecuencias negativas regularmente son inmediatas y las positivas son a mediano o largo plazo. Se trabajo en el análisis funcional de esta conducta (ver ejemplo en la tabla 2).

Se realizó la comparación de los dos ejercicios de análisis funcional destacando las consecuencias negativas de beber y subrayando que la conducta de no consumo en este caso la lectura le permite obtener consecuencias positivas que lo hacen sentir bien sin las consecuencias negativas del consumo. Se mencionó que el objetivo es que empiece a incrementar este tipo de conductas positivas y desaparezcan las conductas negativas como el beber alcohol. El usuario realizó otro ejercicio en el que tenía que romper una cadena conductual de consumo generando

alternativas para enfrentar los precipitadores y realizar otra conducta (ver ejemplo en la tabla 3). Con la realización de este ejercicio se comprobó que el usuario entendió el objetivo del análisis funcional y fue capaz de aplicarlo en escenario natural. Se dejó de tarea la lectura de Los Doce Hilos de Oro y se cerró la sesión.

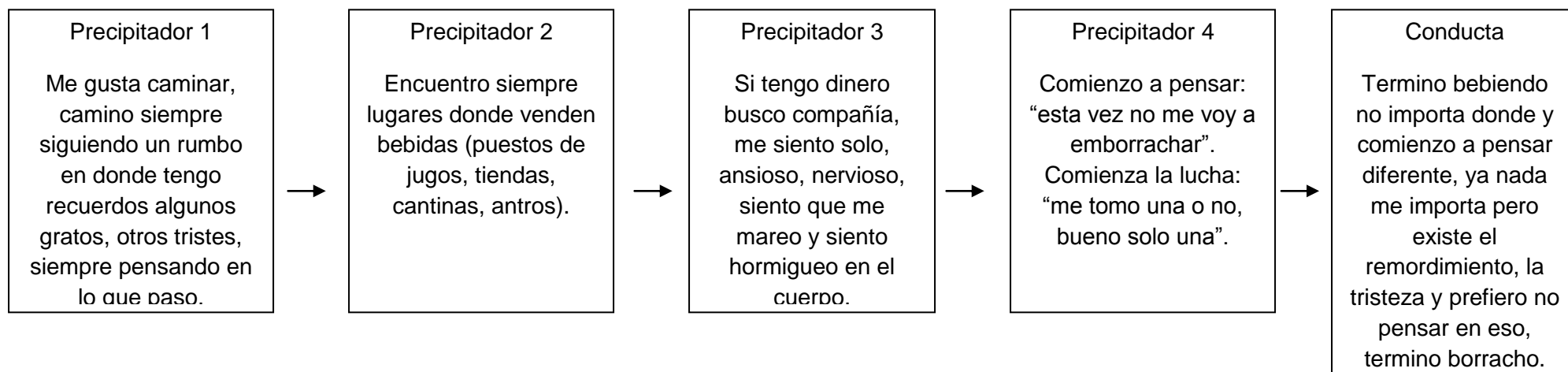
**TABLA 2. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO (LEER)**



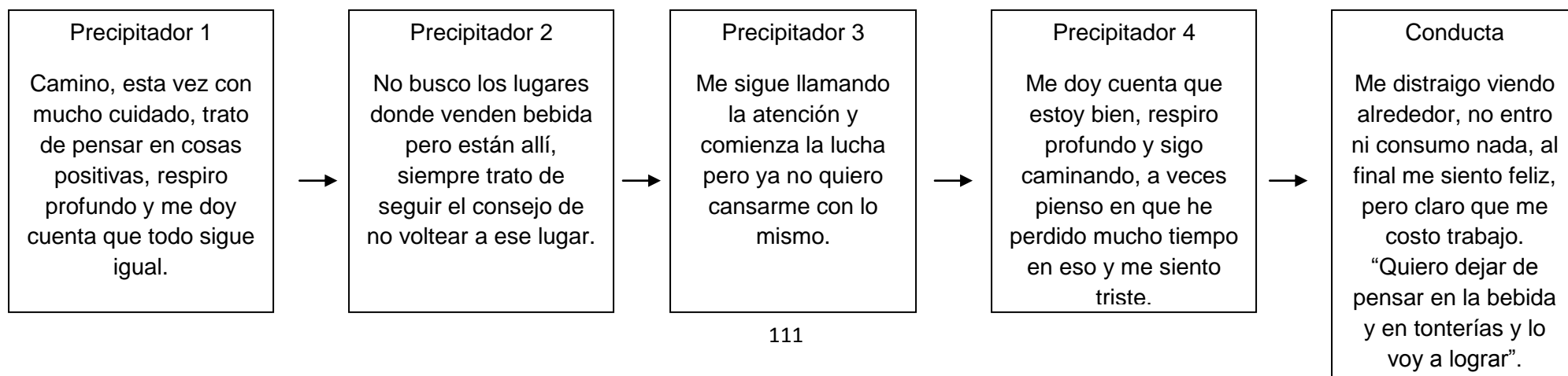
PRECIPITADORES EXTERNOS	PRECIPITADORES INTERNOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	CONSECUENCIAS POSITIVAS
<p><b>Personas:</b> ninguna</p> <p><b>Lugares:</b> la sala de mi casa.</p> <p><b>Situaciones:</b> en la tarde o noche, regularmente cuando llego de trabajar.</p>	<p><b>Pensamientos:</b> “me quiero distraer y divertir”; “así me olvido de que estoy solo”.</p> <p><b>Sensaciones físicas:</b> cansancio, adormecimiento en el cuerpo.</p> <p><b>Emociones:</b> ansiedad.</p>	<p>Leer diariamente de una a dos horas.</p>	<p>“A veces no entiendo las palabras y las tengo que buscar en el diccionario, no tengo tiempo para realizar otras actividades como arreglar mi casa o ayudarle a mi mamá”.</p>	<p><b>Interpersonal:</b> “puedo compartir lo que leo con otras personas”.</p> <p><b>Física:</b> “me relaja”.</p> <p><b>Emocional:</b> “me siento satisfecho y me da gusto y alegría terminar un libro”.</p> <p><b>Laboral:</b> “me desenvuelvo mejor en mi trabajo porque mi patrón es escritor”</p> <p><b>Legal:</b> “me permite mantenerme alejado de conductas negativas”.</p>

**TABLA 3. CADENA CONDUCTUAL DE CONSUMO Y DE CAMBIO.**

***DE CONSUMO***



***DE CAMBIO***



## **Sesión Metas de Vida Cotidiana**

Se explico al usuario que el componente de metas de vida le ayudaría a obtener satisfacción de sus logros en diferentes áreas de vida. Se revisó la lectura de los doce hilos de oro enfatizando la importancia de los doce principios (1. adquiere un compromiso, 2. márcate una meta, 3. haz un plan de acción, 4. haz siempre un trabajo de calidad, 5. adquiere responsabilidades y atente a ellas, 6. haz del aprendizaje un hábito permanente, 7. coopera, 8. influir positivamente en la vida de los demás da sentido a nuestra vida, 9. persevera en los momentos difíciles, 10. comunícate con eficacia, 11. vive con integridad y 12. celebra la vida) y las reglas de oro (actúa con los demás como te gustaría que actuaran contigo) y de platino (actúa con los demás como ellos necesitan que actúes) en la obtención de logros en la vida diaria. Se retomaron los puntajes de la Escala de Satisfacción General contestada en la Admisión ya que a partir de su nivel de satisfacción es que el usuario estructuró las metas a las que quería llegar y desarrollo los planes de acción necesarios para conseguirlas (ver ejemplo en la tabla 4). La realización de las metas se revisa a lo largo del tratamiento y se van estableciendo nuevas metas, a continuación se describen algunos logros del usuario después de este componente:

Estableció nuevamente comunicación con su hijo de 14 años al que no le hablaba desde hace cuatro años, la comunicación fue positiva y se ha hecho continua.

Una meta a futuro es poder verlo y hacerse responsable de él.

Abstinencia continua (un año).

Consiguió un nuevo empleo en una empresa de seguridad en el área de almacén, que es el departamento en el que tiene experiencia y le gusta.

Estableció comunicación con su esposa y se comprometió a darle el 25% de pensión para su hijo.

Ahora tiene mejor comunicación con su familia, mamá, hermanos e hijos y han convivido más comiendo juntos los domingos.

Está saliendo con una persona con la que probablemente pueda establecer una relación estable.

Ahora puede expresar sus sentimientos con mayor facilidad y sin lastimar a otras personas.

**TABLA 4. METAS DE VIDA COTIDIANA**

Áreas de vida / Metas	Qué tengo que hacer para lograrlo	Cronograma	Logros
<p>1. En el área de <b>consumo</b> me gustaría: mantener mi abstinencia y disfrutarla.</p> <p>Puntaje: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener un trabajo que me guste.</li> <li>-Aprender a recibir afecto</li> <li>-Asistir a mis terapias puntualmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diario</li> <li>-Cuando alguien me lo exprese.</li> <li>-Martes y viernes de 6:30 a 7:30 pm.</li> </ul>	<p>-Hasta este momento un mes de abstinencia. He recuperado la confianza en mí y no he faltado a mis sesiones.</p>
<p>2. En el área de <b>progreso en el trabajo</b> me gustaría: desempeñarme en otra cosa y ganar más dinero.</p> <p>Puntaje: 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Buscar otro empleo</li> <li>-Solicitar ayuda a otras personas</li> <li>-Llenar solicitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diario</li> </ul>	<p>-En mi empleo actual confían en mí, puedo ayudar a otras personas, desarrollo mi trabajo a gusto sin miedo y al 100%.</p>
<p>3. En el área de <b>manejo del dinero</b> me gustaría: administrarme más para ahorrar más.</p> <p>Puntaje: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hacer una lista de prioridades de compra y pago</li> <li>-No gastar en cosas que no necesito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Por semana</li> <li>-Diario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estoy pagando mis deudas al banco depositando mensualmente.</li> <li>-Contribuyo en los gastos de mi casa.</li> </ul>

<p>4. En el área de <b>vida social</b> me gustaría: conocer más gente, volver a salir, distraerme, hablar, platicar con la gente.</p> <p>Puntaje: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambiar mis actitudes</li> <li>-Ser más cordial</li> <li>-Visitar lugares</li> <li>-Tener otras actividades que no se relacionen con el consumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diario</li> <li>-Diario</li> <li>-Los domingos</li> <li>-Los domingos</li> </ul>	<p>-He salido con mi jefe a conferencias, convivo con gente muy preparada que me regala sus conocimientos, su confianza y su tiempo.</p>
<p>5. En el área de <b>hábitos personales</b> me gustaría: tener más ropa apropiada para mi trabajo y hacer ejercicio.</p> <p>Puntaje: 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprarla por prioridades</li> <li>-Visitar a un médico para que me diga si puedo realizar ejercicio físico</li> <li>-Comprar unos tenis</li> <li>-Buscar un lugar apropiado para realizarlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Semanalmente</li> <li>-El 03/12/2006</li> <li>-En dos semanas</li> <li>-Ir viendo desde hoy</li> </ul>	<p>-Ya he comenzado a comprarme chamarras para el frío y me arreglo mejor.</p>
<p>6. En el área de <b>relaciones familiares</b> me gustaría: compartir más tiempo con mis familiares, hablar mucho con mis hijos.</p> <p>Puntaje: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acercarme más a ellos, los tengo que buscar.</li> <li>-Hablar con ellos aunque sea por teléfono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diario</li> <li>-Diario</li> </ul>	<p>-Hoy hable con mi hija y me dio mucho gusto.</p> <p>-Mis hijos comienzan a preguntar por mí.</p> <p>-Mi mamá está contenta.</p>
<p>7. En el área <b>legal</b> me gustaría: seguir sin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguir asistiendo a mis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Martes y viernes</li> </ul>	<p>-Tengo una vida más tranquila sin</p>



<p>problemas legales.</p> <p>Puntaje: 10</p>	<p>terapias.</p> <p>-No hacer tonterías como gastar más de la cuenta.</p>	<p>-Diario</p>	<p>preocupaciones ni miedos.</p>
<p>8. En el área de <b>vida emocional</b> me gustaría: encontrar un mujer con quien compartir todo (casi todo). Otra cosa que me gustaría es no estar triste tan seguido.</p> <p>Puntaje: 5</p>	<p>-Buscar actividades nuevas</p> <p>-Relacionarme con la gente sin ser hostil</p> <p>-Hacer cosas para sentirme bien como asistir a mis terapias</p>	<p>-Diario</p> <p>-Diario</p> <p>-Martes y viernes</p>	<p>-Ahora sonrió más y me siento mejor.</p>
<p>9. En el área de <b>comunicación</b> me gustaría: poder expresar lo que siento.</p>	<p>-Decirlo sin importar lo que piensen los demás, si me siento bien, claro sin lastimar a nadie.</p>	<p>-Siempre</p>	<p>-Ya no permito que abusen de mi</p> <p>-Me gusta dar afecto</p>
<p>10. En el área de <b>satisfacción general</b> me gustaría: dejar de complicarme la vida y disfrutar lo que tengo, siempre buscando más.</p>	<p>-Asistir a mis terapias y llevar a cabo los puntos anteriores.</p>	<p>-Diario</p>	<p>-Siento que lo estoy haciendo bien, ya no tengo dolores físicos y si tengo muchas ganas de salir adelante.</p>

## **Sesión Muestra de Abstinencia**

Se inicio la sesión revisando el auto-registro, reforzando la abstinencia y las habilidades y estrategias utilizadas para enfrentar situaciones de riesgo y para tener una vida más satisfactoria. Se explicó al usuario que el objetivo de la muestra de abstinencia es establecer un compromiso de no consumo por un periodo de tiempo que le permita trabajar para obtener logros en su vida diaria, incrementar su auto-confianza y la confianza de los demás en él. Se señaló que una vez terminado este periodo el objetivo es irlo incrementando hasta lograr el mantenimiento de la abstinencia. Se le preguntaron las principales razones para mantener su abstinencia para motivarlo a comprometerse a lo cual respondió que era importante para él porque ya no quería sentirse triste y quería recuperar todo lo que había perdido (su familia, su empleo, su salud). Se prosiguió a establecer la muestra por un lapso de 365 días que fue el periodo que el usuario dijo sentirse seguro de cumplir. Se establecieron planes de acción para futuras situaciones de riesgo tomando en cuenta la evaluación sobre situaciones de riesgo de consumo (emociones agradables, emociones desagradables, probando auto-control y presión social de consumo), además de los planes de acción que se realizan al final de cada sesión para cubrir el periodo de sesión a sesión.

## **Sesión Solución de Problemas**

Se explicó al usuario el componente de solución de problemas enfatizando que debe evitar tener pensamientos negativos como: “nada tiene solución”, “todo está perdido”, “esto no tiene solución”, etc. Se explicaron los pasos de la solución de problemas: 1) identificar el problema, mencionando que es importante no mezclar varios problemas y ser

específicos en la definición del problema; 2) generar alternativas de solución, mencionando que entre más alternativas mejor, se deben anotar todas las posibles soluciones que vengan a la mente sin criticarlas, una vez que se escribieron todas las soluciones se eliminaron las que de entrada no quería llevar a cabo; 3) analizar ventajas y desventajas, se analizaron las ventajas y desventajas de cada solución; 4) tomando una decisión, en base al análisis anterior, se tomo una decisión sobre qué solución se iba a llevar a cado y se desarrollo un plan de acción; y 5) evaluar los resultados, en este paso ya se tuvo que haber llevado a cabo lo solución del problema y el usuario evaluó que tan satisfecho se sintió, si no se hubiera sentido satisfecho tenía que volver a revisar las soluciones y llevar a cabo otra (ver tabla 5). Se cerró la sesión dejando de tarea que el usuario llevara a cabo la solución que eligió y evaluará los resultados y se le entregó un reconocimiento por cumplir tres meses de abstinencia.

## **TABLA 5. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

### **¿CUÁL ES EL PROBLEMA?**

**PROBLEMA:** *Convencer a mi hijo de vivir conmigo saliendo de su rehabilitación*

### **¿Qué podría hacer para solucionar el problema?**

**Opción 1:** *convencerlo de que el mejor lugar para seguir su rehabilitación es estando conmigo.*

**Opción 2:** *platicar a fondo las ganas que tengo de hacer cosas juntos, proyectos.*

**Opción 3:** *invitar a mi mamá para que ella lo convenza.*

**Opción 4:** *asistir al anexo el día que salga para llevarlo a mi casa.*

**Opción 5:** *proponerle actividades para hacer juntos.*

### **¿Cuál es la mejor opción?**

#### **Opción 1**

*Ventajas: él tendría tres comidas al día, apoyo económico, un lugar seguro para no consumir ya que ahí nadie consume, tiene libertad y podemos convivir.*

*Desventajas: que me enoje si no se quiere ir conmigo y decirle haz lo que quieras, para mi es desgastante estarlo cuidando.*

#### **Opción 2**

*Ventajas: apoyo para trabajar o estudiar, tendremos mayor convivencia, podremos compartir ropa y todo.*

Desventajas: *todo se termina y deteriora más rápido, tengo que compartir mi espacio.*

### **Opción 3**

Ventajas: *lo convencería más fácil, me ayudaría a organizarnos, soluciona las cosas ella.*

Desventajas: *le tendría que pedir un favor y sería más trabajo para mi mamá.*

### **Opción 4**

Ventajas: *me adelanto a su decisión y lo comprometo a que lo haga.*

Desventajas: *le va a molestar la imposición, no sé cuando va a salir y si tengo tiempo para ir por él.*

### **Opción 5**

Ventajas: *nos vamos a conocer, nos vamos a perdonar daños pasados, nos vamos a ayudar los dos.*

Desventajas: *vamos a chocar mucho por la diferencia en gustos y tiempo.*

**Decisión:** opción 1. Convencerlo de que el mejor lugar para su rehabilitación es estando conmigo.

## **¿Cómo la llevaría a cabo?**

**¿Cuándo?** *El próximo domingo*

**¿Dónde?** *En el anexo*

**¿Cómo?** *Anteriormente cuando lo fui a visitar ya le había comentado que sería bueno que se viniera a vivir con su abuelita y conmigo cuando saliera del anexo porque así estaría más seguro de no consumir que si regresa a casa de su mamá que es donde está la*

*gente con la que consume y compra. Así que el domingo solo le preguntaré qué ha pensado de lo que platicamos o sea irse a vivir con nosotros y le volveré a mencionar las ventajas de hacerlo y le diré que a mí me daría mucho gusto tenerlo conmigo*

### **¿Cómo le fue con la solución?**

*Bien, platique con él y lo convencí de vivir en la casa, convenciéndolo de que era lo mejor para todos.*

**En una escala del uno al diez, ¿qué tan satisfecho quedo con la solución?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Completamente</b>									<b>Completamente</b>
<b>Insatisfecho</b>									<b>Satisfecho</b>

## **Sesión Rehusarse al Consumo**

Se explico el componente de rehusarse al consumo enfatizando la importancia de aprender habilidades para poder decir que no ante la presión social y ante sus propios pensamientos precipitadores. El primer paso a seguir es pedir el apoyo de amigos y familiares para que no le ofrezcan, el usuario comento una situación reciente en la que estaba reunido con su familia en año nuevo y a la hora del brindis su cuñado le paso un vaso con vino, él en un primer momento no supo qué hacer, tomo el vaso y lo paso, su hermana le dijo a su esposo que al usuario le sirviera refresco. Se trabajo en la petición a su cuñado para que en posteriores ocasiones eso no volviera a suceder, se realizó un modelamiento de la petición y un ensayo conductual. Posteriormente se explicaron y modelaron cada una de las habilidades de rehusarse al consumo (1. Negarse asertivamente, 2. Sugerir alternativas, 3. Cambiar el tema de la plática, 4. Ofrecer justificación, 5. Interrumpir interacción y 6. Confrontar al otro) y se realizó un ensayo conductual de la aplicación de estas habilidades en una situación de presión social con sus amigos. Por último se explico la reestructuración cognoscitiva, se identificaron pensamientos negativos que podían llevarlo al consumo con ayuda del menú de ejemplos de reestructuración cognoscitiva y se realizó un ejercicio en el que el usuario cambio seis pensamientos negativos por seis pensamientos positivos en el ejercicio de menú de reestructuración cognoscitiva (ver tabla 6). Finalmente el usuario se llevo de tarea el cambio de diez pensamientos negativos que lo orillaban al consumo por diez pensamientos positivos que lo lleven a la realización de otras actividades positivas (ver tabla 7).

**TABLA 6. MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA**  
**COMPONENTE: REHUSARSE AL CONSUMO**  
(PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y PENSAMIENTOS POSITIVOS)

**1. Me siento muy mal, estoy muy desesperado, necesito un trago.**

Pensamiento positivo: *“me siento muy mal, pero siempre mejor que cuando consumo, puedo darle la cara a cualquier situación”.*

**2. No puedo hacer nada bien, soy un tonto, voy a fumarme un churro para sentirme mejor.**

Pensamiento positivo: *“las cosas no siempre salen bien pero lo voy a seguir intentando, para eso necesito estar sobrio”.*

**3. Todo está mal, nadie me quiere, necesito un trago.**

Pensamiento positivo: *“a veces siento que nadie me quiere, pero siempre existe alguien, muchas personas que me quieren, no debo tomar, yo si me quiero”.*

**4. Creo que esto es muy divertido, tal vez me pueda tomar solo una copa.**

Pensamiento positivo: *“esto es divertido, si tomara no podría darme cuenta ni disfrutar este momento”.*

**5. Estoy muy aburrido, voy a hablarles a mis amigos para que nos tomemos una copa.**

Pensamiento positivo: *“estoy muy aburrido, voy a platicar con alguien para no pensar en tomar”.*

**6. Estoy muy solo, será mejor que me vaya al bar para ver si conozco a alguien.**

Pensamiento positivo: *“estoy muy solo pero he logrado mantenerme sin tomar, pronto voy a conocer a alguien y no creo que le agrade si me conoce tomando”.*



## TABLA 7. CAMBIO DE PENSAMIENTOS DEL USUARIO

**1. “Ya me merezco un trago, trabaje mucho”.**

Pensamiento positivo: *“si me lo tomo me voy a sentir mal”.*

**2. “Que caso tiene que siga sin beber”**

Pensamiento positivo: *“recuerda cómo estabas y cómo te sentías”.*

**3. “¿Si me tomo solo unos tragos y no le digo a nadie?”**

Pensamiento positivo: *“no, el compromiso a parte de con los demás es conmigo”.*

**4. “Si me meto a ese bar y platico con alguien y solo me tomo tres”.**

Pensamiento positivo: *“sí tienes con quien hablar sin que sea necesario tomar, márcale a la Srita. Marlene si es necesario, me da pena, pero mejor no me meto”.*

**5. “Estoy cansado, quisiera relajarme, olvidarme de todo, ¿y si tomo?”**

Pensamiento positivo: *“vas a estar crudo y cansado, sin trabajo, que flojera mejor no”.*

**6. “No creo que unos tragos me hagan daño”.**

Pensamiento positivo: *“siempre piensas lo mismo y luego como terminas”.*

**7. “Hace mucho calor, una cerveza y ya”.**

Pensamiento positivo: *“nunca te has tomado solo una”.*

**8. “Cuántas veces se me antojo un buen vino y no lo pude tomar, ahorita tengo dinero”.**

Pensamiento positivo: *“si me lo tomo en un día hecho todo a perder y quedo sin nada”.*

**9. “Quisiera estar en un bar donde me metía hace tiempo y tomar varias copas”.**

Pensamiento positivo: *“la última vez que fui me gaste todo y hasta me robaron”.*

**10. “Algún día me podré tomar unas copas sin consecuencias”.**

Pensamiento positivo: *“ya me tome muchas, aunque se me antoja sé que siempre hay consecuencias”.*

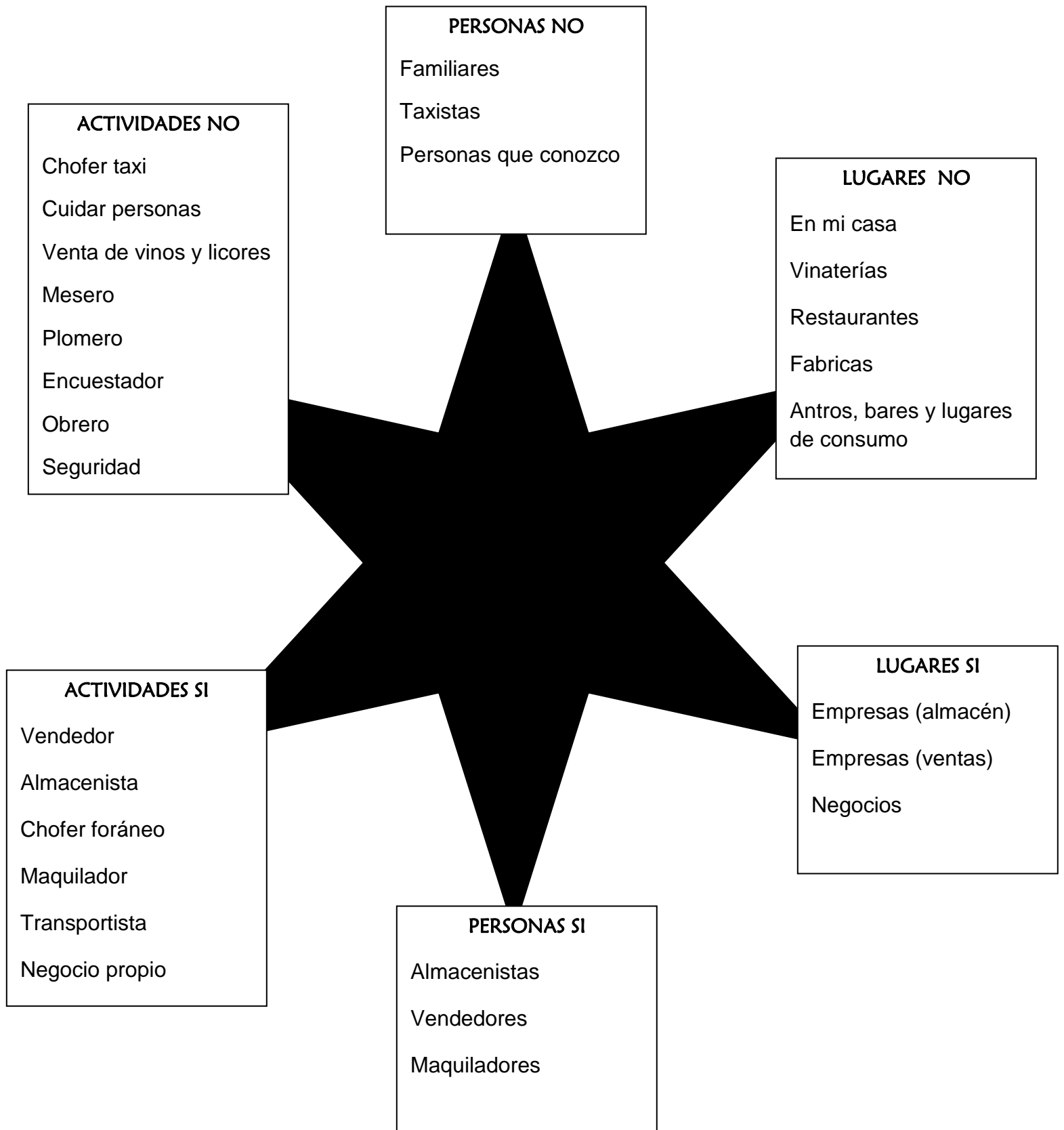
## **Sesiones Búsqueda de empleo I y II**

Hasta este momento el usuario se desempeñaba en una casa cuidando a un escritor de edad avanzada. Se enseñó al usuario el componente de Búsqueda de Empleo porque reporto sentirse insatisfecho en su trabajo ya que la hija de su jefe era de un carácter muy especial y estaba empezando a tener problemas con ella lo que lo hacía sentirse incómodo, además de que veía malos tratos hacia su patrón lo que se le hacía injusto. Se le explicó al usuario que el objetivo del componente de Búsqueda de Empleo era que él pudiera encontrar un empleo satisfactorio y aprender habilidades para mantenerlo. Lo primero que se realizó en la sesión fue la definición de sus metas profesionales, es decir, definir hacia dónde debía dirigir su búsqueda identificando las actividades, personas y lugares en los que no le gustaría trabajar y en los que sí le gustaría trabajar (ver ejemplo en la Figura 3). Posteriormente se le enseñó al usuario el llenado de la solicitud de empleo y el currículum vitae. Se le dejó de tarea al usuario llenar cinco solicitudes de empleo, hacer su currículum y buscar cinco probables fuentes de empleo en el periódico o en cualquier otra fuente a su alcance. En la siguiente sesión el usuario llevo sus solicitudes de las cuales una se anexo al expediente y las otras se destinaron a la entrega en las empresas a las que el usuario acudió. También llevo su currículum a lápiz en un borrador y se le ayudo a capturarlo en la computadora, se le proporcionaron 10 currículum para que los pudiera repartir, también se le dio el apoyo de búsqueda de empleos en internet y se le inscribió en la feria del empleo de la Ciudad de México.

El primer empleo que consiguió el usuario fue a través de las empresas encontradas en la bolsa de trabajo por medio del internet, en

este empleo se desempeñó en el almacén sin embargo solo trabajó una quincena ya que estaba mucho tiempo expuesto a los olores de solventes dado que la empresa se dedicaba a la elaboración de juguetes además de que no le daba tiempo de acudir a sus sesiones. Posteriormente se le inscribió en la feria del empleo de la Ciudad de México en la cual también encontró trabajo en otra empresa de seguridad como almacenista. En este empleo el usuario se sentía satisfecho y tenía oportunidad de desarrollo y crecimiento; sin embargo tuvo que dejarlo porque al darlo de alta INFONAVIT le comenzó a cobrar la deuda de una casa en la que vive su ex-esposa y le retiraban mensualmente más del 50% de su sueldo lo que lo dejaba con poco dinero para todo el mes. El usuario intentó arreglar este problema en INFONAVIT para que solo le retiraran el 25% pero no se lo concedieron, intentó arreglarlo con su ex-esposa para que ella absorbiera la deuda completa y él se comprometía a pasarle el 25% de su sueldo pero tampoco se pudo arreglar en INFONAVIT así que ambos decidieron que les quitaran el departamento y el usuario tuvo que dejar el empleo. Actualmente su hermano lo está apoyando para abrir un negocio de venta de semitas poblanas en el que él será el encargado y socio de su hermano.

**FIGURA 3. DEFINICIÓN DE METAS PROFESIONALES**



## **Sesión Control de la Ansiedad**

Se explicaron y modelaron al usuario las técnicas de control de la ansiedad: 1) respiración correcta; 2) relajación muscular progresiva; y 3) relajación mental. Posteriormente se hizo un ejercicio guiado con el usuario el cual abarco las tres técnicas. Se dejo de tarea al usuario la aplicación de estas técnicas en escenario natural.

## **Sesión control de la tristeza**

Se inició la sesión con la revisión del auto-registro del usuario, se reforzaron las habilidades puestas en práctica para el logro de la abstinencia y el mejoramiento en su calidad de vida. Se explico al usuario el componente de control de la tristeza que tiene como objetivo que el usuario aprenda habilidades que le permitan controlar sus pensamientos de tristeza. La primer habilidad explicada y modelada fue el Cambio de Pensamientos Equivocados que consta de cinco pasos: 1) identificar y escribir el suceso que origino la tristeza, el pensamiento inmediato y el sentimiento o emoción que se origino; 2) identificar y anotar los pensamientos secundarios al pensamiento inicial; 3) cuestionar los pensamientos; 4) crear pensamientos alternativos y 5) crear pensamientos más realistas. Este ejercicio se complemento con el menú de reestructuración cognitiva de tristeza en el que el usuario cambio pensamientos de tristeza por pensamientos más realistas (ver ejemplo en la tabla 8). La segunda estrategia explicada fue la realización de actividades agradables que consiste en tener actividades de disfrute y diversión ya que permiten la distracción de pensamientos y el pasar momentos agradables. Por último, se explico la búsqueda de lo positivo

que consiste en poner atención en los aspectos positivos de la vida cotidiana como puede ser una sonrisa, una llamada telefónica, una sorpresa, etc. Se dejó de tarea al usuario la aplicación de estas estrategias en escenario natural (ver ejemplo en la tabla 9).

## **TABLA 8. MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA TRISTEZA**

### **1. “Me siento muy mal, estoy muy tenso y ya no puedo más”.**

Pensamiento positivo: *“No importa si en este momento me siento muy mal, no he tomado en casi siete meses y ya hay resultados”.*

### **2. “No puedo hacer nada bien, soy un fracaso”.**

Pensamiento positivo: *“Esta vez no salió, pero lo puedo seguir intentando”.*

### **3. “Todo está mal, ya no tengo ganas de nada, quisiera mejor morirme”.**

Pensamiento positivo: *“Nada es tan malo como para pensar en morir, existen muchas cosas que valen la pena”.*

### **4. “Creo que soy un tonto, nadie me quiere contratar y tiene razón, quien va a querer a un tonto como yo”.**

Pensamiento positivo: *“Si no me contratan ellos se lo pierden, cuando encuentre quien confíe en mi voy a dar mi mejor esfuerzo”.*

### **5. “Estoy desesperado, ya no puedo más, siento que voy a morirme, necesito un trago”.**

Pensamiento positivo: *“Si me tomo el trago voy a estar peor”.*

### **6. “Estoy muy solo, nadie me quiere, nadie quiere estar conmigo”.**

Pensamiento positivo: *“Siempre hay a quien querer y quien me quiera”.*

**TABLA 9. AUTO-REGISTRO DE TRISTEZA**

<b>SITUACIÓN</b>	<b>¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA Y EN QUÉ LUGAR?</b>	<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>
<p>1. <i>Estoy triste porque tengo que renunciar al trabajo porque ya no es suficiente el dinero.</i></p>	<p><i>Con migo mismo, a las 2:45 en mi casa.</i></p>	<p><i>Pienso en alternativas, recuerdo que tengo capacidad para salir adelante y que no estoy solo. No Hago más grande el malestar y pienso positivo.</i></p>	<p><i>Ganas de salir adelante, animo aunque me canse.</i></p>
<p>2. <i>Me encontré con mi ex-esposa, me di cuenta que no es la persona que yo creía, trata de sacar partida todavía de mi.</i></p>	<p><i>Con mi ex esposa, a las 6:30 en un restaurante. El 09/04/07</i></p>	<p><i>Comencé a pensar que ya no tenía caso seguir juntos, por el bien de todos, que yo la había idealizado, que la vida sigue y yo estoy en el camino.</i></p>	<p><i>Más ganas de salir adelante con mis terapias y queriéndome más porque valgo mucho.</i></p>



## **Sesión Control del Enojo**

Se explicaron y modelaron al usuario las estrategias de control del enojo: 1) tiempo fuera, 2) distracción del pensamiento y 3) auto-instrucciones positivas. Se dejó de tarea al usuario que aplicara las estrategias en escenario natural y las registrara (ver ejemplo en la tabla 10).

## **Sesión Prevención de Recaídas**

Se inicio la sesión revisando el auto-registro del usuario, reforzando su abstinencia y las estrategias y habilidades que ha utilizado para mantenerse. Se explico al usuario que el objetivo del componente de prevención de recaídas es que repase el estar anticipando situaciones de riesgo y elaborando planes de acción para enfrenar esas situaciones de riesgo. Se recordó el análisis funcional de la conducta de consumo con ayuda de su formato y el propósito de conocer los precipitadores y consecuencias. Se explico al usuario el sistema de advertencia temprana en el que el usuario debe aprender a identificar señales que le puedan indicar una futura recaída, como sueños en los que consume, estar más irritable, compara alcohol con algún pretexto, etc. Se explico que estas señales son fácilmente identificadas por los familiares con los que convive frecuentemente y que es importante pedirles su apoyo. Finalmente se recordó la reestructuración cognoscitiva para manejar pensamientos precipitadores. Se realizaron planes de acción para futuras situaciones de riesgo. Se aprovecho la sesión para entregar al usuario un reconocimiento por siete meses de abstinencia.

**TABLA 10. AUTO-REGISTRO DE ENOJO**

<b>SITUACIÓN</b>	<b>¿CON QUÉ PERSONAS, A QUÉ HORA Y EN QUÉ LUGAR?</b>	<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>
<p>1. <i>Fui a pedir informes a INFONAVIT, no me atienden, me mandan a distintas oficinas, al final no resuelvo nada porque ya no es hora.</i></p>	<p><i>Con seis empleados del INFONAVIT</i></p>	<p><i>Me distraje leyendo, pensando en el trabajo, me di cuenta que de todos modos lo tengo que arreglar.</i></p>	<p><i>Que pena que exista gente tan incompetente y floja. Salí molesto pero no enojado, disfrute de un niño latoso que estaba junto a mí.</i></p>
<p>2. <i>Mi exesposa quedo de hablarme para ver si ya fue a INFONAVIT y no me habla.</i></p>	<p><i>Solo, al as 6:00 de la tarde, estando en mi casa.</i></p>	<p><i>Pienso que no le interesa hacer nada para no perder la casa. Me salí a caminar y me distraje viendo un partido en la vocacional.</i></p>	<p><i>Estoy más tranquilo, sé que estoy haciendo lo que tengo que hacer y me siento bien.</i></p>
<p>3. <i>Fui a recoger mis documentos al trabajo, no me los entregaron y no me dejaron pasar a hablar con la persona indicada. Me dieron un teléfono.</i></p>	<p><i>La persona de vigilancia, a las 9:00 en el trabajo.</i></p>	<p><i>Le di las gracias y me retire sin reclamar, camine hasta la casa de mi hija, aproveche para visitarla y platicar con ella.</i></p>	<p><i>Voy a marcar al teléfono. Me sentí bien de haber visto a mi hija. Me relaje, puedo recogerlos después de momento no los necesito.</i></p>

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos durante las fases de línea base, intervención y seguimiento, son los siguientes:

### **NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL**

Al inicio del tratamiento el usuario reporto un nivel severo en los síntomas de dependencia al alcohol (36 puntos) según la Escala de Dependencia al Alcohol; después de tratamiento y en seguimientos (al mes, tres, seis y doce meses de haber terminado tratamiento) el usuario no reporto ningún síntoma de dependencia (cero puntos).

### **ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL**

En una escala del 1 al 10, en donde 1 significa nada satisfecho y 10 muy satisfecho, el usuario reporto, antes de tratamiento un promedio de 7 en su satisfacción de vida cotidiana, las áreas más bajas fueron el consumo y vida social (1 punto). Después de tratamiento el usuario aumento su satisfacción de vida cotidiana con un promedio de 9.8, el área con menor puntaje fue el manejo del dinero (8). En el primer seguimiento el usuario disminuyó su nivel de satisfacción con un promedio de 9.4 siendo las áreas con menor puntaje el trabajo y el manejo del dinero (8). Para el segundo seguimiento el usuario tuvo un promedio de satisfacción de 9.1, las áreas con menor puntaje fueron el trabajo, manejo del dinero y vida emocional (8) (ver tabla 1). Sin embargo para el tercer seguimiento, el promedio de satisfacción del usuario tuvo un

ligero aumento a 9.2, haciendo la diferencia el incremento de satisfacción en el área social. Para el cuarto seguimiento el usuario reportó un aumento notable, teniendo un promedio de satisfacción de 9.7, mejorando en el trabajo, manejo del dinero, vida familiar y emocional.

	<b>PRE TX</b>	<b>POST TX</b>	<b>1ER SEG</b>	<b>2DO SEG</b>	<b>3ER SEG</b>	<b>4TO SEG</b>
<b>CONSUMO</b>	1	10	10	10	10	10
<b>TRABAJO</b>	10	10	8	8	8	9
<b>DINERO</b>	8	8	8	8	8	9
<b>SOCIAL</b>	1	10	9	9	10	10
<b>PERSONAL</b>	10	10	10	10	10	10
<b>FAMILIAR</b>	8	10	10	9	9	10
<b>LEGAL</b>	10	10	10	10	10	10
<b>EMOCIONAL</b>	5	10	9	8	8	9
<b>COMUNICACIÓN</b>	10	10	10	10	10	10
<b>GENERAL</b>	7	10	10	9	9	10

Tabla 11. Comparación del nivel de satisfacción general antes y después de tratamiento y en seguimientos.

## **PATRÓN DE CONSUMO**

Un año antes de iniciar el tratamiento el usuario consumió 2404 tragos estándar, siendo septiembre de 2006 el mes en que tuvo un consumo mayor (526 tragos estándar), los días en que consumía más fueron los domingos (385 tragos estándar), consumió el 53% de los días y tuvo un promedio de consumo diario de 12 tragos estándar. El número mayor de días de abstinencia continua que tuvo fue de 61 días. Durante el tratamiento y durante los seguimientos el usuario se mantuvo sin consumo, logrando hasta la fecha 20 meses de abstinencia.

### PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES Y DESPUÉS DE TRATAMIENTO Y DURANTE SEGUIMIENTOS

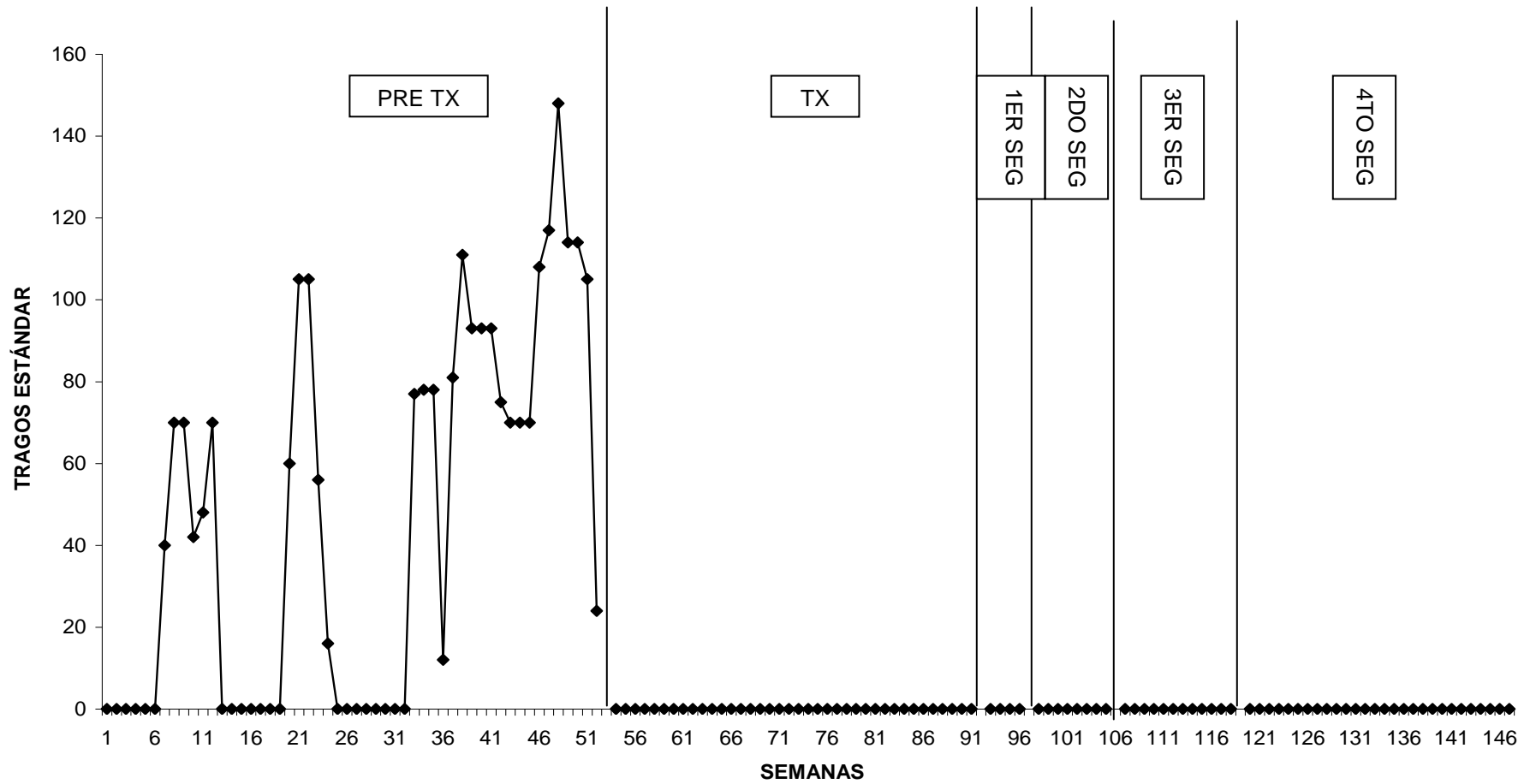


Figura 4. Patrón de consumo de alcohol antes y después de tratamiento, y en seguimientos.

## SITUACIONES DE RIESGO

Antes de tratamiento el usuario reporto tener situaciones de riesgo para consumir alcohol, entre las tres situaciones de mayor riesgo se encontraban la presión social (93%), las emociones desagradables (92%) y las emociones agradables junto con probando autocontrol (87% respectivamente), posteriormente se encontraban situaciones como momentos agradables con otros (77%), conflicto con otros (63%), necesidad física (50%) y por último malestar físico (40%). Después de tratamiento y durante seguimientos el usuario ya no reporto situaciones de riesgo.

	PRE TX	POST TX	1ER SEG	2DO SEG	3ER SEG	4TO SEG
<b>EMOCIONES DESAGRADABLES</b>	92	0	0	0	0	0
<b>MALESTAR FÍSICO</b>	40	0	0	0	0	0
<b>EMOCIONES AGRADABLES</b>	87	0	0	0	0	0
<b>PROBANDO AUTOCONTROL</b>	87	0	0	0	0	0
<b>NECESIDAD FÍSICA</b>	50	0	0	0	0	0
<b>CONFLICTO CON OTROS</b>	63	0	0	0	0	0
<b>PRESIÓN SOCIAL</b>	93	0	0	0	0	0
<b>MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS</b>	77	0	0	0	0	0

Tabla 12. Comparación de las situaciones de mayor riesgo para el consumo de alcohol, antes y después de tratamiento y en seguimientos.

## NIVEL DE AUTOEFICACIA

El nivel de autoeficacia del usuario antes de tratamiento indica que tenía áreas en las que no tenía confianza de poderse resistir al consumo de alcohol, las tres áreas de menor confianza del usuario fueron emociones agradables (20%), momentos agradables con otros (30%) y presión social (40%), posteriormente siguió malestar físico (50%), emociones desagradables y prueba de autocontrol (con 60% respectivamente) y las áreas en las que tuvo mayor confianza fueron necesidad física (80%) y conflicto con otros (90%). Después de tratamiento y durante seguimientos el usuario reportó haber aumentado su autoeficacia a un 100% en todas las situaciones (ver tabla 13).



	<b>PRE TX</b>	<b>POST TX</b>	<b>1ER SEG</b>	<b>2DO SEG</b>	<b>3ER SEG</b>	<b>4TO SEG</b>
<b>EMOCIONES DESAGRADABLES</b>	60	100	100	100	100	100
<b>MALESTAR FÍSICO</b>	50	100	100	100	100	100
<b>EMOCIONES AGRADABLES</b>	<b>20</b>	100	100	100	100	100
<b>PROBANDO AUTOCONTROL</b>	60	100	100	100	100	100
<b>NECESIDAD FÍSICA</b>	80	100	100	100	100	100
<b>CONFLICTO CON OTROS</b>	90	100	100	100	100	100
<b>PRESIÓN SOCIAL</b>	<b>40</b>	100	100	100	100	100
<b>MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS</b>	<b>30</b>	100	100	100	100	100

Tabla 13. Comparación del nivel de autoeficacia antes situaciones de riesgo antes y después de tratamiento y en seguimientos.

## NIVEL DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

El nivel en los síntomas de depresión del usuario antes de tratamiento indicaba un nivel de depresión moderado, después de tratamiento y en el primer seguimiento bajo a mínimo el nivel de ansiedad, sin embargo para el segundo seguimiento subió nuevamente a moderado.

	PRE TX	POST TX	1ER SEG	2DO SEG	3ER SEG	4TO SEG
NIVEL DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	26 MODE- RADA	5 MÍNIM A	4 MÍNIM A	18 MODE- RADA	10 LEVE	5 MÍNIM A

Tabla 14. Comparación del nivel de síntomas de depresión antes, después de tratamiento y en seguimientos.

#### NIVEL DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

El nivel en los síntomas de ansiedad del usuario antes de tratamiento reportaron una ansiedad moderada (22 puntos), mientras que el usuario logro disminuir estos niveles a una ansiedad leve después de tratamiento y durante seguimientos (1 y 4 puntos respectivamente).

	PRE TX	POST TX	1ER SEG	2DO SEG	3ER SEG	4TO SEG
NIVEL DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	22 MODER ADA	1 MÍNIMA	4 MÍNIMA	33 SEVER A	12 LEVE	4 MÍNIMA

Tabla 15. Comparación del nivel de síntomas de ansiedad, antes, después de tratamiento y en seguimientos.

había disminuido a 10 cigarros, por lo que se recomienda que en las próximas evaluaciones se realice un repaso de las técnicas para el control de la depresión y la ansiedad.

Por lo anterior, se concluye que el tratamiento fue efectivo para lograr la abstinencia del usuario e incrementar su nivel de satisfacción en su vida cotidiana.

## CONCLUSIONES

Antes de entrar a tratamiento el usuario reportó haber tenido un patrón de consumo de alcohol crónico, con un nivel en los síntomas de dependencia y ansiedad severo; sin embargo al iniciar el tratamiento el usuario aprendió a identificar sus situaciones de riesgo desarrollando y poniendo en práctica planes de acción que le permitieron lograr y mantener la abstinencia hasta la fecha por lo que han disminuido también sus síntomas de dependencia, ha aumentado al 100% su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y sus situaciones de riesgo han disminuido al 0%.

Además de mantenerse sin consumo, el usuario logró aumentar su satisfacción con su funcionamiento en diversas áreas de vida cotidiana a partir del tratamiento; ya que adquirió y puso en práctica habilidades y estrategias que le permitieron enfrentar esas situaciones con mayor éxito.

En cuanto a los niveles de depresión y ansiedad se observa una disminución considerable en sus síntomas después de tratamiento y en el primer seguimiento lo que indica que las estrategias aprendidas por el usuario sobre control de emociones fueron efectivas; sin embargo, para el segundo seguimiento los síntomas aumentaron llegando hasta reportar síntomas de depresión moderada y síntomas de ansiedad severa; cabe mencionar, que para este momento el usuario decidió también dejar de fumar (se le canalizó a tratamiento), lo que nos indica que el aumento en los síntomas de depresión y ansiedad se deben al síndrome de abstinencia a la nicotina. Anteriormente el usuario tenía un patrón de consumo de 20 cigarros diarios, al momento de la evaluación del segundo seguimiento

había disminuido a 10 cigarros, por lo que se recomienda que en las próximas evaluaciones se realice un repaso de las técnicas para el control de la depresión y la ansiedad.

Por lo anterior, se concluye que el tratamiento fue efectivo para lograr la abstinencia del usuario e incrementar su nivel de satisfacción en su vida cotidiana.