



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES**

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN
DEL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN
BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CECILIA OJEDA CORTÉS

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

COMITÉ TUTORAL: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

MTRO. JORGE MOLINA AVILES

DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

DRA. LYDIA BARRAGÀN TORRES

MEXICO, D..F.

MAYO 2009



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.

Dedico este trabajo a
Mi hermana Laura † y Mi Madre
Ejemplos claros de lucha
Ante las adversidades de la Vida

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Horacio Quiroga Anaya, por sus acertadas observaciones y por hacer de cada una de las sesiones de retroalimentación, un verdadero escenario de aprendizaje y por haber compartido sus conocimientos.

A los miembros del Comité:

Dr. Horacio Quiroga Anaya

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Mtro. Jorge Molina Avilés

Dr. Agustín Vélez Barragán

Dra. Lydia Barragán Torres

Por su disposición a formar parte de mi comité y por su valiosa retroalimentación

A Dios que me ha permitido seguir avanzando y creciendo en la vida.

Agradezco a mis padres, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida, su cariño, sus consejos, y por ser el mejor ejemplo de dedicación, compromiso y responsabilidad. Gracias por todo papás!!!

A mis hermanos Laura[†] Pedro, Gerardo, Aurelio y Martín, por ser uno de los pilares más importantes en mi vida, por su cariño y apoyo incondicional desde que nací hasta el día de hoy, por que fui bendecida desde que fui concebida en el mismo seno que ustedes, los Amo. Gracias...

A mi sobrino Jorge gracias por acompañarme y ayudarme en las diferentes etapas de mi vida y por crecer juntos. Recuerda que quiero verte brillar con luz propia.

A Urso y Gerardillo, por el apoyo mostrado, por ser parte de mí, y porque siempre cuento con ustedes, los amo.

A Viri y Karla, gracias por seguir siendo el reflejo de una de las personas más importantes de mi vida: su madre, porque a pesar de la distancia seguimos unidas, gracias por el espacio en su corazón y por permitirme ser parte de su vida. Las amo.

A Alma y Ana, gracias por la compañía, por verlas crecer y porque siempre a partir de ustedes puedo reírme de la vida, las amo.

A Ulises y Lalo, gracias por dejarme saber que en la vida también se grita de alegría, los amo gritones.

A mis dos pequeños gigantes mis sobrinos Agustín y Raúl, gracias por que en los momentos difíciles y despiadados de la vida; estar junto a ustedes me ha reconfortado, y en su sonrisa he podido encontrar mi alegría. Los amo.

A Martha, Gumaro, Paty y Elizabeth y Araceli, gracias por ser parte de la familia, sin ustedes nada de lo que somos sería posible.

A Mandibulin, gracias por ser la mejor cómplice de mi vida y estar siempre a mi lado y lo más importante madurar y crecer juntas, siempre estas en mi corazón. TAM.

A Mina, gracias por la compañía, por los desvelos, el término del trabajo en mucho es gracias a ti, te quiero amiga, gracias por abrir las puertas de tu corazón y estar dispuesta siempre.

A mis amigos Jaime, Maria Jose y Aldeguna, gracias por los momentos que pasamos juntos.

A la Dra. Lira, gracias por el aprendizaje, pero sobre todo gracias por la amistad

A la Dra. Silvia Morales Chaine, gracias por ser una gran profesional, pero sobre todo por el acompañamiento humano en todos los tramites administrativo.

A Miguel Ángel Medina, Leticia Echeverría, Gabriela Ruiz, Lidia Barragán y al Dr. Oropeza, por el aprendizaje.

A Gabriela Romo, Gracias por apoyarme en momentos difíciles y hacerme ver que estar en esta fase era una gran oportunidad.

A la Luna, por el apoyo operativo y emocional en esta y otras etapas de mi vida. Gracias TKM!!!

A Marcos Ismael, porque haber cursado la maestría junto a ti fue un gran viaje, aprendí mucho.

A todas las personas que han tocado de alguna manera mi vida, y que gracias a ellos hoy puedo asegurarlo soy una mejor persona, por acompañarme por algunas etapas e incluso por permanecer dentro de mi vida y ayudarme a seguir creciendo, por que tengo muy claro que lo que cuenta no es lo que tienes en la vida, si no a quien tienes en tu vida.

INDICE

INTRODUCCION	1
I) Instrumentación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenomeno, hacer análisis critico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.	3
II) Desarrollar Programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.	16
III) Desarrollo de Programas de Detección Temprana e intervención Breve para reducir los daños que causan el consumo de sustancias psicoactivas.	30
IV) Aplicación de Programas de Prevención para rehabilitar a personas adictas.	44
V) Sensibilización y Capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.	55
VI) 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.	58
Sesión Típica del Ejercicio Profesional	76
Conclusiones Generales	102
Referencias	104
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Desde las más tempranas épocas de la humanidad el alcohol y las drogas han estado presentes. Inicialmente ambas sustancias fueron utilizadas con fines rituales, sin embargo, con el paso del tiempo, los diferentes usos y funciones que desempeñaban las sustancias, los grados de permisividad en diferentes culturas, entre otros su uso se ha vuelto excesivo, y los gobiernos de diversos países han implementado leyes y regulaciones para tratar de controlar su consumo.

Desde la penúltima Encuesta Nacional de Adicciones hasta la realizada el 2002, el alcohol y el tabaco están en primer y segundo lugar, respectivamente. Actualmente el abuso en el consumo de alcohol representa una de las principales causas de muerte en nuestro país, además de ser una de las 10 causales de enfermedades como la hepatitis, diferentes tipos de cáncer, pancreatitis, etc., relacionadas a ese consumo (OMS, 2000). Esto constituye un grave riesgo para la salud y la sociedad, ya que el costo que implica su atención es muy elevado (Tapia, 1994).

Esto ha provocado que en los últimos años se hayan desarrollado tratamientos enfocados a la prevención más que a la rehabilitación de bebedores con un síndrome de dependencia severa o complicaciones orgánicas, a diferencia de como tradicionalmente se llevaba a cabo.

Estos nuevos enfoques dirigidos a la prevención, tratan de minimizar los costos individuales y sociales producidos por el consumo excesivo de alcohol. Se han desarrollado programas de tratamiento de corte breve, que cubren las necesidades propias de personas que no presentan una dependencia severa, que enseñan al individuo a controlar la cantidad de alcohol ingerida, así como el grado en que el alcohol afecta la salud y la forma en que altera su conducta, ya que es causa de problemas de orden familiar y social. Medina Mora comenta (2001, p.p 22): "... el reto es modificar las prácticas de consumo en nuestro país, a fin de moderar la cantidad de ingesta o la abstinencia, en las ocasiones y circunstancias que no presentan seguridad".

Considerando lo expuesto, es de gran importancia continuar con el trabajo, mejorar los tratamientos así como crear nuevos, para contrarrestar la epidemia.

El presente reporte consta de 3 capítulos en el primero se mencionan las 6 competencias profesionales que se requieren adquirir durante la maestría con residencia en adicciones, a continuación, se hará mención de ellas:

1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas de prevención en sus diferentes niveles (universal, selectivo e indicado) para impedir que el problema se presente o aumente.
3. Desarrollar e implementar programas de detección temprana e intervención breve para la reducción de los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas.
4. Desarrollar y aplicar programas de intervención enfocados a la rehabilitación de personas adictas a alguna sustancia.
5. Capacitar y sensibilizar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención en sus tres niveles (universal, selectivo e indicado).
6. Realizar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso, enfocados a brindar más y mejores opciones para la prevención, tratamiento, detección temprana, investigación, docencia y supervisión en el área de adicciones.

En el penúltimo capítulo se presenta el reporte de un caso típico del programa de Auto Cambio Dirigido Para bebedores problema, el cual es esencial para la atención de la principal problemática que afecta a nuestro país, el consumo de alcohol. Finalmente se presentan las conclusiones generales derivadas de la experiencia profesional.

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

En el siguiente apartado se describe el panorama epidemiológico de nuestro país así como las actividades relativas al desarrollo de habilidades y competencias dentro de l programa de maestría en psicología profesional con residencia en psicología de las adicciones.

A continuación se presenta el panorama epidemiológico en nuestro país, dichos resultados son presentados primero en la población adolescente, y después en la población de 18 a 65 años de edad, comenzando por el tabaco, alcohol y otras drogas; así como las tendencias mostradas.

Panorama epidemiológico de alcohol y drogas en México.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002), es un proyecto conjunto del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y de la Secretaría de Salud que tiene como objetivo general proporcionar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y que permita conocer la magnitud de esta problemática entre la población de 12 a 65 años de edad.

TABACO.

Población Fumadora de 12 a 65 años (Urbana y Rural)

La prevalencia total de fumadores de poblaciones urbanas de 18 a 65 años fue de 30.2% lo que equivale a casi trece millones de fumadores adultos, lo que supera a la media nacional (26.4 %) para la población de 12 a 65 años. La mayor prevalencia (45.3 %) corresponde a la población masculina con 8,514.471 fumadores y el 18.4% a la femenina. Es decir, fuman 2.5 varones por cada mujer. En la población rural de adultos se encontró una prevalencia de fumadores de 16.6 % que al igual que lo que sucede con la población urbana supera la media nacional (14.3%). De la población de 12 a 65 años de edad, hubo 7.7 hombres fumadores por cada mujer.

El intervalo mas señalado por los fumadores de 15 a 65 años en población urbana fue de 15 a 17 años (41.0%) seguida de aquellos ubicados entre los 18 y 25 años (39.8%), por lo que si se consideran ambas categorías, ocho de cada diez iniciaron entre los 15 y 25 años de edad.

Por otra parte, en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarros en fumadores que lo hacen a diariamente, 64% indico fumar de 1 a 5 cigarros, el 19 % de 6 a 10 y

6.3% mas de una cajetilla. En la población rural, mas de la mitad consume de 1 a 5 cigarros (52.6%) seguido de quienes consumen de 6 a 10 (26.5 %) y 9.1% mas de veinte cigarros diarios.

ALCOHOL

Se recabó información sobre la frecuencia y cantidad de consumo de cerveza, destilados, vino de mesa, pulque y alcohol del 96 como bebida alcohólica. Se estimo el índice de bebedores definidos como aquellos que habían consumido bebidas con alcohol en los doce meses previos al estudio y abstemios quienes no habían bebido en ese tiempo, estos a su vez se dividieron entre los que nunca habían bebido alcohol y aquellos que habían dejado de hacerlo.

Adolescentes Entre 12 y 17 años

Cerca de tres millones (3,522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población de este grupo. El consumo en la población urbana alcanza el 35% (1,726,518) de la población masculina y 25% (1,252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. Dentro de la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (534,197), 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185, 422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres

La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, solo en los varones urbanos se presenta con la frecuencia en el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo “poco frecuente” (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población 9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales. Sin embargo 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que contienen altas cantidades de alcohol (5 o mas copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observo en 3.4% de las mujeres urbanas y en 0.9% de las mujeres rurales.

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles. En segundo lugar se reporto haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8 % en los hombres rurales), solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto el 1.7% de ese grupo reporto haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas.

En total 281.907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observo entre los hombres rurales (4.1%).

Población Adulta

En la población urbana existen 13,581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10,314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio, en la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9% mujeres)

El 44% de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, es decir, no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio, con una razón de dos mujeres por cada varón. El 20.7% de la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex-bebedores. Del total de abstemios, 5 de cada 100 hombres y 4 de cada 100 mujeres que habitan zonas urbanas y 10 de cada 100 hombres y 5 de cada 100 mujeres que habitan en zonas rurales, reportaron no haber bebido por miedo a padecer un problema y 6% reportó no beber por motivos relacionados con su religión.

La cantidad modal del consumo para las mujeres es de una a dos copas por ocasión de consumo. En tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el “moderado alto” (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo ese patrón.

Los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7 % en la zona rural) y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado (3.2% y 2.5 respectivamente).

TENDENCIA DE POBLACION URBANA

Adolescentes

Los datos de la ENA 2002 reportan incremento en el índice de consumo de alcohol del total de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones y de 18% a 25 % respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportan beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más

notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó el 2% de los adolescentes en 2002.

Adultos

Respecto de las mujeres las bebedoras consuetudinarias que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002. Las que cumplieron los criterios de dependencia se encontró entre el 1% y 0. Sin embargo se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas de (2.6% a 3.7%).

En la población masculina disminuyó el índice de bebedores de 77% a 72 % en este periodo. Se observa también una disminución de 16% a 12.4 % en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3 % respectivamente.

Se observó un incremento en el número de ex bebedores ya que mientras que en 1998, 14.4% de los abstemios reporto haber bebido en el pasado, en 2002 esta proporción aumento a 18%.

OTRAS DROGAS

Incluye estimaciones sobre consumo de marihuana, inhalables, alucinógenos, cocaína y otros derivados de la hoja de coca , heroína, estimulantes tipo anfetamínico y de drogas con utilidad médica usadas fuera de prescripción: Opiáceos, tranquilizantes, sedantes, estimulantes.

PREVALENCIA

En la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas “alguna vez en la vida” sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% uso drogas en el año previo al estudio y casi 570.000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta

El uso de drogas ilegales es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, 2.8 millones han usado drogas ilegales y mas de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica.

DISTRIBUCION DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS POR SEXO

El consumo de drogas es más frecuente entre los varones que entre las mujeres con una proporción de 4 varones por cada mujer.

Cuadro 1. Población que ha hecho uso ilícito de drogas por sexo

	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
Últimos 30 días	408,705	1.30	160,330	0.42
Últimos 12 meses	700,970	2.23	210,389	0.55
Total Alguna vez	2,696,406	8.59	810,196	2.11

Cuadro1. Población que ha utilizado drogas ilícitas alguna vez en la vida

VARIACIONES POR TIPO DE DROGA ILEGAL

La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco y al alcohol, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado “alguna vez en la vida” una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (358,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años de edad. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años la proporción aumenta a 10.01%

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de crack. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años de edad.

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico (EsTA) y en último lugar la heroína y los alucinógenos sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

A continuación se muestran los datos arrojados en cuanto a prevalencia se refiere, de cada uno de los tipos de droga

Cuadro 2. PREVALENCIA TOTAL, ANUAL Y ACTUAL DEL USO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE 12 – 65 AÑOS DE EDAD ENA 2002.

TIPO DE DROGA	USO ALGUNA VEZ	USO EN EL ULTIMO AÑO	USO EN EL ULTIMO MES
Marihuana	3.48	0.60	0.31
Inhalables	0.45	0.08	0.08
Alucinógenos	0.25	0.01	0.01
Cocaína y otros derivados	1.23	0.35	0.19
Heroína	0.09	0.01	-----
EsTA	0.08	0.04	0.01

El cuadro 2. Prevalencia el uso de drogas ilegales mostrando los números totales, anuales y actuales

Este orden de preferencia es igual en poblaciones rurales y urbanas, con excepción del consumo de heroína que no fue detectado en zonas rurales. La media de edad de inicio para inhalables, marihuana y estimulantes tipo anfetamínico (EsTA), es similar (18 años), la cocaína (22 años) y los alucinógenos tienen un inicio más tardío (25 años).

Cuadro 3. PREVALENCIA DEL USO DE DROGAS POR GRUPOS DE EDAD ENA 2002

Alguna vez usado	12 y 17 años	18 y 34 años	35 y 65 años
Marihuana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y sus derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	---	0.22	---
EsTA	0.13	0.11	0.03

El cuadro 3. prevalencia con respecto a la edad de uso de drogas de la población mexicana

FUENTE DE OBTENCION DE DROGAS ILEGALES Y NÚMERO DE VECES

El principal vector del uso inicial de drogas son los amigos (marihuana, 57%, cocaína 69% y alucinógenos 66%) sin embargo, cabe destacar que una parte importante menciona haber obtenido las drogas en la calle, proporción que llegó a representar casi la mitad de los usuarios de heroína (46%) y de estimulantes tipo anfetamínico (46%), señalándose que la fuente principal en el caso de los inhalables fue la calle (59%)

Cuadro 4. Fuente de Obtención de Drogas Ilegales ENA 2002

Tipo de droga	% que obtuvo la droga en la calle	% que obtuvo la droga en casa	% que obtuvo la droga con amigo	Otro
Marihuana	34.22	1.92	57.30	3.54
Inhalantes	59.23	3.67	24.63	12.48
Alucinógenos	8.23	-----	66.53	24.32
Cocaína y otros derivados	26.55	0.89	69.57	2.78
Heroína	46.41	-----	36.95	-----
EsTA	46.34	-----	46.16	11.50

Cuadro 4. Distribución de la fuente de obtención de las drogas ilegales ENA 2002

Los alucinógenos continúan siendo una droga experimental, 73% de sus usuarios lo han hecho de una a dos veces; la mitad de las personas que han usado marihuana se han limitado a experimentar con sus efectos una o dos veces (53.73%); esto ocurre con menos frecuencia entre quienes han experimentado con inhalables (39%) o cocaína (40%), en tanto que solo una quinta parte de los usuarios de heroína (24.68 %)y de estimulantes tipo anfetamínico (20.58%) se limitaron a un uso experimental.

Las drogas con un mayor número de usuarios fuertes son la cocaína, la heroína y los EsTA.

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE DROGAS MÉDICAS

En el consumo de drogas médicas fuera de prescripción, destacan los tranquilizantes (0.68%), en segundo lugar están las anfetaminas y otros estimulantes (0.34%) en el tercer lugar están los

sedantes (0.24%) y por ultimo los opiáceos (0.09%). Estas sustancias se consumen principalmente en zonas urbanas y la proporción es similar por sexo. En lo que respecta a la prevalencia del uso por grupos de edad, los individuos entre 35 y 65 años son quienes principalmente consumen tranquilizantes, sedantes y anfetaminas. El promedio de edad para el inicio del consumo es alrededor de los 30 años.

Con respecto a las fuentes de obtención de las drogas médicas fuera de prescripción, son principalmente el personal médico quienes se encuentran asociados con un consumo en mayor cantidad, tiempo o por razones diferentes a las indicadas así como las farmacias. En cambio, los consumidores de anfetaminas las obtienen principalmente con amigos.

PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS

El 0.44% de la población total entrevistada (12 a 65 años) presenta 3 síntomas o más de dependencia (0.55%). Para hablar de dependencia el DSMIV-TR, plantea la presencia, como mínimo de tres de los siguientes síntomas: uso de la sustancia en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto, deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; uso de gran parte del tiempo en obtener la sustancia o en recuperarse de sus efectos; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto debe de desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuo a pesar de estar consciente de tener problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia o consumo para aliviar la abstinencia. Se requiere además que uno de estos síntomas haya estado presente durante un mes como mínimo o hayan aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo. Cabe destacar que los principales problemas físicos asociados con la dependencia presente en la población en los últimos 12 meses son las convulsiones o las infecciones.

Por otra parte la “percepción del riesgo de consumir drogas ilegales” alguna vez o frecuentemente como los inhalables, la marihuana o la cocaína es considerada muy grave, tanto por la población general como por los usuarios. Sin embargo, es importante observar (Cuadro No. 5) como el grupo de usuarios tiene una menor percepción de riesgo asociada con el consumo de todas las drogas investigadas.

Cuadro. 5. Percepción de Riesgo Asociado con el Consumo de Sustancias Ilegales ENA 2002.

		Población General (porcentaje total)		Usuarios	
		Nada o poco grave	Bastante grave o muy grave	Nada o poco grave	Bastante grave o muy grave
Inhalables	Alguna Vez	4.9	93.0	19.6	82.4
	Frecuentemente	.5	97.5	3.1	96.9
Marihuana	Alguna Vez	7.9	90.6	36.5	63.3
	Frecuentemente	.7	98.1	8.4	91.3
Cocaína	Alguna Vez	4.7	93.5	33.0	67.0
	Frecuentemente	.3	98.1	.7	99.3

TENDENCIAS

En México se han llevado a cabo una serie de encuestas de hogares en población urbana entre 12 y 65 años. Al observar como ha evolucionado el consumo de drogas en los últimos cuatro años (1998 – 2002), con referencia a las drogas ilegales se observan ligeras disminuciones en los inhalables, la cocaína los alucinógenos, la heroína así como la marihuana. (Ver cuadro 6)

Cuadro.6. TENDENCIAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES: EN EL ÚLTIMO AÑO

	ENA 1998	ENA 2002
Marihuana	1.03	0.61
Inhalables	0.15	0.09
Cocaína	0.45	0.38
Alucinógenos	0.03	0.01
Heroína	0.02	0.01
Cualquier Droga Ilegal	1.23	0.82

El consumo de sustancias potencialmente adictivas modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo el tipo y magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo. México a nivel mundial, está situado entre los primeros países en los que la mortalidad ocurre por cirrosis

hepática, con tasas de 30.7 muertes por cada 100,000 habitantes (Tapia, Medina Mora y Cravioto, 2001).

El abuso en el consumo de sustancias potencialmente adictivas es un problema de salud pública, debido al número de individuos que afecta.

Es por ello que es importante conocer otros reportes, como los emitidos por los observatorios epidemiológicos, los reportes que brindan centros de atención como el CIJ, entre otros que nos puedan dar una idea más clara de que es lo que sucede con este fenómeno de índole multifactorial.

A continuación se describe el trabajo profesional referente a la investigación epidemiológica realizado dentro, de la residencia en psicología de las adicciones. Tuve la oportunidad de trabajar en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, asignada al programa del SRID (Sistema de Reporte de Información en Drogas); realicé recolección de datos, visitas a los Centro de Integración Juvenil para la obtención de información, decodificación de base de datos, codificación de cédulas de información, búsqueda bibliográfica.

ANTECEDENTES DEL SRID

En el programa contra la farmacodependencia elaborado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 1985) en cumplimiento a los lineamientos de la Ley general de Salud de 1984, se encomendó al entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, la formación de un Sistema de Reporte que proporcionara un panorama general sobre las tendencias del fenómeno de la farmacodependencia en México.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) es un mecanismo de recolección de datos provenientes de varias fuentes, con criterios y procedimientos definidos; los cuales se procesan, analizan y se presentan en un reporte de resultados que es entregado a las instituciones participantes y está a disposición de los interesados.

El SRID inició su funcionamiento en septiembre de 1986, con la aplicación piloto del instrumento diseñado especialmente para este propósito llamado cédula de registro “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”, en diversas instituciones de procuración de justicia y de atención a la salud que han aceptado previamente participar de manera voluntaria, constante y con los propios

recursos, y a las cuales ingresan usuarios de drogas. Estas instituciones proporcionan datos dos veces al año, durante los meses de junio y noviembre, sobre los usuarios de drogas que son captados durante el periodo de evaluación.

Objetivo General del SRID.

El objetivo general del Sistema de Reporte de Información en Drogas es proporcionar un panorama actualizado de las principales características y tendencias del consumo de drogas, detectar oportunamente los cambios ocurridos en el mismo y estimar la trayectoria del problema en México.

Objetivos Específicos y Utilidad de los datos.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las drogas más consumidas.
- Conocer las características sociodemográficas de los usuarios.
- Conocer el patrón de consumo de cada droga.
- Observar la tendencia del fenómeno, incluyendo la detección de nuevos tipos de drogas, o el abandono del consumo de drogas ya conocidas.
- Conocer los daños individuales y sociales asociados al consumo de drogas.
- Proporcionar información que pueda servir de ayuda para implementar y evaluar programas de prevención y tratamiento.

Estos objetivos permiten hacer, a corto plazo, un diagnóstico de las características y tendencias del consumo de drogas. A mediano y largo plazo, pueden considerarse como un indicador de la evolución del problema en diferentes períodos de su historia.

Así mismo, al proporcionar información sobre las drogas más consumidas, las características de los usuarios, los patrones de consumo y los problemas asociados al mismo, posibilita la planificación de medidas preventivas oportunas y eficaces.

Entre las ventajas de este sistema, están el de aportar información actualizada periódicamente y con una óptima relación costo-beneficio en recursos materiales y humanos, debido a que se emplea la infraestructura existente en las instituciones participantes, y se capacita al personal de las mismas para la aplicación del instrumento, de manera que se promueva la continuidad en la operación del sistema (Ortiz y cols. 1989, 1992)

En México existen muchas instituciones que han recopilado información sobre el uso de drogas, ya sea en reportes estadísticos (p. ej. Hospitales, centros de tratamiento) o en investigaciones sobre diversos aspectos del consumo de drogas. Desafortunadamente, lo heterogéneo de los indicadores hace que dicha información sea de poca utilidad para elaborar un diagnóstico del problema. Debido a ello, al diseñar el SRID surgió como necesidad primordial la unificación y estandarización de criterios por medio de un instrumento.

Dicho instrumento es la cédula de entrevista llamada “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”, la cual fue diseñada especialmente para este propósito, basada en la información relevante sobre el uso de drogas disponible en México, en reportes sobre experiencias con sistemas similares en otros países con mayor trayectoria en investigación sobre farmacodependencia así como indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud, adicionalmente se considero el consenso de los expertos de las instituciones del sector salud y procuración de justicia que participan en la recolección de información.

La cédula original fue probada en un estudio piloto y con la experiencia obtenida en éste se realizaron cambios en la misma, los cuales fueron aprobados en la aplicación correspondiente al primer semestre de 1987. De la experiencia de esta aplicación se derivaron, a su vez, nuevos cambios de la cédula que proporcionan información más precisa, sin embargo, se mantienen los indicadores originales con los que se pueden hacer comparaciones.

La cédula está constituida por 150 indicadores, y se divide en 16 secciones. Los datos en gran parte son similares a los que se recopilan rutinariamente en las instituciones que participan, por lo que el tiempo de aplicación de la cédula es tan sólo de algunos minutos.

La cédula recopila la siguiente información de los casos captados:

- Datos de identificación.
- Características sociodemográficas.
- Motivo de ingreso a la institución.
- Problemas asociados antes y después del consumo de drogas.
- Consumo de drogas. Se investigan 13 tipos de drogas clasificadas en tres categorías: 1) Drogas médicas; 2) Drogas no médicas; 3) Drogas socialmente aceptadas.

- Otros aspectos del consumo de drogas que investiga son: el orden cronológico de las primeras cinco drogas que el usuario utilizó en su historia de consumo incluyendo alcohol y tabaco; el motivo por el cual se inició el consumo de alguna droga en los últimos 30 días.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Como parte de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, entre las competencias y habilidades profesionales que se adquirieron fueron el uso de las herramientas de la epidemiología para hacer investigación de la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de las adicciones, en población general y también en grupos especiales. Además de identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta adictiva, así como su historia natural.

Cabe destacar que otro aspecto que se logró con el conocimiento epidemiológico del fenómeno adictivo fue el tener una mayor sensibilización hacia la problemática que se presenta en nuestro país, debido a que al conocer las causas y datos precisos da la oportunidad de saber el impacto de las normas y de la representación política sobre la conducta de consumo en los individuos y sobre las intervenciones que hacen frente a este fenómeno; esto a su vez permite tener una idea más amplia acerca de la difusión de elementos preventivos, así como de tratamiento y rehabilitación.

Es importante comentar que aunque el hecho de encontrarse dentro de un programa de residencia trae consigo la adquisición de habilidades profesionales que son requeridas en el ámbito profesional y por que no también en el personal, es un compromiso señalar aquellas áreas de oportunidad que puedan hacer que estas habilidades se potencialicen.

Es básico que exista una comunicación más estrecha entre las autoridades educativas y los escenarios prácticos para que se pueda garantizar que las habilidades adquiridas realmente pueden convertirse en competencias.

II. Desarrollar Programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.

La prevención puede definirse como la protección y promoción de la salud de la población y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la disminución de los riesgos identificables y la protección de los grupos vulnerables (Llanes, 1999).

Es central considerar la importancia de la prevención, ya que es fundamental poder cambiar el paradigma de atención que existe en nuestro país respecto de los problemas de salud, pues cabe destacar que regularmente el mexicano acude a recibir atención de cualquier índole, cuando el problema ya existe, pero no cuando tiene la sospecha de que algo anda mal.

La prevención de las adicciones es uno de los temas que reviste gran importancia, ya que desarrollar una cultura en la que la conducta de los consumidores se derive de lineamientos preventivos, es un reto no sólo en nuestro país si no también a nivel mundial.

Para entender el concepto de prevención del uso de sustancias adictivas Llanes (1999) hace un comparativo a través de las diferentes perspectivas que han surgido a través de la historia. En los años 60's el análisis de factores asociados al consumo de drogas y las conductas vinculadas a este, se abordaron desde un enfoque ético y legal, es decir, se consideraba que el consumo era un comportamiento inmoral o un delito que transgredía los códigos morales y legales. Por lo que el criterio preventivo fue alejar al individuo del consumo fuera de la norma social y la intervención consistía en la advertencia moral y en una exhortación a la prohibición. En la siguiente década este enfoque dio paso y preponderancia al punto de vista médico-asistencial, considerando a las adicciones como una enfermedad; iniciándose la investigación y los estudios epidemiológicos que permitieron el reconocimiento y comprensión de mecanismos psicofisiológicos como la dependencia y la tolerancia que se presentan en el organismo ante el consumo de drogas, dejando a un lado la idea que la contención del consumo dependía, exclusivamente, de la voluntad del individuo.

Esta perspectiva influyo en los años 80's a la sistematización de estudios epidemiológicos que permitieron conocer la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la sociedad y en los

grupos de riesgo, logrando una visión mundial, nacional y regional del fenómeno de las adicciones y un conocimiento de los mecanismos del organismo, particularmente los del sistema nervioso central, es decir de cómo se afectan las funciones cerebrales. En esa misma década la perspectiva se modificó de ser una simple advertencia sobre los daños que acarrea el consumo de drogas, a una conciencia más profunda de la complejidad de la conducta humana, individual y socialmente considerada. Los aspectos fisiológicos particularmente del sistema nervioso e inmunológico y temas asociados a la conducta y los estilos de vida, generaron múltiples líneas de trabajo preventivo cuyo punto en común fue orientar a los individuos en relación a la salud y el bienestar.

Sin embargo el enfoque de la adicción como enfermedad con todos sus avances, ha llevado a tener una idea reduccionista al considerar que con solo informar o saber más sobre los mecanismos de acción y los daños que causa el consumo, el individuo evitaría el adquirir la enfermedad adictiva, considerando que sería tan exitosa como lo fue con otras enfermedades, es decir, se tenía la idea de que informando y orientando se obtendría la reducción del consumo haciendo educación para la salud.

Actualmente la investigación se basa en que la adicción es prevenible, por estar mediada por factores tanto psicológicos, conductuales y ambientales, es decir, que la eficacia de la prevención se basa en el comportamiento del individuo y en el grado de tolerancia social, Ya que se ha dado apertura a puntos de vista con un enfoque sociocultural, por ejemplo, se considera que el uso del tiempo libre por parte de los jóvenes puede modificarse al crear nuevos estímulos de recreación y alternativas de ocio, esto permite reconocer que existen una compleja relación entre diversos factores que están relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

Estos datos han considerado la posibilidad de establecer mecanismos protectores específicos para reducir los daños, y se define como protector, a aquellos mecanismos que hacen referencia a estilos de vida que permitan a los individuos disfrutar de la vida sin drogas, abrirse a aprendizajes que permitan la práctica de patrones conductuales ajenos al consumo de drogas, lograr que los pensamientos, sentimientos y acciones marchen en armonía permitiendo que los eventos de vida no los lleven a la compensación de frustraciones o tensiones por medio del consumo de drogas (Castro, Llanes, Margain, Carreño, 1999)

En cuanto al estilo de vida, es el conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa (Castro y cols, 1999). Estos comportamientos se generan en el aprendizaje formal, en las instituciones educativas, pero sobre todo mediante la socialización, ese proceso diario en el que se interactúa desde que se nace, con los padres, los pares, las autoridades, la comunicación. El proceso de socialización se da en cada individuo de acuerdo con sus expectativas y características personales, y en el convergen los valores, usos, costumbres y creencias del contexto sociocultural amplio, así como las oportunidades y creencias de cada contexto social, político y económico específico (CONADIC, Construye tu vida sin adicciones, 1998)

Es por ello, que una de las tareas de la prevención sería enfocar los riesgos relacionados con el consumo, para posteriormente determinar cuáles de estos factores pueden ser controlados. Así mismo, es necesario determinar que riesgos no pueden ser cambiados pero pueden ser regulados o moderados, y cuales definitivamente no pueden ser afectados. La intención puede ser buscar maneras de combatir los riesgos y afrontarlos. Una estrategia promisoriosa es identificar y fortalecer los medios protectores, que controlen el consumo, a pesar de su exposición al riesgo (Hawkins & Catalano, 1992).

La prevención de adicciones en México debe de recibir un impulso fuerte y decidido para enfrentar el reto de modificar las tendencias de consumo que son alarmantemente crecientes, con una distribución en mayor número de grupos sociales y con edades de inicio de consumo más tempranas. Esta necesidad de reforzar la prevención impone sumar esfuerzos de los distintos sectores de la sociedad y poner a su disposición los elementos convenientes y lograr la participación en el volumen suficiente para enfrentar exitosamente el reto. Ello significa, disponer de modelos preventivos, programas y materiales de demostrada eficacia.

Tratando de dar respuesta a este reto en nuestro país se han establecido diferentes programas preventivos de los cuales se describen sus características generales a continuación:

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

“Construye tu vida sin Adicciones”

Este modelo preventivo es una propuesta basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo, es decir combina o retoma aspectos cognitivos, físicos y psicológicos que están influyendo como un todo para la creación o el fortalecimiento de la responsabilidad individual y social en relación a una salud integral y en especial en la prevención de 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; establece el origen multifactorial y complejo de las adicciones considerando que tanto la recuperación como la prevención de éstas, tienen que ver más con las actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social y fue diseñado para trabajar con grupos pequeños en comunidad.

Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un autoconcepto pobre, falta de espacios para diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas por lo cual esta propuesta esta orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las habilidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de sustancias adictivas.

Por solicitud del CONADIC (1996 – 1998). El Instituto de Educación Preventiva y de Atención de Riesgos A.C. INEPAR, diseño los materiales preventivos Construye tu vida sin adicciones, para ser usados dentro del sector salud, en las jurisdicciones sanitarias, formando grupos entre la población que asiste a los servicios y entre el propio personal de salud: Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc. Esta población cautiva, es población de riesgo para el desarrollo de adicciones debido al estrés asociado al padecimiento de diversos trastornos en el caso de los pacientes, y en el caso de los trabajadores por estar sometidos a un importante nivel de tensión y ansiedad por sus actividades diarias dentro del ámbito médico en cualquiera de los tres niveles de atención. Los materiales están dirigidos a disminuir los riesgos individuales, no contempla intervención psicosocial ni sociocultural.

Centros de Integración Juvenil (CIJ)

“para vivir sin drogas” o “cómo proteger a tus hijos contra las drogas”

Los Centros de Integración Juvenil CIJ's han desarrollado una particular propuesta preventiva de gran penetración entre la gente adulta a través de los llamados “Círculos de lectura”. En ellos se utiliza el libro “Como Proteger a tus hijos contra las drogas. Guía Práctica para padres de Familia”. La duración de la práctica o curso es de tres sesiones de 90 minutos.

El objetivo de esta práctica es fomentar la lectura del libro y, además específicamente: apoyarlos para que puedan reforzar los factores protectores y disminuir el efecto de los factores de riesgo al consumo de drogas en sus hijos que se encuentren en el rango de edad de 10 a 18 años; motivar su interés por aprender las estrategias preventivas más adecuadas para ser aplicadas de acuerdo al nivel de edad de sus hijos; y sensibilizar e informar a la población respecto del actual consumo de drogas en México.

El propósito fundamental de este proyecto es abrir un espacio dentro de la vida escolar para llevar a los adolescentes a reconocer su potencial creativo y la capacidad de autogestión para involucrarse en acciones prosociales para fortalecer su desarrollo personal y comunitario

Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR)

“Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli”

El modelo Chimalli tiene como fin producir resiliencia; entendida como la capacidad de tener plasticidad de aguantar los choques de la vida y adaptarse a la adversidad cotidiana, es la capacidad de desarrollar competencia social, de dar solución adecuada al estrés; esto a través de un enfoque proactivo y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades de duración aproximada de quince semanas en comunidades (escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias....). Los estudios epidemiológicos nacionales y locales de jóvenes y estudiantes desde 1976 a la fecha, permitieron identificar los indicadores de riesgo sobre los cuales se hizo el diseño inicial del modelo el cual con base en evidencias ha evolucionado desde su primera versión hasta la actual, habiéndose elaborado materiales

diversificados para las distintas poblaciones objetivo (escuela primaria, secundaria y educación media superior; comunidades abiertas y otros complementarios para padres de familia y maestros).

Actualmente se considera que Chimalli tiene tres componentes primordiales, a saber: una red voluntaria (vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores por ejemplo); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y autoevaluación con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, la evitación del primer contacto y la reducción del abuso. Estos componentes se articulan en el plan de acción siguiendo una metodología definida que inicia con la integración de la red con la cual se realiza un diagnóstico.

Chimalli interviene en las áreas de uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilo de vida (en la que se considera la sexualidad, el autocuidado de la salud y el uso del tiempo libre y consumismo). Propone el desarrollo de 26 habilidades para contrarrestar las conductas de riesgo con las habilidades y actitudes de protección.

Subsecretaria de Servicios Educativos para el Distrito Federal.

“Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones” PEPCA

El PEPCA es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad.

Este programa se enfoca en la prevención de adicciones en contextos educativos. Se basa en investigaciones epidemiológicas, en aspectos jurídicos de la educación y en recomendaciones de organismos como la CICAD y la OEA. Este es un programa que depende específicamente de la SEP.

Su objetivo es: “incorporar en el proceso educativo estrategias de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico” (Liberadictus, 2003, suplemento especial num 75. p.p. 24)

El PEPCA se ubica en el proceso de desarrollo educativo y constituye una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la educación básica, se vincula con los planes y programas de estudio vigentes, y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar , en los educandos, la capacidad para tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo

Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población (IMIFAP)

“Yo quiero, Yo puedo”

Desde su fundación en 1998, el IMIFAP ha creado varios programas de intervención que tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida de los individuos, ya sea a nivel individual o a nivel de comunidad. Ha basado su investigación en estudios que se han enfocado en desarrollar habilidades psicosociales que han servido para enfrentar demandas presentes en su vida diaria. Se entrena a docentes y orientadores para que sean replicadores del programa de creación de habilidades para la vida.

En los últimos diez años IMIFAP ha colaborado con la Secretaria de Educación Publica a nivel nacional en diferentes actividades. Entre las principales destaca el desarrollo del programa de educación para la vida “Yo quiero, yo puedo”

Su programa se aplica a niños de nivel preescolar hasta 6° de primaria, además de utiliza tres textos para cada grado escolar a nivel de secundaria, los cuales se han utilizados como textos oficiales para la materia de Formación Cívica y ética. A partir de 1998, fortaleció el contenido del programa en el área de uso y abuso de sustancias adictivas.

El objetivo del programa es desarrollar en niñas y niños habilidades que permitan manejar adecuadamente una situación de riesgo, fortaleciendo factores de protección, como comunicación, y unidad familiar entre otras, para prevenir la presencia de conductas antisociales como el abuso de sustancias psicoactivas.

Con base en una intervención dirigida a edades tempranas el programa contempla la capacitación a docentes a través de un taller que permite que se apropien del programa y lo sientan útil en su vida laboral y personal. Asimismo, al poner en práctica las habilidades adquiridas los y las docentes actúan como facilitadores/as en el proceso de enseñanza participativa con sus estudiantes.

Fundación Ama la Vida

“Modelo Comunitario de Intervención Psicosocial”

Este modelo, pretende abordar de forma integral el fenómeno de las adicciones, retomando la participación de la familia y de la comunidad.

La intervención se planea en diferentes escalas de incidencia como son la prevención primaria, reducción del daño, la rehabilitación y la cura, la reinserción social y la investigación del fenómeno de la fármacodependencia a nivel individual, familiar y de comunidad.

Se utiliza una acción denominada comunidad terapéutica que es fundamentalmente un conjunto de procesos educativos y de participación comunitaria que favorecen el cambio y el manejo responsable de los problemas y los conflictos de la vida en las comunidades.

El propósito general del tratamiento es el poder desarrollar un dispositivo integral de intervención que articule los esfuerzos de la unidad residencial con los restantes servicios comunitarios de atención de la salud y la seguridad de las personas. Es decir, que el tratamiento es una intervención que organiza diferentes recursos de la comunidad así como el seguimiento y evaluación del proceso de cura. Dentro de este enfoque uno de los objetivos es la reinserción a un ambiente natural.

Centro de Formación Caritas A.C.

Modelo Preventivo ECO-2

A continuación se enuncian las premisas que fundamentan la prevención en el modelo ECO-2:

1. Prevención y tratamiento son dos caras de la misma moneda, sin embargo, diferentes la una de la otra y, sobre todo, mantenidas juntas por un tercer elemento que no se puede confundir ni con la prevención ni con el tratamiento: la reducción del daño.
2. La prevención parte de un sistema complejo, es decir, desde la normalidad, y pone en acto un proceso de progresión, es decir, un movimiento hacia adelante que permite contrarrestar los mecanismos de la simplificación social. Ir hacia adelante es una condición estructural de la prevención: una estrategia de prevención es una estrategia de predicción, de anticipación, que son algunos de los procesos que permiten la construcción de la seguridad.
3. La Prevención es local y en lo cotidiano, es sobre los sistemas y sus interacciones, en particular, en la trama simbólica de las relaciones.
4. La prevención presupone competencias de prever y de influir, un sistema de conocimiento y de hipótesis adecuada, y planeación estratégica en base a diagnóstico.
5. La prevención emplea un marco teórico y metodológico que reconoce la complejidad de la realidad.
6. La prevención implica una postura ética y una evaluación permanente.
7. Los objetivos de la prevención son:
 - a. Disminuir las situaciones de sufrimiento social
 - b. Promover la seguridad y la salud de las personas, sean fármacodependientes o no.
 - c. Contrarrestar los procesos de exclusión de la participación de la vida social
 - d. Complejizar los sistemas sociales.

Así la prevención consiste en insertarse en la vida socio-cultural y en el proyecto ya existente en la comunidad, con el objetivo de apoyar un proceso de formación que le permita no perder posibilidades ni vínculos, aprendiendo, también a aprender (Gregory, 1976) a cambiar siempre siguiendo un gradiente en el sentido de una mayor complejidad efectiva, hasta el punto de poder aplicar el ciclo de la alteridad, siempre más como posibilidad que como amenaza. De esta forma, la principal finalidad de la prevención, como estrategias orientadas a mantener lo más alto el nivel

de seguridad, es garantizar la relación dialógica entre la necesidad de vencer las rupturas de equilibrio y la necesidad de producirlas, es decir, que estabilidad e inestabilidad puedan encontrarse siempre juntas. El lugar en el que se da la mutación, la persistencia y los diversos niveles del eventual cambio es la comunidad (sistema de redes) misma, pero en una comunidad los cambios suceden solo con la condición de que estos se perciban como ventajosos para su persistencia y capacidad reproductora.

Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA)

“Aguas con las Adicciones” Del Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo.

Este modelo fue creado por el INEA debido a la gran cantidad de personas mayores, que se encuentran inscritas. Dentro del INEA se destacó la necesidad de considerar a la educación más allá de sus ámbitos formales, es decir, de aquella que se desarrolla en la escuela incluidas en este programa, lo cual daba una gran variedad de demandas.

El modelo constituye una forma particular de orientar y organizar estrategias y actividades educativas para abordar contenidos significativos tomando en cuenta las situaciones y condiciones de vida de las personas jóvenes y adultas. Asimismo, busca ofrecer una educación que les sea útil y les sirva en su vida cotidiana, en la que los contenidos se refieran a sus necesidades e intereses reales, mediante la cual recupere lo que ya saben y se propicie la aplicación de lo aprendido en su quehacer cotidiano.

Dentro de este modelo se crearon varios módulos, uno de ellos es “Aguas con las Adicciones” el cual contiene un paquete de materiales, el llamado libro de los y las jóvenes que contiene información sobre los materiales que deben ser consultados para obtener la información de cada tema.

También cuenta con 6 fichas técnicas sobre temas relacionados con las adicciones que son indispensables para desarrollar diferentes actividades que propone el libro anterior: un cuaderno de trabajo y una revista con distintos contenidos sobre el tema y otros folletos relacionados.

Es importante mencionar que este modelo se enfoca en fortalecer habilidades para prevenir el consumo de drogas en jóvenes, por otra parte, pretende impulsar la participación comunitaria para el desarrollo de una conciencia de prevención.

Una vez descritos los diferentes programas con los cuales contamos en nuestro país, es importante considerar algunos aspectos sobre la evaluación que se hace; ya que dichos puntos serán importantes para considerar la efectividad de los esfuerzos realizados en lo que al rubro preventivo se refiere.

Actualmente existe un gran debate sobre la evaluación de las intervenciones preventivas. Las instituciones y las personas encargadas de los programas y de la coordinación de las actividades, así como las comunidades, se preguntan sobre la efectividad de las medidas preventivas y por saber si ellas cumplen con el propósito de evitar que ocurran ciertas conductas.

Llanes (2003) comenta que la detención del desarrollo de una cultura de la evaluación ha sido provocada por diversas circunstancias, siendo las más significativas: 1) la definición negativa de la prevención: evitar que algo ocurra; 2) mediciones del impacto de la prevención realizadas solo en encuestas epidemiológicas nacionales, y 3) el hecho de hacer intervenciones anónimas y masivas basadas en información con supuestos básicos erróneos (en los que subyace la creencia en la rigidez de la fórmula *información = concientización = disminución de la prevalencia*)

Estos tres elementos hicieron que gran parte de las instituciones se preocuparan más por la epidemiología, las campañas, la información y la cobertura, y menos por la eficacia de sus intervenciones, lo que fue un grave inconveniente para el progreso de la prevención, pues al asumir como verdad que una población informada es una población concientizada, y que esto daría lugar a una disminución de las prevalencias, desembocaba en un error. Esa aseveración, tan arraigada en las instituciones oficiales, llevó consistentemente a una evaluación nada favorable de la prevención, pues en general los estudios epidemiológicos nacionales muestran que las cifras han crecido y por tanto se concluía de forma equivocada que la prevención no funciona

En la actualidad, así como hay cambios en el enfoque de evaluación, los hay también en otros aspectos preventivos que han permitido crear nuevas definiciones que ayudan en forma muy significativa a la evaluación.

Mulhall & Hays (sin año) citado en Llanes (2003). La pirámide de la eficacia, es un indicador de evaluación para hacer más claro el proceso preventivo. Metáfora clara y sencilla que tiene los siguientes niveles :

Pirámide de la Eficacia

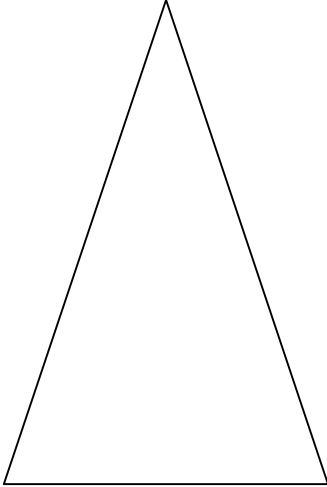
Nivel 5: Amplio nivel de replica , estrategias de transferencia tecnológica de intervenciones probadas con métodos científicos	
Nivel 4: Evaluaciones con grupos y/o comunidades intervenidas y no intervenidas con seguimiento y meta – análisis. Se evalúan las evaluaciones.	
Nivel 3: Una intervención evaluada, con mediciones antes y después de la intervención , y publicada en revistas científicas	
Nivel 2: Reportes por escrito de la experiencia hechos públicos en congresos, memorias, revistas de divulgación, etc.	
Nivel 1: Evidencia anecdótica, testimonios por parte de participantes, reportajes, etc. , de personas que han participado en el plan de acción y que dan cuenta de la influencia en la percepción.	

Fig. 1. Descripción de la Pirámide la de Eficacia, adaptado de Castro y cols. (2003)

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre cada uno de los programas, que permitirá identificar; características principales y el nivel que se encuentra según la pirámide de la eficacia.

Cuadro 1. Principales Modelos Preventivos en Adicciones en México

Programa Institución	Dirigido a	Nivel (Pirámide de la Eficacia)
“Construye tu vida sin adicciones” (CONADIC)	Comunidades, escuelas	Nivel 4
“Para vivir sin drogas” o “como proteger a tus hijos contra las drogas” (CIJ)	Comunidades, escuelas y centros de Integración juvenil	Nivel 3
“Chimalli” (INEPAR)	Escuelas, centros comunitarios, barrios y colonias	Nivel 5
“PEPCA” (SEP)	Escuelas primarias y secundarias	Nivel 3
“Yo quiero, yo puedo” (IMIFAP)	Estudiantes	Nivel 5
“Modelo comunitario de intervención psicosocial” (Fundación Ama la Vida)	Comunidades	Nivel 3
“ECO – 2” (Caritas)	Comunidades	Nivel 5
“Aguas con las Adicciones” (INEA)	Jóvenes y adultos	Nivel 3
“Chimalli DIF”	Comunidades	Nivel 5

Cuadro 1. Se presentan los modelos preventivos en México; la población a la que dirigen sus acciones y el nivel que alcanza cada uno siendo evaluado con la pirámide de la eficacia.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Las habilidades adquiridas como parte de esta competencia de primera instancia fue adquirida a nivel teórico; es decir, conociendo y analizando los datos y tendencias epidemiológicas que se presentan en nuestro país, así como las implicaciones sociales que tiene el consumo de sustancias, además de conocer los modelos preventivos dentro de el seminario de prevención dentro de el cual se revisaron diferentes modelos de intervención dentro de los cuales se encuentra la resiliencia y el cambio social.

Para poder desarrollar esta competencia de manera específica dentro del Programa, se contó con la oportunidad de participar en el Modelo de Prevención, de Riesgos Psicosociales (CHIMALLI,) desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos A.C. (INEPAR). Este modelo de prevención, es uno de los principales en nuestro país, fundamentado científicamente y

con una serie de trabajos que le proporcionan como pocos modelos, consistencia y evidencia de su utilidad.

Dentro de esta institución el trabajo consistió, en hacer trabajo comunitario en la delegación Coyoacan y de manera específica en la colonia Culhuacan alrededor de casi 6 meses. La intervención en estas comunidades tiene como objetivo la creación de grupos, que posteriormente serán nombrados como “grupos preventivos”, en los que se llevan a cabo distintas actividades como por ejemplo establecer el diagnóstico en el cual se encuentra, esto se hace a través de instrumentos contruidos para tal efecto. Como siguiente paso es llevar a cabo un proceso de reflexión acerca de los problemas sociales que presenta su comunidad, así como la manera en que estos grupos pueden enfrentar dichas situaciones para llevar a cabo acciones protectoras. Una fortaleza de este modelo es que tiene como objetivo final crear un sentido de comunidad autogestiva no dependiente de los promotores comunitarios, por lo cual el promotor solo esta presente por un espacio de tiempo determinado que en este caso es de 21 semanas.

Al cabo de este tiempo el promotor abandona la comunidad tras haber logrado establecer un grupo de personas que están dispuestas para llevar a cabo acciones en pro de su comunidad.

Esta experiencia fue muy enriquecedora, ya que se logro implementar en su totalidad un proceso de prevención de consumo de sustancias a nivel comunitario.

Además de lo mencionado a nivel de metodología considero que esta experiencia trajo consigo también habilidades personales; como por ejemplo entablar conversación con alguien que no conoces, establecer empatía para sensibilizar al respecto de los padecimientos adictivos, así como de los problemas psicosociales que se manifiestan en su comunidad.

III. Desarrollo de Programas de Detección Temprana e intervención Breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

En esta sección se presentan los aspectos relevantes del Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Este fue aplicado y supervisado como base fundamental de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones. La Aplicación del programa fue administrada a un bebedor problema de 37 años de edad, la descripción del caso clínico se reporta en el apartado de sesión Típica del Ejercicio Profesional.

ANTECEDENTES

El consumo de bebidas alcohólicas es una actividad que cumple una función social en la mayoría de las comunidades, sin embargo es importante considerar que esta actividad no es una recreación libre de riesgos. Considerando el rango de bebedores en la mayoría de las sociedades encontramos un porcentaje de abstemios y bebedores sociales; por otro lado un reducido número de personas que muestra síntomas de dependencia severa al alcohol, éstas conocidas generalmente como alcohólicos y han sido tradicionalmente un punto de atención para el diagnóstico y tratamiento. Empero entre estos dos extremos se encuentra un grupo considerable de sujetos que consumen en forma excesiva, pero ocasionalmente, poniéndose en riesgo de sufrir problemas de salud, familiares, de pareja, sociales, etc.

La mayoría de los servicios de tratamiento que existen en México están orientados a los bebedores severamente dependientes o alcohólicos, los cuales son atendidos por médicos o psiquiatras, o acuden a grupos de autoayuda (AA), donde se instrumentan estrategias apropiadas para esa población; sin embargo, los bebedores con un bajo nivel de dependencia tienen una probabilidad muy baja de recibir un tratamiento adecuado a su problemática, lo que constituye un balance inadecuado en la prestación de servicios (Sobell y Sobell, 1993)

El patrón característico en México sigue siendo el consumo poco frecuente (una vez al mes) con grandes cantidades (cinco copas o más por ocasión de consumo). Este grupo no muestra síntomas crónicos de dependencia, sin embargo su forma de consumo esta más asociada con la ocurrencia de accidentes que la ingesta crónica. Es decir, las repercusiones sociales del consumo de alcohol son, en mayor medida, responsabilidad de quienes presentan intoxicación aguda, que quienes tienen problemas de consumo crónico (Ayala y Echeverría, 1998).

En México son pocos los servicios de salud dirigidos a esta población, por lo que es necesario sumar esfuerzos para diseñar e instrumentar acciones en esta área. El termino tratamiento incluye

una amplia gama de actividades que varían en contenido, duración e intensidad, metas, escenario, especialidades y población objeto. El espectro de posibilidades de tratamiento es muy amplio: desde una sola sesión de intervención hasta llegar a tratamientos en donde el paciente es internado y permanece aislado de su medio ambiente durante periodos relativamente largos. De este rango de opciones de tratamiento podemos distinguir las intervenciones breves que no son una alternativa más de tratamiento, sino un abordaje terapéutico que no está en conflicto con otras formas convencionales de tratamiento (Heather, 1994). El énfasis creciente de este tipo de aproximaciones breves se atribuye en parte a los recientes cambios en el sistema de salud, donde los médicos se han visto obligados a reducir los costos manteniendo un tratamiento efectivo. La brevedad y bajo costo de estas aproximaciones breves, hacen de este tipo de intervenciones, mecanismos ideales para su uso en escenarios de atención primaria para el tratamiento de abuso de sustancias.

La finalidad de las intervenciones breves es reducir el riesgo de daño, motivar al cambio de conductas que se vean reflejadas en la dinámica familiar, laboral, de la comunidad, personal.

Los problemas en los cuales se emplean las intervenciones breves son: para reducir el riesgo de daño, trabajando en solo una conducta, con el objetivo de que el individuo pueda aprender a manejar aquella conducta que le está causando algún problema en su entorno. Además están indicadas para atender problemas ligeros y moderados de consumo de sustancias (Barry, 1999). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980), describe a este tipo de intervenciones breves como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de aquellos sujetos con una conducta de consumo de alcohol que los pone en riesgo o con una práctica de consumo destructiva. Ofreciendo una alternativa de intervención antes de que el individuo lo solicite por su propia voluntad, y en algunos casos antes de que el sujeto se de cuenta de que el consumo de alcohol puede causarle un problema. Se dirige particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia o complicaciones psicosociales mayores o severas. La intervención breve es una aproximación proactiva, que inicia el trabajador de la salud más que el paciente y no involucra juicios hacia el mismo.

Estudios en varios países han evaluado la efectividad de las intervenciones breves. En 1993, Bien, Miller y Tonigan evaluaron la eficacia de 32 estudios, con 6000 bebedores problema aproximadamente. Al comparar la conducta de consumo de alcohol antes y después del tratamiento, con los resultados de tratamientos más extendidos y con grupos controles, se observó que la efectividad de la intervención breve, fue en general, bastante alta, encontrándose

aproximadamente 27% de mayor efectividad en estos. Los autores concluyeron que la conducta de consumo riesgoso puede ser modificada con intervenciones bien planificadas de este tipo.

En México, Campillo y cols, iniciaron en 1982 un programa de investigación en el que participaron 11 países bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones dirigidas por trabajadores de la salud en centros de atención de primer nivel (Campillo, Díaz, Romero y Padilla, 1998). Los pacientes identificados como bebedores en riesgo, fueron asignados en forma aleatoria a uno de cuatro grupos de intervención: 1) control, 2) consejo sencillo, 3) manual de información y 4) seguimiento o monitoreo. A los seis meses se citó a todos los pacientes para medir si había cambios en su forma de beber, tomando en cuenta dos variables: cantidad consumida en el último mes y cantidad consumida en la ocasión en la que más bebió. Los resultados mostraron un efecto positivo (disminución de consumo de alcohol) aunque el cambio fue de magnitud moderada, lo que señala la potencialidad del uso de este tipo de intervención en nuestro país.

Desde finales de los años setenta se han evaluado una serie de alternativas de intervención breve para bebedores problema que han mostrado resultados prometedores y que constituyen en la actualidad el fundamento empírico para las acciones de prevención secundaria con esta población. En especial las intervenciones terapéuticas cognitivo – conductuales han mostrado efectividad (Sánchez Craig, Annis, Bornet y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Darlaney y Tinkcom, 1992; Sobell & Sobell, 1993). Estos modelos se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario elegir entre la moderación o la abstinencia, como metas viables de tratamiento. Estas aproximaciones cognitivo – conductuales están basadas en la Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Bandura (Bandura, 1977, 1986) teoría que tiene su fundamento en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante, e incorpora otros procesos de gran importancia, tales como, procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación en la conducta humana.

La teoría del aprendizaje social propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida, un hábito mal adaptativo o sobre aprendido, dentro de un contexto cultural y en algunos casos, con un componente genético. Es decir, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por ello si una persona abusa del alcohol, puede aprender mediante mecanismos de auto – regulación a modificar su consumo y hacer un uso no problemático de esta

sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y la percepción de la auto – eficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol.

El elemento fundamental que guía la intervención para modificar estos hábitos se denomina auto – control, y consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio a fin de lograr un cambio positivo. La auto – regulación busca facilitar el cambio alentando a las personas a identificar las razones para cambiar. Durante el proceso se aprende a analizar la conducta de consumo y se emplean estrategias específicas para manejar situaciones de riesgo que usualmente los llevan a abusar del alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida riesgosos y dañinos.

MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Este modelo es una adaptación del desarrollado originalmente en Canadá con el nombre de “Guided Self – Change Treatment” (Sobell & Sobell, 1990). Fue adaptado, aplicado y evaluado para México al inicio con el nombre de Programa de Auto – Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; 1998).

Para dicha adaptación se utilizó una muestra de 177 bebedores problema, de los cuales el 86% pertenecía al sexo masculino y el 14% al sexo femenino. La edad promedio de la muestra fue de 37.5 años. La dependencia al alcohol, en promedio, fue catalogada como “media”.

La investigación reveló que en el primer establecimiento de metas, el 72% de los usuarios se inclinó a la moderación, mientras que el 27.1% a la abstinencia. En el segundo establecimiento de metas el 78.5% optó por la moderación, es decir que hubo un aumento del 5.6%, mientras que el abstencionismo se presentó sólo en el 20.9% de los usuarios, lo que indica que el 6.2% cambió su meta de abstinencia por la de moderación.

Este modelo ha sido desarrollado específicamente para cierto tipo de personas con problemas por su forma de beber y es una intervención breve, motivacional y cognitivo – conductual que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta a organizar y usar fortalezas y recursos para

resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudar a la persona a desarrollar estrategias específicas de solución de problemas que le permita enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

El modelo incluye una fase de admisión y evaluación inicial, a través de la cual se obtiene información sobre el problema de consumo del usuario y algunas variables importantes que deben de tomarse en cuenta para saber si el usuario es un candidato apto para el modelo de tratamiento. Después de esta evaluación, el usuario recibe material de lecturas y tareas relacionadas con dicha bibliografía, y asiste una vez por semana a cuatro sesiones de tratamiento de 60 a 90 minutos aproximadamente cada una. Es básico enfatizar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas, distintas circunstancias que los llevaron a caer en un consumo excesivo y por lo tanto tendrán diferentes estrategias de cambio. La flexibilidad y la adaptación a las necesidades de cada persona deben ser la principal consideración cuando se aplica este programa.

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, como actualmente se le conoce, se caracteriza por ser un modelo efectivo y menos restrictivo diseñado para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige cambios mínimos en el estilo de vida general del usuario.

Su aplicación en México incorpora algunas variaciones de acuerdo con las condiciones y contingencias locales. El programa presenta las siguientes características:

1. Es un programa cognitivo - conductual de corte motivacional para bebedores problema que no dependen severamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
2. Se ofrece en una modalidad de consulta externa
3. Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

COMPONENTES DEL MODELO

1. Involucrar al usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo por las siguientes razones:
 - a) El usuario puede proporcionar a su terapeuta información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementadas.
 - b) En la etapa inicial de tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante
 - c) La inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento a corto y largo plazo, son acordadas mutuamente. Las metas a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.
2. Las interacciones usuario - entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos, por lo que es importante hacer un análisis de cómo el sujeto codifica y reacciona ante él. La literatura señala que un entorno de apoyo social está relacionado a efectos positivos en el tratamiento.
3. Utilización de recursos del usuario: Las metas de tratamiento deben de basarse en estos recursos para incrementar la probabilidad de éxito y para preparar al usuario a manejar problemas futuros al promover habilidades de afrontamiento efectivas para generar el cambio en el consumo.
4. Monitoreo del progreso durante el tratamiento: La característica principal de la terapia conductual es la evaluación del cambio en el comportamiento antes, durante y después del tratamiento. El monitoreo durante el tratamiento, a través del registro de consumo diario, proporciona información valiosa de los eventos que van surgiendo durante el proceso, así como, de los logros o tropiezos durante éste.
5. Incremento de la motivación al cambio: Miller (1986) conceptualizó la motivación como la conducta de seguir las prescripciones de tratamiento, es decir, son los procedimientos que incrementan la probabilidad de que un sujeto inicie, continúe y cumpla una estrategia de cambio adictivo. Las estrategias para incrementar la motivación son:
 - a) El consejo con retroalimentación.
 - b) El permitir al usuario establecer sus propias metas específicas alcanzables.
 - c) La utilización de apoyos sociales para mejorar y mantener cambios.

6. Proceso de recaída y recuperación: Una de las características entre los bebedores problema, es que después de terminado el tratamiento pueden presentar episodios de consumo excesivo que pueden tener consecuencias negativas, llamados recaídas. El objetivo de este componente, es la prevención de estas recaídas la cual enfatiza:
 - a) La identificación de situaciones que presentan un alto riesgo de recaída y el prepararse para situaciones similares futuras
 - b) El conceptualizar las consecuencias adversas producto de estas, terminando el episodio lo más pronto posible
 - c) El considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante.
7. Terminación del tratamiento: El principio del moldeamiento es utilizado para evaluar el mantenimiento de los efectos terapéuticos; así como también facilitar la terminación del tratamiento. Este componente de terminar gradualmente el tratamiento, extendiendo el intervalo de intersesiones, proporciona un criterio con base a la ejecución para dar por terminado el tratamiento.

SELECCIÓN DE USUARIOS

Debido a que este programa esta dirigido para personas que aun cuando han presentado problemas con su manera de beber no dependen severamente del alcohol, se aplican una serie de instrumentos que tienen como objetivo obtener información del patrón actual del consumo, así como de las consecuencias que se han presentado como resultado de este, a fin de determinar el grado de avance y conocer si las personas que acuden a solicitar el servicio son candidatos viables. El servicio se ofrece a población abierta y universitaria con una edad mínima de 18 años y no mayor de 65, que sepan leer y escribir.

EVALUACIÓN

El modelo de tratamiento enfatiza ayudar a los usuarios a reconocer sus propios recursos para resolver sus problemas por su manera de beber. Esto involucra una evaluación comprehensiva que recolecte información acerca del consumo de alcohol del usuario y de los factores que son importantes considerar con el propósito de obtener una mayor comprensión del problema. En la sesión inicial de evaluación es donde se lleva a cabo la instrumentación de los primeros componentes y continúan en las sesiones formales de tratamiento

La evaluación del modelo contempla tres aspectos

- a) Evaluación de proceso. Esta se lleva a cabo utilizando listas de chequeo de las actividades de cada sesión y lista de chequeo general del desempeño del usuario y del terapeuta responsable durante cada sesión, cuyo objetivo es conocer las características particulares o enfatizar algunos aspectos del modelo que podían apoyar los esfuerzos para alcanzar la meta establecida.
- b) Evaluación de resultados: Después de haber concluido las cuatro sesiones de tratamiento, se lleva a cabo la aplicación de instrumentos de evaluación que se contestan al inicio del programa, para determinar el grado de progreso de los usuarios.
- c) Proceso de seguimiento: Las mediciones de seguimiento se llevan a cabo al primer, tercer, sexto y doceavo mes, para monitorear el grado de progreso de los usuarios así como la adaptación al medio ambiente con la implementación de sus planes de acción.

Previo al programa de tratamiento, el usuario pasa por una fase de admisión y evaluación. En la sesión de admisión se trabaja en la identificación de la disposición al cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento. En la sesión de evaluación el objetivo es la obtención de información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y el nivel de auto – eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, así como, las consecuencias relacionadas con este. En las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

TRATAMIENTO: Preparación, Establecimiento de metas y Auto – Monitoreo

La primera sesión tiene como objetivo incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de auto – autoeficacia del usuario. Posteriormente se revisan los resultados del patrón de consumo del usuario y se comparan con el consumo promedio que tuvo en la última semana. Se revisa el Balance Decisional y se discuten los beneficios y los costos de cambiar su forma de consumo hacia la moderación o la abstinencia, así como, los beneficios y los costos en caso de continuar consumiendo como ha venido haciéndolo el último año, esa discusión busca decrementar lo atractivo del consumo excesivo y analizar las razones de cambio.

Después se realiza el primer establecimiento de metas del usuario hacia la moderación o la abstinencia. Desde la perspectiva de una intervención motivacional, lo principal no es la meta que elija el usuario, sino la forma como tomo esa decisión; ya que las metas representan una norma o modelo interno utilizado por las personas para evaluar su ejecución. La investigación (Miller & Hester, 1986) sugiere que cuando las personas se vieron involucradas en el proceso de decisión realizan mejor su meta que cuando estas son designadas por otras personas. Al largo plazo el lograr una meta auto seleccionada fortalece la confianza y ayuda a mantener el cambio de conducta. Es importante mencionar que si el usuario tiene contraindicaciones médicas, se debe sugerir la abstinencia más que una meta de moderación:

Al establecer la meta de la moderación es importante proporcionar algunas recomendaciones a los usuarios:

- Consumir no mas de 4 copas estándar por ocasión en no más de tres días por semana si es hombre, no más de uno por hora, y no beber diariamente, es decir, un máximo de 12 tragos por semana. En el caso de las mujeres el máximo aceptado por ocasión es de tres tragos y un máximo de 9 por semana. Estos límites de consumo están basados en varios estudios internacionales (Babor, Kranzel y Lauerman, 1987). Y en México adaptado por (Medina Mora y cols, 1989)
- Se les sugiere a los clientes que se impongan un lapso entre copa y copa de 15 a 20 minutos, para pensar en su meta, considerar si llegó el momento de ya no seguir bebiendo y de esta forma evitar el consumo excesivo
- Se les sugiere que consuman alimentos mientras beben
- Alternar bebidas alcohólicas y sin alcohol

TRATAMIENTO: SITUACIONES DE RIESGO Y RECAIDAS

Para este paso es importante recordar que los bebedores problema no siempre beben en exceso; en algunas situaciones pueden mantener un control adecuado sobre el consumo o simplemente no beber. Es básico que el terapeuta obtenga información sobre las diferentes situaciones en las que el consumo problemático ocurre y en donde el cliente ha mantenido un adecuado control sobre su conducta. Por lo menos se deben analizar tres situaciones que lo han llevado a consumir en exceso; así como las consecuencias positivas y negativas que ha experimentado en estas situaciones. Estas situaciones llamadas de riesgo, se comparan con los

resultados obtenidos en la evaluación inicial por medio de l Inventario Situacional de Consumo de Alcohol. El Objetivo de esta comparación es llevar a cabo un análisis funcional de la conducta, identificando las situaciones antecedentes y las consecuencias por la forma de beber del usuario.

En este momento el terapeuta discute la probabilidad de que un bebedor problema tenga una caída durante y después del tratamiento. Una caída se define como un proceso consistente en una serie de eventos que pueden o no desembocar en un retorno a los niveles de conducta previos al tratamiento, es un error o una falla al mantener el control sobre la conducta de consumo debido a una situación específica (Marlatt & Gordon, 1985.p.p 32). En este modelo se enfatiza la importancia de considerar la recaída no como un fracaso personal o un indicador de que el tratamiento no funciona, sino como una experiencia en un proceso de cambio de un comportamiento adictivo.

Con esta información el terapeuta hace énfasis en la importancia de que el usuario aprenda a identificar situaciones de riesgo y a afrontar efectivamente estas situaciones antecedentes. Si el usuario afronta adecuadamente una situación de riesgo no solo evitará la recaída, sino que experimentara un incremento en su confianza de poder controlarse lo que hará menos probable que ocurra una vez más (Marlatt y Gordon, 1985).

TRATAMIENTO: ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Durante esta sesión se trabaja un programa específico de solución de problemas, en donde el usuario una vez que identificó los factores o situaciones específicas que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias que esto le produce, debe estipular una serie de alternativas que lo ayuden a evitar que el consumo excesivo se de ante estas situaciones o simplemente a evitar que el consumo de alcohol se de, según el caso.

Es muy importante, explicarle que en el proceso de aprender a beber moderadamente, las personas no pueden actuar impulsivamente o en forma no planeada. A fin de lograr un consumo moderado las personas se deben preparar para actuar ante ciertas situaciones en particular, aquellas identificadas como situaciones de riesgo. Es decir, el usuario debe saber cuántas copas beberá y qué estrategias utilizará para controlar su consumo. También debe anticiparse a algunas dificultades como la presión de los amigos y debe contar con las respuestas de afrontamiento adecuadas para tales situaciones.

Durante esta sesión también se discuten algunas actividades que se pueden llevar a cabo y que resulten incompatibles con el beber, con la finalidad de que los momentos que tradicionalmente el bebedor utilizaba para consumir en exceso, ahora los emplee en llevar a cabo nuevas actividades.

Con esta información el terapeuta y el usuario evalúan cada alternativa en términos de consecuencias. Deciden cuál es la mejor alternativa, tomando en cuenta los estilos de afrontamiento del usuario y sus redes de apoyo disponibles para posteriormente desarrollar un plan de acción o un programa de cambio. Si durante esta sesión, el terapeuta determina que el usuario no cuenta con las habilidades necesarias, se deben programar sesiones adicionales para lograr tal aprendizaje.

TRATAMIENTO: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS.

En la cuarta sesión, el terapeuta comenta los avances logrados por el usuario relacionados con sus planes de acción y hace un resumen de los resultados obtenidos en las sesiones anteriores, también evalúa su consumo actual y lo compara con su consumo inicial y su primer establecimiento de metas, con el propósito de establecer una segunda meta (abstinencia o moderación) para el futuro. Es importante revisar la meta del usuario en esta ocasión, ya que en este momento, después de haber experimentado las cuatro sesiones del tratamiento el mantenerse dentro de la meta, el usuario sabrá si es la más apropiada para sus necesidades y que estrategias han sido exitosas para lograrla.

En esta sesión el usuario y el terapeuta determinan si es necesario programar sesiones adicionales, donde se revisan los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado o se pueden realizar planes de acción para otras áreas problemáticas.

Para finalizar el terapeuta deberá comentar que el usuario será contactado sistemáticamente por el terapeuta para medir los resultados del programa (seguimientos). Durante estos contactos el usuario tendrá la oportunidad de evaluar su progreso y fortalecer el uso de los procedimientos de tratamiento. Estos contactos permiten:

1. Evaluar los aspectos del tratamiento que son especialmente efectivos.
2. Fortalecer el proceso de tratamiento, identificar el riesgo de una posible recaída, permitiendo prevenirla o si sucedió, analizarla sugiriendo pasos adicionales que el cliente debe tomar en cuenta.

3. Documentar los beneficios que se obtuvieron e ir dando forma a una intervención más efectiva y eficiente
4. Obtener nuevos conocimientos que permitan refinar el proceso de tratamiento para que beneficie a aquellos que busquen tratamiento en un futuro.

RESULTADOS DEL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Los efectos del programa para bebedores problema, aplicado en México coinciden con los resultados reportados en otros países con programas similares (Sobell y Sobell, 1995; Bien, Miller y Toningan, 1993; Sánchez – Craig, Annis, Bornett, y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993). Según los resultados iniciales del programa para bebedores problema en México (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995) se reporta que de una muestra de 108 usuarios que solicitaron atención por problemas relacionados con su consumo de alcohol en el Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco” en la Ciudad de México. De estos permanecieron abstemios en un porcentaje más alto del tiempo (62% de la abstinencia durante los 12 meses previos al tratamiento, en comparación con un 74 % de días de abstinencia durante el tratamiento) un menor porcentaje de ocasiones donde consumieron excesivamente (8.4% de días de consumo excesivo durante los 12 meses previos al tratamiento, mientras que durante el tratamiento este porcentaje decreció al 2.9%) y en aquellas ocasiones cuando consumieron, su promedio fue menor que antes del tratamiento (10.26% copas promedio por ocasión de consumo durante los 12 meses previos al tratamiento a comparación de 2.74 copas promedio por ocasión de consumo durante el tratamiento), teniendo un límite de consumo igual al que se ha señalado como consumo moderado (Sobell y Sobell, 1993). Se debe hacer notar que estos cambios en el patrón de consumo se lograron con individuos que presentaron un tipo de consumo denominado “explosivo”, mismo que ha sido señalado como característico del bebedor en México (Medina – Mora, Tapia Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989). Sobell (2005) refiere la efectividad del programa al estudiar la diseminación en poblaciones y lugares especiales, encontrando resultados similares a los reportados por otros investigadores que utilizaron este programa de tratamiento, en poblaciones de otros países.

También se han reportado resultados similares a los anteriores en diversos reportes de experiencia profesional del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con residencia en Adicciones, donde el programa ha sido aplicado con éxito relativo.

Medina (2002) reporta un caso de bebedor problema, el cual se encontraba convencido de que su forma de beber alcohol le estaba causando problemas, lo que facilitó el ingreso al modelo de tratamiento, adhiriéndose adecuadamente al tratamiento y logrando una meta de moderación y manteniéndola hasta el primer seguimiento, ya que para el segundo logró la abstinencia. Según Medina (2002), esta conducta por parte de el usuario señala su disposición a seguir indicaciones y tomar en cuenta actividades que tenía que desarrollar para lograr el cambio, a pesar de que se observó dependencia severa, se tomaron en cuenta otros requisitos que apoyaron su inclusión al modelo, este hecho hace ver que no solo se toma en cuenta un requisito en contra, sino la valoración basada en una serie de instrumentos y criterios para su aceptación.

Martínez (2005) expone otro caso de bebedor problema, en donde reporta que además de la reducción en su patrón de consumo de alcohol, el usuario obtuvo un incremento en sus niveles de autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo y resistirse al consumo de alcohol, lo que coincide con lo reportado en la literatura, donde se plantea que si el usuario afronta adecuadamente una situación de riesgo no solo evitara la recaída, sino que experimentará un incremento en su confianza para poder controlarse, lo que hará menos probable que ocurra una vez más (Marlatt y Gordon, 1985).

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Es importante señalar que dentro de este rubro no solo se tuvo la oportunidad de trabajar en el programa de alcohol, sino también en el de tabaco en ambos como terapeuta y coterapeuta, además de recibir la capacitación del programa de reforzamiento comunitario CRA (Community Reinforcement Approach), el que actualmente se conoce como “Programa de Satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC)” en el cual se trabajó únicamente como coterapeuta en algunas sesiones.

La descripción teórica fue abundante en cada uno de los programas al asistir a seminarios en los que se discutían temas propios del modelo de atención, tanto aquellos que son comunes a

los tratamientos breves con enfoque cognoscitivo conductual, como las especificidades y variantes de cada uno de ellos.

En lo que se refiere a cuestiones propias de cada programa, se tuvo la capacitación sobre los instrumentos de evaluación que se utilizan en cada uno de ellos, sus fundamentos, su aplicación, calificación e interpretación. También se abordó el proceso es decir, las sesiones con sus respectivos objetivos y tareas a realizar en cada una de ellas.

El entrenamiento en estos programas se realizó a través de seminarios, revisiones bibliográficas, juego de roles, observación de videos y sesiones en vivo, discusión y supervisión de casos: así como la participación directa en el tratamiento como coterapeuta y terapeuta. Es importante mencionar que dentro del programa de tabaco se tuvo la oportunidad de participar en la elaboración de las listas checables del tratamiento.

Cabe destacar, que a partir de lo que se menciona se adquirieron una serie de habilidades y competencias profesionales como: establecimiento de adherencia terapéutica, integridad del tratamiento, aplicación de instrumentos de evaluación, habilidades de comunicación verbal y no verbal, habilidades de negociación para el establecimiento de una meta de consumo adecuada al usuario, habilidades para ayudar a los clientes a reconocer sus recursos para resolver sus problemas por su manera de beber, habilidades para evaluar los avances del usuario durante la intervención y los seguimientos, habilidades para mover al usuario en la rueda del cambio motivacional, análisis de datos, habilidades para la identificación y descripción de situaciones de riesgo, así como el desarrollo de planes de acción para afrontar dichas situaciones.

Sin embargo, es necesario puntualizar que respecto de estas competencias pudieron ser mejores, si se pudiese garantizar que a través del paso del tiempo como residentes en el centro Acasulco se pudiera rotar en cada uno de los programas, pues esto garantizaría que se tuviera un panorama más general de las sustancias; así como de la manera de intervenir de manera adecuada, con cada tipo de usuario.

IV. Aplicación de Programas de Prevención para rehabilitar a personas adictas.

Dentro del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones se tuvo la oportunidad de trabajar en dos programas además del de bebedores problema el cual es el eje rector de la práctica en la Residencia; dichos programas son: Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA), ahora conocido con el nombre de Programa de Satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) y Programa de Auto Cambio Dirigido para Fumadores. A continuación se describen las características generales de cada uno de ellos.

México a nivel mundial, está situado entre los primeros países en los que la mortalidad ocurre por cirrosis hepática, con tasas de 30.7 muertes por 100 000 habitantes (Tapia, Medina y Cravioto, 2001). Por lo que la cronicidad y dependencia en el consumo de sustancias adictivas favorecen la mortalidad prematura y afectan negativamente encareciendo la calidad de vida (Medina, 2001)

En la actualidad, existen tratamientos alternativos disponibles para tratar el consumo de sustancias, la existencia de ciertos métodos que parecen ser beneficiosos para tipos específicos de usuarios, sin embargo Morales (2002), reporta que este tipo de intervenciones y de investigación se realiza básicamente en Estados Unidos.

Programa de Intervención de Reforzamiento Comunitario (CRA) para usuarios crónicos dependientes de sustancias adictivas

El Programa de Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach), se deriva del trabajo iniciado por Hunt y Azrin en 1973 y Azrin en 1976, para el tratamiento de dependientes severos al alcohol, y que se ha adaptado para individuos con dependencia a la cocaína (Higgins, 1996) y a opiáceos (Silvermann, Higgins, Brooner, Montoya, Cone, Schuster y Presron, 1996). Según Hunt y Azrin (1976), el programa de Reforzamiento Comunitario debe su denominación a que descansa en las teorías de reforzamiento operante de Skinner. La aplicación de esta teoría al fenómeno de la dependencia al alcohol describe como el sujeto va perdiendo otras fuentes de satisfacción (amistades, familia, empleo, actividades recreativas, etc.) conforme el carácter reforzador del consumo de drogas va abarcando cada vez más áreas de su vida.

El programa de reforzamiento Comunitario, consiste en una modalidad de tratamiento basada en hallazgos empíricos. Originalmente, se ubica como una intervención constituida por diversos

componentes algunos opcionales que integra diferentes tratamientos que en sí mismos son costo – efectivos (Wolfe y Meyers, 1999)

El Programa de tratamiento asume que las contingencias del ambiente constituyen poderosos reforzadores de la conducta de consumo y que manejadas adecuadamente pueden llegar a serlo de la conducta de no consumo. Por tanto su objetivo es hacer más satisfactorio para el sujeto un estilo de vida sin consumo que uno con alcohol y drogas (Meyers y Smith, 1995). Para eso, combina estrategias motivacionales y de establecimiento de metas con el entrenamiento en habilidades requeridas para alcanzar un estilo de vida socialmente pro activo.

Los principios conceptuales psicológicos del Modelo de Intervención de Reforzamiento Comunitario (CRA) son: la teoría del aprendizaje social, condicionamiento operante y la teoría de la economía conductual.

Teoría del Aprendizaje Social. Propone al modelamiento como factor crítico y determinante próximo del beber (Marlatt y Caudill, citado en Ayala, 1998) este varía en función de factores situacionales (Stricker, Dobbs y Maxwell, 1979), la historia previa de consumo (Lied y Marlatt, 1979), y el tipo de interacción de los compañeros de consumo (Collins, Parks y Marlatt, 1985). Asimismo, enfatiza que las habilidades de afrontamiento y de rehusarse al consumo, así como el impacto ambiental de las consecuencias de reforzamiento y de castigo, son herramientas cuyo adecuado manejo facilita el aprendizaje de conductas reforzantes incompatibles con el consumo de sustancias adictivas.

Condicionamiento Operante. El condicionamiento operante explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo (Goldberg y Stolerman, 1986). La autoadministración de la droga puede decrementar al incrementarse el número de respuestas requeridas para el consumo de la droga, por la eliminación y el bloqueo del efecto reforzante de la droga por castigar las respuestas en las que es contingente el efecto reforzante de la droga, o por organizar o estructurar reforzadores alternativos para conductas incompatibles (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993).

Teoría de Economía Conductual. Hace referencia al “precio” como un factor influyente en el consumo excesivo. El precio incluye todos los gastos de recursos invertidos así como los eventos negativos tanto físicos, sociales y psicológicos para la compra, el consumo y la recuperación del uso de la droga. Otro factor estudiado, en esta perspectiva es el costo de oportunidad, que son las pérdidas de oportunidades alternativas para realizar otras actividades al escoger la conducta de consumo (Bickel et al., 1993). Se tiene evidencia de que se puede modificar la frecuencia de

consumo al modificar el costo de oportunidad (Higgins, 1996). Desde esta perspectiva es importante por tanto, por un lado restringir el acceso a la sustancia y por otro ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo. La conducta está regulada en gran medida por su valor reforzante inmediato. La miopía temporal impide ver los efectos nocivos de un consumo excesivo a largo plazo. Los individuos con consumo excesivo son quienes mayormente descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos (Vouchinich y Simpson, 1998).

Desde esta perspectiva, el Programa de Reforzamiento Comunitario incrementa la oportunidad del costo de la droga al incrementar el valor de lo que tiene que renunciar si la consume, presupone que las contingencias ambientales son reforzadores tan potentes como la conducta de consumo, por lo que al controlarse apropiadamente resultan reforzadores de conducta de no consumo (Meyers y Smith, 1995). Su enfoque motivacional lo lleva a contrastar como la conducta de consumo interfiere con sus metas (salud física, éxito, satisfacción familiar, autoimagen positiva) (Miller, 1995).

El "Programa de Satisfactores cotidianos (PSC)" es la adaptación del CRA a población mexicana. Este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales o de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentemente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume (Barragan, 2005)

De manera general, el programa de Satisfactores Cotidianos 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 Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

Por lo tanto, el programa consiste en 11 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga.

1. El Análisis Funcional. El usuario identifica los antecedentes y consecuencias de su conducta de consumo y no consumo de sustancias identificando situaciones de riesgo y posibles formas de afrontar dichas situaciones.
2. Muestra de Sobriedad. En vez de pedir al cliente sobriedad indefinida, se le pide al consumidor de sustancias un periodo negociable sin consumo (se recomiendan 90 días) en el que puede experimentar los beneficios de la abstinencia.
3. Motivar al Usuario en el uso del Disulfiram e Involucrar al otro Significativo. El otro significativo aprende estrategias para recordar y motivar al usuario respecto al consumo del medicamento que apoya al periodo de sobriedad.
4. Metas de Vida cotidiana. El usuario identifica áreas de su vida en las que quiere cambiar para lograr una mejor calidad de vida.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas.

5. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Desarrolla una serie de habilidades que le permiten mantenerse sobrio. Comunicación: Incluye aprender la expresión de entendimiento, aceptar o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda
6. Rehusarse al consumo. Rechaza ofrecimientos al utilizar comunicación asertiva, proponer otra alternativa, cambiar el tema de conversación, y confrontar al otro. El rehusar el consumo ante precipitadores internos requiere aplicar la estrategia de reestructuración cognitiva.
7. Solución de Problemas. Resuelve sus problemas al precisar la situación, generar alternativas de solución, analizar las ventajas/desventajas de cada opción, decidir la que aplicará para enfrentar la situación, ponerla en práctica y evaluarla.
8. Habilidades de Búsqueda de empleo. Puesto que la satisfacción con el trabajo se relaciona con la prevención de recaídas, se desarrollan habilidades específicas para mantener o buscar trabajo.

9. **Habilidades Recreativas.** Reemplaza las diversiones asociadas al consumo con otras satisfactorias que le requieren buscar diferentes pasatiempos y círculos sociales para evitar que la abstinencia sea un periodo de aislamiento y apatía que precipite la recaída.
10. **Consejo Marital.** Se involucra a la pareja como parte importante de la rehabilitación entrenando a ambos en habilidades de solución de problemas, comunicación y reforzamiento recíproco.
11. **Prevención de Recaídas.** Se enseña al cliente y al otro significativo a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla. Se realizan análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se maneja la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Dadas las características de la conducta de consumo, se considera que los principios básicos de aprendizaje en combinación con los principios económicos de abastecimiento y costo de oportunidad pueden contribuir mucho a la comprensión de las diferentes características que adquiere el consumo de sustancias adictivas.

El programa de reforzamiento comunitario, a partir de la ley de elección intertemporal, busca desarrollar en el usuario de drogas conductas alternativas que sean más sanas e incompatibles con el consumo, a la vez que logren un reforzamiento equivalente en el individuo.

A partir del programa de reforzamiento comunitario nos invita a la reflexión, de que en el diseño de nuevas intervenciones, el tratamiento de las conductas adictivas debe integrar distintos componentes que ya hayan demostrado ser efectivos, adecuar la intervención al cliente e involucrar a personas significativas en el proceso de cambio, además de no olvidar que es el ambiente el que puede favorecer u obstaculizar la rehabilitación, por lo que es importante no dejar de lado el enfoque comunitario.

PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA FUMADORES

Desde 1964 se han realizado una serie de estudios epidemiológicos que han demostrado que el consumo de tabaco está relacionado con diferentes enfermedades (U. S. Department of Health, Education and Welfare, 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo (Belsasso, 2001).

En México se ha reportado un incremento en el porcentaje de personas que fuman entre 12 y 65 años de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1988 (25.8%) a la de 1998 (27.7%). En la última ENA (2002) se reporta que en personas de 12 a 65 años de edad en población urbana el 26.4% es fumadora, 18.2% ex fumadores y 55.4% no fuman. En población rural se reporta que el 14.3% de personas fuman, el 15% son ex fumadores y el 70.7% no fuman. La distribución de fumadores por cantidad de cigarrillos por día es como sigue: el 64% consumen de 1 a 5 cigarrillos, el 19% de 6 a 10 cigarrillos y el 6.3% más de 20 cigarrillos.

Las enfermedades asociadas al consumo de tabaco se ubican entre los diez primeros lugares de morbilidad y mortalidad de salud pública en nuestro país. La Secretaría de Salud señala que en México fallecen diariamente 147 personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, tales como enfermedad isquémica del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de tráquea, pulmón y bronquios (INEGI/SSA, 2002; Tovar-Guzmán, Barquera & López, 2002).

Se ha encontrado que una persona que fuma una cajetilla al día, aumenta la probabilidad de presentar cáncer (de pulmón, en laringe, cavidad oral, páncreas, hígado, cervical, endometrio, estómago, próstata, en sangre y riñón), enfermedades cardiovasculares (ateroesclerosis, embolia, etc.), enfermedades respiratorias (agudas y crónicas), alteraciones en el sistema reproductivo (mortalidad infantil, deficiencias en el desarrollo cognitivo y físico), problemas dentales (leucoplasias, pérdida del esmalte e irritación y reblandecimiento de la encías), úlcera péptica y enfermedades de los ojos (Brailowsky, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

En este sentido en México, a partir del análisis de las características de la población, de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) y de las implicaciones que el consumo de tabaco tiene en la salud, diferentes instituciones de salud pública han desarrollado programas de tratamiento para las personas que desean dejar de fumar. En la UNAM se ha adaptado el programa de auto- cambio dirigido para fumadores que es una intervención breve para dejar de fumar. (Lira, 2002)

Dos puntos importantes que justifican el desarrollo de la intervención breve para fumadores (Lira, 2002):

1. De acuerdo a la ENA (2002), en México, se encontró que el 59.1% de personas de 12 a 65 años manifestaron no ser fumadores; el 23.5% son fumadores y el 17.4% son exfumadores. De igual manera para el análisis de los resultados de la encuesta, se dividió a

la población en cuatro grupos de acuerdo al tipo de consumo, así como también las acciones recomendables a seguir en cada caso, para abandonar el tabaquismo:

- Grupo 1: Se localiza al fumador dependiente el cual representa el 1.4 % (1,009,128) de la población de fumadores, a quien se le indica que para dejar de fumar es necesario que el usuario ingrese a tratamiento especializado.
- Grupo 2: Se ubica al fumador diario pero sin dependencia, el cual representa al 11.0 % (7,639,874). Así también, se le indica que para dejar de fumar, el usuario debe ingresar a una intervención breve.
- Grupo 3: Son los fumadores ocasionales y exfumadores que representan al 26.5 % (19,877,831), quienes requieren de observación y prevención.
- Grupo 4: Los no fumadores que son 59.1% (41,240,234) requieren de programas de prevención.

2. La gente que fuma generalmente no presenta consecuencias del consumo del tabaco a corto plazo, por lo que no se interesan en dejar de fumar, de tal forma las intervenciones breves están dirigidas a éste tipo de personas.

El programa de auto- cambio dirigido para fumadores tiene como sustento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y utiliza como estrategia principal la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y técnicas de autocontrol. Las intervenciones breves proporcionan la oportunidad de ayudar al usuario en una etapa temprana previa al consumo problemático de tabaco, antes de que la dependencia al tabaco se haya desarrollado y exista un daño permanente. Además, este tipo de intervenciones se caracterizan por ser de bajo costo, no son intrusivas, son de rápida aplicación, tienen efectos inmediatos y han demostrado experimentalmente que los resultados son perdurables en el tiempo (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Heather, 1989).

Este programa está constituido por seis sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente y los componentes teóricos metodológicos en los que se sustenta son los que siguen:

Teoría del Aprendizaje Social: en la que se plantea que el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores cognitivos, personales, así como los eventos ambientales operan como determinantes interactivos uno de

otros. Desde esta teoría se conceptualiza la naturaleza de las personas en términos de un número de capacidades básicas que son la simbolización, anticipación, aprendizaje vicario, autorregulación y autorreflexión (Bandura, 1986).

Intervención breve: Las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y de otras drogas constan de un número mínimo de sesiones (de 6 a 8). Las técnicas de intervención breve para el tratamiento del consumo de tabaco ha mostrado gran generalidad en su aplicación, así como un alto grado de eficacia debido, sobre todo, a que se encuentran sólidamente sustentadas en los principios psicológicos derivados de la teoría cognitivo social (Heather, 1989).

Técnicas de la entrevista motivacional: La entrevista motivacional es una estrategia clínica diseñada para incrementar la motivación del usuario para el cambio. Este componente señala la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller, 1999; Miller y Rollnick, 1991).

Técnicas de autocontrol: El entrenamiento en autocontrol conductual es una forma de tratamiento que puede ser usada tanto para alcanzar la abstinencia o una meta de moderación. Consiste de técnicas conductuales que incluyen el establecimiento de metas, el automonitoreo, recompensar cambios específicos en la conducta de fumar, el análisis funcional de las situaciones en que se consume cigarrillos, y el aprendizaje de habilidades alternativas de afrontamiento (Hester y Miller, 1989).

Prevención de recaídas: De acuerdo con Carroll (1999) el modelo de prevención de recaídas se caracteriza por:

- a) La identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones.
- b) El entrenamiento de habilidades para tratar de prevenir las recaídas que pueden ocurrir y por tanto minimizar la presentación de consecuencias adversas. El enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante.
- c) Se enseña un modelo específico de solución de problemas y se aplica a posibles situaciones de riesgo de consumo excesivo para incrementar la autoeficacia. La autoeficacia se refiere a la percepción o juicio de la propia capacidad para ejecutar un curso de acción particular requerido para tratar efectivamente con una situación demandante (Marlatt y Gordon, 1985).

Dichos componentes se incluyen a lo largo de las sesiones, que se describen a continuación:

Admisión: En esta sesión se realiza la entrevista inicial y se aplican una serie de instrumentos (cuestionario de preselección y el Cuestionario de Tolerancia para fumadores de Fagerstrom. Se preguntan las razones por las que quiere dejar de fumar, el patrón de consumo, problemas relacionados al consumo, el número de intentos anteriores para dejar de fumar, las estrategias empleadas, y si ha presentado síntomas de abstinencia. Posteriormente, se explican las características del tratamiento y se le pregunta al usuario si está de acuerdo en participar en la investigación para firmar el Formato de Consentimiento Informado.

Evaluación: Se aplican diferentes instrumentos con el objetivo de conocer el patrón de consumo del usuario Línea Base Retrospectiva (LIBARE), Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), historia de consumo de drogas y datos socio demográficos (Entrevista inicial), se entrega una hoja de registro de consumo de cigarros y el Folleto 1. (ver anexo)

Intervención (4 sesiones):

1ª sesión: Se revisa la hoja de registro de consumo de cigarros, identificando días de mayor consumo, días de abstinencia y el consumo promedio. Además se revisa el Folleto 1 para analizar la información que contiene. Posteriormente se presentan los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados en la sesión anterior, se realiza un “balance decisional” sobre las ventajas y desventajas de dejar o continuar fumando, y se establece una “meta de consumo” que puede ser abstinencia o reducción del consumo. Al final de la sesión se entrega el folleto 2 (ver anexo) y una hoja nueva de registro de consumo de cigarros.

2ª. Sesión. Se revisa la hoja de registro de consumo de cigarros, el (automonitoreo) y el folleto 2, se realiza un “análisis funcional de la conducta de fumar” y se identifican tres situaciones que precipitan el consumo de tabaco. Al final de la sesión se entrega el folleto 3 (ver anexo) y una hoja nueva de registro de consumo de cigarros.

3ª. Sesión. Se revisa el (automonitoreo) y el folleto 3, se le presenta un “formato específico de solución de problemas” en donde el usuario plantea tres alternativas para cada situación de

riesgo, así como los “planes de acción” para las opciones más factibles. Al final de la sesión se le pide que continúe con el registro diario de consumo de cigarrros.

4ª. Sesión. Se realiza un resumen general de las sesiones anteriores, realizando un análisis específico del patrón de consumo a partir de una gráfica comparativa de la línea base y el tratamiento. Finalmente se analizan las metas establecidas y se realiza un nuevo establecimiento de metas y planes de acción para el siguiente mes.

Seguimiento (2 sesiones): Las sesiones de seguimiento se realizan al mes y tres meses respectivamente después de haber terminado las sesiones. El objetivo de estas sesiones es observar si el cambio en el patrón de consumo se ha mantenido y las consecuencias asociadas que se derivan de este cambio en el comportamiento adictivo.

La aplicación del programa de autocambio dirigido para fumadores ha arrojado resultados positivos pues (Lira, 2002) reporta, la observación de efectos específicos en el patrón de consumo (número de cigarrros, número días en que permanecían abstemios y mantenimiento del patrón de consumo a los tres meses de seguimiento), y en el incremento en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo.

Esta intervención se caracteriza por ser de bajo costo, efectiva y con validez empírica, por lo que resulta ser una alternativa viable para el tratamiento de los problemas del consumo de tabaco.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

Como parte de las actividades de Residencia en la Maestría en Psicología Profesional, tuve la oportunidad de participar de manera activa dentro de el Programa de Auto Cambio Dirigido para fumadores; como terapeuta, coterapeuta, en seminarios, en ensayos conductuales, impartición de ponencias respecto del modelo así como investigación. Por otro lado en el “Programa de Satisfactores Cotidianos” tuve la oportunidad de participar como coterapeuta en tres sesiones y de participar en ensayos conductuales y en los seminarios impartidos para conocer la metodología e implementación del modelo. La participación en estos programas me permitió apoyar el desarrollo de diversas habilidades y competencias profesionales, entre las que destacan la capacidad para establecer habilidades de negociación para el establecimiento de una meta de consumo adecuada para el usuario, habilidades para ayudar a los clientes a reconocer sus recursos para resolver sus problemas ocasionados por el consumo de sustancias, habilidades para evaluar los avances del usuario durante la intervención y los seguimientos, habilidades para mover al

usuario en la rueda del cambio motivacional, análisis de datos, habilidades para apoyar al usuario en la identificación y en la descripción de situaciones de riesgo, así como en el desarrollo de planes de acción para afrontar dichas situaciones.

Es importante señalar que a pesar de las habilidades y competencias que se adquirieron son elementales; estas podrían robustecerse al asegurar que los estudiantes rotaran de manera adecuada en cada uno de los programas que tiene disponible el centro Acasulco; así como los disponibles en la facultad de psicología.

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

Este apartado está destinado para la descripción de diversas actividades que se llevaron a cabo durante la estancia en la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, que se encuentran relacionadas con actividades de difusión y sensibilización de programas de prevención. La Residencia en Adicciones se realizó principalmente en el Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco el cual depende de la Facultad de Psicología. Es un centro especializado en la atención y en el tratamiento de personas con problemas en el consumo de alcohol y drogas. Los servicios que ofrece a la comunidad están diseñados para la detección, prevención e intervención basadas en el Proyecto de investigación auspiciado por CONACYT titulado "Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales en México" (Ayala y cols, 1998). Las actividades que se describen a continuación como parte de mi participación en la capacitación y supervisión a otros estudiantes fueron principalmente en el proyecto de Diseminación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y Programa de Autocambio Dirigido para Fumadores. Dentro de estos dos programas tuve la oportunidad de involucrarme en actividades relacionadas con la capacitación y supervisión a otros estudiantes en formación, destacándose las siguientes actividades:

- Moldeamiento sobre habilidades e instrumentación de los componentes del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y Fumadores: Análisis funcional, metas u objetivos por sesiones,
- Ensayos conductuales y retroalimentación sobre habilidades e instrumentación de los componentes del Modelo para Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y fumadores: Admisión, Evaluación, Análisis Funcional y solución de problemas.
- Supervisión y retroalimentación a estudiantes sobre las habilidades e instrumentación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y Fumadores.
- Participación en presentaciones impartidas, en el centro de conductas adictivas "Acasulco" así como en otras universidades a otros estudiantes de los temas: prevención de recaídas, mortalidad y morbilidad del consumo de tabaco en México,

Farmacología y Farmacocinética del tabaco.

- Curso de capacitación del Modelo de Detección temprana e Intervención breve para bebedores problema para Alumnos de Residencia en Psicología de la Adicciones. Institución: Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria, noviembre 4 a 8 de 2002.

Conferencias y Talleres Impartidos.

- “Modelos Cognitivos – Conductuales en el tratamiento de las Adicciones”, dirigido a estudiantes de licenciatura de la Facultad de Psicología UNAM. Febrero del 2004.
- “Consecuencias del abuso de Tabaco” que se llevo a cabo en las oficinas generales del INFONAVIT, dirigido a personal de esa dependencia que se encontraba interesado en el tema e incluso era susceptible de entrar al tratamiento. Mayo del 2004
- “Tratamiento para el Tabaquismo”, Universidad de las Américas; realizada en el auditorio del campus y dirigida a estudiantes de la licenciatura en Psicología. Noviembre del 2004
- “Estrategias de Enfrentamiento empleadas para el abandono del consumo del Tabaco”
- “Correlación entre depresión y consumo de Tabaco: Implicaciones para los tratamientos para dejar de Fumar” XVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, Octubre del 2003

FOROS, COLOQUIOS Y CONGRESOS

- Foro sobre modelos de prevención y tratamiento del Tabaquismo, Facultad de Psicología UNAM. Febrero del 2004
- III Coloquio sobre prevención y tratamiento de conductas adictivas. Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez. UNAM. Febrero del 2003
- XVII Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Agosto del 2003
- XVIII Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Agosto del 2004
- Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A.C., Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes” en la Ciudad de México.
- XVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, Puerto Vallarta Jalisco. Octubre del 2003

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

A partir de las participaciones individuales y colectivas, se logro sensibilizar y capacitar a un buen número de profesionales y público en general acerca de los programas de prevención y tratamiento en los que se enmarco el trabajo.

El desarrollo e implementación de las actividades mencionadas, permitieron la adquisición de diversas habilidades y competencias profesionales entre las que se encuentran: Habilidades para hacer presentaciones orales relacionadas con diversos temas psicológicos y también en el ámbito adictivo, habilidades para realizar presentaciones orales relacionadas con la difusión de programas de intervención en eventos académicos, habilidades para supervisar a otros estudiantes en formación en modelos de intervención secundaria, habilidades para modelar y llevar a cabo ensayos conductuales de diversos procedimientos de intervención.

VI. 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.

En el siguiente apartado se presenta una investigación realizada dentro del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones dentro de la materia de medición y evaluación II; así como también se describen las principales actividades desarrolladas dentro de los programas en los cuales se trabajó y que fueron escenario de la experiencia y práctica que se obtuvo en este rubro.

Respecto de la investigación que se realizó lleva como título "Ideación suicida y su relación con el consumo de sustancias en la Adolescencia". A continuación se describen cada uno de los apartados del trabajo correspondiente:

ANTECEDENTES.

La problemática del acto suicida en adolescentes que consumen sustancias es un tema de investigación relevante, dada la creciente incidencia del mismo.

Solo en 1994 hubo 2603 defunciones, con una tasa de 2.89 por 100 000 habitantes, el INEGI reporta que en 1998 las estadísticas por suicidios y lesiones autoinfligidas se encontró un 0.75% por ciento; aunque en porcentaje es menor hay que considerar que el índice de la población ha aumentado considerablemente, afectando a diferentes grupos de edad, pero principalmente a la población joven.

Dentro de la literatura suicidológica existe cierta controversia acerca de la aceptación de que el comportamiento suicida sea como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado; sin embargo la mayoría de los suicidólogos, están cada día mas de acuerdo en que la búsqueda de explicaciones, no sólo en los términos de factores externos sino en términos de factores internos, como los procesos cognoscitivos, entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente (Mahoney, 1974; Meinnchenbaum, 1974). Estos procesos presentan cargas motivacionales que al interactuar con factores clínicos como trastornos en el estado de animo. Los mecanismos cognoscitivos, por sus características de internos, de hecho no son totalmente inobservables, si consideramos que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona.

Desde el punto de vista de las estructuras mentales, de las acciones interiorizadas de la personalidad suicida, (Beck, Steer y Ranieri, 1998), afirman que los individuos suicidas poseen un

estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Proponen como base de la causa una característica primordial en la persona suicida: la ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto previo al acto suicida; además de este esquema hay otros: ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad.

Los problemas de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas éstas en premisas y supuestos erróneos o falsos. Distorsiones de la realidad y desordenes emocionales que se encuentran como los elementos centrales de la explicación del suicidio; las imágenes y las motivaciones (Sugiyama, 1984), y de acuerdo con las investigaciones dedicadas al estudio del suicidio han abordado, de alguna manera estos factores cognoscitivos, Nueringer (1980) estudio la evaluación dicotómica en los sujetos suicidas, y encontró que el pensamiento dicotómico es una característica del pensamiento de los que han intentado suicidarse de tal forma que refleja una evaluación que definitivamente forma parte de una organización cognoscitiva de valores. El mismo autor encontró que estos tienen mayor rigidez cognoscitiva que los grupos de sujetos hospitalizados y de los que no se suicidan y tienen padecimientos psicósomáticos. Asimismo encontraron que los adolescentes que presentan este tipo de pensamiento al parecer, pueden ser útiles para identificar, predecir y prevenir el suicidio.

Se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. La rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.

Kolb en 1983 menciona que el suicidio, los intentos de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastornos patológicos. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte e incluso piensa en autodestruirse ocasionalmente. Sin embargo, la preocupación obsesiva con pensamientos suicidas que se rumian una y otra vez es patológica.

El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos de: todo o nada, bueno o malo, correcto – incorrecto, hermoso – feo (Hoffart y Martinsen, 1991).

ADOLESCENCIA.

La etapa evolutiva designada como “adolescencia” (trece a dieciocho años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no solo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de “no ser”, la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias.

Algunas investigaciones que se han realizado alrededor de esa problemática hacen mención acerca de que existe una relación entre la ideación suicida, los actos suicidas y el suicidio consumado, y el consumo de sustancias.

Brent (1987) afirma que entre 1978 y 1983 aumentó considerablemente el porcentaje de suicidios adolescentes relacionados con el excesivo consumo de alcohol.

Una formulación similar es la realización de Diekstra (1995). En Europa el excesivo consumo de alcohol es la variable más altamente asociada con las tasas de suicidio según la edad.

King (2001) Realizó un estudio con sujetos que presentaron ideación suicida, encontró que se presentaban eventos más estresantes en sus vidas, vida sexual activa, fuman más de un cigarro al día y tienen una historia de fumar marihuana; así como también un ambiente familiar “pobre” con un bajo monitoreo por parte de los padres e intoxicación por alcohol.

González (1998) Hace mención que la ideación suicida ha sido menos estudiada, que el intento suicida o el estudio consumado. Garrison, Lewwinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, Lann (1991), definen la ideación suicida como “tener pensamientos o fantasías acerca de su propia muerte”. Es considerada como un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno, asociado frecuentemente con desesperanza y baja autoestima, con dificultades para resolver problemas interpersonales con el fracaso escolar o laboral, el rechazo y los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres.

En las investigaciones realizadas por Fawcett, Clark y Busch (1993) indican que en 954 casos de suicidio con trastornos emocionales severos hubo una correlación positiva asociada a síntomas de desesperanza, alucinaciones, abuso de alcohol, ataques de pánico y dificultad para expresar placer.

Hawley, James, Burkett, De Rutier y Priest (1991) sugieren que tanto los parasuicidas como los que han logrado suicidarse, han sido muy estudiados, no de esta manera, los que presentan ideación

suicida. Estos autores estudiaron a 53 personas que se presentaron en una sala de urgencias por ideación suicida, pero que no se habían hecho ningún daño. Encontraron una gran tasa de trastornos de personalidad y abuso de alcohol y solamente 13 % con depresión, por lo que concluyen que la ideación suicida se asociaba más con la desadaptación crónica que con la depresión.

Tapia (2001) en su libro "las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas" cita: El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación, sin embargo, el tipo y magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas casuales relativamente complejos; dependen de la interacción del individuo, la droga y el ambiente en que se da el consumo". (p. 57)

Natera (1997), en el texto anteriormente citado menciona que la relación entre drogas y otras formas de violencia puedan manifestarse de diferentes maneras; por una parte una persona intoxicada se coloca en un riesgo mayor de ser víctima de violencia y por otra, bajo un estado de intoxicación aguda se incrementa el riesgo de que el individuo incurra o manifieste una conducta agresiva.

ESCALAS

El elevado riesgo de morbilidad y mortalidad que representa la conducta suicida requiere que se realice una valoración adecuada. La valoración del riesgo suicida es esencial por dos motivos: el inmediato, para prevenir el acto suicida, o si ya se ha realizado la tentativa, para evitar su repetición en un tiempo breve y el evolutivo para programar la terapia idónea a la persona suicida o con riesgo.

La estimación del riesgo suicida continua siendo uno de los problemas más críticos de la prevención y el que plantea más dificultades en la asistencia de las personas en crisis. En la década de 1960 se inicio la búsqueda de escalas de valoración de riesgo suicida, y en la década de 1980 reapareció el interés por ellas. La construcción de escalas y la identificación de factores de riesgo se han complicado por la diversidad de criterios utilizados en su estudio. Las escalas exploran la ideación suicida y/o psicológica que se han observado en los suicidios. La utilización de escalas de predicción como ayuda al criterio clínico es importante.

Las escalas de evaluación permiten reconocer algunos suicidios sobre todo, si se tiene en cuenta que durante semanas o meses anteriores al acto casi un 70% de los sujetos han consultado con un médico y han dado avisos de sus intenciones de forma directa o indirecta.

Tuckman y Youngman (1968) estudiaron 3800 tentativas de suicidio en Filadelfia (Estados Unidos) y adoptaron una escala de factores de mayor riesgo suicida: Edad de más de 45 años, sexo masculino, raza blanca, estar separado, divorciado, viudo, vivir solo, estar desempleado o jubilado, padecer un trastorno físico agudo o crónico en el curso de los últimos 6 meses, alteración nerviosa o mental, trastorno del humor o de la conducta, incluyendo alcoholismo, atención médica, utilización de métodos violentos.

Davidson y Choquet (1981) distinguen factores de riesgo en una población de adolescentes franceses hospitalizados después de la tentativa de suicidio. Estos son : el diagnóstico psiquiátrico de psicosis o trastorno de la personalidad, el pertenecer a un grupo familiar de cuatro o más hermanos, los antecedentes familiares de alcoholismo, los antecedentes personales de trastornos caracteriales o problemas escolares, una dinámica familiar patológica y tendencias depresivas.

Beck (1974) desarrolló distintas escalas para medir el grado de intencionalidad suicida, de ideación suicida y desesperanza. La escala de intencionalidad suicida (Suicidal Intent Scale for Attempters) para la tentativa tiene dos aparatos. Los primeros 8 ítems se refieren a las circunstancias en la que se realiza la tentativa, y son de naturaleza objetiva. Otros 7 ítems, son subjetivos y analizan los sentimientos y expectativas de la persona suicida, y los 5 últimos, que no puntúan en la escala describen aspectos importantes de riesgo suicida. La escala de ideación Suicida (The Scale for Suicide Ideation) comprende 19 ítems, con valores de 0.1 y 2. El formato original no está redactado en primera o tercera persona sino que supone la presentación de ciertos indicadores sobre los que marcar una de las opciones según la frecuencia de ocurrencia o dependiendo su presencia o no del paciente. En este sentido, se podría hablar de una escala semiestructurada. La validez de constructo queda probada por la correlación entre la puntuación de la escala y la desesperanza, la depresión y las actitudes dicotómicas ante la vida (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). El análisis factorial de "Scale for Suicide Ideation" indica la existencia de tres factores (Beck et al. 1979). El primero de ellos referido a "deseo activo de suicidio", el factor 2 relacionado con "preparación del acto suicidio" y, por último, el factor 3 referido al "deseo pasivo de suicidio". La escala de desesperanza (Hopelessness Scale), de 20 ítems (verdadero – falso) mide las expectativas negativas hacia el futuro. En el estudio de Beck y cols (1985) con pacientes ingresados por depresión y que presentaban ideación suicida, obtuvieron que esta última escala tenía valor predictivo de riesgo suicida. Posteriormente Beck y Steer (1989), en el estudio de seguimiento de 5 a 10 años de 413 personas ingresadas por tentativas de suicidio a las que se les

aplico la escala de desesperanza, indican que su valor predictor en personas con tentativa es problemático.

Pallis y cols (1982,1984) demostraron la eficacia de una versión modificada de la escala de intencionalidad Suicida de Beck, en las que se unieron las circunstancias en las que se realiza la tentativa con características sociodemográficas y clínicas. Han realizado dos escalas, una de ellas reducida, a tan solo 6 ítems.

Todos los instrumentos proporcionan una información sobre el riesgo suicida que, asociado a la experiencia clínica puede ser de utilidad. Pero buscando indicadores de riesgo inmediato de suicidio; Motto y Bostrom (1990) investigaron las características de 38 personas que se suicidaron en un periodo de 60 días después del alta hospitalaria. Estas formaban parte de una muestra de 3005 pacientes asistidos en los servicios de urgencias de salud mental de San Francisco, que habían sido ingresados por presentar un estado depresivo o riesgo suicida (ideación, amenaza o tentativa). Estos autores realizaron un estudio prospectivo de 186 datos de información psicosocial de estos pacientes e identificaron 9 variables de riesgo elevado en esta población: Antecedentes de hospitalización psiquiátrica, el pensar en el ahorcamiento o la precipitación como métodos suicidas, el tener impulsos suicidas actualmente, estar divorciado, la amenaza de perdidas económicas, el sentimiento de ser una carga para los demás, la incapacidad o dificultad de llorar, ideas de persecución o de autorreferencia severas o moderadas o una reacción negativa o ambivalente del entrevistador hacia el paciente.

TEST PSICOLÓGICOS.

Menahem, 1971; (citado en los suicidios 2000); menciona que en las décadas de 1950, 1960 y 1970 se realizaron muchos estudios que buscaban signos o perfiles que permitiesen evaluar el riesgo suicida a partir de la aplicación del test. Sus resultados indicaron que son de escasa utilidad para la identificación de tendencias suicidas, pero sirven de orientación y valoración de la situación clínica y de la demanda asistencial.

Las hipótesis de la utilidad del protocolo del Rorschach para detectar personas potencialmente suicidas fueron valoradas como no significativas, y los signos propuestos eran equívocos y no diferenciadores entre pacientes suicidas o no suicidas.

Del Thematic Apperception Test (TAT), aunque menos utilizado en la investigación de los actos suicidas, no se encontraron diferencias entre personas suicidas y no suicidas.

Davison y Choquet 1982 en las distintas revisiones del significado del test de personalidad del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) para la identificación de un perfil suicida, se concluye sobre la falta de evidencias de características significativas. La especificidad del MiniMult, para los actos de suicidio, debe demostrarse en relación a otros trastornos de conducta.

Utilizando el cuestionario de 16 factores de Catell (16PF). MacCulloch y Phillip (1973) encontraron en 100 personas que habían realizado tentativa de suicidio, que se podía identificar un subgrupo que daba resultados similares a los observados con las personas con trastornos de la personalidad, pero con diferencias según el sexo.

En su estudio, se diferenciaba un perfil con rasgos de personalidad ansiosa, que estaba presente en la mitad de las personas que habían realizado tentativas de suicidio versus un 15% de la población general y un 30% de la población psiquiátrica. Pero los mismos autores indican características de que la impulsividad, ansiedad elevada, pobreza de las relaciones interpersonales y hostilidad, no son características de esta población en particular.

Igual que en la clínica no se observa una personalidad suicida, tampoco los test psicológicos hallan un perfil suicida.

La información sobre el riesgo de mortalidad suicida en los pacientes con dependencia al alcohol se obtiene por dos vías, a través del seguimiento de estos pacientes y la determinación del suicidio como causa de muerte, y con el estudio de muertes por suicidio en la población general para evaluar cuantos suicidas presentan abuso o dependencia al alcohol.

En 1978, Miles revisó diversos estudios de seguimiento de estos pacientes y estimó que un 15% de estos morían por suicidio. Valoró que la tasa de suicidios era de 270/100.000/año. Roy y Linnolia (1986) calcularon que un 21.1% de los suicidas eran alcohólicos, y un 18% de los pacientes con dependencia al alcohol se suicidaban.

El alcoholismo es un factor de riesgo suicida y las personas con dependencia al alcohol son un grupo de riesgo, pero la incidencia real de la tasa de suicidios oscila, según los diversos estudios epidemiológicos realizados, entre cifras tan dispares de un 2 a un 56% (Roy y Linnolia, 1986).

En el siglo XIX ya se planteó la relación del alcoholismo y los actos suicidas. Durkheim (1928) escribió que desde hace algún tiempo se tiende a imputar a el alcoholismo todos los males de nuestra civilización, y se preguntaba sobre la influencia en el suicidio. En su revisión de las estadísticas llegó a la conclusión de que el alcoholismo constituía un terreno vulnerable de suicidio, pero se precisaban otros factores, pues la relación era irregular.

Las características de las personas con dependencia al alcohol que se suicidan son similares a las personas suicidas no alcohólicas, predominando el ser varones, de edad media, solteros, con antecedentes de tentativas previas, constando una hospitalización durante el año anterior y con acontecimientos vitales adversos, y, sobre todo alguna pérdida.

El consumo de alcohol puede facilitar la conducta suicida o puede ser una forma de conducta suicida crónica. El suicidio y el alcoholismo pueden estar motivados por causas similares. También se ha valorado que los actos de suicidio pueden realizarse bajo la influencia de la intoxicación alcohólica, que facilita el impulso suicida o al final de un largo proceso alcohólico asociado a los sentimientos de culpa y desesperanza.

Beck y Steer (1989), en un estudio longitudinal de 5 – 10 años sobre 413 pacientes hospitalizados por una tentativa de suicidio, encontraron que entre las características clínicas y demográficas, solo el diagnóstico de alcoholismo en el momento del ingreso era predictivo de riesgo suicida. El riesgo suicida era cinco veces superior que el de las personas diagnosticadas de alcoholismo.

La revisión de la relación entre otras toxicomanías y el suicidio es menos objetiva, aunque la tasa de suicidios es elevada. En las muertes por sobredosis es difícil objetivar cuáles son con intencionalidad suicida.

Davison y Choquet (1983), constataron 6 suicidios consumados en un grupo de 226 pacientes de 15 a 30 años con dependencia a diversas sustancias. Un 56% de este grupo tenía antecedentes de tentativa de suicidio (un 23% una tentativa y un 33% varias tentativas). Estas tentativas de suicidio las habían hecho, o bien antes de iniciar la dependencia, o en el curso del primer año de la toxicomanía, o una vez establecida la dependencia a las drogas. La diferencia entre sexos fue mínima.

Solomon y Aron (1978), apuntan una tasa de suicidios en adictos a los narcóticos de 20 a 30 veces superior a la de la población general. Estos autores, después de la revisión sobre este tema, concluyeron que el alcoholismo y las otras toxicomanías eran la causa de un suicidio, o representaban una forma de suicidio o compartían una etiología común con los suicidios.

Seaguer (1986) reporta el estudio de Feuerlein (1978), que indica que las tasas de suicidio en los toxicómanos y alcohólicos son 22 veces superiores que las de la población general.

Black (1989), en el estudio de Iowa sobre las causas de la mortalidad en 31 pacientes psiquiátricos, obtuvo que 68% eran suicidio. En este grupo, el diagnóstico de alcoholismo y otras toxicomanías eran factor de riesgo significativo.

Una vez revisados los contenidos teóricos pertinentes, se procedió a realizar el plan de prueba, para determinar las dimensiones sobre las cuales se trabajó; así como las áreas de incidencia de cada uno de estas.

A continuación se describe las dimensiones y las áreas de incidencia que se observaron en el plan de prueba.

PLAN DE PRUEBA

DIMENSIONES	AREA INCIDENCIA.	AREA INCIDENCIA	AREA INCEDENCIA	AREA INCIDENCIA
AFFECTIVA	Sentimientos De Desesperanza	Sentirse desanimado	Soledad	Depresión
COGNITIVA	Ideas Suicidas	Rigidez Cognoscitiva	Elección del tipo de sustancia	Pesimismo
CONDUCTUAL	Actos Suicidas Lesiones Autoinflingidas	Intentos Suicidas	Consumo de Sustancias	Frecuencia del Consumo

OBJETIVO.

El objetivo del presente trabajo; fue la estandarización de un instrumento que pueda medir la relación que existe entre la ideación suicida y el consumo de alcohol y tabaco.

METODO.

Sujetos

A lo largo del procedimiento participaron 120 sujetos; de los cuales 20 fueron encuestados en el piloteo; su nivel de escolaridad era de secundaria; 10 hombres y 10 mujeres; esta fase tuvo como propósito el probar que las instrucciones fueran claras y que los reactivos fueran entendibles para la población. Y 100 en la aplicación de la muestra; a quienes se les aplicó el instrumento; las características fueron: adolescentes mujeres y hombres, de 15 a 21 años de edad con una media de 16.79; escolaridad educación media superior; todos ellos pertenecientes al CCH Sur.

Procedimiento.

La conformación del instrumento tuvo como fase inicial el realizar un plan de prueba donde el punto principal fue dar respuestas a los siguientes cuestionamientos:

- ¿Que quiero medir? La relación que existe entre la ideación suicida y el consumo de alcohol y tabaco; cabe mencionar que lo que deseaba medir al inicio era la ideación suicida en relación con el consumo de sustancias (drogas legales e ilegales) pero debido a que no se tuvo acceso a la población se tuvo que replantear el cuestionamiento que se menciona con anterioridad.
- ¿En quien lo quiere medir? La población en que se decidió incidir fue adolescentes que tuvieran una escolaridad de educación media superior.
- ¿Para quién lo quiero medir? Uno de los motivos para tratar de medir este tipo de pensamientos radica en realizar medidas preventivas, dentro del ámbito de las adicciones; ya que se han documentado algunas relaciones entre suicidio y consumo de sustancias; tomando en cuenta que la ideación suicida en la gran mayoría de los casos precede al acto o intento suicida, se considera de gran importancia el estudio de esta.

ELABORACIÓN DE REACTIVOS.

Posterior al plan de prueba se realizo la elaboración de los reactivos que quedaron distribuidos de la siguiente manera:

INSTRUMENTO.

A continuación se presenta una serie de preguntas; elige la respuesta que describa mejor como te has sentido en los últimos 2 meses. Te pedimos que contestes de manera honesta ya que las respuestas que des a este cuestionario, son confidenciales.

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Considero mi futuro con esperanza y entusiasmo.					
2. Siento que soy útil y necesario.					
3. Me siento desanimado por el futuro.					
4. Veo mi futuro incierto.					
5. Siento que no puedo seguir adelante.					
6. Le tengo miedo de muerte.					

7. No tengo ganas de vivir.					
8. Me da lo mismo vivir que morir.					
9. Creo que podré obtener alguna verdadera satisfacción en el futuro.					
10. Pienso que mi familia estaría mejor si estuvieras muerto (a).					
11. Pienso que vale más vivir que morir.					
12. Morir vale más que vivir.					
13. He tenido pensamientos de muerte.					
14. que tantas ganas tienes de seguir viviendo.					
15. Me quitaría la vida si tuviera oportunidad.					

A continuación marca con una X la respuesta, que describa mejor lo que te ha sucedido.

16. Recientemente he sufrido la pérdida de personas importantes en mi vida.
 Si _____ No _____ Quien _____

17. ¿Alguna vez has planeado quitarte la vida?
 Si _____ No _____

18. ¿Me he hecho daño a mi mismo (a) con el fin de quitarme la vida?
 Si _____ No _____

Enseguida encontraras preguntas acerca del consumo de tabaco y alcohol. **Subraya** la elección de tu respuesta. Recuerda que la información que nos proporciones es confidencial.

19. ¿Fumas?
 Si No

20. ¿A que edad empezaste a fumar?
 _____ Años.

21. ¿Cuantos cigarros fumas al día?
 De uno a tres
 De cuatro a seis.
 De siete a diez.
 De diez a quince.
 Mas de quince.

22. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas?
 Si No

23. ¿Qué bebidas acostumbras tomar? Puedes elegir más de una opción.
 Cerveza
 Pulque
 Vino de mesa
 Destilados (ron, brandy, ginebra, whisky, tequila, vodka, etc.)
 Alcohol puro o aguardiente.
 Otras. _____

24. ¿A que edad empezaste a ingerir bebidas alcohólicas?

_____ Años.

25. ¿Con que frecuencia?

Una vez al mes

Dos veces al mes.

Tres veces al mes.

Cuatro veces al mes.

Cinco o más veces al mes.

26. ¿Cuándo consumes alcohol; en donde lo consumes?

Tu casa Calle Fiestas Casas de Amigos En el coche.

27. ¿Cuándo consumes alcohol tienes pensamientos sobre tu propia muerte?

Si

No

PILOTEO

Esta fase se llevo acabo con 20 sujetos; los cuales su nivel de escolaridad era de secundaria; 10 hombres y 10 mujeres; esta fase tuvo como propósito el probar que las instrucciones fueran claras y que los reactivos fueran entendibles para la población.

A partir de esta aplicación se logro detectar que parte de las instrucciones no eran claras; ni precisas; además de adecuar una de las opciones de respuestas que era “frecuentemente” se modifiko a “A menudo”.

RECONFORMACION DE REACTIVOS

A partir del piloteo se reconformaron los reactivos de la siguiente manera:

El reactivo No. 1 que era “Considero mi futuro con esperanza y entusiasmo”; se modifiko por “Veo mi futuro con esperanza y entusiasmo”.

El reactivo No. 10 que inicialmente era “He tenido pensamientos de muerte”; se cambió por “He pensado como quitarme la vida”.

Los reactivos que se quitaron fueron los siguientes:

- Me siento desanimado por el futuro.
- Veo mi futuro incierto.
- Creo que podré obtener alguna verdadera satisfacción en el futuro.
- Tengo ganas de seguir viviendo.

La versión final del instrumento se presenta mas adelante

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 100 sujetos a quienes se les aplicó el instrumento; las características fueron: adolescentes mujeres y hombres, de 15 a 21 años con una media de 16.79; escolaridad educación media superior; todos ellos pertenecientes al CCH Sur.

ANÁLISIS DE REACTIVOS

Se realizó la codificación y la captura de los datos en el paquete estadístico SPSS.

Es importante mencionar que los reactivos socio demográficos no fueron tomados en cuenta así como los 2 dicotómicos.

A continuación se presentan gráficas y datos en la que se presentan los datos obtenidos en el análisis de frecuencias, discriminación, direccionalidad, confiabilidad y validez; realizado al instrumento

A) ANÁLISIS DE FRECUENCIAS.

REACTIVO	MEDIA	MEDIANA	MODA	DESVIAC ESTANDAR	SESGO	STD. ERROR SESGO
R1	1.85	2.00	1	.94	1.060	.241
R2	2.04	2.00	1	1.00	.835	.241
R3	2.29	2.00	2	1.22	.795	.241
R4	2.28	2.00	1	1.41	.883	.241
R5	1.84	1.00	1	1.31	1.435	.241
R6	1.69	1.00	1	.95	1.388	.243
R7	1.30	1.00	1	.79	3.483	.243
R8	1.68	1.00	1	1.16	1.757	.241
R9	1.34	1.00	1	.70	2.472	.243
R10	1.53	1.00	1	.87	1.644	.241
R11	1.39	1.00	1	1.32	5.956	.243
R14	1.67	1.00	1	1.62	4.200	.330
R18	1.98	1.00	1	1.33	.999	.246
R20	1.31	1.00	1	.78	3.143	.244

B) ANALISIS DE DISCRIMINACION

Para la realización de este análisis se utilizó la prueba T de Student; la cual se utiliza para comparar muestras independientes y poder encontrar valores estadísticamente significativos.

Los reactivos que no muestran valores estadísticamente significativos son los siguientes:

REACTIVO	SIGNIFICANCIA
Siento que soy útil y necesario	.102
Tengo miedo a la muerte	.228
Me quitaría la vida si tuviera oportunidad	.056
¿Cuántos cigarros fumas al día?	.051

C) DIRECCIONALIDAD

El análisis de la direccionalidad se realizó a través de la opción crosstabs dentro del paquete estadístico SPSS.

Los reactivos en donde la direccionalidad no se manifiesta de manera clara fueron los reactivos número 3 y 11. Los resultados se presentan en los anexos.

D) CONFIABILIDAD

El análisis de la confiabilidad se realizó a través de la prueba estadística Alpha. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Los reactivos que no mostraron confiabilidad fueron:

R4 .5922

R11 .5820

ALPHA TOTAL .5350

ALPHA ESTANDARIZADA .6114

Cabe mencionar que eliminando el reactivo número cuatro la confiabilidad de aumentaría en .14.

E) VALIDEZ

Los criterios para la construcción de los factores fueron:

- Valor Eigen igual ó mayor a 1
- Carga factorial de cada uno de los reactivos de .40
- Realización de Matriz Varimax.

Para este análisis se utilizó el análisis factorial. En éste se encontraron solamente 2 factores; ideación y alcohol e ideación, respectivamente, aunque al inicio muestra 4 factores después de la interpretación sólo se tienen dos ya que los otros sólo son indicadores.

RESULTADOS

En el análisis para poder observar qué tan atractivas eran las opciones de respuesta de cada uno de los reactivos, se encontró que en la mayoría las cinco opciones de respuesta fueron atractivas salvo en tres de los reactivos, en donde solamente se hicieron presentes 4 opciones de respuesta y no las cinco.

En lo que respecta al análisis de discriminación se encontraron 4 reactivos que no cumplían con los criterios de puntuaciones de significancia pertinentes para ser tomados como reactivos significativos.

En cuanto a la direccionalidad de cada uno de los reactivos evaluados se encontró que los reactivos 3 y 11 no muestran una tendencia clara.

Realizando el análisis pertinente para obtener la confiabilidad, se encontró que hubo 4 reactivos que no eran cumplieron con los puntajes necesarios para que fueran determinados como confiables.

Cabe mencionar que antes de realizar la prueba de factores se realizó la depuración de 4 reactivos que no eran relevantes dentro de la prueba; posterior a esto se corrió el análisis dando como resultado 4 factores los que después de ser analizados se convirtieron en tan solo dos ya que los otros solo se pueden contemplar como indicadores.

DISCUSIÓN

Es importante mencionar que es pertinente realizar un análisis detallado de cada uno de los reactivos para poder lograr mejores puntajes y si es necesario realizar algunos replanteamientos y eliminar los reactivos que no aporten. De la misma manera en investigaciones posteriores sería importante tratar de explorar la relación de la ideación suicida con drogas psicoestimulantes y no sólo con alcohol y tabaco.

INSTRUMENTO FINAL.

A continuación se presenta una serie de afirmaciones; elige la respuesta que describa mejor como te has sentido en los últimos 2 meses. Te pedimos que contestes de manera honesta; ya que las respuestas que des en este cuestionario, son confidenciales. Marca con una X el espacio que mejor represente como te has sentido.

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.Veo mi futuro con esperanza y entusiasmo					
2. Siento que soy útil y necesario					
3. Siento que no puedo seguir adelante					
4. Tengo miedo a la muerte					
5. No tengo ganas de vivir					
6. Me da lo mismo vivir que morir					
7. Piensas que tu familia estaría mejor si estuvieras muerto (a)					
8. Pienso que vale más vivir que morir					
9. Morir vale más que vivir					
10. He pensado como quitarme la vida					
11. Me quitaría la vida si tuviera oportunidad					

Enseguida encontraras preguntas acerca del consumo de tabaco y alcohol. Encierra en un círculo la elección de tu respuesta. Recuerda que información que nos proporcionas es confidencial.

12. ¿Fumas?

No=1 Si= 2

13. ¿A que edad empezaste a fumar?

_____ Años

14. ¿Cuántos cigarros fumas al día?

- 1. De uno a tres
- 2. De cuatro a seis
- 3. De seis a Diez
- 4. De once a quince
- 5. Más de quince

15. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas?

No=1 Si=2

16. ¿Qué bebidas acostumbras tomar? Puedes elegir más de una opción.

- 1. Vino de mesa
- 2. Cerveza
- 3. Pulque
- 4. Destilados (ron, brandy, ginebra, whisky, tequila, vodka, etc.)
- 5. Alcohol puro o aguardiente

17. ¿A qué edad empezaste a ingerir bebidas alcohólicas?

_____ Años

18. ¿Con que frecuencia?

1. Una vez al mes
2. Dos veces al mes
3. Tres veces al mes
4. Cuatro veces al mes
5. Cinco ó más veces al mes.

19. ¿Cuándo consumes alcohol; en donde consumes?

Tu casa Calle Fiestas Antro Escuela

20. ¿Cuándo consumes alcohol tienes pensamientos sobre tu propia muerte?

Nunca Casi Nunca Frecuentemente Casi Siempre Siempre

¡GRACIAS POR TU COLABORACION!

HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

La elaboración de la investigación que se menciona, permitió desarrollar diferentes habilidades y competencias profesionales como: la revisión de textos científicos, la lectura y comprensión de textos en ingles, manejo estadístico de los datos, elaboración de reactivos, habilidades para poder interactuar con la población en general e invitarle a que colabore en investigaciones, es decir, generar empatía para lograr que estos quisieran participar en el estudio.

El desarrollo de las actividades implementadas durante la participación en los programas mencionados, facilito y apoyo la adquisición de una serie de habilidades y competencias profesionales, las cuales ya se han mencionado con anterioridad. Sin embargo en este involucramiento en protocolos de investigación permitió el desarrollo de competencias profesionales entre las que se encuentran habilidades para el manejo de casos clínicos como terapeuta responsable, habilidades para establecer adherencia terapéutica e integridad a los modelos de tratamiento, habilidades de comunicación verbal y no verbal para el establecimiento de un adecuado ambiente terapéutico, habilidades de negociación para el establecimiento de una meta de consumo adecuada, habilidades para ayudar al cliente para reconocer sus recursos para resolver sus problemas por su manera de consumir, habilidades para evaluar los avances de los usuarios dentro del tratamiento y los seguimientos, habilidades para mover a los usuarios a través de la rueda del cambio, análisis de datos, habilidades para apoyar a los usuarios en la identificación y descripción de situaciones de riesgo, así como el desarrollo de planes de acción

para afrontar dichas situaciones. Así mismo, se desarrollaron habilidades y competencias para aplicar, adaptar y evaluar procedimientos de intervención de corte cognitivo conductual, así, como el manejo adecuado y oportuno de bebedores problema y de fumadores.

Es importante señalar que en cuanto a las habilidades y competencias adquiridas respecto de la investigación experimental aplicada y de proceso no se cumplió al 100 %, ya que la investigación presentada no cubre los criterios mencionados, sin embargo fue un paso esencial para que las habilidades respecto del ámbito de investigación empezaran a emerger; ya que de manera posterior me vincule con aspectos de investigación más formales; sin embargo no se concluyeron debido a que el tiempo de la residencia había concluido, y los distractores y/o necesidades cotidianas no me permitieron continuar con la misma dinámica de trabajo.

SESION TIPICA DEL EJERCICIO PORFESIONAL

ANTECEDENTES.

El consumo de sustancias adictivas representa un riesgo para el desarrollo de los niños y jóvenes así como para sus familias y comunidades, pues además de los aspectos negativos inherentes al estilo de vida, se deben agregar la violencia, los accidentes, los trastornos de salud mental, el ausentismo en el ámbito laboral, así como el alto costo que implica para los servicios de salud el tratamiento y rehabilitación (INEGI, 2001).

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002), mostró que en México el 14.4% de la población se abstiene de beber, mientras el 9.3% de los varones y el 0.7% de las mujeres, entre los 18 y 65 años, cumplieron con el criterio de dependencia al alcohol según la IV Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV).

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que en las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). En las poblaciones rurales se observa la misma presencia por estos patrones de consumo (ENA, 2002).

Los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o peleas con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7 en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras (ENA 2002).

De acuerdo a lo anterior, se observa que el patrón característico en México sigue siendo poco frecuente (una vez al mes) con grandes cantidades (cinco copas o más por a ocasión de consumo). Este grupo no muestra síntomas crónicos de dependencia, sin embargo, su forma de consumo esta

más asociada con la ocurrencia de accidentes que la ingesta crónica. Es decir, las repercusiones sociales del consumo de alcohol son, en mayor medida, responsabilidad de quienes presentan intoxicación aguda, que quienes tienen problemas de consumo crónico (Ayala y Echeverría, 1998). Parecería que este grupo de la población (bebedores problema) presenta solo algunos síntomas de dependencia al alcohol y se encuentran en riesgo de tener problemas sociales y de salud, relacionados con su forma de consumo (Medina Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero y cols, 1989).

Otro aspecto que ha llamado la atención sobre el consumo de alcohol en nuestro país es el consumo entre los menores de edad. Según se desprende de la última Encuesta Nacional de Adicciones (2002) cerca de tres millones de adolescentes entre los 12 y 17 años dijeron haber consumido una copa completa de alcohol, en los hombres el 10.5% y las mujeres el 3.4%.

Por desgracia, existe una gran permisividad hacia los menores de edad para consumir alcohol sin que se cumplan los reglamentos vigentes que prohíben la venta de alcohol a menores. Es por ello que el alcohol es la droga de la que más abusan los adolescentes; lo cual, además de ser un problema importante en sí mismo, conlleva un alto riesgo para experimentar con otras drogas ya que como se ha observado el inicio del consumo de alcohol a edades tempranas se vuelve un predictor importante.

La prevención y el tratamiento del abuso del alcohol representan áreas de considerable y creciente actividad de investigación en las ciencias de la salud y en las ciencias sociales, en las últimas décadas. Sin embargo, a la vez que existe una mayor conciencia social sobre los problemas que ocasiona el excesivo consumo de alcohol y el debate político sobre el control de su expendio y su promoción en los medios masivos de comunicación se agudiza, un número de recientes estudios científicos ponen en tela de juicio las suposiciones clásicas acerca de la manera más apropiada de llevar a cabo el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico (Instituto de Medicina, 1990).

Los programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol, se han enfocado principalmente en el tratamiento de los casos donde existe una dependencia hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia en personas que presentan síntomas de retiro. Sin embargo, la mayoría de los casos, por el contrario, son aquellos que tienen una historia de

consumo que fluctúa entre periodos problemáticos con el alcohol, con consecuencias variadas y periodos de abstinencia o consumo limitado en el que no se presentan problemas.

Debido a los resultados pobres que se han venido observando para lograr cambios positivos y duraderos en el tratamiento de los individuos con una dependencia severa al alcohol y que actualmente continua dicha problemática (Ayala, 2001), a partir de los 80's se le ha venido dando importancia a la identificación temprana y al tratamiento de los individuos que consumen en forma excesiva y que presentan problemas por su manera de beber pero sin una historia de dependencia severa al alcohol. Estos individuos llamados también bebedores problema, representan un número importante en cualquier sociedad (Filmore y Midanick, 1984), y debido que tales individuos mantienen sus recursos personales, económicos y sociales intactos, al entrar a tratamiento tienden a tener mejores resultados (Sobell, Sobell y Maisto, 1984; Finney, Moos y Newborn, 1980). El "bebedor problema" ha sido definido como el usuario que consume alcohol en forma esporádica pero explosiva, es decir, que consume altas cantidades de alcohol, que presenta algunos síntomas de dependencia al alcohol y que puede encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud, relacionados con su forma de consumo (Ayala, Echeverria, Sobell y Sobell, 2001; Medina mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989; Sobell, 2001).

A pesar de que la mayoría de los servicios de tratamiento existentes son programas de tratamiento residencial intensivo dirigidos a individuos con una dependencia severa al alcohol, los bebedores problema parecen beneficiarse más de tratamientos breves de consulta externa que de tratamientos intensivos y residenciales. Por otro lado, cuando este tipo de consumidores se involucran en un tratamiento, se interesan en moderar su patrón de consumo en lugar de convertirse en abstemios (Babor, Ritson y Hugson, 1986; Heather y Robertson, 1983). Esto contrasta con los individuos con dependencia severa al alcohol que tienden a recuperarse a través de la abstinencia (Pollich, Armor y Braiker, 1981). Los programas de tratamiento para esta población no han tenido éxito, debido a que utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir, que la meta del tratamiento tiene una orientación a la abstinencia, que los usuarios no están dispuestos a seguir. Considerando que este es un serio problema de salud pública, se vio en la necesidad de desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por esta población, a través de la aplicación de intervenciones

breves y efectivas que cubran las necesidades propias de los usuarios, que a su vez, sean atractivas para los mismos.

Las aproximaciones conductuales al tratamiento del abuso del alcohol, que proponen una visión del alcoholismo como un patrón de comportamiento aprendido y que generalmente tiene como meta la moderación, fueron inicialmente desarrolladas en la época de los setenta por Miller, (1978) y por Pattison, Sobell y Sobell, (1977). Una aproximación promisoria para esta población son los programas de autocontrol. En este tipo de programas las personas tienen oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento, a través del establecimiento conjunto (terapeuta – usuario) de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

El “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema” es un modelo de tratamiento de autocontrol conductual dirigido para el bebedor problema, que ha sido evaluado con éxito en Canadá y en los Centros de Servicios Psicológicos y en el Centro Comunitario “Dr. Oswaldo Robles”, dependientes de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Este modelo de tratamiento se caracteriza por ser un programa efectivo y menos restrictivo diseñado para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige cambios mínimos en el estilo de vida general del usuario.

El Modelo presenta las siguientes características:

- Modelo motivacional y cognitivo conductual para bebedores problema que no dependen físicamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
- Se ofrece en una modalidad de consulta externa.
- Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

Así mismo, incorpora cuatro estrategias centrales de intervención: autocontrol, análisis funcional de los antecedentes y consecuentes del consumo excesivo de alcohol, solución de problemas, el uso de redes y recursos sociales, así como, prevención de recaídas.

En resumen podemos decir que este Modelo de intervención ha sido desarrollado específicamente para ciertos tipos de personas con problemas por su forma de beber. El Modelo es una intervención breve, motivacional y cognitivo conductual que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, a organizar y a usar sus fortalezas y recursos para resolver problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudar a la persona a desarrollar estrategias específicas de solución de problemas que le permite enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. El Modelo incluye una fase de admisión y evaluación inicial, a través de la cual se obtiene información sobre el problema del consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta para saber si el usuario es candidato para la intervención. Después de la evaluación el usuario recibe material de lectura y tareas relacionadas con estas lecturas, asiste a cuatro sesiones de tratamiento con una duración aproximada de 60 minutos cada una. Es muy importante enfatizar que las personas que acuden a este modelo tienen distintos problemas, distintas circunstancias que los llevaron a caer en un consumo excesivo y por lo tanto tendrán diferentes estrategias de cambio. La flexibilidad y la adaptación a las necesidades de cada persona deben ser la principal consideración cuando se aplica el Modelo.

METODO.

Objetivo General:

Aplicar el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores problema en un usuario consumidor de alcohol.

Objetivos Específicos:

- Decrementar el consumo de alcohol después de la aplicación del Modelo.
- Incrementar el nivel de autoeficacia del usuario para el control de situaciones de riesgo de consumo de alcohol al finalizar la intervención.
- Decrementar el porcentaje de situaciones de consumo al finalizar la intervención.
- Decrementar los problemas relacionados con el consumo

Variable Independiente:

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, Ayala, 2004).

Variabes Dependientes.

- Copas estándares consumidas semanalmente
- Índice de situaciones de consumo
- Nivel de autoeficacia

Descripción del usuario

Se trata de usuario masculino de 37 años de edad, casado, con estudios a nivel licenciatura, se desempeña como químico en un laboratorio; el inicio de su consumo de alcohol empezó a los 17 años de edad y lleva 20 años consumiendo. Ha tenido dos accidentes automovilísticos (2 choques) e incluso ha sido detenido por 18 horas en una ocasión; debido a que se quedó dormido manejando y esto provocó que chocara con una patrulla.

En lo que se refiere a su historial de consumo el usuario considera que ha sido un bebedor excesivo por 15 años el 60% de su consumo es cerveza, el 20% destilados, 10% vino y el 10% restante coolers; Consume en promedio por ocasión de 10 a 15 tragos estándar una vez a la semana; regularmente consume en fiestas y en bares acompañado de amigos en muy pocas ocasiones consume solo, las bebidas de preferencia son los destilados y la cerveza.

Dentro de los problemas físicos que ha presentado durante el tiempo que lleva consumiendo se encuentra: gastritis y en 2 ocasiones, ha presentado lagunas mentales al día siguiente de haber consumido además de reportar que el día posterior al consumo se siente ansioso, angustiado, temeroso y asustado.

En tres ocasiones ha sido participe de riñas en la calle, en 2 ocasiones sin los efectos del consumo de alcohol y una vez consumiendo alcohol; también reporta que tiene problemas con su esposa; e incluso ha llegado a golpear a su esposa en una ocasión (Una cachetada), a lo cual su esposa respondió abandonando su hogar. Esta es una de las razones principales por las cuales busco ayuda y de esta manera cambiar su patrón de consumo.

En el ámbito laboral el usuario reporta que en los últimos 12 meses ha tenido faltas persistentes (5) e incluso ha llegado a presentarse a laborar en estado etílico. Su consumo también ha

provocado que preste poca atención en la escuela (actualmente esta en vías de titulación para el grado de maestría y elabora su tesis).

En una ocasión intentó dejar su consumo de alcohol; esto fue en junio del 2001 y su periodo de abstinencia fue de 6 meses; reporta que este periodo de abstinencia se dio debido a que empezó a estudiar la maestría.

Una vez que se exploró el intento de dejar de consumir se le preguntó al usuario acerca de los logros que había encontrado al reducir y al dejar de beber. Comentó: "Físicamente me sentí muy bien, no gasté dinero en alcohol, estuve mucho mejor en la relación con mi esposa e incluso con mi madre, no peleaba por cualquier cosa, no hacía tonterías". Estos fueron factores reforzadores que se utilizaron a lo largo del tratamiento, para alentarle y hacerle ver que puede lograr lo que se propone. Estos comentarios sirvieron como elementos motivacionales para buscar un cambio de etapas, ver las consecuencias positivas que tuvo por no consumir, ayudó a la toma de decisión para permanecer en el tratamiento y caminar hacia el cambio de etapa (**acción**).

El usuario obtuvo una puntuación de 14 puntos en BEDA (Dependencia Media). Cumplió satisfactoriamente con los criterios de inclusión: El usuario sabe leer y escribir, su edad está entre los 18 a 65 años de edad, cuenta con domicilio permanente, consume más de 5 copas por ocasión, no presenta daño orgánico aparente, según los resultados obtenidos en la prueba PISTAS.

Instrumentos:

1. Entrevista conductual sobre el consumo de sustancias: Es un cuestionario de lápiz y papel de 50 preguntas que valora los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas, consumo de tabaco y situaciones adversas al uso de sustancias.
2. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1986). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Su confiabilidad test – retest es .92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
 - a. Una respuesta de nunca= 0
 - b. Una respuesta de algunas veces= 1

- c. Una respuesta de frecuentemente= 2
- d. Una respuesta de casi siempre= 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- a. De 1 a 9 = Dependencia Baja
- b. De 10 a 19 = Dependencia Media
- c. 20 o más = Dependencia Severa

Por su parte, la validez de contenido de la medida es alta. El BEDA fue desarrollado para medir todos los rangos del Síndrome de Dependencia al Alcohol formulado por Edwards y Gross (1986). Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retiro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber. Este último tópico, limitación del repertorio, busca reflejar el grado en el cual una persona ha desarrollado un estilo de vida, donde la principal actividad es beber. Esta escala incluye sólo un reactivo para medir este constructo pero análisis estadísticos realizados por los autores apoyaron el uso de un único reactivo.

3. Prueba de Pistas. Con la aplicación de la subescala de Pistas en su parte A y B retomada de la batería Haisted- Reitan es posible revisar el daño cognitivo, resultado del consumo excesivo del alcohol, ya que considera aspectos como la evaluación de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario. La aplicación de esta prueba es de cinco minutos, cuenta con dos partes, en la primera muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte, se presenta una serie de números combinada con letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo en su aplicación, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se le toma el tiempo el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de aplicación de dos minutos, en caso de que el usuario no terminara la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, el aplicador otorgara el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea.

4. El inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Annis, Graham y Davis, 1987; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un cuestionario de lápiz y papel de 100 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (Nunca, ocasionalmente, frecuentemente y casi siempre). Esta diseñado para medir las situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos: Situaciones Personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías: Emociones desagradables, Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad o urgencia por consumir. Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en tres subcategorías que son: Conflicto con otros, presión social y momentos agradables.

Características Psicométricas:

Estructura interna: Los puntajes de cada una de las ocho subescalas conforman una distribución normal.

Validez de Contenido: Las ocho subescalas demostraron una validez de contenido adecuada y se considera que representan adecuadamente el universo de situaciones de recaída.

Validez Externa: El ISCA no solo demostró su utilidad para medir frecuencia de consumo excesivo sino también para identificar situaciones específicas de personas con patrones de consumo excesivo.

Confiabilidad: Se encontró que cada una de las ocho subescalas tenía confiabilidad para los individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema.

Para utilizarlo en México un grupo de psicólogos reviso cada reactivo en el idioma original y se discutieron los aspectos culturales de cada pregunta, así como los aspectos técnicos (médicos, psicológicos y sociales). Varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando el uso de metáforas y frases coloquiales. Posteriormente se paso a un traductor para que hiciera una revisión final del trabajo. Una vez terminada esta fase se le pidió a 20 profesionales especializados en el tema (psicólogos, médicos, antropólogos y sociólogos) que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural. Se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos

reactivos. Posteriormente se piloteo el instrumento utilizando una muestra de 55 personas formada por el 68% del sexo masculino y 32% del seno femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura.

5. Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0% a 100%, indicando la confianza del usuario para resistir la necesidad o urgencia de consumir.

Características psicométricas:

Estructura interna: Los puntajes de cada una de las ocho categorías conformaron una distribución normal.

Validez de Constructo: El constructo de auto-eficacia, conceptualizado por Bandura (1977) se define como una variable cognitiva que involucra un juicio relacionado con la habilidad percibida que uno tiene para resistir la necesidad de beber en exceso y para identificar el nivel de confianza en cada una de las 8 categorías. Para obtener validez de constructo del CCS se correlacionó cada una de 8 categorías con medidas de consumo de alcohol y con medidas del contexto social donde se bebe. Los resultados apoyan la validez de constructo del CCS.

Validez de Criterio El cuestionario de confianza Situacional demostró discriminar significativamente entre personas exitosas en su tratamiento (un año de abstinencia después de tratamiento) y pacientes recientes admitidos en un programa de tratamiento. También demostró utilidad para predecir situaciones en donde una recaída puede ocurrir.

Confiabilidad: Se encontró que cada una de las ocho categorías del CCS muestra confiabilidad para ser aplicada a individuos que buscan tratamiento por ser bebedores excesivos.

5. Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992, Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el curso diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de “copas estándar” consumidas cada día. Este

método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables como:

- a. Número total de días de consumo
- b. Número total de copas estándar consumidas
- c. Promedio de consumo por día
- d. Porcentaje de días de abstinencia, bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.

Características Psicométricas:

Confiabilidad: Una serie de estudios han sido realizados en Canadá, en donde se han aplicado la LIBARE con una variedad de bebedores desde dependencia severa hasta dependencia media (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979; Vuchionich, Tucker, Harliee, Hoffman y Schwartz, 1985), bebedores sociales en población general (Novell y Sobell, Klajner, Pavan y Basian, 1986).

Validez: La evidencia de la validez de este método se obtiene de su aplicación clínica. El LIBARE ha sido validado utilizando:

- 1) Situaciones donde se verifican las respuestas (Por ejemplo: hospitalizaciones, arrestos). LIBARE refleja si el paciente estuvo hospitalizado, en la cárcel, o en un tratamiento. Estudios comparando estos reportes con registros oficiales, indican un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como incidencia (Cooper, Sobell, Maisto y Sobell, 1980).
- 2) Medidas de incapacidad física relacionadas con consumo de alcohol. Estudios bioquímicos sugieren que un funcionamiento anormal del hígado se relacionan con el reporte de la LIBARE de consumo excesivo.
- 3) Reportes de informes que confirman el reporte del paciente, en donde se encontraron correlaciones positivas entre las repuestas de pacientes y de otros informantes.

6. Auto-registro. Registró semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa el consumo (frecuencia, duración y topografía), los precipitadores, (internos y externos) de consumo de manera semanal.

Tipo de Diseño.

Diseño de investigación N=1(A-B con seguimientos).

Escenario

Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco” de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México en la Ciudad de México:

Procedimiento

- Se aplico el Modelo Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998)
- El Modelo tuvo una duración de 7 sesiones, las sesiones fueron semanales con una duración aproximada de 60 minutos cada una, por lo que la duración total del tratamiento fue de mes y medio.
- Se inicio con las sesiones de Admisión y de Evaluación, dónde se aplicaron los instrumentos antes mencionados.
- Posterior a la evaluación, se llevo a cabo el programa de tratamiento, el cuál está compuesto por 4 sesiones estructuradas.
- Se proporciono una sesión adicional debido a que el paciente no estaba muy seguro respecto de sus planes de acción.
- Finalizada la intervención se llevaron a cabo las sesiones de seguimiento (El modelo de intervención contempla 4 sesiones de seguimiento una vez terminando el tratamiento: al mes, a los tres, a los seis y a los doce meses.

Sesión de Admisión: En esta sesión se aplico un cuestionario de preselección, para determinar si el usuario era un candidato para el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, así mismo, se aplicó la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Reistrick, 1986; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998) y la prueba de PISTAS (Batería Haisted- Reitan). El usuario cumplió con todos los criterios de inclusión al programa: Ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un domicilio permanente, trabajar en la actualidad, estar viviendo con su familia, no presentar síntomas de alucinaciones, convulsiones o delirios tremens, no beber más de 30 tragos estándar a la semana; es decir, no presentar dependencia severa no consumir heroína u otra droga inyectada como droga primaria de abuso, acudir a tratamiento no por exigencia de la ley, no acudir a ningún otro tipo de

tratamiento para resolver su problema con el abuso de alcohol y estar dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en la evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y varias sesiones de seguimiento. En la prueba de PISTAS, el usuario realiza ambos ejercicios de esta prueba de manera adecuada en cuanto a la calidad y secuencia del trazo, de la misma manera realizó tiempos adecuados de ejecución en ambas partes (A y B). Un minuto 30 segundos en la parte A y un minuto 45 segundos en la parte B, la resolvió en. En la Breve Escala de Dependencia al Alcohol obtuvo un puntaje de 14, lo que equivale a un nivel de dependencia media. Finalmente, en esta sesión se le explico al usuario la diferencia entre bebedor problema y un alcohólico, así mismo se le explico las características del tratamiento y sus obligaciones para con el mismo.

Sesión de Evaluación: Esta sesión se realizó quince días después de la sesión inicial debido a que el usuario cancelo la cita en dos ocasiones. En esta sesión se continuo con la aplicación de los instrumentos de evaluación, se aplicó el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, el Cuestionario de Confianza Situacional y la Línea Base Retrospectiva de Alcohol; los resultados de dichos instrumentos se encuentra en el apartado de “resultados”. Se solicitó al usuario la firma de “formato de consentimiento de participación” en el Modelo de tratamiento, se realizo un resumen de la sesión de evaluación, se le explicó y proporcionó el auto registró diario de su consumo de alcohol, finalmente se le dejó de tarea la lectura y tarea número 1 del programa de tratamiento (Paso 1: Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas). Es importante poner en relieve que no se le dio cita para la siguiente semana ya que empezaba el periodo vacacional lo cual llevo a que la siguiente sesión se realizara hasta 15 días después.

Primera Sesión: Se inicio la sesión con la revisión de auto registró diario. El usuario reportó que consumió en tres ocasiones, en una dos tragos, en otra cinco y en la último dos. Estos consumos se llevaron a cabo en las fiestas decembrinas y se debió a las diferentes reuniones familiares, reportó que en las tres ocasiones en ninguna se quedo con ganas de seguir consumiendo. Se reviso junto con el cliente sus resultados de la Línea Base Retrospectiva, donde el usuario conoció su consumo anual que fue de 539 copas; el número máximo de bebida alcohólica x ocasión es de 30 copas y el número máximo de días de abstinencia continua fue de 39 días. Es importante destacar que a la entrega de resultados del LIBARE el usuario tuvo un gran impacto ya que menciono que no pensaba que estuviera consumiendo de esa manera y manifestó que era mucho y que esto afectaba a su salud, por que incluso había dejado de hacer ejercicio y que también afectaba su

relación familiar. Posteriormente, se reviso, junto con el usuario, la lectura número uno, donde estableció sus razones para cambiar su forma y patrón de consumo por medio del Balance Decisional. El usuario planteo específicamente cuales eran los beneficios y costos de cambiar su patrón de consumo, así como, los beneficios y costos de seguir consumiendo alcohol como lo había venido haciendo el último año. Entre los beneficios de cambiar su forma de consumo el usuario identifico: mejoras en su salud y mejoras en la relación con su familia. A continuación se describe el balance decisional elaborado por el usuario.

BALANCE DESICIONAL.

	DE NO CONSUMIR	DE SEGUIR CONSUMIENDO.
BENEFICIOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relación con mi esposa. • Preocupar menos a mi familia. • Mejorar imagen en el empleo. • Sentirme mejor. • Realizar mis tareas escolares. • Ahorrar dinero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones Sociales.
COSTOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Estar pensando en tomar. • Desaprobación de mis amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares. • Problemas económicos. • Problemas de salud. • Intranquilidad. • Riesgos al consumir.

Concluyendo que tenia más beneficios si moderaba su consumo; que el seguir con el patron de consumo que presenta.

De la misma forma, se realizó un primer establecimiento de metas, donde el usuario eligió, consejo del terapeuta, entre dos metas de consumo: moderación o abstinencia. El usuario selecciono la meta de moderación e identifico tres principales razones de cambio.

1. Estar bien con mi familia, principalmente con mi esposa ya que ha tenido discusiones con ella debido a su consumo.

2. Tener buena Salud, pues al otro día de haber consumido se siente mal y no hace nada; es decir, no realiza ninguna actividad.
3. Evitar problemas con los demás como son: Choques automovilísticos, riñas y despilfarros.

La meta de consumo elegida (moderación) se pone en práctica para las siguientes semanas, así mismo, el usuario identifico el nivel de importancia que tiene dicha meta para él y el nivel de confianza que tiene para lograrla. Nuevamente se tomaron los resultados arrojados en la Línea Base Retrospectiva sobre su consumo de alcohol el año previo a su ingreso al tratamiento, el cual fue aplicado en la sesión de evaluación. Dichos resultados fueron comparados con la meta de consumo establecida por el propio usuario (6 tragos por ocasión no mas de tres veces a la semana) misma que fue negociada con anterioridad; y con el consumo que reporto durante esas semanas, con la finalidad de considerar si esta era o no una meta de consumo realista. El patrón de consumo se determina con base a los registros de auto – monitoreo que realiza diariamente el usuario. Básicamente, el objetivo de la sesión fue incrementar la motivación hacia el cambio (encontrándose en la etapa de contemplación) y conocer el nivel de auto – eficacia del usuario. Se le proporciono al usuario la lectura y tarea número 2 (Paso: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso).

Segunda sesión: En esta sesión se llevo a cabo la revisión de auto registro diario de consumo de alcohol. El usuario reportó, mantenerse en su meta, incluso sin consumir hasta los seis copas estándar (5 copas). El usuario señalo sentirse satisfecho por haber logrado mantenerse en su meta, de hecho reporta que la relación con su esposa ha mejorado. Esta de nuevo con él en casa. Se reviso junto con el usuario la segunda lectura y se discutió sobre la montaña de recuperación. El usuario identificó y describió ampliamente sus tres principales situaciones de riesgo para consumir alcohol.

- Primera situación de riesgo: Reuniones (Cumpleaños festejo con compañeros del trabajo).

Disparadores: festejar con los compañeros de trabajo, se la pasaba muy bien en las trajineras de Xochimilco y como se sintió bien se fue a una disco.

Consecuencia positivas: Al principio se sintió desinhibido y con sensación de bienestar

Consecuencias negativas: Accidente automovilístico, estar detenido por lesiones a una persona, preocupar a sus seres queridos (mamá) sentirse mal moralmente y sentimentalmente, además de tener malestares físicos como dolor de cabeza, sed excesiva, náuseas y temblores, no ir a recoger a su esposa al aeropuerto y exponerla a que le suceda algo pues era después de la media noche.

- Segunda situación de riesgo: Reuniones (Fiestas Patrias en Ciudad Universitaria).

Disparadores: Estaba triste por que había discutido con su esposa, el ambiente era bueno y la compañía de personas en el mismo ambiente me contagiaron y empezó a consumir

Consecuencias positivas: Sentirme bien, más contento.

Consecuencias negativas: Pérdida del conocimiento, miedo, culpa por no llegar a su casa, al otro día le dolía todo el cuerpo y se sentía mal del estómago

- Tercera situación de riesgo: Reunión (Cumpleaños en casa con sus amigos y familiares)

Disparadores: Estaba muy contento en compañía de mis amigos y familiares.

Consecuencias positivas: Me sentía feliz

Consecuencias negativas: Le pegue a mi esposa, tuve lagunas mentales, al otro día mi esposa se fue de la casa y no fui a trabajar, malestar físico.

Estas situaciones se compararon con las áreas de consumo de alcohol que se identificaron en el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Emociones agradables, emociones desagradables, momentos agradables, conflicto con otros, necesidad física, malestar físico, presión social y probando autocontrol). Así mismo, se retomaron los resultados arrojados con respecto al nivel de confianza del usuario para resistirse al consumo (Cuestionario de Confianza Situacional) en las mismas situaciones. El objetivo de la sesión fue que el usuario realizará un análisis funcional de su

conducta de su consumo, identificando los antecedentes (precipitadores) y consecuencias de su consumo de alcohol. Así mismo, se discutió la posibilidad de ocurrencia de caídas durante el tratamiento, haciendo énfasis de considerar este acontecimiento como una experiencia dentro de un proceso de aprendizaje y no como fracasos personales o indicadores de un evidente fracaso del modelo de tratamiento. El proceso de recuperación a largo plazo se examinó haciéndose notar el papel que juegan las caídas como parte del proceso de cambio. Se le proporcionó al usuario la lectura y tarea número 3 (Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol).

Se entrega el formato de autoregistro para que continúe con el; y se establece nueva meta, cuatro copas por ocasión no mas de 3 veces a la semana.

Tercera Sesión: Esta sesión se inicio con la revisión del auto registró diario de consumo de alcohol. El usuario reporta una caída en la cual consumió siete tragos. Se realizó el análisis de la caída dentro de la cual se observo que lo sucedido fue que tomo tres cervezas en la comida y viendo televisión en casa con su esposa; sin embargo salieron a cenar en la noche y el pensó que solo se tomaría una cerveza más para no rebasar su meta; sin embargo logro identificar que se estaba “sintiendo muy contento y a gusto con su esposa bailando”, estos fueron los disparadores que favorecieron el consumo, de la misma manera se analizaron las consecuencias positivas y negativas de la misma. Dentro de las cuales se encontraron que se sentía a gusto y que no se sentía mareado, esto de manera inmediata, y como negativa el estado de ánimo que tenia al día siguiente; ya que se sentía mal por no haberse mantenido en su meta; así como amanecer con un poco de dolor de cabeza y esto le impidió el ir a correr al siguiente día como lo tenia planeado. Posterior a la revisión del auto registró y al análisis de la recaída, se llevó a cabo una descripción de un modelo específico de solución de problemas en donde el usuario describió las opciones de solución para cada situación de riesgo, así como las probables consecuencias y los planes de acción para las opciones más factibles y realistas.

- **SITUACION DE RIESGO 1: FIESTAS O REUNIONES CON COMPAÑEROS DE TRABAJO**
 - Primer plan de acción: Tomar solo cuatro copas y no llevar auto para regresar temprano a casa, trataría de llegar un poco más tarde al lugar en donde seria la reunión, antes de llegar a ésta, pasaría a mi casa a comer algo con mi esposa, y si ella no estuviese pasaría a visitar a mi mamá para así llegar dos o tres horas

después de que ya hayan llegado todos, espaciar el tiempo entre copa y copa, y tomar refresco entre copa y copa, cambiar de lugar constantemente. Despedirme al finalizar la cuarta copa.

- Segundo plan de acción: Llevar auto y considerar que cuando maneje no voy a tomar para evitar algún accidente, llegaría temprano a la fiesta, encargarme de servir las bebidas y servirme únicamente refresco o agua con hielo o jugo con hielo, diciendo a los demás que es alguna bebida, tratar de estar en contacto con las personas que no consuman, platicar con el mayor número de personas para poder desplazarme dentro del inmueble, despedirme y salir temprano.

- **SITUACIÓN DE RIESGO 2: REUNIONES (FIESTAS PATRIAS EN C.U. CON DESCONOCIDOS).**

- Primer plan de acción: No tomar con gente desconocida cuando estoy solo, evitar el paso por lugares en los que sé que encontraré algún evento abierto, si llegara a pasar solo quedarme si veo a alguna persona que conozco, saludarlo o saludarla pero no quedarme, comentar que tengo algún compromiso y que me es imposible quedarme.
- Segundo plan de acción: Solo tomar refresco, y emitir un rotundo “no gracias” a quien me ofrezca alguna bebida.

- **SITUACIÓN DE RIESGO 3: REUNIONES CON FAMILIARES.**

- Primer plan de acción: Tomar como máximo cuatro copas, consumir una copa cada hora, entre cada copa tomar refresco o agua, beber despacio, es decir, con tragos pequeños, adicionar refresco antes de que se acabe la copa, platicar con mi familia, ponerme al día de las actividades que hacen aquellos familiares con los que no tengo mucho contacto y bailar.
- Segundo plan de acción: No tomar cuando esté con mi familia, llegar tarde, tomar refresco o agua, decir que me encuentro en tratamiento medico por mi gastritis, bailar con mi esposa y con mis familiares y tratar de platicar con todos para poder desplazarme de manera constante.

El objetivo fue que el cliente analizará y describiera detalladamente sus fuerzas y recursos para hacer frente a dichas situaciones de riesgo, y qué dichos planes de acción los pusiera en práctica durante la semana para conocer qué tan efectivos le resultan. Se le proporciono al usuario la lectura y ejercicio número 4 (Paso 4: Nuevo establecimiento de metas. Resumen final del tratamiento).

Cuarta Sesión: Se llevo a cabo la revisión del auto registró diario de alcohol. El usuario se mantiene en su meta. Por lo que se continuó con la cuarta y la última sesión de tratamiento. Nuevo Establecimiento de Metas: Resumen Final de tratamiento. Se comentaron los avances logrados para el sujeto en relación a sus planes de acción y se realizo un resumen de las sesiones anteriores con el propósito de llevar a cabo un segundo establecimiento de metas para los próximos seis meses. En este establecimiento de metas, el usuario evaluó su consumo actual y su primera meta de tratamiento. El cliente se mantuvo firme en su meta de moderación, cuatro tragos estándar por ocasión no más de tres veces por semana, así mismo, reportó estar seguro al 100% de cumplir dicha meta. Se le recordó al usuario las sesiones de seguimiento, así como el procedimiento de las mismas. Cabe destacar que no se aplicaron los cuestionarios correspondientes debido a que el usuario llego tarde a la sesión y no podía quedarse más tiempo pero se compromete a asistir al siguiente día, lo cual da pauta para una sesión adicional.

Sesión Adicional: En esta sesión se enfatizó nuevamente el establecimiento de metas y en este análisis cabe destacar que él usuario planeó no beber en lo absoluto bajo las siguientes circunstancias:

- Cuando vaya a manejar solo y de noche
- Cuando este lejos de casa y tenga que trasladarme
- Cuando este con gente desconocida
- Cuando tenga un compromiso importante al otro día.

Y planea beber solo en las siguientes circunstancias:

- En reuniones familiares y de trabajo
- Cuando este dispuesto a seguir mi plan de acción

- En vacaciones y en presencia de mi familia
- Si me insisten demasiado y no me los puedo quitar de encima (tips de consumo moderado)

Finalmente se aplicó nuevamente el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, y el Cuestionario de Confianza Situacional. Se le entrega autoregistro y se le motiva para que siga con su meta.

Fase de Seguimientos:

Objetivos:

- Evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario a través del patrón de consumo
- Analizar la aplicación de las estrategias que el usuario ha implementado para enfrentar situaciones de riesgo.

Los seguimientos son intervenciones sistemáticas y estructuradas aplicados en tiempos determinados posteriores al tratamiento, donde se lleva a cabo la revisión del mantenimiento de cambio en el consumo de alcohol y el nivel de confianza para resistir al consumo (García, 2003), esto permite generar un proceso de retroalimentación tanto para el usuario como para los terapeutas; así como para evaluar la efectividad del programa de intervención.

RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema para este usuario.

RESULTADOS DEL TEST DE CONFIANZA SITUACIONAL

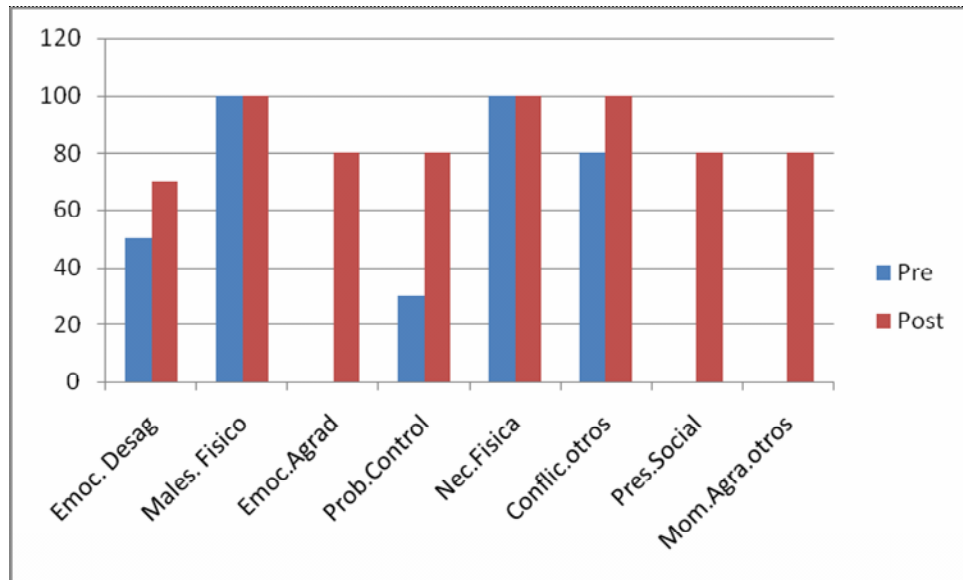


Fig. 1 Porcentajes obtenidos en el CCS pre – post tratamiento

En la figura 1 se muestran los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de alcohol antes y después de la intervención del Modelo de Bebedores Problema y en los primeros dos periodos de seguimiento. Se observa que el porcentaje de confianza para resistir el consumo incremento en todas las áreas; sin embargo, los principales incrementos se presentaron en las áreas de emociones agradables, presión social y momento agradables con otros, incrementaron de 0% a 100%.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL

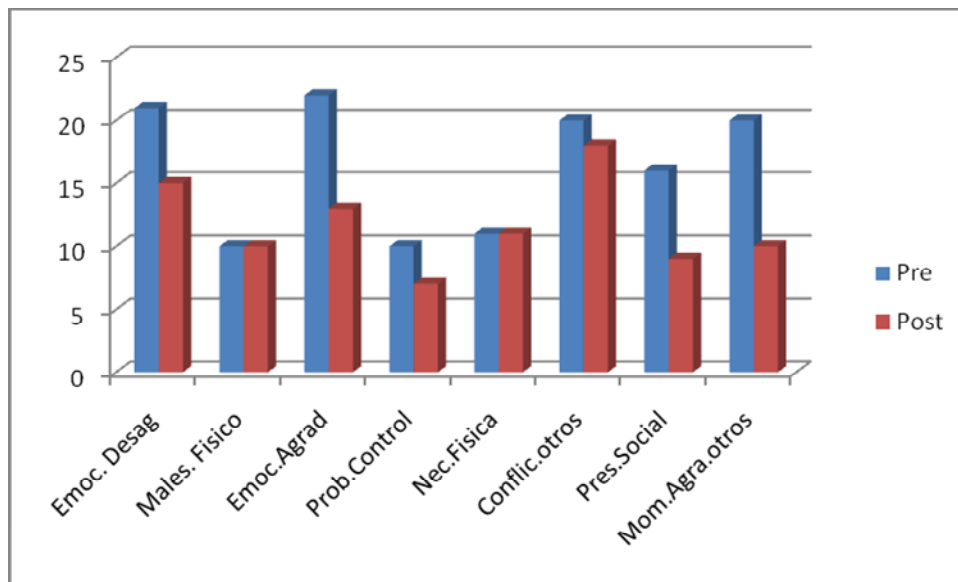


Fig.2. Se presentan los puntajes obtenidos en el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, pre - post

En la figura 2, se presentan los puntajes obtenidos en el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol. Nótese que las principales situaciones de consumo para el cliente, antes de la intervención, emociones desagradables (21), emociones agradables (22), momentos agradables con otros (20), conflicto con otros (20) y presión social (16). Sin embargo, después del tratamiento, se observa una disminución de las situaciones de consumo, principalmente en las áreas de emociones desagradables (15), y emociones agradables (13), momentos agradables con otros (10), probando control (7), y emociones agradables (7).

En la siguiente gráfica se muestra; el comportamiento del patron de consumo durante las diferentes fases:

**PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA LINEA BASE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS
(1, 3 ,6 , 12 MESES)**

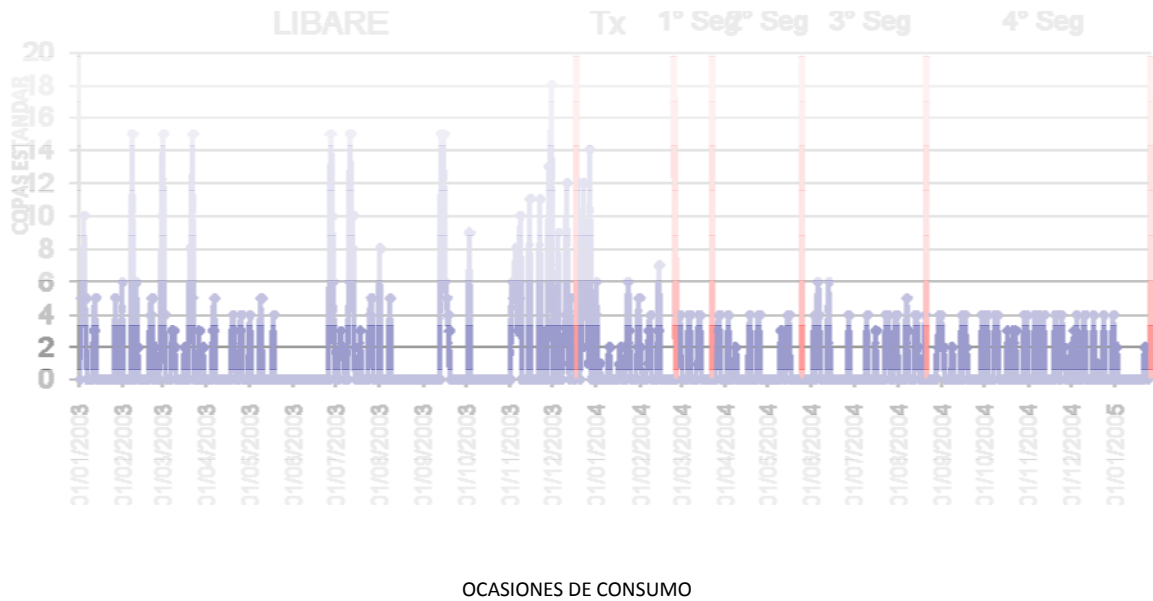


Fig 3. Patron de consumo que el usuario presento en la Línea Base, Tratamiento y Seguimientos.

En la figura anterior se puede observar el patrón de consumo de alcohol del usuario en cada una de las fases; es decir, Libare, Tratamiento y seguimientos al mes tres, seis y doce meses. Es importante destacar que el usuario redujo el consumo en comparación de los datos obtenidos en su línea base, sin embargo, durante el tercer seguimiento se presentaron dos caídas (6 copas en cada ocasión). Así mismo, se puede observar que el patrón de consumo se fue afianzando a través del tiempo y que incluso para el cuarto seguimiento consume menos de cuatro copas por ocasión.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Los resultados del programa para bebedores problema, aplicado en México coinciden con los resultados reportados en otros países con programas similares (Sobell y Sobell, 1995; Bien, Miller y Toningan, 1993; Sánchez – Craig, Annis, Bornett, y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller,

Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993), según los resultados iniciales del programa para bebedores problema en México (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

El objetivo de este estudio fue aplicar el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema en un consumidor de alcohol. El Modelo es una intervención breve y motivacional, de corte cognitivo conductual, el cual permitió la moderación del consumo de alcohol del usuario, con respecto a su patrón de consumo un año antes de la intervención; lo cual confirma lo encontrado en los estudios mencionados anteriormente. El modelo ayudó a que el usuario se comprometiera a cambiar su conducta de consumo, a organizar y usar redes y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol.

La principal utilidad del balance decisional fue que favoreció la identificación de los juicios individuales con relación a la variedad de los beneficios y los costos apoyando la aproximación comparativa para balancear la toma de decisiones a través de las etapas de cambio (Prochaska et al., 1994). Durante la etapa de precontemplación, el individuo pudo juzgar los beneficios y los costos de la conducta de consumo restando importancia a los contras. El balance decisional demostró ser un buen predictor a través de las etapas de cambio (Prochaska et al.; 1985; 1994)

Aunque, muchos de los casos de los resultados de diferentes intervenciones muestran que la única opción sea la abstinencia, las personas que eligen estas opciones de tratamiento, muestran una disminución más que una interrupción total y determinante de su consumo. Por lo tanto, fue importante plantear la opción de moderación de consumo, en esta intervención a fin de obtener un resultado favorable en el control del consumo; el usuario eligió una meta de moderación desde su ingreso al tratamiento (6 copas) el cual fue disminuyendo (hasta 2 copas); esto sin dejar la importancia de la reducción del daño y las habilidades de afrontamiento y autocontrol que desarrollo. Esto se logró a través de las estrategias de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) donde se busca que el usuario tenga mayor autocontrol sobre el consumo, y anticipando y afrontando las situaciones de riesgo y los problemas asociados con las recaídas. Esta estrategia ayuda al mantenimiento del cambio conductual.

Aun cuando, durante el tratamiento se presentaron dos caídas., se puede decir que el cliente, a lo largo del tratamiento logro desarrollar estrategias especificas de solución de problemas que le permitieron enfrentar sus principales situaciones de riesgos para consumir. Es decir, el nivel de

motivación y las diversas estrategias del modelo permitieron al usuario lograr la meta establecida por él mismo; la moderación (Miller y Rollnick, 1991). Así mismo, la participación proactiva por parte del usuario y la flexibilidad que caracteriza a este Modelo de tratamiento permitió que el cliente se involucrara en el proceso de decisión con respecto a su meta de consumo. Según Miller y Hester (1986), a largo plazo, lograr una meta auto seleccionada fortalece la confianza y ayuda a mantener el cambio de conducta.

Además de la reducción en su patrón de consumo de alcohol, el usuario obtuvo un incremento en sus niveles de autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo y resistente al consumo de alcohol, lo que coincide con lo reportado en la literatura, donde se plantea que si el usuario afronta adecuadamente una situación de riesgo no solo evitara la recaída, sino que experimentara un incremento en su confianza de poder controlarse lo que hará menos probable que ocurra una vez más (Marlatt y Gordon, 1985). Así mismo, este incremento en el nivel de auto confianza en el cliente se vio reflejado en una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo de alcohol durante, después de la intervención y a lo largo de los seguimientos.

De tal forma, el incremento de la auto – eficacia, fue un logro obtenido en relación a la capacidad de enfrentar adecuadamente esos eventos y poder modificar y mantener la moderación como meta elegida por el mismo. Es decir, incrementar la auto - eficacia fue necesario, ya que ésta afecta directamente a la conducta, e indirectamente a través de las metas, expectativas de resultado, percepción de impedimentos u oportunidades. Afectando las decisiones sobre los cursos de acción que las personas eligen y su compromiso con ellas (Bandura, 2001)

Se puede afirmar que el “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema” resulto ser efectivo en la reducción del consumo de alcohol para este cliente, tal y como se ha venido reportando en diversas investigaciones realizadas en México y en otros países (Sobell y Sobell, 1995; Bien, Miller y Toningan, 1993; Sánchez – Craig, Annis, Bornett, y McDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993; Ayala, Cárdenas, Echeverria, Sobell y Sobell, 1997; Ayala, Echeverria, Sobell y Sobell, 1998; Sobell y Sobell, 2005; Espinosa, 2006, Morales, 2002, Martínez, 2005, González, 2007.

Así mismo, esta reducción en el patrón de consumo de alcohol se puede explicar a partir de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986), la cual propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida dentro de un contexto, y por tal motivo el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por ello si una persona abusa del alcohol, puede aprender mediante mecanismos de auto-regulación a modificar su consumo y hacer un uso no problemático de esta sustancia.

Finalmente, cabe mencionar que los resultados arrojados por éste y otros estudios muestran que el Modelo de tratamiento para Bebedores Problema es una buena alternativa de intervención para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Si además se toma en cuenta que es una forma de intervención de bajo costo, que no requiere de entrenamiento especializado por los terapeutas y que no es un tratamiento intrusivo e incrementa la auto-eficacia de las personas, resulta un modelo adecuado para países con la problemática de consumo y de recursos limitados como el nuestro.

CONCLUSIONES GENERALES

Ante el pronunciado avance del abuso de alcohol y de otras sustancias adictivas, se vuelve necesario y urgente proveer a nuestro país de profesionales de la salud que puedan realizar eficientemente tareas de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el ámbito de las conductas adictivas para así poder incidir de manera positiva ante la problemática que aqueja a nuestro país, y que además crece día con día.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ante tal problemática y teniendo en cuenta su función sustantiva, y considerando que tiene que dar respuestas a las problemáticas sociales, crea la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, la cual tiene como objetivo general, formar psicólogos en el área de adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para su comprensión y atención que se caracterizan por estar basados en evidencia empírica. Los egresados deberán contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones. Así como para el diseño y realización de proyectos de investigación en una variedad de aproximaciones como lo son de corte epidemiológico, psicosocial, experimental aplicado y de proceso en el área adictiva.

El haber participado dentro del programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, ha sido una gran experiencia profesional, ya que me permitió desarrollar las competencias, conocimientos, actitudes y estrategias adecuadas para la comprensión e intervención efectiva en el ámbito adictivo; también el programa brinda la capacitación para la práctica de la docencia y la prestación de servicios de calidad en escenarios institucionales o privados.

Para poder desarrollar las competencias y habilidades profesionales, se contó con una preparación intensiva mediante la clínica práctica a partir de casos reales que fueron atendidos en los diferentes programas (alcohol, tabaco, programa de factores cotidianos), siempre contando con la asesoría técnica de los supervisores de la residencia; además de actividades académicas complementarias como seminarios talleres, conferencias por parte de especialistas; relacionados con el análisis de los comportamientos adictivos, a partir de los principios cognitivos conductuales derivados principalmente de la Teoría del Aprendizaje Social, aunque no de manera exclusiva. Sin

embargo es importante mencionar que en aspecto de la práctica clínica; las competencias pudieron ser mucho mejores; debido a que no se contó con la rotación en cada uno de los programas, y eso hace que el conocimiento del fenómeno adictivo, sea analizado con algunas limitantes; por ejemplo, el no contar con la rotación en el programa de Cocaína; me parece que es una debilidad importante; ya que la cocaína es una sustancia que se encuentra dentro de los primeros lugares de consumo.

Cabe destacar que el estar inserta dentro de la Residencia en Adicciones, permitió adquirir una sólida formación teórica – metodológica; así como una práctica clínica en la aplicación de las técnicas de intervención y tratamiento breves, en la que dichas intervenciones tienen un sustento científico y constituyen la estrategia adecuada de tratamiento en cuanto permiten la identificación temprana de personas con un consumo riesgoso de sustancias adictivas.

REFERENCIAS

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

Annis, H. M., Graham, J, & Martin (1995). Profile types on the inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 176 – 182.

Ayala, H. Cárdenas, G., Echeverría, L., y Gutiérrez, M (1995). Los resultados Iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18, 4, 18 – 24.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., y Gutiérrez, M. (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en forma de beber. México. Miguel Ángel Porrúa. Facultad de psicología.

Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados Iniciales. En H. Ayala y L. Echeverría (Eds.). Tratamiento de conductas adictivas. México. Facultad de Psicología.

Ayala, H., y Echeverría, L. (1998). Detección temprana e Intervención Breve. En *Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Pp. 150 -163.

Alden, L. (1988). Behavioral self – management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Pshychology*, 56, 280 -286.

Babor, T. F., Kranzel, H. R., & Lauerman, R. J. (1987). Social Drinking as a health and psychosocial risk factor. En M. Galanter. (Eds.) *Recent Development in alcoholism*. New York: Plenum Press

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, Nj: Prentice Hall

Barry, K.L. (1999) Introduction to brief interventions and therapies. In brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. CSAT.P.7-12.

Belsasso, G. (2001). El Tabaquismo en México. *CONADIC Informa*, Mayo, 4-7.

Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief Interventions for Alcohol Problems: a Review. *E.Addiction*, 88, 315-336.

Berruecos, V.L. (2008). Aspectos culturales que inciden en la prevención de las adicciones

Beck, A.; Kovacs, M. Assesment of Suicidal Ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Pshychology*. 1979.

Bickel, W. k., DeGrandpre, R. J., & Higgs, S. T. (1993) Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug And Alcohol Dependence*, 33, 173 – 192.

Brailowsky, S. (1999). *Las Sustancias de los Sueños. Neuropsicofarmacología*. México: SEP. FCE. CONACYT.

Caplan. R.; & Ellison. J. M. (Ed). (2001). Treatment of suicidal patients in managed care. Washington; DC, US: American Pshychiatric Association. XVI, 218 pp.

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., y Padilla, P. (1988). El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental*, 11, 4 – 1

Campos. C., G. (2001). Predicting high-risk behaviors among youth: A comparison of depressed, non-suicidal, suicidal ideators, and suicide attempters. *The Sciences and Engineering*. Vol 61 50-52.

Carroll, M. K. (1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. En McCrady, S. B. & Epstein, E. E. (Ed.), *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press. 250- 267.

CONADIC-SSA. (2003). *Modelos preventivos*. Serie planeación. Recuperado en noviembre 2008 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>

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

Cornellius., J., Kirisci., L., & Tarter, R (2001). Suicidality in Offspring of men with sustance use disorder: Is there a common liability? *Journal of Child and Adolecent Substance Abuse*. Vol 10 (4): 101-109.

Douglas., G.; & Jacobs., M. D. (2000) *Guide to Suicide Assessment and Intervention*. The Harvad Medical School.

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. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.

Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2002). Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México

Fillmore, K. M., & Midanick, L. (1984). Chronicity of drinking problems among a men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 228 – 236

Finney, J. W., Moos, R. H., & Newborn, C. R. (1980). Post Treatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after Hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (1).

Garber., J., & Flynn., C (2001). Predictors of Depressive Cognitions in Young Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 25 (4). 353- 376.

- Hawkins, J. D. , Catalano, R. F.(1992). *Comunities that care*. San Francisco Jossey – Bass.
- Heather, N. (1989). Brief Intervention Strategies. In R. Hester and W. Miller. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Effective Alternatives. Boston: Allyn and Bacon.
- Hester, R. & Miller, W. (1989). Self-Control Training. In R. Hester and M. Miller (eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Effective Alternatives. Boston: Allyn and Bacon.
- Heather, N.(1994). Brief Interventions on the world map. *Adicction* 89, 665 – 667
- Heather, N., & Robertson, I. (1983). What we would most like to Know: Why is abstinence necessary for the recovery of some problem drinkers? *British Journal of Addiction*. 78, 139 – 144.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64 – 105.
- Hunt, S. R., & Azrin, N. H. (1973). A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavioral Research Terapy*, 11, 91 – 104.
- INER (2000). En Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México: SSA.
- Institute of Medicine (1990). Broadening the base of Traetment for alcohol problems. Washington D.C.: National Academic Press.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México 2005.
- Lira, M. J.(2002), Evaluación del Programa Autocambio Dirigido para Fumadores, Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM
- Lira, J. Cuevas, E. y Reidl, L. (2007). Resultados de la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para dejar de fumar. En Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Los Suicidios. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie SALUD 2000.
- Jiménez, K. (2001). Reporte de Experiencia Profesional. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM
- Kaplan. M, Gregory. M, William C, Sanderson, & Keswani L (1994). Suicide Assessment: Clinical Interview vs Self – Report. *Journal of Clinical Pshychology*. Vol.50, No. 2.

King, R. (2001). Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 40: 837- 846.

Llanes, J. (1999). Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas. *Psicología Iberoamericana*. Nueva Epoca. Vol. 7, No. 4, pp. 24-28.

Llanes, J; Castro, ME; Margáin, M; Carreño, A (2000) Cuadernos de prevención. P.p XXXIII, INEPAR

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

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

Mariño M C, Medina-Mora M E, Chaparro., J, y González Forteza C (1993). Confiabilidad y Estructura Factorial del CESD en Adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 10(2) 141- 145.

Martínez, M. J. (2005) Reporte de Experiencia Profesional. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM

Medina –Mora, M.E., Tapia, C.R., Sepúlveda, J, Otero, M.R., Rascón, M.L., Solache, G, Lazcano, S., Villatoro, J., Marino, M.C., y López, E.K. (1989) Patrones de Consumo de alcohol y síntomas de dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas*, 1, 47-58

Medina, M. A. (2002). Reporte de Experiencia Profesional. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología.

Medina – Mora, E. Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia C. (Ed) Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. 2001, pp. 21 – 44.

Medina – Mora, M., E.(1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*. 1994.

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

Miller, W. R., & Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. En W. R. Miller y N. Heather.(Eds) treating addictive behaviors: Processes of Change. New York: Plenum

Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long term follow up of behavioral self – control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249 – 261.

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

Morales, S. (2002). Reporte de Experiencia Profesional. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM.

Okasha A, Lotaif F, & Sadek A (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta pschychiat. Scand.* 63, 409-415.

Organización Mundial de la Salud Constitución de la O.M.S., Ginebra 1960.

Pattinson, E.M., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*, New York: Springer.

Polich, J. M., Amor, D. J., & Braiker, H. D. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.

Prochaska J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, Research and Practice, Vol. 19*. Citado en Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós

Reistrick, D. (1986) The Validity of the short alcohol dependence data questionnaire: A sort self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal Addiction*, 81. Version Española . Echeverria, L., Oviedo, P., y Ayala, H. (1998). *Breve Escala de Dependencia al Alcohol*. Ed. Porrúa.

Reinecke. M, Dubois. D, & Schultz.,(2001). M, Social Problem Solving, Mood and Suicidality among inpatient Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 25 (6) 743- 756

Robert., E (1980): Reliability of the CES- D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*. 2 : 125- 134.

Sanchez – Craig, M., Annis, H. M., Bornett, R., y MacDonald, K. R. (1984). Random Assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluacion Cognitive – Behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390 -403

Silverman, K. , Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I.D., Cone, E. J., Schuster, C. R., & Presron, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher – based reinforcement therapy. *Archives Of General Psychiatry*, 53, 409 – 415.

Sobell, M., & Sobell, L. (1990) *A brief description of guided self – management*. Addiction Research Foundation, Ontario, Canada.

Sobell, L.C., y Sobell, M.B. (1993). *Problem Drinkers: Guided Self – Change Treatment*. New York: Guilford Press

Sobell, M., & Sobell, L. (2005). Guided Self-Change Model of Treatment For Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 19, Number 3, 199 – 210.

Tapia, C. R. (2001). *Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas*. México. Manual Moderno 2ª edición.

Tapia, C.; Medina – Mora, M.E.; Cravioto, P. Epidemiología del consumo de las drogas Psicoactivas. En Tapia C. (Ed.). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. 2001, pp. 207 – 218

Tovar-Guzmán, V. J., Barquera, S., & López- Antuñano, F. J. (2002). Tendencias por Mortalidad de Cánceres en México. *Salud Pública de México*, 44 (Suppl. 1), 20- 28.

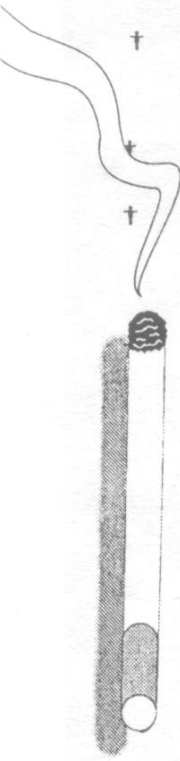
Tomori., M; Zalar., B; Kores., P; Plesnicar, B; Zihlerl, S & Stergar, E Smoking in relation to psychosocial risk factors in adolescent. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001 Vol 10(2): 143- 150.

U. S. Department of Health, Education and Welfare (2000). Smoking and Health [Informe del Cirujano General de 1964 acerca de los daños a la Salud Atribuibles al Consumo de Tabaco]. En *Salud Pública de México*, 44 (Suppl. 1), 171- 182.

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

Wolfe, B. L., y Meyers, R. J. (1999) Cost effective alcohol treatment; The Community Reinforcement Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 105 – 109.

¿SABÍAS QUE.....?

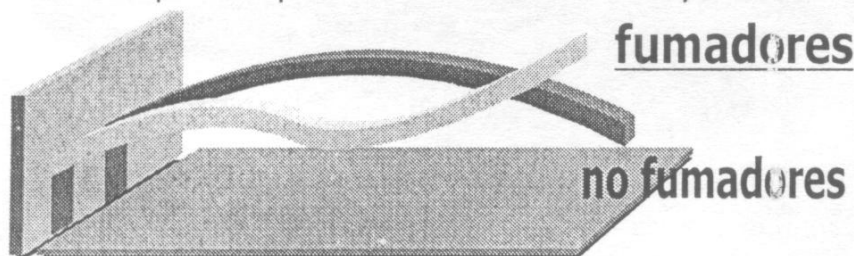
- 
- † La nicotina es la sustancia química presente en todos los cigarros y es altamente adictiva.
 - † Cada cigarro quita cerca de 10 minutos de tu vida.
 - † Cerca de 60 a 4000 sustancias químicas que contiene el cigarro pueden causar cáncer.
- Fumar puede afectar el futuro de los niños- al feto durante el embarazo, bajo peso al nacer.
- 45% de todos los fumadores mueren por alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.
- Fumar afecta a tus amigos, familia y la salud de los niños; ellos pueden tener problemas respiratorios frecuentes y un mayor riesgo de padecer cáncer pulmonar.

BEBEDORES QUE FUMAN

- Consumir alcohol incrementa la probabilidad de consumir en exceso tabaco.
- Muchos fumadores excesivos también son fuertes consumidores de alcohol.
- Ser fumador y consumidor de alcohol incrementa el riesgo de padecer cáncer y alguna enfermedad del corazón.

Por ejemplo: el riesgo relativo de desarrollar cáncer de la boca y de la garganta en los fumadores es:

- 7 veces más que los no fumadores 6 veces más que los consumidores de alcohol, y
- 38 veces más que los que no consumen alcohol y ni tabaco.



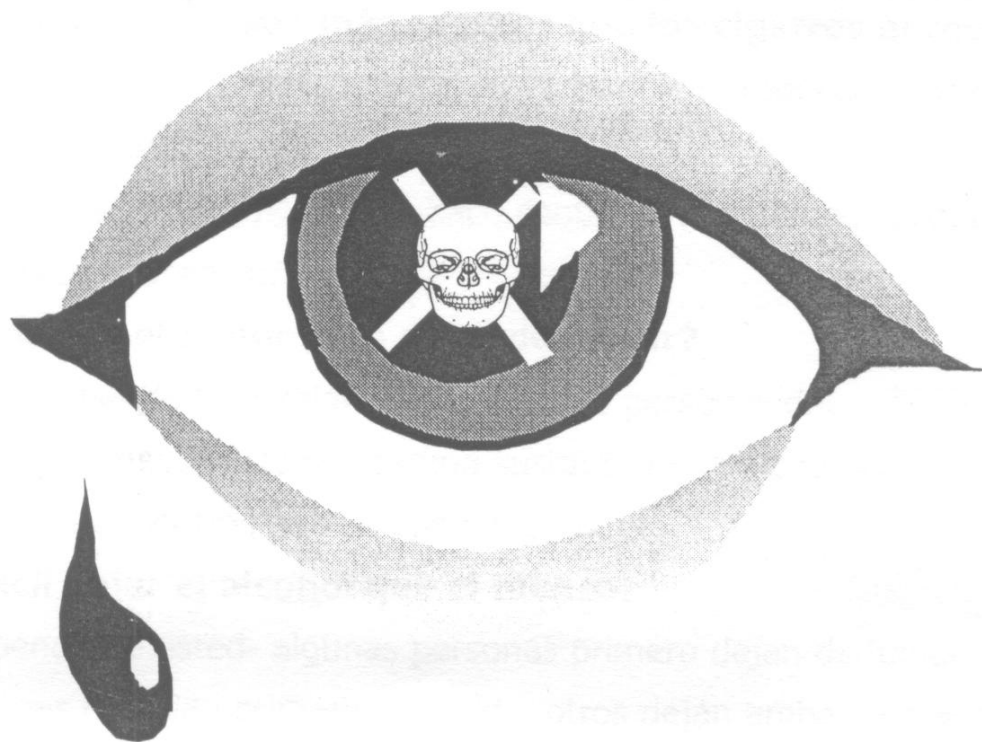
RIESGOS DE CÁNCER BUCAL

¿QUÉ ES UN CIGARRO?

- † ○ Resfriados, tos y garganta enferma durante largo tiempo.
- † ○ Ropa con olor a cigarro.
- † ○ Con menos sensibilidad al sabor.
- † ○ Dedos y dientes manchados de amarillo.
- † ○ Acumulación de nicotina en las muelas.
- † ○ Menos dinero para gastar en otras cosas.
- † ○ Posibilidad de una muerte prematura.
- † ○ Incremento en el riesgo de diferentes tipos de cáncer.
- † ○ Riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.
- † ○ Mayor causa de bronquitis crónica y enfisema.
- † ○ Incrementa el riesgo de problemas médicos para las mujeres embarazadas: aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso en el recién nacido.

EL TABACO ESTA COMPUESTO ENTRE OTRAS POR LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS...

- **Nicotina**- droga adictiva.
- **Alquitrán**- compuesto químico que hace la respiración difícil.
- **Cianuro, Arsénico y Amoníaco**
- **Monóxido de carbono**- Gas que se forma cuando se quema un tabaco, igual que el que emite un carro.
- **Oxido nitroso**- gas tóxico.
- **Ácido cianhídrico**- compuesto químico.



RESPONDE ESTAS PREGUNTAS

¿PORQUÉ NECESITO DEJAR DE FUMAR?

- Sentirme saludable
- Saborear mejor la comida
- Ser un mejor ejemplo para los niños
- Para que mi ropa y mi cabello no huelan mal
- Para no tener molestias frecuentes en la garganta
- Sentirme físicamente más saludable
- Disminuir el riesgo de un ataque al corazón y regresar a la normalidad en un año
- Poder vivir más
- Evitar problemas en mi embarazo
- Ya no quiero tener los dedos amarillos
- No quiero tener los dientes manchados
- Necesito dormir bien

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Si el tabaco es malo, ¿porqué es legal?

El tabaco es un gran negocio.

La industria del tabaco provee fuentes de trabajo.

El tabaco genera gran cantidad de impuestos.

Muchas personas viven de la cosecha de tabaco.

¿El tabaco debe seguir siendo una droga legal?

Probablemente !NO!. 8,200 personas en el ámbito mundial mueren diariamente por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

¿Se puede hablar de cuál es el grado de alquitrán y nicotina que contiene cada cigarro?

*NO!. Los cigarros no **liberan cantidades fijas** de ALQUITRÁN y NICOTINA. La producción depende de cómo se fuma - inhalar profundo, fumar un cigarro con filtro, los cigarros sin filtro provee altas cantidades.*

¿Los cigarros bajos en alquitrán y nicotina tienen menos riesgos?

!NO!. Si se bloquean los agujeros del filtro, se inhala rápidamente, o fuma por partes puedes obtener producciones altas de alquitrán y nicotina.

¿Las pipas y los puros son más seguros que los cigarros porque no inhalas? !NO!. Las pipas y los puros también producen cáncer.

¿El tabaco sin humo es seguro?

!NO!. Inhalar y/o masticar tabaco contiene nicotina por lo que sus químicos causan cáncer.

¿Este método es el mejor para dejar de fumar?

!NO! Depende totalmente de ti. Algunas personas dejan de fumar sin algún método, otros usan un sustituto de la nicotina como son los parches y otros hablan con su terapeuta.

¿Es más fácil dejar el alcohol que el tabaco?

Depende de usted- algunas personas primero dejan de fumar, algunas cambian primero la bebida, otros dejan ambas sustancias al mismo tiempo.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿Cómo puedo conocer lo que es mejor para mí?

Primero probar el método más fácil y razonable. Si no funciona, probar otro método. Si probó varias veces y no ha podido dejar de fumar, puede considerar la Terapia de sustitución con Nicotina.

¿Cuándo hay fumadores en mi casa, puede afectar en mi decisión de dejar de fumar?

Esto puede afectarte, particularmente si tu novio (a) o esposo(a) es fumador(a). Un camino para minimizar el riesgo al tener fumadores en tu casa es proponerle dejar de fumar o pedirle que no fume en tu presencia o en tu casa.

A continuación se presenta una breve descripción de varios métodos para dejar de fumar. **Puedes preguntar más información a tu terapeuta.**

Terapia de Sustitución con Nicotina: Comúnmente se emplean en este tipo de terapia el parche de nicotina o la goma de mascar de nicotina.

Metas a corto plazo: Sustituye la nicotina de los cigarros

Metas a largo plazo: Gradualmente se reduce su uso (goma de nicotina o parche de nicotina).

El chicle y el parche son confiables sobre el tiempo y en diferentes dosis de acuerdo a tus necesidades. Estos productos pueden parecer costosos, comparados con el costo de comprar cigarros una vez por semana. Es muy seguro y casi todos los fumadores sustituyen el cigarro.



Goma de mascar (*Nicorette*)

La goma de mascar, está disponible en cualquier farmacia, se inicia con una dosis de 2 a 4 gramos. La nicotina se libera a través de la resina masticando.

4 recomendaciones para el uso de la goma de mascar:

- 1. Plan de progreso.** La nicotina se absorbe alrededor de 30 minutos de masticar.
- 2. Emplear la dosis exacta para ti.** Los fumadores con alta dependencia necesitan una dosis de 4 gramos de goma de mascar.
- 3. Aprender a masticar la goma.** Mantenerla en la mejilla y no masticar rápidamente.
- 4. No tomar** café, alcohol, jugo o refresco cuando mastica la goma.

Parche de nicotina (*Niqüitin*)

Se vende en tres etapas, que se diferencian entre sí por el contenido de nicotina de cada parche.

Los parches son aplicados en la piel por la mañana después de despertarse.

Los parches de Nicotina, al igual que la goma de mascar, permiten mantener una tasa continua de nicotina.

Instrucciones para emplear los parches

- ✓ No fumar cuando se tiene el parche.
- ✓ Seleccionar un lugar diferente entre su cuello y su cintura para colocarlo.
- ✓ Mantenga el parche 24 horas después de despertarse.
- ✓ Comúnmente se usa de 8 a 14 semanas.

¿Cuánto tiempo debo usar el parche o la goma de mascar?

Algunos expertos dicen que tres meses. Otros recomiendan largos periodos.

Preguntas y Respuestas

QUÉ DEBO SABER SOBRE DEJAR DE FUMAR

- El 70% de los fumadores intentan dejar de fumar.
- La primer semana es crítica- 60% de las personas que intentan dejar de fumar tienen una recaída en la primer semana.
- A pesar de esto vuelve a intentarlo. Los fumadores que quieren dejar de fumar lo intentan de 5 a 7 veces para lograrlo.
- Ganan peso por dejar de fumar solo 1/3 de todos los casos y cuando ganan peso son pocos gramos.
- Existen muchos caminos para lograr dejar de fumar- parches de nicotina, goma de mascar, Terapias psicológicas como de auto cambio dirigido.
- El apoyo de amigos y familiares es de gran ayuda.
- **¡Los síntomas de abstinencia son normales!** Estos síntomas pueden incluir nerviosismo, irritabilidad, enojo, dificultad para dormir, falta de concentración o dolor de cabeza. Estos síntomas físicos en la mitad de los casos es igual que una gripe y usualmente ocurre a los pocos días de haber dejado de fumar.

¿PORQUE OCURREN LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA?

Después de fumar durante largos periodos o durante años, tu cuerpo empieza a depender de la droga- nicotina. Una vez que dejas de fumar, el nivel de nicotina baja hasta desintoxicar totalmente su cuerpo.

Un camino para detener el deseo es obtener más nicotina- a través de cigarros o a través de goma de mascar o parches de nicotina. Recuerda que el deseo por fumar lo puede sentir- pregunte a otras personas que han dejado de fumar.

¿QUE ES UN CIGARRO PARA MI?

Ventajas de continuar fumando

- Evitar ansiedad en la noche
- Tener el placer de fumar
- Sentirme relajado
-
-
-
-

Desventajas de continuar fumando

- Me da Gastritis
- Mal olor
- Afectación de mi salud
- Gasto económico
- Mala imagen con mis hijos

BENEFICIOS QUE TRAE A LA SALUD DEJAR DE FUMAR !NUNCA ES TARDE!

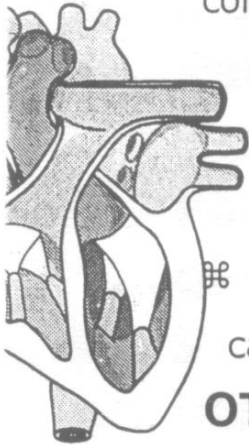
⌘ En 24 horas sin fumar, la presión sanguínea y la tasa del pulso se normalizan y el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye.

⌘ Después de un mes sin fumar, se tienen pocos síntomas respiratorios.

⌘ Después de 1 año sin fumar, el riesgo por alguna enfermedad del corazón (por fumar) se reduce a la mitad.

⌘ Después de 10 años sin fumar, el riesgo de padecer cáncer pulmonar disminuye a la mitad con respecto a las personas que siguen fumando.

⌘ Después de 5 a 10 años sin fumar, el riesgo de un paro cardiaco en los ex- fumadores es igual que para los no fumadores.



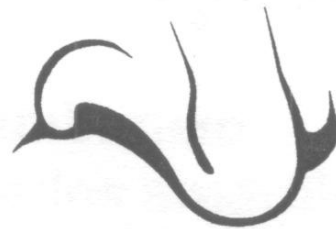
OTROS BENEFICIOS

El olfato es más sensible

Un buen ejemplo para los niños

Mejor respiración

Ahorras dinero



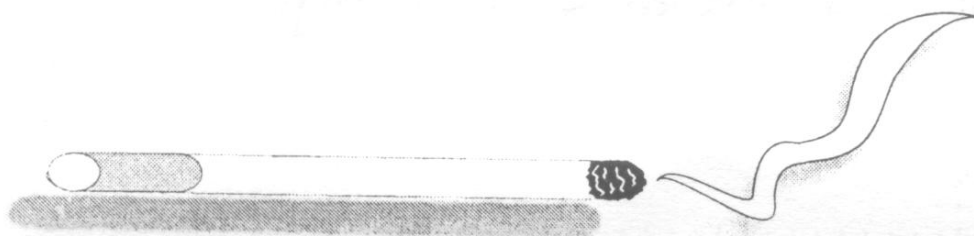
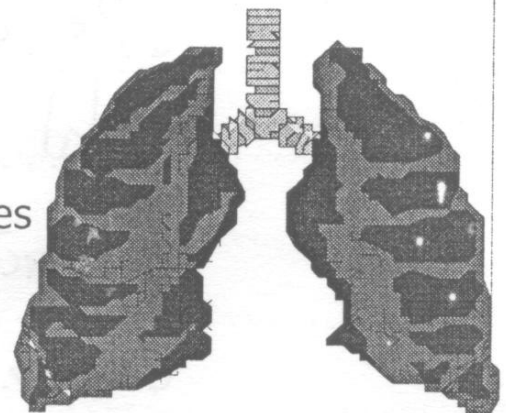
EVALUANDO SUS RIESGOS

Si continúo fumando cigarros, el riesgo que tengo para desarrollar cáncer pulmonar es (señala una de las siguientes):

- Menos que los no fumadores
- Igual que los no fumadores
- Un poco más que los no fumadores
- Dos veces más que los no fumadores
- Más de dos veces que los no fumadores

Especifica cuanto más de riesgo, por ejemplo:

4veces más, 12 veces más): _____



RESPONDE LO SIGUIENTE

¿CUALES SON LAS 2 O 3 BARRERAS O DIFICULTADES MAS SERIAS QUE ANTICIPAS AL DEJAR DE FUMAR?

1. Ansiedad Nocturna
2. Trabajo estresante
3. Problemas difícil de resolver

¿CUALES SON LO 2 O 3 FACTORES MÁS GRANDES DE APOYO PARA DEJAR DE FUMAR EN ESTE MOMENTO?

1. Mis hijos
2. Mi esposa
- 3.

¿Quién crees que afectará tu decisión de dejar de fumar?

	Fuman	
	Si	No
NADIE		
Amigos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Familiares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Novio(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Esposo(a)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

1ER. PASO PARA DEJAR DE FUMAR

Ahora que estas por empezar, es muy probable que te sientas más confiado y comprometido para dejar de fumar. El siguiente paso es comprometerte contigo mismo, y una forma es escribirlo en la siguiente linea:

Dar mi mejor esfuerzo para dejar de fumar y lograrlo



Folleto No. 1



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO
DIRIGIDO PARA

FUMADORES



Mtra. Jennifer Lira Mandujano
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez

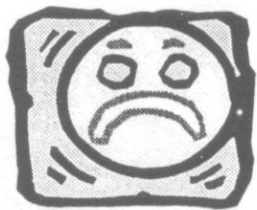
IDENTIFICANDO SU PROBLEMA

Para tratar de resolver su problema con el consumo de tabaco es importante identificar:

- 1) las situaciones en las que nos encontramos (*precipitadores*) y,
- 2) los beneficios que esperamos obtener con el uso del tabaco, es decir resultados positivos (o *consecuencias*).

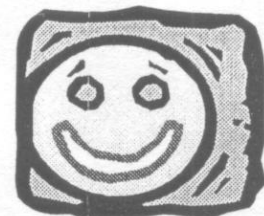


Factores Precipitadores: Son las cosas o situaciones que "provocan" tu deseo de fumar. Por ejemplo: situaciones inesperadas, situaciones que buscas, situaciones emocionales, problemas personales, emociones placenteras o incómodas o simplemente situaciones en las que te encuentras.



Consecuencias: Generalmente las personas fuman cuando están buscando consecuencias positivas e inmediatas. Estas consecuencias inmediatas pueden ser desde un deseo de cambio en tu estado de ánimo (de tenso a relajado)

hasta sentirte a gusto con las personas a tu alrededor, ó simplemente pasar un buen rato. Desafortunadamente, algunas veces obtenemos consecuencias que no buscamos y que son por lo general negativas y perjudiciales pero nosotros las minimizamos porque se presentan a mediano y a largo plazo. Por lo tanto las consecuencias pueden ser positivas y negativas (resultados inmediatos o a largo plazo).



CUALES SON LOS PRECIPITADORES QUE HACEN QUE TENGAS UNA RECAÍDA

Fumadores que intentan dejar de fumar reportan que tres de las razones que comúnmente tienen para recaer son:

	Hombres	Mujeres
Extrañan tener las manos ocupadas/ extrañan tener alguna cosa en las manos	45%	62%
Extrañan el cigarro	42%	42%
Incómodo con otros fumadores	15%	13%

SEÑALA cuales son las características de la situación cuando fumas:

- Extrañas el cigarro
- Extrañas tener alguna cosa en las manos/tener las manos ocupadas
- Beber alcohol
- Estar relajado en casa
- Después de comer
- Cuando estoy feliz o estoy celebrando
- Después de despertarme
- Durante los descansos en el trabajo/oficina/escuela
- Ver a otros fumar
- Cuando tomo café o té
- Cuando estoy fastidiado
- Cuando estoy deprimido
- Cuando tengo mucho trabajo, estoy presionado o estoy estresado (frustrado, irritado).
- Cuando tengo síntomas de abstinencia por haber dejado de fumar
- Cuando tengo deseos de fumar un cigarro



Quando consumir Tabaco ha sido un problema:

Los **precipitadores** y las **consecuencias** van de la mano. Por ejemplo algunas personas fuman:

- cuando están en una fiesta (precipitador) y buscan sentirse bien (consecuencia inmediata).
- cuando están platicando con otro fumador (otro precipitador) y buscan sentirse a gusto (consecuencias inmediatas).
- cuando están nerviosos (otro precipitador) y buscan tranquilizarse (consecuencia inmediata).
- cuando están enojados (otro precipitador) y buscan cambiar su estado de ánimo (consecuencia inmediata).
- cuando están estresados (otro precipitador) y buscan relajarse (consecuencia inmediata)
- cuando están tomando café (precipitador) y quieren disfrutar su café (consecuencias inmediatas)

Este tipo de hábitos pueden producir algún malestar, remordimientos ó enfermedad (**consecuencias a largo plazo**).

IDENTIFICANDO CONSECUENCIAS Y FACTORES PRECIPITANTES

Ahora debes estar listo para identificar los principales **factores precipitadores** y las **consecuencias** de consumo de tabaco.

A continuación describe tres situaciones de consumo excesivo, para ello es necesario que pienses en experiencias **reales**. No olvides escribir los tipos de precipitadores y el tipo de consecuencias (positivas y negativas) usualmente asociadas con cada situación.

Situación 1:

Cuando me siento muy presionado en el trabajo

Consecuencias Positivas: Me tranquiliza un poco

Consecuencias Negativas: Me queda muy mal sabor de boca

Situación 2:

Cuando Tengo presión o me siento nervioso por presentar un examen

Consecuencias Positivas: Me relaja y me controla los nervios

Consecuencias Negativas: En algunas ocasiones me marean

Situación 3:

En general cuando tengo alguna situación difícil, me siento empuchado, nervioso o presionado

Consecuencias Positivas: Entra en una especie de relajamiento

Consecuencias Negativas: Se que me estoy dañando en mi salud

PREPARÁNDOME PARA DEJAR DE FUMAR

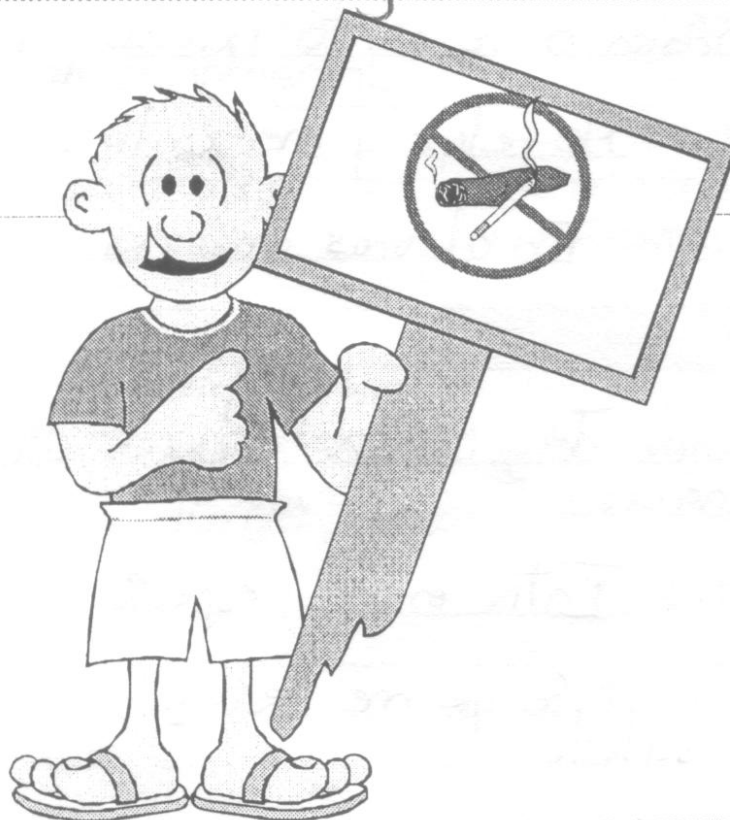
Prepárate para los primeros días

Planea tu día

- **Evita las áreas de fumar**
- **Cambia tu rutina dejando fuera el fumar**
- **Revisa tu plan para manejar las situaciones que precipiten un impulso por fumar**
- **Habla con tus amigos y familiares explicándoles que has dejado de fumar pidiéndoles su apoyo**

Prepara tu casa u oficina: SEÑALA qué puedes hacer

- **Deshacerse de todos los ceniceros, encendedores, cajetillas de cigarros.**
- **No tomar descansos en la escuela o en el trabajo con fumadores**
- **Sentarse en el restaurante en la sección de no fumar**
- *Conservar los cigarrillos para no sugerirlos*
- *Comer muchos dulces y chicle*



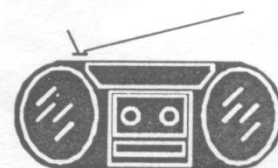
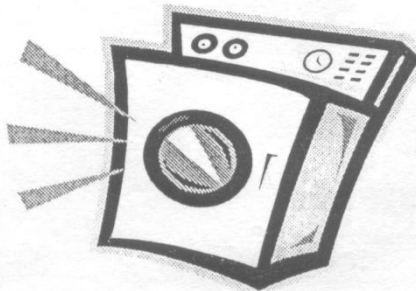
LOS COSTOS DE FUMAR

Paquetes por día	Costo por día	1 mes	1 año	5 años	10 años	20 años
1/2	\$5	\$150	\$1800	\$9000	\$18000	\$36000
1	\$10	\$300	\$3600	\$18000	\$36000	\$72000
1.5	\$15	\$450	\$5400	\$27000	\$54000	\$108000
2	\$20	\$600	\$7200	\$36000	\$72000	\$144000
3	\$30	\$900	\$10800	\$54000	\$108000	\$216000
4	\$40	\$1200	\$14400	\$72000	\$144000	\$288000

Escribe el número de cajas de cigarros que fumas al día. En la tabla de arriba identifica cuanto dinero ahorrarías si dejas de fumar y escribe que comprarías con ese dinero.

Ejemplo:

- (3) cajas por día en un mes = Reloj de pulso
- () cajas por día en un mes =
(escriba que podría comprarse con ese dinero)
- () cajas por día en un año =
(escriba que podría comprarse con ese dinero)
- () cajas por día en cinco años =
(escriba que podría comprarse con ese dinero)
- () cajas por día en 10 años =
(escriba que podría comprarse con ese dinero)



Posibles estrategias para dejar de fumar

Ejercicio: Pregunta a 2 o 3 ex fumadores porqué dejaron de fumar y cómo fue que lo lograron.

Ex fumador # 1

Nombre: Gerardo J. Flores

¿Porqué dejó de fumar? Por posible infarto

¿Número de años sin fumar? 4 años

¿Cómo lo logró? De un día para otro

Ex fumador # 2

Nombre: Salvador Argueta

¿Porqué dejó de fumar? Porque le fastidió

¿Número de años sin fumar? 3 años

¿Cómo lo logró? Dijo que ya no fumo y se acabó

Ex fumador # 3

Nombre: Sergio Soto Durán

¿Porqué dejó de fumar? Porque le dio Asco

¿Número de años sin fumar? 6 años

¿Cómo lo logró? De un día a otro dejó de fumar



META PARA LA SIGUIENTE SEMANA:

Solo 2 o un cigarro

Folleto No. 2



**Universidad Nacional
Autónoma de México**

Facultad de Psicología

**PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO
DIRIGIDO PARA**

FUMADORES



**Mtra. Jennifer Lira Mandujano
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez**

AHORA QUE QUIERES DEJAR DE FUMAR

ESTÁS EN UN PROGRAMA DE AUTO- CAMBIO DIRIGIDO. AUTOCAMBIO SIGNIFICA QUE A PESAR DE QUE ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARTE EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO DEPENDERÁ DE TI.

¿Qué es lo que debes hacer?

- Cambiar tus rutinas
- Evitar situaciones de riesgo o precipitadores
- Verse como una persona que no fuma
- Revisar los beneficios que tiene el no fumar
- Pensar en las consecuencias negativas que tiene el volver a fumar
- No intentes ponerte a prueba- estas rompiendo viejos hábitos y desarrollando nuevos hábitos
- Tómallo con calma
- La abstinencia es esencial, no te pongas a prueba con solo un cigarro
- Bebe agua o jugos
- Practica algún deporte





ALTERNATIVAS PARA LOS PRECIPITADORES:

ESTAR CON OTROS FUMADORES: Primero, tratar de evitar estar con ellos, salir de la situación. Hablar con ellos de tu intento por dejar de fumar. Pensar en tus razones para dejar de fumar.

HABLAR POR TELEFONO: Rompe tu rutina al hablar por teléfono- párate/ siéntate/ camina/cambia de cuarto. Toma una pluma en la mano.

TOMAR DESCANSOS EN EL TRABAJO: Ir donde no están los fumadores. Ir a caminar, leer un libro, tomar agua, contestar un crucigrama.

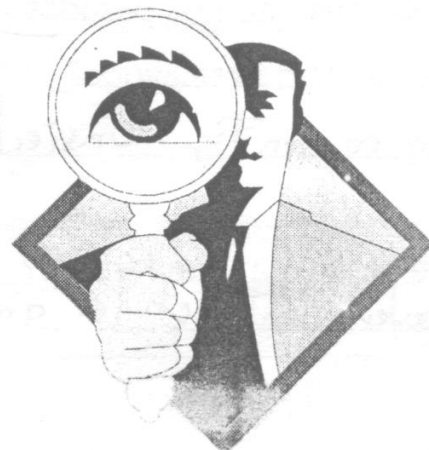
SENTIRTE MAL O DEPRIMIDO: Planear nuevas actividades- leer un libro, practicar algún deporte, hablar con amigos, etc.

CONSUMIR ALCOHOL: Cambiar bebidas o no beber bebidas alcohólicas.

DESPUÉS DE LA COMIDA: Levantarse después de la comida; cambiar de rutina, hacer gárgaras o lavarse los dientes, tomar agua, comer una fruta.

MANEJAR: Cambiar de rutina; quitar las cajetillas del carro, limpiar los ceniceros, prender únicamente el cigarro y llevarlo en la mano hasta que se acabe.

TOMAR CAFÉ O TÉ: Cambiar de bebida por una que no contenga cafeína por ejemplo café descafeinado o refresco sin cafeína.



AFRONTAR EL DESEO DE FUMAR

- ❖ Respirar rápidamente
- ❖ Masticar un chicle
- ❖ Caminar
- ❖ Comer dulces
- ❖ Tomar agua
- ❖ Imagínate como un una persona que no fuma

DEJAR DE FUMAR

Si fumas en los primeros 60 minutos después de despertarte por la mañana, prepárate- este tiempo es de riesgo.

Planéalo una noche antes. ¿Qué harás? POR EJEMPLO:

Usualmente yo me despierto y _____

Me levanto y _____

Antes de desayunar yo _____

Después de desayunar yo _____

Después Manejo/ voy al trabajo/ escuela y yo _____

A la hora de la comida yo _____

* Completa tu registro

Coloca en un lugar visible tu registro, por ejemplo en tu recámara, en el espejo, en tu agenda, en el refrigerador o en tu escritorio.

*Habla con otros (Si piensas que ellos te pueden ayudar)

*Practica diciendo: "No, gracias"

*Revisa tus intentos pasados por dejar de fumar:

¿Qué fue lo que te ayudo? Tener los cigarrillos conmigo

Para no sentir ansiedad ni necesidad de ellos

¿Qué te llevó a una recaída? La Falta de Fuerza de voluntad y no poder controlar la ansiedad en una situación difícil

PLAN DE ACCIÓN

Dejar de fumar, igual que muchas otras cosas, es fácil con un plan.

Un plan de acción para ti:

- Fortalece tu decisión de dejar de fumar.
- Aprende a manejar tus deseos y síntomas de abstinencia.
- Prepárate para manejar situaciones que precipitan el deseo por fumar.
- No compres cajetillas.
- No frecuentes lugares donde puedes fumar.
- Cuando pidas un cigarro espera 5 minutos para fumarlo o fuma solo la mitad de cada cigarro.
- Reducir el número de cigarros consumidos cada día.

Escribe 3 alternativas para cada una de las situaciones de consumo excesivo que identificaste en el Folleto 2:

PARA DECIDIR CUALES SON TUS MEJORES ALTERNATIVAS PREGUNTATE:
¿qué tan efectivas a largo plazo pueden ser estas alternativas? ¿qué tengo que hacer para poder alcanzarlas?

ALTERNATIVA 1: _____

ALTERNATIVA 2: _____

ALTERNATIVA 3: _____

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 1: _____

ALTERNATIVA 1: _____

ALTERNATIVA 2: _____

ALTERNATIVA 3: _____

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 2: _____

ALTERNATIVA 1: _____

ALTERNATIVA 2: _____

ALTERNATIVA 3: _____

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 3: _____

Desarrolla un plan de acción para cada una de las situaciones de consumo excesivo a partir de la mejor alternativa para ti:

ALTERNATIVA No.: ____

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:

ALTERNATIVA No.: ____

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:

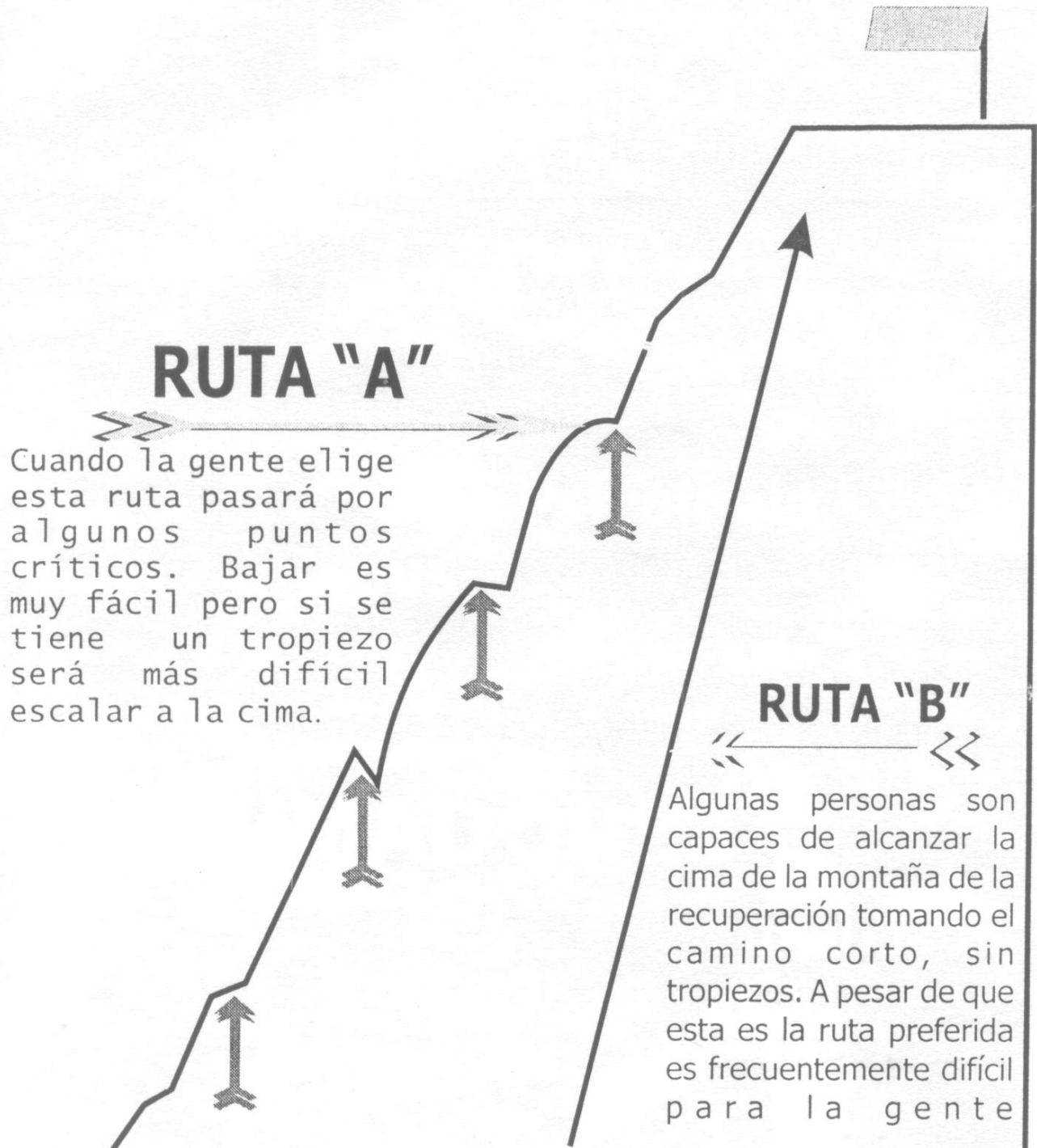
ALTERNATIVA No.: ____

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:



RECUERDA UNA VEZ AL DÍA

Montaña de la recuperación



MAR DE PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE TABACO

PELIGRO

RECUERDA SIEMPRE

La **MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN** es una representación del camino que decides:

ADOPTA

Una meta realista a largo plazo para cambiar. Para mucha gente es un proceso lento.

RECONOCE

Que si tienes una recaída o un tropiezo no quiere decir que hayas fallado. Utiliza estas experiencias como experiencias de aprendizaje más que haber cumplido tus predicciones de fallar en el intento por dejar de fumar.

RECUERDA

Que a algunas personas les toma de 5 a 7 intentos para lograr dejar de fumar totalmente.



Folleto No. 3



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología Campus- Iztacala

PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO
DIRIGIDO PARA

FUMADORES



Lic. Jennifer Lira Mandujano
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez