



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE Y CONSEJO BREVE PARA
ADOLESCENTES Y UNIVERSITARIOS QUE CONSUMEN ALCOHOL:**

REPORTE DE CASOS

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

SOFÍA GONZÁLEZ BECERRIL

DIRECTORA: DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

COMITÉ TUTORIAL: DRA. KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTINEZ

DRA. JUDITH MARINA MÉNEZ DÍAZ

DR. BENITO ANTÓN PALMA

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Dra. Sara Cruz: Por sus enseñanzas y asesorías, por sus consejos, por tener una frase alentadora en cada momento y ser una gran guía en este camino.

A los doctores Kalina Martínez y Leti Salazar y Francisco Pedroza, excelentes profesores e investigadores: Por darme la gran oportunidad de trabajar con ustedes y aprender de cada uno. Por recibirme con los brazos abiertos y enseñarme en cada momento las grandes personas que son.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes por recibirme.

A los jóvenes y adolescentes que participaron voluntariamente en los programas.

Al Centro Acasulco y todos sus integrantes.

A todos los profesores por instruirme en este arduo y excitante mundo del tratamiento de las adicciones.

A mis amigos:

Jenni, Ale, Ani, Moni, Gis, Gabi y Euni por dejarme conocerlas y compartir un poco de su vida. Por cada momento de felicidad, tristeza, humor, emoción y enojo compartido con ustedes.

Lupita, Iván, Carlos, Miriam, Margarita, Omaidá y Alma por permitirme ser parte de su equipo, gracias por el apoyo y la ayuda que me brindaron.

Eder, Víctor, Ariel, Luis, Osvaldo, Oscar, Mireya y Clau por estar a mi lado y animarme a empezar lo que hoy se acabó y es un gran logro.

A mis papás: por todo y más.

A mis hermanos Manuel, Fernando y Manuel, porque sin ustedes no estaría donde estoy.

A mi Daniela, que es una luz en mi camino: ¡mi niña linda te adoro!

A mis abuelitas por todo su amor, cariño, comprensión, sabiduría y ejemplo.

A mi abuelito Fernando que con su ejemplo y conocimiento me ayudó a llegar hasta aquí aún sin estar.

A mis tíos, primos y sobrinos

A todos: gracias por ayudarme a crecer y ser la persona que soy ahora, por ser mi familia y por apoyarme.

Gracias a los que están sin estar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
Epidemiología.....	7
Teorías Conductuales.....	10
Condicionamiento clásico.....	10
Condicionamiento operante.....	11
Teoría del aprendizaje social.....	13
Entrevista motivacional.....	18
Intervenciones breves.....	23
Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.....	24
Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.....	28
Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores.....	29
Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas	29
Consejo Breve para Adolescentes y Universitarios.....	30

Reportes de casos	32
Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas	33
Caso No. 1.....	36
Caso No. 2.....	43
Consejo Breve para Adolescentes.....	50
Caso No. 3.....	52
Consejo Breve para Universitarios.....	55
Caso No.4.....	57
Caso No. 5.....	61
Resultados.....	65
Discusión.....	72
Conclusiones.....	75
Referencias.....	74
Anexos.....	82

INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un problema de salud pública a nivel mundial debido a su magnitud, trascendencia e impacto en el ámbito individual, familiar y social (Secretaría de Salud, 2007). La Oficina de la Organización de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen (UNODC, 2009) estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior.

Aunado a ello, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2004) menciona que ocurren aproximadamente 65 000 muertes al año entre personas fumadoras por enfermedades asociadas con el tabaquismo, lo que representa el 10% de las muertes nacionales. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) reporta que en nuestro país, en menos de dos décadas, el número de fumadores se incrementó de 9 a 13 millones.

Respecto al alcohol, la encuesta nacional de adicciones (ENA) reporta un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Asimismo, en los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo (de 6.3% a 7.8%) (ENA, 2002).

Es por ello que en nuestro país se han creado diversos programas para el combate y la prevención de adicciones, entre ellos, programas de intervención breve con enfoque cognitivo conductual, los cuales han demostrado ser efectivos para la reducción del consumo de sustancias adictivas y las consecuencias negativas asociadas al mismo (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998; Babor y Grant, 1992; Babor y Higgins-Biddle, 2001; Bien, Miller y Tonigan, 1993; Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2004; Flores, Salazar y Reyes, 2008; Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala y Cruz Morales, 2009; Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004; Martínez, Salazar y García, 2008; Oropeza, Loyola y Vázquez, 2003; Rodríguez-Martos, 2002; Rubio, Ponce y Jiménez-Arriero, 2003; Salazar, Martínez, Pedroza y Vacío, 2008).

En el presente trabajo, se muestran los resultados obtenidos por la aplicación de dos diferentes modalidades de este tipo de intervención: Programa de Intervención Breve para Adolescentes usuarios de Alcohol (PIBA) en dos individuos, y el Consejo Breve que se aplicó

a dos poblaciones diferentes: adolescentes y jóvenes universitarios, con uno y dos casos, respectivamente.

La población de adolescentes se obtuvo mediante la aplicación del POSIT en un CONALEP ubicado en la colonia Ciudad Industrial de la ciudad de Aguascalientes, como parte de un proyecto de investigación del departamento de psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Los criterios de inclusión al programa fueron haber obtenido al menos una respuesta positiva en el cuestionario y la participación voluntaria por parte de los adolescentes. La intervención de esta población se realizó dentro de las instalaciones del mismo plantel.

Por otro lado, la población universitaria formó parte de otra investigación del departamento arriba mencionado y se detectó a través de la aplicación del AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol). Dicha aplicación se llevó a cabo después de una plática sobre alcoholismo impartida por personal de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Los criterios para trabajar con esta población fueron obtener una puntuación mayor o igual a 8 en dicho instrumento y aceptar el ingreso al programa de consejo breve. Las sesiones de evaluación y el consejo se realizaron en la clínica de la universidad.

Los criterios para la selección de los casos presentados en esta tesis fueron haber concluido el programa y tener al menos un seguimiento de seis meses a partir de la fecha de término del programa en el que se encontraran.

Los resultados de los casos se presentan más adelante, sin embargo, cabe mencionar que se encontró en lo general la reducción del consumo en cantidad y frecuencia y la disminución de las consecuencias negativas asociadas al mismo, así como el aumento de la autoeficacia para controlar el consumo en diversas situaciones. Por otro lado, en ambas modalidades del programa de adolescentes se halló una eficacia mayor en cuanto a la disminución en frecuencia y cantidad de consumo en esta población en comparación con los jóvenes universitarios.

Una de las diferencias entre el consejo breve y el programa de intervención breve es la duración del programa, así, el consejo breve se realiza en una sola sesión mientras que el programa consta de cinco; ambas intervenciones están basadas en la entrevista motivacional.

Otra diferencia muy importante entre ambas modalidades son los criterios de inclusión al programa como el patrón de consumo en el caso de los adolescentes.

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es la ciencia básica y fundamental de la salud pública que “estudia la frecuencia y distribución, en el tiempo y en el espacio, de los problemas de salud en las poblaciones, así como el papel de los factores que los determinan” (Goldberg, 1994; p.81).

Dentro del campo de la epidemiología podemos encontrar tres ramas que son la epidemiología descriptiva, que estudia la frecuencia y la distribución de los problemas de salud entre las poblaciones; la epidemiología analítica, etiológica o explicativa, cuya finalidad es descubrir las causas de los problemas de salud; y la epidemiología evaluativa que concentra su atención en los resultados de las acciones sanitarias en las colectividades.

Todo aquello que afecte a la salud de las poblaciones es objeto de investigación para la epidemiología. El estudio de estos fenómenos lo logra colaborando con las ciencias sociales “para comprender las razones y las condiciones de la exposición de las personas a factores desfavorables para su salud” (Goldberg, 1994; p.82) y con las ciencias biomédicas, “para estudiar los mecanismos que explican cómo la exposición a esos factores conduce a la aparición de la enfermedad” (íbid.).

En el caso específico de las adicciones, que están consideradas como un problema de salud pública debido a la magnitud e impacto en el ámbito individual, familiar y social, la epidemiología permite conocer la dimensión social de éstas, el grado de penetración que han alcanzado en la sociedad y los daños que ocasionan en la salud y en la sociedad.

Para obtener esta información, se han creado diversos sistemas y subsistemas de información con los cuales se pueden identificar a los grupos de riesgo, las drogas nuevas, el cambio o los cambios en los patrones de consumo y los factores asociados con el uso y abuso de drogas. En México se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) el cual inició formalmente en 1991. Actualmente opera en 27 ciudades de 19 entidades federativas y genera información periódica sobre el consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas e ilícitas. Para hacer la recolección de datos, el SISVEA utiliza estrategias de recolección de información rutinaria y encuestas centinela. Sus fuentes de información incluyen centros de tratamiento y rehabilitación de drogas de organismos gubernamentales y no gubernamentales, Clínicas de Tabaquismo, Grupos de Autoayuda como Alcohólicos Anónimos (A.A.), Consejos Tutelares de Menores, Servicios de Médicos

Forenses y Servicios de Urgencias de Hospitales de Segundo Nivel y de Especialidad Psiquiátrica (SISVEA, s.f.).

De igual forma, la ENA, recolecta los datos mediante una encuesta en hogares aplicada a hombres y mujeres de entre 12 y 65 años de edad que sean residentes permanentes de las áreas urbanas del país.

Otro sistema de información a nivel regional es el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) que proporciona un diagnóstico sobre las tendencias del uso de sustancias en la Ciudad de México y que se actualiza en los meses de junio y noviembre, durante los que se emite el boletín correspondiente. Este sistema inició su funcionamiento en septiembre de 1986, se recopilan los datos mediante una cédula llamada "Informe Individual sobre Consumo de Drogas" aplicada en lugares como Centros de Integración Juvenil (CIJ), Ministerios Públicos (MP), clínicas y centros de rehabilitación (Ortíz, Martínez y Meza, 2005).

Epidemiología del consumo de sustancias

En nuestro país, según la ENA 2002, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol. Además se señala que el consumo de tabaco se ha incrementado en los adolescentes ya que comienzan a fumar desde temprana edad, en promedio, entre los 11 y 12 años. De los 13 millones de fumadores que hay en el país, una tercera parte son mujeres.

En cuanto al alcohol se refiere, el volumen total de etanol reportado alcanzó 2.79 litros per cápita cuando se considera a la población entre 12 y 65 años, aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes. Sin embargo, 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, alcanzando el 2% de los adolescentes en 2002 (ENA, 2002).

Además, el SISVEA reportó que la edad media en que se inicia el consumo de alcohol en población adolescente fue de 12.99 años. Encontrando que entre hombres (12.95) y mujeres (13.07) la edad de inicio es similar SISVEA (2008).

En resumen, el consumo de sustancias es un problema de salud pública que, como se puede ver, va en aumento. La epidemiología ayuda a conocer la magnitud de dicho fenómeno,

pero si se quieren conocer los motivos que originan la conducta que se observa es necesario conocer cómo se adquiere. Además de la epidemiología, existen otras ciencias, como la medicina y la psicología que estudian el fenómeno de las adicciones. Dentro de la psicología existen diversas teorías para explicar la adquisición, el mantenimiento y la eventual extinción del consumo de sustancias, por ejemplo, las conductuales y la del aprendizaje social. A continuación se explican dichas teorías.

TEORÍAS CONDUCTUALES

De acuerdo a esta perspectiva existen tres tipos de aprendizaje importantes para el desarrollo y la alteración de la conducta: condicionamiento clásico o respondiente, condicionamiento operante y aprendizaje observacional o vicario (Kazdin, 1978).

Condicionamiento Clásico

También llamado condicionamiento respondiente, el condicionamiento clásico se basa en el paradigma estímulo-respuesta descrito por Pavlov (Pavlov, 1927). Cooper, Heron y Heward (1987) mencionan que todo organismo vivo posee la habilidad de responder ante ciertos estímulos y que dichas respuestas funcionan como protección ante ciertos estímulos dañinos (por ejemplo, la contracción de la pupila ante una luz brillante) y ayudan a regular la economía interna del organismo (por ejemplo, el cambio del ritmo cardiaco ante los niveles de actividad). Debido a su valor para la supervivencia, estas respuestas se desarrollaron a través de la selección natural. Este tipo de conductas son llamadas reflejas y son conductas no aprendidas, es decir, son causadas o producidas por un estímulo antecedente y no se requiere hacer nada para que se realicen, son respuestas automáticas que no están bajo el control del individuo (Kazdin, 1978).

Por otro lado, un estímulo es cualquier condición, evento o cambio en el mundo físico. Por lo tanto tienen dimensiones físicas como son tamaño, color, intensidad, peso, posición y se describen, miden y manipulan de acuerdo a esas dimensiones. Ocurren dentro y fuera del cuerpo, sin embargo, los analistas de la conducta estudian sobre todo aquellos que tienen consecuencias sobre la conducta (los que ocurren fuera del cuerpo), pues son más fáciles de observarse y medirse de manera confiable (Cooper et al., 1987).

Los estímulos pueden ser personas, lugares y cosas; luz, sonidos, olores, sabores y texturas. Asimismo, ocurren antes, durante y después de la conducta de interés. Por otro lado, algunos estímulos ejercen un control poderoso sobre la conducta mientras que otros no tienen efectos medibles.

Así, nuevos estímulos pueden provocar una misma respuesta después de ser apareados con el estímulo original (estímulo incondicionado) que la elicitaba, es decir, cuando un estímulo incondicionado (EI) se aparea con un estímulo neutro (EN) en ocasiones repetidas,

entonces el estímulo neutro se convierte en el estímulo condicionado (EC) que provoca, por tanto una respuesta condicionada (RC) (Pavlov, 1927).

En el campo de las adicciones, los procedimientos de exposición a los ECs se remontan a los orígenes de la teoría del aprendizaje. El mismo Pavlov (1927) sugirió que los animales pueden adquirir respuestas a estímulos contextuales previamente asociados con el inicio de los efectos de la droga. Sin embargo, en sujetos humanos fue Wikler en 1948 el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas al observar que individuos que habían sido adictos a los opiáceos a veces llegaban a mostrar señales de un síndrome de abstinencia meses más tarde de haberse administrado la última dosis. Dicho hallazgo fue hecho en las sesiones de terapia de grupo, ya que mientras los pacientes hablaban de sus experiencias anteriores con las drogas se presentaba este síndrome e incluso hubo quienes manifestaron señales de abstinencia a opiáceos al hablar de estos temas. Asimismo, muchos de los pacientes dados de alta, experimentaron una gran preocupación y un aumento del deseo de la sustancia al pasar por los lugares relacionados con el consumo de drogas mientras viajaban de regreso a casa. Por lo tanto, estos lugares se volvieron estímulos condicionados (ECs) que provocaban el deseo del consumo que se volvió una respuesta condicionada (RC) (Graña y Carroble, 1991; Graña y Muñoz-Rivas, en Caballo 1998; Navarro, 1984).

Condicionamiento Operante

El condicionamiento operante agrega al paradigma estímulo-respuesta el reforzador o consecuencia de la conducta, así, los efectos o consecuencias de una conducta operante determinan la frecuencia de ocurrencia de la conducta futura (Cooper et al., 1987). Es decir, si el consumo de una droga lleva apareado una recompensa es probable que se vuelva a consumir, estas recompensas pueden ser la disminución de tensión, euforia y/o el refuerzo del grupo social (Martínez y Aguilar, 2002).

Por otro lado, Cooper et al. (1987) mencionan que una conducta operante es cualquier conducta cuya probabilidad de ocurrencia esté determinada por su historia de consecuencias, además este tipo de conducta capacita a las personas para emitir respuestas nuevas y complejas a un mundo siempre cambiante. Igualmente mencionan que una conducta operante siempre ocurre como parte de una triple contingencia, pues está en función del estímulo

antecedente, la respuesta y el reforzador o consecuencias. Los estímulos antecedentes se refieren al estado o condición del ambiente antes de la emisión de una respuesta. Consideran que para cada conducta existe un estímulo antecedente.

Por ejemplo, cuando una persona está en una fiesta (estímulo antecedente), beberá (respuesta) para poder entablar conversación con alguna persona del sexo opuesto (consecuencia).

Sin embargo, para Petri y Govern (2006) la interacción del condicionamiento clásico y operante es un factor importante para el aprendizaje de nuevas conductas. Mencionan además que la motivación se adquiere con sólo observar a la gente y que cuando vemos que otros son recompensados por realizar una conducta determinada, no sólo aprendemos por observación sino que modificamos nuestra conducta atendiendo al éxito o al fracaso de ellos, es así que, el reforzamiento vicario que consiste en observar a los demás nos afecta lo mismo que el autorreforzamiento. Por su parte, Bandura explica el aprendizaje vicario en su teoría del aprendizaje social.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La Teoría del Aprendizaje Social, propuesta por Albert Bandura explica la forma en la que las personas tratan de controlar por medio de la regulación de sus pensamientos y actos los aspectos de su vida. Esta teoría “consiste en el procesamiento de la información en la que los datos de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos de la acción” (Carrascoza, 2007, p. 19). Así, la conducta de consumo se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios de la droga, experiencia directa de sus efectos como refuerzos o castigos y dependencia física (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002).

Por otro lado, según Bandura (1977), excepto por los reflejos elementales, la gente no viene equipada con un repertorio conductual sino que lo aprenden a través de la experiencia directa o la observación. Es importante mencionar que considera que los factores biológicos juegan un papel en la adquisición de los procesos y que tanto los factores genéticos como los hormonales afectan el desarrollo físico y éste a su vez puede influir en las potencialidades de la conducta.

Además menciona que tanto la experiencia como las influencias psicológicas interactúan sutilmente para determinar la conducta, por lo que no son fácilmente separables una de la otra, pues incluso cuando las nuevas respuestas son formadas totalmente basadas en experiencias aprendidas, los factores psicológicos influyen en ellas.

Por otro lado, indica que mientras la organización de nuevos componentes conductuales en los nuevos patrones resulta de la experiencia, los elementos rudimentarios están presentes como parte de una dotación natural.

Considera que las conductas complejas no emergen de patrones unitarios, sino que están integradas de varios componentes que tienen diferentes orígenes.

Además, señala que el aprendizaje por las consecuencias de las respuestas está basado en la experiencia directa y es producto de las consecuencias positivas o negativas de la acción. Por otro lado, las consecuencias tienen varias funciones, en primer lugar imparten información, en segundo lugar sirven como motivadores por su valor incentivo y, en tercer lugar, tienen una capacidad reforzadora de respuestas automáticas.

Con respecto a la función informativa, menciona que durante el aprendizaje la gente no solamente va transformando sus respuestas, sino que también va notando los efectos de las mismas y al observar las reacciones de estas diferentes respuestas, desarrollarán hipótesis acerca de qué respuesta sirve en qué escenario y a su vez esta información servirá como una guía para las acciones futuras. Las hipótesis precisas hacen que aumente el éxito de la modificación de las conductas futuras, pero si éstas son erróneas seguramente no será efectiva la acción.

Al hablar de la función motivadora de las consecuencias, hace referencia a que, debido a las capacidades anticipatorias que tiene la gente, éstas son motivadas por consecuencias prospectivas. Pues las experiencias pasadas crean expectativas acerca de que ciertas acciones les traerán beneficios, algunas no tendrán efectos agradables y otras más evitarán problemas en el futuro.

En cuanto a la función reforzadora, originalmente se creía que las consecuencias aumentaban automáticamente la conducta, sin embargo, se ha visto que esto no es así, pues el aprendizaje se limita a los eventos que tienen valor adaptativo (Bandura, 1977).

Por otro lado, menciona que no solamente por las consecuencias de las propias respuestas es que la gente aprende, sino que también lo hace observacionalmente a través del modelamiento. Bandura señala que el proceso de aprendizaje observacional pasa por cuatro procesos: atencional, de retención, reproducción motora y motivacional.

El proceso atencional determina lo que es selectivamente observado de la amplia gama de influencias modeladoras, aunque también influyen en este proceso los patrones asociativos, es decir, la gente con quien generalmente se asocian las personas, ya sea por imposición o no, delimita los tipos de conducta que se observan con mayor frecuencia y se aprenden profundamente. Las capacidades de los observadores para procesar la información están regidas por los beneficios que tendrán desde las experiencias observadas. Los conjuntos perceptuales de la gente, que provienen de las experiencias pasadas y los requisitos situacionales, afecta lo que la gente saca de las observaciones y cómo interpreta lo que ha visto y oído (Bandura, 1977).

El proceso de retención sirve para recordar la conducta modelada. Esto se hace a través de sistemas de representación que pueden ser verbales o imaginarios, ya que algunas de las conductas observadas son almacenadas como imágenes. La estimulación sensorial activa las

sensaciones que dan lugar a la percepción de los eventos externos y al haber una exposición repetida de las imágenes recuperables de la conducta modelada ésta se modifica. Por otro lado, el sistema verbal es la forma de aprendizaje observacional más rápida y de mayor retención en humanos. Después de hacer representaciones simbólicas de las conductas observadas, éstas se llevan a cabo dependiendo del espacio y la temporalidad, es decir, las personas analizan la funcionalidad de la conducta en el momento y la ajustan de acuerdo a la retroalimentación que tienen con respecto a ella, este es el proceso de reproducción motora.

Finalmente, el proceso motivacional alude a si se adopta o no la conducta, basado en las consecuencias que se tendrán al realizarla, por ejemplo, beber para poder socializar o no beber para evitar las consecuencias negativas del consumo como problemas en el hogar (Bandura, 1977).

Por su parte, Carrascoza (2007) considera que las ventajas de este tipo de aprendizaje son: 1) acelera el aprendizaje al no tener que realizar todo tipo de conducta para adquirirla; y, 2) evita experimentar de manera directa las consecuencias negativas. Pues, al observar a otros, las personas se dan una idea de cómo las nuevas conductas se modifican, después, en algunas ocasiones esta información se codifica y sirve como una guía de acción. Así, la gente puede aprender con el ejemplo qué hacer antes de modificar cualquier conducta, por lo que están a salvo de errores innecesarios.

Asimismo, menciona que “esta aproximación presenta una estructura teórica para analizar la motivación humana, el pensamiento y la acción desde una perspectiva cognitiva social” (p. 20). Su énfasis se encuentra en el determinismo recíproco, pues la función psicológica está en una interacción recíproca continua entre los determinantes personales, conductuales y ambientales, desde este contexto, se usa el término recíproco como una acción mutua entre los eventos (Bandura, 1977). Así, esta causación recíproca da a las personas oportunidades de ejercer control sobre su vida y poner límites a la autodirección, pues bajo esta teoría una persona es un agente activo que sopesa los pros y contras antes de actuar y tomar una decisión.

Es por lo tanto que el consumo de alcohol y drogas se ve como una estrategia para afrontar la vida diaria que puede ser nociva si se usa de manera inadecuada, pues es una conducta aprendida en la cual el ambiente social es predeterminante para que se ejecute o no.

En esta línea, la perspectiva de Marlatt y Gordon (1985) sobre el desarrollo y mantenimiento de patrones conductuales de beber alcohol es la mejor representación de la Teoría del Aprendizaje Social pues es aplicable a todas las conductas adictivas. Los puntos centrales son los siguientes:

- Las conductas adictivas representan una categoría de conductas “maladaptativas” aprendidas.
- Las conductas adictivas ocurren en un continuo de uso (cantidad y frecuencia).
- Todos los puntos a lo largo del continuo de la conducta adictiva están influidos por los mismos principios de aprendizaje.
- Las conductas adictivas son hábitos aprendidos que pueden ser analizados de la misma manera que cualquier otro hábito.
- Los determinantes de las conductas adictivas son factores situacionales y ambientales, creencias y expectativas, la historia familiar de la persona y las experiencias previas de aprendizaje con la sustancia o actividad. También se enfatizan las consecuencias de la conducta adictiva para entender sus características reforzantes o castigantes.
- Además de los efectos del alcohol u otra sustancia o actividad, es importante discernir las reacciones sociales e interpersonales que el individuo experimenta antes, durante y después de la conducta adictiva.
- Frecuentemente las conductas adictivas son manifestadas bajo condiciones que se perciben como estresantes y es en esa medida que representan conductas de afrontamiento inadecuadas.
- Las conductas adictivas son afectadas por las expectativas de autoeficacia del individuo. En este contexto, la autoeficacia se entiende como la capacidad de aplicar habilidades conductuales para afrontar una situación sin realizar la conducta adictiva. Así, si en una situación la autoeficacia para confrontar una situación es baja y las creencias individuales o expectativas de que realizar la conducta adictiva ayudará a afrontar dicha situación, se incrementará la probabilidad de ocurrencia de dicha conducta.
- La adquisición de nuevas habilidades y estrategias cognitivas en un programa de autoayuda pueden dar como resultados cambios en la conducta adictiva,

modificándolas en conductas más adaptativas que queden bajo el control de los procesos cognitivos de conciencia y de toma de decisiones. De acuerdo con esto, el individuo puede asumir y aceptar un mayor grado de responsabilidad para cambiar la conducta adictiva.

Como se mencionó, el uso de sustancias puede volverse un problema para la persona cuando el consumo es utilizado como una forma de afrontar el estrés o algunas situaciones displacenteras. Por lo anterior, se han creado diversos tratamientos para que las personas dejen de consumir y de los cuales han surgido técnicas y estrategias para que las intervenciones tengan una mayor efectividad, un ejemplo de ello es la entrevista motivacional, que surge del trabajo de Miller y Rollnick (1991) con personas consumidoras de alcohol y la cual se ha retomado para las intervenciones en el abuso de sustancias.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Miller y Rollnick (1991) mencionan que la entrevista motivacional surge de discusiones de un grupo de psicólogos noruegos de la Clínica Hjeltestad, y desde su inicio ha tenido gran aceptación en diferentes culturas debido a su aplicabilidad y utilidad. Los principios surgen de las experiencias personales en “el trabajo con cientos de personas que tienen problemas con el alcohol y otras drogas” (p. 79).

Por otro lado, señalan que la entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Es de gran utilidad con quienes son reticentes y se muestran ambivalentes ante el cambio. Mediante la entrevista motivacional se trata de ayudar a las personas a resolver la ambivalencia con la que llegan respecto a un problema o situación y hacer que progrese a lo largo del camino del cambio.

Además definen la ambivalencia como “un estado de la mente en el que la persona tiene sentimientos simultáneos sobre algo” (p.66), es decir, es el conflicto interno que experimentan las personas hacia la realización o cesación de una conducta, por ejemplo, beber o no beber, fumar o no fumar.

Por otro lado, aunque se ha visto que los terapeutas ejercen un sorprendente grado de influencia sobre el hecho de si sus pacientes cambiarán o no, la entrevista motivacional deja la responsabilidad del cambio al individuo que acude a terapia, pues el terapeuta ocupa el papel de guía y no de autoridad, puesto que las estrategias de esta entrevista son más persuasivas que coercitivas, buscando que sea el paciente y no el terapeuta quien dé los motivos para el cambio. Algunas de estas estrategias surgen de la terapia centrada en el paciente a través de la escucha reflexiva, teniendo un objetivo claro de lo que se debe alcanzar, además de estrategias y habilidades concretas para alcanzar ese objetivo. Tiene un sentido claro de cuándo y cómo intervenir en momentos determinados.

En la entrevista motivacional se busca analizar y devolver las percepciones del paciente sin etiquetarlas ni corregirlas y no prescribir ni ofrecer orientaciones o instrucciones específicas. Además, permite tanto al paciente como a otras personas significativas para él, crear estrategias posibles para el cambio, pues, como se mencionó, la responsabilidad de la elección del método de cómo cambiar se deja en manos del paciente. Para ello, existen cinco principios generales: 1) expresar la empatía, 2) crear una discrepancia, 3) evitar la discusión,

4) darle un giro a la resistencia y, por último, 5) fomentar la autoeficacia (Miller y Rollnick, 1991).

El principio “expresar la empatía” hace referencia a la aceptación y comprensión de los sentimientos y perspectivas que tienen las personas con respecto al problema sin criticarlos o culpabilizarlos y no al hecho de aceptar ineludiblemente lo que el paciente diga o haga. La empatía se logra mediante una escucha reflexiva, la cual se obtiene a través de la escucha respetuosa con el deseo de comprender los puntos de vista del individuo, teniendo una actitud de aceptación y respeto, llevando al mismo tiempo a crear un ambiente terapéutico en el cual se fomenta la autoestima del paciente.

Aunado a lo anterior, se busca “crear una discrepancia” entre dónde está y dónde quisiera estar el individuo con el fin de promover el cambio. Dicha discrepancia se puede inducir mediante la concientización del costo de la conducta actual, pues este principio supone que cuando una conducta está en conflicto con importantes objetivos generales como la salud propia, el éxito, la felicidad familiar o una autoimagen positiva, el cambio tiene una cierta posibilidad de ocurrir. El terapeuta trabaja con esta discrepancia aumentándola hasta que el individuo supere el apego hacia la conducta que está trabajando, por ejemplo, el consumo de alcohol. Esto supone aclarar los objetivos importantes que tiene la persona, analizar las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y que entran en conflicto con dichos objetivos. En general, se trata de hacer que sea el propio individuo el que encuentre y dé las razones que tiene para cambiar.

Puesto que la entrevista motivacional no es confrontativa, el tercer principio, “evitar la discusión”, menciona que se deben evitar las confrontaciones utilizando más bien la persuasión. Existen diversas formas en las cuales el terapeuta puede llegar a ser confrontativo, entre ellas se encuentra el uso de etiquetas y más aún pretender que el paciente las acepte sin problema alguno. Esto, más que ayudar a la modificación de la conducta, aumentará la resistencia del mismo impidiendo o retardando el proceso de cambio del propio usuario. Es por ello que se debe “dar un giro a la resistencia”.

La resistencia, al igual que la ambivalencia, se reconoce como algo normal, natural y comprensible. Así, para lograr darle un giro a la resistencia, el terapeuta no debe imponer nuevos puntos de vista u objetivos sino invitar al individuo a considerar la información nueva y ofrecerle nuevas perspectivas para hacerlo, permitiéndole tomar lo que desee de ello, pues el

paciente es un individuo experto en su problema y es capaz de resolverlo, por lo que además se debe “fomentar la autoeficacia” en el paciente. Para fomentar la autoeficacia el terapeuta debe darle la responsabilidad a la persona, debe enfatizar que puede realizar el cambio debido a que nadie más puede hacerlo por ella.

La autoeficacia es definida como “la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica” (Miller y Rollnick, 1991; p. 90), además, es considerada un elemento clave para que el cambio se dé o no y “aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio” (p.90) es uno de los objetivos generales de la entrevista motivacional.

Los principios arriba mencionados son el eje central de este tipo de entrevista, sin embargo, también es importante conocer la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario para aplicar las técnicas necesarias que lo llevarán al cambio. Las etapas de cambio se refieren a la postura con la cual llega el paciente con respecto al problema que lo ha llevado a terapia, es decir, son las etapas por las que se atraviesa en un proceso de cambio y toda persona que está llevando a cabo dicho proceso pasa por ellas. Por su parte, Prochaska y Diclemente (1982) consideran que estas etapas se encuentran dentro de una rueda llamada “Rueda de Cambio” y son seis: *precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída*. A continuación se describe cada una.

Precontemplación. Durante la etapa de precontemplación la persona no ha considerado tener un problema o necesitar un cambio en su vida, por lo que raramente asistirá a terapia por ella misma, puede llegar quizá porque el médico o alguien cercano le dijo que debería hacerlo. En esta etapa podemos encontrar a la mayoría de los adolescentes. Miller y Rollnick (1991) mencionan que a fin de que el usuario pueda aumentar la conciencia y la posibilidad de hacer un cambio se le debe dar información y retroalimentación.

Contemplación. Una vez que ha tomado conciencia del problema se dice que entra a un periodo de ambivalencia que caracteriza a la etapa de contemplación, esto quiere decir que la persona sabe que tiene un problema y encuentra razones para modificar su conducta, sin embargo, al mismo tiempo piensa en las razones por las que no debería hacerlo. Se encuentra entre unas y otras razones, así, lo que el terapeuta debe hacer es ayudar a que se incline la balanza a favor del cambio.

Determinación. Cuando la balanza se inclina al cambio, se dice que se ha entrado a la etapa de determinación, pues ha decidido hacer algo, sin embargo, esto no significa que lo vaya a hacer, si lo realiza continúa avanzando en la rueda de cambio y entra a la etapa de acción, si no es así, regresa a la etapa de contemplación.

Acción y Mantenimiento. En la etapa de “acción” la persona se involucra en acciones que la conducen al cambio. El objetivo durante esta fase es la de producir un cambio en el problema que se desea resolver, aunque el que lo haga no significa que dicho cambio se mantenga a través del tiempo, por lo que el reto de la etapa siguiente, denominada de “mantenimiento”, consiste en hacer que este cambio se mantenga previniendo las recaídas.

Recaídas. En este modelo las recaídas son consideradas como algo normal que sucede a las personas con cualquier conducta que se intente modificar, por ejemplo, dejar de consumir una sustancia adictiva. Sin embargo, ante la ocurrencia de una recaída, el individuo debe reingresar a la rueda y no quedarse estático en esta etapa. La labor del terapeuta en esta etapa es ayudarlo a no desmoralizarse para que continúe con el cambio de la conducta. Es así que puede considerarse que conocer las etapas de cambio es sumamente importante para el logro de una intervención efectiva.

En resumen, la entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudándolos a explorar y resolver ambivalencias (Miller y Rollnick, 1996). Es además una herramienta útil en las intervenciones, en particular, en las intervenciones breves basadas en el enfoque cognitivo conductual (Ayala et al., 1998; Babor et al, 2001; Echeverría et al., 2004; Flores et al., 2008; Martínez et al., 2004; Oropeza et al, 2003; Rodríguez-Martos, y cols. 2003; Salazar et al., 2008).

Cabe mencionar que el tipo de intervenciones arriba citadas y que se describirán a continuación se consideran dentro del nivel de prevención secundaria, pues “la prevención secundaria del abuso de droga se dedica a identificar y tratar a consumidores de droga.

Sin embargo, es importante señalar que, aunque generalmente se consideran tres niveles de prevención que son primaria, secundaria y terciaria (LaMarine, 1995; Castro-Jiménez y Orozco-Vargas, 2009), debido a la dificultad para diferenciar entre la presencia o ausencia de la enfermedad en los dos primeros niveles (Institute of Medicine, 1994) Gordon (1983) propuso que se tipificaran de acuerdo al riesgo en el que se encuentra el individuo para

desarrollar un problema y el costo de la intervención como intervención *universal* (para población en general), *selectiva* (grupos en riesgo como niños expuestos a la sustancias) e *indicada* (personas que están en riesgo de desarrollar la enfermedad, por ejemplo, quienes ya iniciaron el consumo de alguna sustancia).

INTERVENCIONES BREVES

En general, las intervenciones breves se definen como intervenciones limitadas en el tiempo en comparación con los tratamientos tradicionales (Orford y Edwards, 1977), por ejemplo el psicoanálisis (Crespo, 2000). Incluyen una evaluación global, asesoramiento breve y periodos de seguimientos (Orford y Edwards, 1977). Miller y Sánchez (1993) han enumerado seis elementos comúnmente incluidos en las intervenciones breves que han mostrado ser efectivas y se resumen en el acrónimo FRAMES, por sus siglas en inglés, esto es: Feedback (retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menu (Opciones), Empathy (Empatía) y Self-efficacy (Autoeficacia) (Bien et al., 1993).

Los programas de intervención breve enfocados a las adicciones en particular, consisten en la identificación temprana de individuos que consumen alcohol u otras drogas aunado a la oferta de participar en un programa antes de solicitarlo o de advertir que el patrón de consumo puede generar problemas a los usuarios (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008). Estos programas se consideran valiosos debido a su bajo costo, efectividad en la reducción e incidencia de los problemas relacionados con el alcohol, así como por el hecho de ser una herramienta útil de prevención secundaria (Babor et al., 2001; Babor et al., 1992; Rubio et al., 2003; Rodríguez-Martos, 2002; Bien et al., 1993).

Entre los tipos de intervención breve más empleados, se encuentran el consejo breve de una sola sesión, considerado una intervención que permite una rápida evaluación y la implementación de estrategias que favorecen el cambio conductual; las intervenciones breves de tres a cinco sesiones y los manuales de autoayuda. En México, particularmente en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se han creado programas de este tipo con enfoque cognitivo conductual para reducir el consumo de diferentes drogas (Ayala, et al., 1998; Echeverría et al., 2004; Flores et al., 2008; Lira-Mandujano, et al., 2009; Martínez et al., 2004; Martínez et al., 2008; Oropeza et al., 2003; Salazar et al., 2008).

Dichas intervenciones se basan en la teoría del aprendizaje social y en la entrevista motivacional. El objetivo a lo largo del tratamiento es que el usuario descubra y utilice sus propias herramientas como puede ser el autocontrol para superar los problemas que le acarrea el consumo de alcohol u otras drogas así como, junto con el terapeuta, identificar qué situaciones lo llevan a consumir y crear estrategias para controlar su consumo y reducir el

número de consecuencias negativas. Esto se logra mediante las preguntas y comentarios hechos con un estilo reflexivo y propositivo que hace el terapeuta al usuario. Cada programa tiene su propio material el cual consta de lecturas y ejercicios que realiza el usuario dentro o fuera de la sesión según se requiera, por lo que se trabaja con personas que sepan leer y escribir.

Por otro lado, la intervención breve de una sola sesión es un proceso sistemático que tiene como método central la entrevista motivacional, la cual consiste en acompañar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales en el momento actual, además intenta resolver la ambivalencia respecto al cambio de su consumo, a fin de que las personas realicen acciones para el logro del cambio. Las estrategias empleadas para tal propósito son la retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol, y el planteamiento de metas claras y factibles. Mediante éstas se busca minimizar la resistencia del usuario hacia el cambio, evitando la confrontación y poniendo en práctica una actitud de escucha y apoyo, con el objetivo de que el usuario tome la responsabilidad de evaluar su consumo y haga un compromiso de cambio (Martínez et al., 2008).

A continuación se describen cuatro de los programas de intervenciones breves de hasta 8 sesiones de tratamiento.

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Este tratamiento es “una intervención motivacional que induce a las personas a comprometerse, a modificar su comportamiento, reconocer y usar su propia fuerza y recursos para resolver su conducta de abuso en el consumo de alcohol” (Echeverría et al., 2004). Este modelo está dirigido a personas de entre 18 y 70 años que sepan leer y escribir y no presenten síntomas que demuestren dependencia severa como alucinaciones, convulsiones o delirio tremens. Está constituido por 1 sesión de admisión, 1 de evaluación y 4 de tratamiento, además de tres seguimientos a los 3, 6 y 12 meses después de terminada la intervención.

La admisión (sesión 1) es el primer contacto que se tiene con el usuario, es donde se recaba información valiosa acerca de su disposición al cambio, su patrón de consumo y si es candidato o no a este modelo. Se sugiere emplear preguntas abiertas, cerradas, una actitud facilitadora, dejar que sea el usuario quien establezca los límites de la discusión, expresarle comprensión y reflexión, legitimarlo y apoyarlo. Por otro lado, se debe evitar la calificación de

las cosas o situaciones como problemas si el usuario no lo ha detectado como tal, asimismo, no se deben expresar hipótesis o dar consejos antes de que la persona esté lista para aceptarlos o apresurarla a tomar una decisión.

En este tratamiento una de las primeras preguntas a realizar es con respecto a los motivos que han llevado a la persona a buscar ayuda y, a partir de la respuesta, indagar sobre su historia de consumo, es decir, el tiempo que lleva consumiendo de forma excesiva o problemática, las principales consecuencias, qué consume, con quién consume, cuándo consume, etc. (Echeverría et al., 2004).

Para poder hacer una historia de consumo se explica al usuario qué es un trago estándar y así obtener un cálculo del mismo. El trago estándar es una medida universal y corresponde a media onza de alcohol etílico en la bebida, esto equivale a una lata de cerveza (340ml), un caballito de tequila, una copa de vino de mesa o una copa de destilado.

Por otro lado, para obtener el diagnóstico también se aplica una Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) (Ayala, et al., 1998) la cual se diseñó para medir el nivel de dependencia que tiene el usuario hacia esta sustancia. Asimismo, si se tienen indicadores de daño neuropsicológico se aplican las subescalas A y B, llamadas pistas, de la batería Halstead-Reitan.

Por último se da el Formato de Consentimiento al usuario con el fin de informar y explicar de forma breve las actividades que se llevarán a cabo durante el tratamiento. Finalmente se da cierre a la sesión y se programa cita para la siguiente semana.

Durante la sesión de evaluación (sesión 2) se aplican los instrumentos que permiten conocer la conducta de consumo del usuario, como son el patrón de consumo, las situaciones ante las que consume, entre otras. Dichos instrumentos son:

- La entrevista inicial que proporciona datos de salud física, historia laboral, historia del consumo de alcohol u otras drogas y las consecuencias del consumo de sustancias.
- La Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979) que se emplea para evaluar el patrón de consumo (frecuencia y cantidad medida en tragos estándar), se llena de un año atrás a la fecha de la sesión.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), elaborado por Annis, Graham y Davis en 1987, traducido y adaptado a la población mexicana

en 1997 por Echeverría y Ayala (1997) que proporciona información del consumo en diversas situaciones como son momentos agradables, momentos desagradables, malestar físico, presión, conflicto con otros, probando el auto control, necesidad física y malestar físico.

- El Cuestionario de Confianza Situacional forma breve (CCS) fue elaborado por Annis y Graham en 1987, traducido y adaptado a la población mexicana en 1997 por Echeverría y Ayala (1997), este cuestionario mide la confianza que tiene el usuario de controlar su consumo en ciertas situaciones.

Al terminar la aplicación de los cuestionarios, se le entrega al usuario el auto registro, que es un formato en el cual se indica el día, el tipo de bebida (cerveza, destilados, vino) y la cantidad de consumo de la ocasión en la que se bebió, esto con el fin de tener un automonitoreo de la conducta. Asimismo se da y explica la primera lectura y ejercicios del material que se utilizará en la siguiente sesión. Finalmente se termina la sesión y se programa la siguiente sesión, que será la primera del tratamiento.

En el PASO I, “Decidir cambiar y establecimiento de metas”, se hace una revisión del auto registro con el fin de conocer si hubo situaciones de consumo y poder analizar dicha situación. Enseguida se discute la lectura del material que se le proporcionó en la sesión anterior, así como los ejercicios del mismo y se le dan los resultados de la LIBARE. El objetivo de esta primera sesión es ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol y a encontrar las razones para el cambio. Asimismo, el usuario establece la meta de consumo que puede ser la abstinencia o la reducción. Se entrega la segunda lectura y se termina la sesión. Se acuerda la siguiente cita.

En el PASO II, “Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso”, se hace la revisión del auto registro y se analizan las situaciones de consumo. Se realiza una discusión de la lectura y ejercicios del material y se da retroalimentación de los resultados del ISCA y CCS al usuario para que conozca sus situaciones de riesgo de consumo y las situaciones en las que no hay riesgo del mismo con el fin de comparar las respuestas del ejercicio dos con estos resultados. Por último, se entrega la tercera lectura, se explica de forma breve en qué consiste y se hace el cierre de la sesión programando la siguiente cita.

PASO III, “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”. Se revisa el auto registro y se analizan las situaciones de consumo, finalizado este punto se comienza la

discusión de la lectura número tres y se revisan los ejercicios del material para entregar y explicar el nuevo establecimiento de metas. Se entrega la última lectura y se explica brevemente el contenido de la misma. Finalmente se cierra la sesión informando que la siguiente será la última del tratamiento.

PASO IV, “Nuevo establecimiento de metas”. La sesión comienza con un resumen global del tratamiento (avances, estrategias, planes de acción). Posteriormente, se revisa el autorregistro y se analizan las situaciones de consumo si es que las hubo en esa ocasión, además se elabora la gráfica del consumo durante el tratamiento y se discuten las estrategias y planes de acción que han servido al usuario para evitar o moderar el consumo, así como la confianza para tener control sobre la forma de beber. Aunado a lo anterior, se revisan los ejercicios de la cuarta lectura y se hace una segunda aplicación del CCS; los resultados de esta segunda aplicación se comparan con los de la primera para así saber en qué situaciones se siente más seguro de no consumir y en cuáles hay que seguir trabajando. Se hace un resumen de la sesión y se da el cierre tanto de la sesión como del tratamiento. Se le recuerda acerca de los seguimientos y se programa la cita para el primero, un mes después de terminado el tratamiento.

SEGUIMIENTOS A 1, 3, 6 y 12 MESES. Durante los seguimientos de 1 y 3 meses se entrevista al usuario con el fin de revisar su auto registro y saber si hubo ocasiones de consumo, así como conocer las estrategias que ha utilizado desde la última sesión a la actual y analizar tanto las situaciones de consumos (cómo, dónde, cuándo, con quién) como las estrategias (funcionaron, no funcionaron, se pueden mejorar). A partir del seguimiento del tercer mes se emplea la LIBARE. En el seguimiento de 6 meses, además de éste se aplica la Entrevista de Seguimiento del Usuario y la Entrevista de Seguimiento al Colateral, del cual se dieron los datos en el formato de consentimiento, esta última con el propósito de corroborar la información proporcionada por el usuario y como una manera de aumentar la validez del autorreporte.

En el seguimiento a los 12 meses se aplican los mismos instrumentos que en el anterior y se agregan el BEDA, el CCS y la prueba de PISTAS A Y B. Si el usuario llega a presentar alguna recaída o caída se sugiere que se analice la situación y se planee junto con él una estrategia para enfrentar situaciones similares a futuro. Cuando no ha pasado esto, se considera

terminado el tratamiento. Sin embargo, se deja la invitación abierta para regresar si es que vuelve a su consumo anterior.

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína

Este tratamiento se emplea en personas mayores de 18 años consumidores de cocaína (Oropeza et al., 2003). En general, este tratamiento es similar al de bebedores problema, sin embargo, la duración es de 8 sesiones y se trabajan, además de los tópicos anteriores, habilidades asertivas de rechazo y la identificación de decisiones que pueden llevar a un consumo.

La estructura general de las sesiones de Admisión y Evaluación se conforma de la siguiente manera, primeramente se trata de precisar las características del consumo y lograr una comprensión de la problemática, se busca la identificación del funcionamiento psicosocial actual (en el momento que asiste a la terapia) del individuo y se preguntan los aspectos médicos generales. Por otra parte se le da información objetiva acerca de su consumo y la forma en la que se trabajará durante las sesiones.

Se sugiere que durante todas las sesiones del tratamiento se emplee la regla 20 20 20 (Carrol, 1998), es decir, durante los primeros 20 minutos tratar de obtenerse la comprensión clara de las inquietudes que tiene el usuario y de su funcionamiento general en las diferentes áreas sociales, por ejemplo, la escuela, la familia, el trabajo, etc. También se pregunta cómo fue el consumo y el deseo por consumir la semana previa a la sesión. Para obtener esta información se utilizan preguntas que llevan al usuario a la reflexión.

En los siguientes 20 minutos es el terapeuta el que habla más con el fin de dar la retroalimentación, al mismo tiempo se hace la introducción y la discusión del material que el usuario se llevó a casa. Finalmente, en los restantes 20 minutos se fomenta el discurso del usuario y se acuerda la forma en la que se deben llevar a cabo los ejercicios prácticos, por otra parte, se anticipan las diversas situaciones en las que se podría dificultar el no consumo del usuario.

En las sesiones de seguimiento que son a 1, 3, 6 y 12 meses de terminado el tratamiento, se realiza una nueva evaluación del consumo, del funcionamiento psicosocial y del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas durante la intervención en el control del consumo.

Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores

El “Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores” (PIBMF), está dirigido a personas que están interesadas en dejar de fumar y que no tienen el diagnóstico de alguna enfermedad (hipertensión, dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer), y a personas sin depresión mayor, ansiedad severa u otro trastorno psiquiátrico. Se aplica individualmente y está constituido por una sesión de admisión, una de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y tres seguimientos a 1, 3 y 6 meses después de concluido el tratamiento. En la aplicación del programa se utilizan tres folletos de trabajo y auto-reportes de consumo (Lira-Mandujano, Medina-Nolasco y Cruz-Morales, 2008).

Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas

Este programa fue diseñado para trabajar en escuelas de nivel medio y medio superior (Martínez et al., 2004). Está dividido en cinco fases además de la detección de casos, que son admisión, evaluación, inducción, tratamiento y seguimiento.

En la fase de detección se hace promoción del programa mediante carteles, pláticas, folletos y contacto con el personal de la escuela en la que se esté aplicando el programa para la identificación de posibles casos.

La identificación se lleva a cabo mediante la aplicación grupal de un instrumento de tamizaje para conocer los problemas relacionados con el uso de sustancias llamado Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT, por sus siglas en inglés) adaptado a la población mexicana (Mariño, 1997).

Una vez calificado este cuestionario, se contacta a los alumnos que hayan obtenido una o más respuestas afirmativas y mediante una entrevista individual se exploran las situaciones experimentadas así como el patrón de consumo para saber si es candidato a este programa.

La admisión implica la realización de pruebas cuyos resultados se utilizan para saber si los adolescentes identificados cumplen los criterios de inclusión que son tener entre 14 y 18 años de edad y ser estudiantes de nivel medio o medio superior que presenten abuso en el consumo de alcohol u otras drogas (inhalables, marihuana y cocaína), por otro lado, no se admiten a los adolescentes que no asistan a la escuela, a los que presentan dependencia a la

sustancia según la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, por sus siglas en inglés), ni a quienes presentan desórdenes psiquiátricos (Martínez et al., 2004).

Es importante señalar que, cuando el adolescente no ha sido detectado por la forma arriba descrita, se aplica el POSIT en esta sesión. En la etapa de evaluación se busca conocer el patrón de consumo, las situaciones de consumo, los síntomas de dependencia que se han presentado o se presentan y los problemas que se han relacionado con dicho consumo.

Durante la inducción al tratamiento se promueve la disposición de los adolescentes que ya han sido identificados como consumidores a ingresar al programa.

Una vez que acepta el ingreso, sigue la etapa de tratamiento que consiste en 4 sesiones individuales con duración de 60 a 90 minutos cada una, una por semana. Cada sesión cuenta con un objetivo propuesto y material para trabajar.

Los seguimientos se hacen a 1 y 3 meses una vez terminado el tratamiento y se evalúa por medio del auto reporte, el siguiente seguimiento se realiza a los 6 meses y se evalúa por última ocasión con el auto reporte y el cuestionario de confianza situacional.

Los instrumentos son sumamente importantes en estos tratamientos ya que permiten conocer el estado actual del individuo que será, está siendo o fue atendido, además, con los datos obtenidos se puede conocer el progreso de los individuos, por ejemplo, en el caso de bebedores, si el usuario logró reducir la cantidad de alcohol que consumía a la meta establecida al principio, por lo que también, mediante estos resultados se puede ver la efectividad de los tratamientos.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, también se encuentran las intervenciones de una sola sesión como es el consejo breve para adolescentes y universitarios.

Consejo Breve para Adolescentes y Universitarios

El propósito general del consejo breve, es incrementar la disposición al cambio para incidir sobre el abuso de alcohol o drogas mediante la exploración y retroalimentación del patrón de consumo y problemas relacionados, la identificación de metas y alternativas de solución, así como el seguimiento del cambio propuesto. Además, en acuerdo con el modelo de atención escalonada (Sobell y Sobell, 1993), el consejo breve puede ser un programa costo-eficiente para los adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas y aún no

presentan dependencia a la sustancia (Martínez, Pedroza y Salazar, 2008; Martínez et al., 2008).

El consejo breve se divide en tres fases: evaluación, tratamiento de una sesión y seguimientos. En población adolescente, los criterios de inclusión son los mismos que los del Programa de Intervención Breve para Adolescentes, únicamente difiere en el patrón de consumo (Martínez, 2010).

En el caso de universitarios, los criterios de inclusión son tener entre 18 y 30 años, reportar problemas asociados con el consumo de alcohol, y presentar nivel de riesgo moderado, alto y muy alto según la Organización Mundial de Salud (OMS).

Durante la sesión de tratamiento se retroalimenta al usuario acerca de su forma de consumo de sustancias. Su objetivo es que, al tener conocimiento de dichos resultados, el usuario decida realizar cambios que disminuyan el riesgo o problemas asociados (Salazar et al., 2008).

**REPORTE
DE
CASOS**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de dichas sustancias. Durante las sesiones del tratamiento se da retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias y se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos:

1. Discusión de costos y beneficios de cambiar el consumo de drogas o alcohol
2. Establecimiento de una meta de consumo.
3. Resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas.
4. Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante las semanas del tratamiento.
5. Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo, y la influencia que ejerce el consumo de sustancias en la realización de estas metas.
6. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
7. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
8. Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.

La evaluación del adolescente se realiza mediante diversos instrumentos. Con ellos se logra identificar el patrón de consumo, el nivel de riesgo que presentan, las consecuencias negativas asociadas, los factores de riesgo y protección, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia situacional. Dichos instrumentos son:

- ***Entrevista inicial.*** Esta es dirigida en todo momento por el terapeuta. Su objetivo es evaluar la historia de consumo (inicio, problemas relacionados, asistencia a otros tratamientos) así como algunos de los factores relacionados con el consumo. Consta de varias áreas: datos de identificación, área escolar y laboral, historia del consumo de

drogas, consecuencias del consumo, área familiar, área de salud, riesgo suicida, área de sexualidad, conducta antisocial, administración de tiempo libre y satisfacción personal.

- **POSIT.** En el programa se usa este instrumento como un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Este cuestionario evalúa 7 áreas en la vida de los adolescentes, sin embargo, para los objetivos de esta intervención únicamente se utiliza el área de uso/abuso de sustancias.
- **CIDI.** Es una entrevista diagnóstica estandarizada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años, está basada en el ICD-10 y el DSM-IV y evalúa diversos desórdenes mentales fue desarrollada por la OMS en 1990 (WHO, 2004). La versión oficial castellana fue realizada por Rubio-Spítec, Bravo y Canino en 1991.

En este programa únicamente se utiliza la sección de desórdenes relacionados con sustancias en su formato para alcohol o drogas ilegales, ya que, el CIDI permite obtener el nivel de consumo del adolescente (uso, abuso o dependencia).

- **LIBARE.** Este instrumento es un calendario que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a los días de consumo en los 3 meses anteriores a la sesión y la cantidad de consumo en un día típico.
- ***Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) o de Drogas (ISCD).*** Este inventario cuenta con dos versiones, una para consumidores de alcohol (ISCA) y otra para consumidores de alguna otra droga (ISCD). Permite evaluar la frecuencia del consumo del usuario ante diversas situaciones presentes en su vida cotidiana.
- ***Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).*** Su objetivo es identificar la autoeficacia percibida por el adolescente para resistir el consumo de droga y/o alcohol en emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, necesidad física, probando el control sobre el consumo, presión social, conflicto con otros y momentos agradables con otros. El nivel de autoeficacia se reporta en porcentajes que van de 0 a 100, donde 0% indica poca confianza para controlar su consumo y por lo tanto es muy probable que éste se presente, y el 100% indica una confianza elevada y una menor probabilidad de que se de el consumo ante esta situación.

Los criterios de inclusión del programa son:

- ✓ Jóvenes estudiante de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad.
- ✓ Presentar abuso hacia las sustancias :
 - Alcohol: consumo de 5 o más copas estándar por ocasión.
 - Otras drogas (inhalables, marihuana o cocaína): consumo en 5 o más ocasiones.
- ✓ Presentar problemas relacionados con el consumo: escolares, familiares, económicos, accidentes, etc.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adolescentes que presentan dependencia hacia la droga, esto se determina de acuerdo al CIDI.
- ✓ Adolescentes que presentan desórdenes psiquiátricos.

A continuación el reporte de dos casos tratados con este programa.

Caso No. 1

Datos generales

Nombre: J. O. C.

Edad: 18 años

Sexo: masculino

Escolaridad: 3er. semestre de bachillerato

Sustancia de consumo: alcohol

Motivo de consulta: detectado por aplicación de POSIT.

Resumen de caso

J. fue detectado a través de la aplicación del POSIT. Es estudiante de CONALEP y actualmente cursa el tercer semestre de bachillerato. Vive con ambos padres, es el primero de tres hijos y el único varón.

Comenzó a beber a los 14 años de edad, de 2 a 3 cervezas por ocasión; a los 15 años tomaba seis cervezas y actualmente continúa consumiendo esta cantidad. La ingesta la realiza principalmente en fiestas, comidas, reuniones con amigos, con primos y fiestas de quince años. Al momento de la evaluación reportó consumir dos veces al mes, sin embargo, anteriormente llegó a consumir de 3 a 4 veces a la semana e incluso lo hacía en días de clase.

Reportó que durante el último semestre presentó diversas consecuencias debido al consumo entre las que se encontraron: llegar tomado a su casa, participar en peleas y haber sido detenido por la policía por una riña que comenzó uno de sus amigos, recursó un semestre y perdió un año escolar. A pesar de estas consecuencias J. consideró que su consumo es un pequeño problema ya que no cree haber experimentado consecuencias negativas a causa del mismo. Sin embargo, después de no haber presentado los exámenes, redujo la frecuencia de su consumo dejando de beber entre semana.

Según su patrón de consumo y los resultados de los cuestionarios aplicados cumplió con los criterios de inclusión al programa de tratamiento breve para adolescentes.

Sesión de admisión

J. se mostró cooperador durante toda la sesión. En la entrevista inicial mencionó que debido al consumo de alcohol, tuvo problemas en casa con sus papás y durante la feria de San

Marcos¹ de este año (2008) participó en una pelea que uno de sus amigos comenzó, debido a ello lo detuvo la policía. Además, repitió un año escolar pues no presentó los exámenes extraordinarios para aprobar las materias que debía por irse a “cotorrear” (beber) con sus amigos. Debido a lo anterior, decidió reducir su consumo modificando la frecuencia del mismo, haciéndolo solamente los fines de semana. Por otro lado, mencionó estar bajo tratamiento médico por sinusitis.

En el POSIT reportó que ha perdido actividades o eventos por haber gastado demasiado dinero en bebidas, que ha presentado cambios repentinos de humor, ha desobedecido reglas y ha discutido con familiares por su consumo de alcohol.

Por otra parte, en el CIDI mencionó discusiones con sus padres y que a pesar de tenerlas ha continuado bebiendo, que no se ha resistido al consumo si se le antoja, que ha intentado beber menos y que ha bebido a pesar de saber que tenía un problema que el consumo podía empeorar.

Sesión de Evaluación

En la LIBARE reportó que en los últimos tres meses, ha consumido 58 tragos estándar en 7 ocasiones, siendo el mayor consumo de 13 copas y el mínimo de 3. Los días que consume frecuentemente son los sábados. Sin embargo en el mes de abril (5 meses antes de la evaluación) llegó a consumir hasta 15 tragos estándar en 3 ocasiones.

En el ISCA mencionó que ha tomado en exceso en fiestas y cuando está con amigos principalmente.

En el CCS mencionó que está 100 % seguro de no consumir ante el malestar físico, la necesidad física y conflicto con otros, en la opción probando el control marcó 70%, mientras que en emociones desagradables y presión social se siente 50% seguro de no beber y en

¹ La **Feria de San Marcos** es el festejo popular más importante de la ciudad de Aguascalientes realizado en honor a San Marcos evangelista, santo patrono designado del barrio del mismo nombre. Es considerada una feria de importancia nacional en México y tiene un gran prestigio aún a nivel internacional. Se realiza en la ciudad de Aguascalientes, México, en el barrio de San Marcos. El día más importante dentro de la feria es el 25 de abril, que coincide con el día de San Marcos.

Durante el periodo que dura esta festividad, (dos últimas semanas de abril y dos primeras de mayo, la zona del festejo se convierte en escenario de eventos artísticos, culturales y sociales abiertos a todo el público. No se restringe el acceso general al público ya que la zona que forma gran parte del escenario es ahora muy céntrica y abarca una buena parte del centro histórico de la ciudad.

momentos agradables con otros y emociones agradables con otros sólo siente el 25% de seguridad.

Sesión Inducción al tratamiento

J. se mostró interesado durante la sesión. Se le entregaron los resultados de su consumo (total de tragos=58, mayor número de días sin tomar=28, cantidad máxima=13 y mínima=3, cantidad más frecuente=8.3 y días de mayor consumo=Sábado) durante los últimos 3 meses. Las consecuencias negativas que ha presentado son: problemas con sus papás, estar bajo tratamiento médico, participar en peleas, no presentar exámenes y perder un año escolar.

Mencionó que no sabía algunas de las consecuencias del consumo a largo plazo y que le parecía interesante la información porque ahora sabía cuánto tomaba. Asimismo se le dio información acerca de las consecuencias de tomar alcohol mientras estaba bajo tratamiento médico, dijo que esta información también era desconocida por él.

Se le invitó a participar en el programa tratamiento y aceptó. Mencionó que le gustaría reducir la cantidad y la frecuencia del consumo para tener menos problemas al consumir alcohol. Dijo que para lograr lo anterior, su mejor opción de cambio sería salir con su familia y así poder mejorar la relación y pasar tiempo con ellos, además, esta opción no tendría ninguna consecuencia negativa.

Reporte de primera sesión: Balance decisional y establecimiento de meta de consumo

J. informó que de la sesión de inducción a esta primera sesión (dos semanas), no hubo consumo debido a que no hubo oportunidad pues estuvo muy ocupado con sus tareas y salió con sus papás.

En esta sesión se realizó el balance decisional y al hacerlo decidió consumir menos dejando su meta en 2 cubas o cervezas lo que equivale 2 tragos estándar por ocasión de consumo. Asimismo decidió consumir solo los viernes y sábados cuando esté en compañía de sus amigos, sin embargo, si se sentía presionado, triste o tenía problemas no lo haría debido a que en esas situaciones es en las cuales se han presentado los consumos excesivos en ocasiones anteriores. Consideró 50% importante lograr su meta y reportó sentirse 75% seguro de lograrla.

Se le sugirió no consumir mientras estuviera bajo tratamiento médico, sin embargo, descartó esta opción a pesar de la información otorgada en la sesión anterior debido a que el médico que lo estaba atendiendo le dijo que no había ningún problema si tomaba durante dicho tratamiento.

Reporte de segunda sesión: Situaciones de riesgo

Por causas ajenas a J. (la escuela se encontraba en periodo de exámenes) hubo un periodo de 21 días entre la primera y la segunda sesión. Durante este periodo reportó haber consumido en dos ocasiones.

El primer consumo lo hizo en una reunión con sus amigos y reportó haber bebido 3 tragos. La segunda fue en una fiesta, también con sus amigos y su consumo fue de 4 tragos.

Aunque no logró su meta de consumo (2 tragos por ocasión) redujo su consumo y mencionó que lo que más trabajo le costó para lograrlo fue “hacerse a la idea” de que no tomaría. Por otro lado informó que se ha llevado mejor con sus papás y que pudo disfrutar más del ambiente de la fiesta y la reunión sin necesidad de estar en estado de ebriedad. También dijo sentirse mejor con él mismo pues está más tranquilo. Mencionó que no ha salido con sus padres pero que estaban planeando hacerlo el fin de semana con motivo de la celebración del día de muertos.

Asimismo, mencionó que no tuvo consecuencias negativas por beber de la forma en la que lo hizo en estas dos ocasiones.

Reporte de tercera sesión: Planes de acción

J. reportó cero consumos en la semana. Se retomó el ejercicio que quedó pendiente de la sesión anterior. Se trabajaron como situaciones de riesgo el estar con sus amigos en fiestas o reuniones pues es en éstas donde se daban la mayoría de los consumos.

Su primer plan fue tardarse más en terminar la bebida, para ello dejará el vaso fuera de su alcance. Mencionó que las consecuencias negativas que tendría que llevar a cabo en ese plan eran que aún realizando dicho plan, tomara más de lo que se propuso. La consecuencia positiva sería lograr su meta.

Su segundo plan fue establecer que no bebería y tomaría refresco solamente, para lograrlo, le diría a sus amigos que no bebería y se alejaría del lugar en el cual estén sirviendo

la bebida. Las consecuencias positivas serían lograr la abstinencia en esa ocasión, estar más tranquilo al saber que cumplirá su meta y estar más seguro de lo que hace porque no estará tomado. La consecuencia negativa sería que se le antojara tomar bebidas con alcohol. No consideró que exista problema alguno con que sus amigos le insistan en beber.

Al terminar el ejercicio se le preguntó acerca de las situaciones o los motivos por los cuales se sentía triste y mencionó que se había sentido así porque a veces extrañaba a su abuelito que falleció hace un año y medio y que otras veces era porque había terminado la relación con su novia pero que ya estaba más tranquilo con respecto a ello.

Informó que se ha sentido bien sin tomar y que se ha llevado mejor con sus papás.

Reporte de cuarta sesión: Metas de vida

J. mencionó que no ha tenido consumos durante las dos semanas que no hubo sesión. Mencionó que sus principales metas de vida son:

1. Tener salud. Para lograrlo jugará fútbol y entrenará en un gimnasio;
2. Estar bien con su familia. Lo que hará al respecto será salir a pasear con sus papás y tener más comunicación con ellos, es decir, platicará con ellos, además, ayudará en las labores del hogar; y,
3. Valerse por sí mismo tratando de hacer las cosas él solo, realizar los trabajos de la escuela de manera individual pues menciona que para hacer dichas labores se junta con varios amigos.

En una escala de 0 a 10, en donde cada punto representa un paso dado para lograr la meta, consideró que en la meta 1 lleva tres pasos; en la meta 2, cuatro pasos y, finalmente, en la meta 3, consideró estar en el paso 2.

Además, dijo estar contento porque ya se ha llevado mejor con sus papás debido a que ya no lo regañan por el consumo de alcohol y aunque no ha tomado porque no ha habido oportunidad él tampoco ha buscado alguna situación en la cual pueda hacerlo. Se le preguntó acerca de la presión social que siente para consumir e informó que sólo siente esto con los amigos de la escuela, sin embargo, ya no ha salido con ellos.

Reporte de quinta sesión: Restablecimiento de metas de consumo

J. reportó que no había consumido en la última semana. Además dijo que se había sentido mejor al no consumir porque había estado bien en su casa. En ese no había salido porque se lastimó jugando fútbol. Informó que ya estaba llevando a cabo las estrategias planeadas en la sesión anterior, por ejemplo, en la semana realizó sus tareas solo y le ha ido bien. Por otro lado, los planes que realizó respecto a las situaciones de consumo no las había implementado debido a que no se han presentado dichas situaciones, pero piensa que sí le funcionarán. Además, señaló que para mejorar la comunicación con sus papás saldrá a pasear con ellos y así convivirá y platicará más con ellos.

En cuanto a la confianza que sentía en ese momento para controlar su consumo en el CCS, mencionó que en emociones desagradables está 25% seguro de hacerlo; en malestar físico, 75%, en emociones agradables 50%; probando el control, 100%; presión social 75%; y, en momentos agradables con otros, necesidad física y conflicto con otros 100%.

Restableció la meta en 3 tragos por ocasión de consumo los días viernes y sábado cuando esté tranquilo. No bebería cuando se sintiera presionado o triste y no se encontrara a gusto en el lugar. Consideró esta meta 50% importante y se sintió 100% seguro de lograrla.

Reporte de la sesión de seguimiento a 6 meses

Al igual que las sesiones anteriores, J. se mostró cooperador. Mencionó que sí ha revisado el material que se le dio durante el tratamiento. Aunque no realizó el auto registro en el formato que se le dio, mencionó que recordaba las ocasiones de consumo.

Refirió continuar con su meta de moderación, la cual consiste en consumir de tres a cuatro cubas o cervezas por ocasión. Las razones que lo motivan a continuar con su meta son su familia y él mismo pues ya no quiere tener más problemas en la escuela.

En la LIBARE se registraron catorce ocasiones de consumo, de éstas, una fue de dos tragos; cinco ocasiones de 3; seis ocasiones de 4 y una ocasión de 5 tragos. Sin embargo, consideró esta última un logro de su meta debido a que en un principio pensaba emborracharse en la fiesta pero al final pensó mejor las cosas (en qué quiere y su familia) y decidió dejar de beber. Logró hacerlo teniendo la misma cerveza en sus manos mucho tiempo y bebiendo más despacio. Mencionó que aunque en un principio su primo se molestó porque “lo estaba

dejando abajo” (bebiendo menos que él) al explicarle que quería tomar menos porque ya se estaba pasando (de copas), su primo ya no siguió insistiendo para que J. bebiera.

Menciona que las consecuencias positivas de beber con moderación son sentirse bien y satisfecho con él mismo al saber que sí puede hacerlo. Además reportó que los planes de acción trabajados en las sesiones anteriores le habían sido útiles y agregó a ellos el asistir a menos fiestas, este plan también le ayudó ya que tuvo menos tentación de beber y no le ocasionó ninguna consecuencia negativa. Los problemas en casa disminuyeron e incluso le han llegado a preguntar si saldrá. Asimismo disminuyeron las consecuencias negativas en la escuela. Sin embargo, consideró necesitar concentrarse más para lograr sus metas.

En cuanto al POSIT, mencionó que ha tenido problemas con algunos de sus amigos por reducir su consumo y en una ocasión llegó tarde a clases porque la noche anterior fue a una fiesta, aunque no se emborrachó se desveló y eso lo hizo retrasarse perdiendo la primer clase.

En el CCS mencionó que se sentía más seguro de controlar su consumo en emociones desagradables y en emociones agradables, y en momentos agradables con otros. Disminuyó en malestar físico, probando el control, necesidad física, conflicto con otros y presión social, y se mantuvo en el mismo porcentaje en momentos agradables con otros.

Caso No. 2

Datos generales

Nombre: S.G.L.

Edad: 16 años

Sexo: femenino

Escolaridad: 3er. semestre de bachillerato

Sustancia de consumo: alcohol

Motivo de consulta: detectada por aplicación de POSIT.

Resumen de caso

La usuaria fue detectada a través de la aplicación del POSIT. Al momento de la entrevista cursaba el tercer semestre del CONALEP. Vive con ambos padres y es la menor de dos hermanas.

Comenzó a beber a los 15 años, es decir, este año (2008). La ingesta la realiza principalmente en fiestas con sus amigos.

Entre las consecuencias que presentó durante el último semestre se encontraron discutir con sus amigos y con su hermana por el uso que hacía del alcohol. Había llegado a olvidar lo que sucede durante el consumo, además tuvo relaciones sexuales después de una de éstas ocasiones y en otra más terminó una relación de pareja cuando su novio le dijo que ya no bebiera. Ha dejado de realizar actividades que anteriormente hacía debido a la cruda que le provoca el alcohol. A pesar de estas consecuencias S. consideró que su consumo no es un problema.

Según su patrón de consumo y los resultados de los cuestionarios aplicados cumplió con los criterios de inclusión al programa de tratamiento breve para adolescentes.

Sesión de admisión

La usuaria presentó 6 respuestas positivas en el POSIT. Mencionó que se le han llegado a olvidar las cosas. Reportó que 20 días antes de la entrevista asistió a una fiesta en la que bebió y ya estando ebria se perdió de 2 a 3 horas con un muchacho. Refirió no recordar qué pasó durante este lapso, pero considera que quizá mantuvo relaciones sexuales con él. Además señala que cambia de humor y se enoja fácilmente, cuestión que notó en el último mes, además su hermana y sus amigos le han dicho que debe disminuir el consumo y esto le ha ocasionado problemas con ellos pues se enoja y no les hace caso. Asimismo, reportó haber

tenido relaciones sexuales después de beber. El consumo de alcohol la ha llevado a pelearse a golpes en una fiesta.

En una ocasión, su novio (en ese entonces) le dijo que dejara de beber, ella se molestó y terminaron la relación en ese momento. Ha llegado a fumar cuando bebe, sin embargo, sólo lo hace a veces debido a que no le gusta mucho.

Además, hay ocasiones en las que se siente triste porque pelea con su mamá pues a veces no la quieren dejar salir. Por otro lado, informó que la relación con su mamá es mejor que con su papá. Asimismo, reportó que debido a la cruda ha dejado de visitar a su abuela.

Por otra parte, en el CIDI mencionó que le había resultado difícil pensar en otra cosa cuando se le antojaba una cerveza, había necesitado más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto que al principio obtenía con una cantidad menor, había bebido aún cuando se había prometido no hacerlo, había bebido más y en más ocasiones de las que se había propuesto beber, había pasado tiempo recuperándose de los efectos del alcohol, había dejado de realizar actividades a causa de la bebida y había bebido a pesar de saber que tenía un problema que el consumo podía empeorar. Lo anterior son indicadores de dependencia.

Sesión de Evaluación

Al contestar la LIBARE, S. reportó 19 ocasiones de consumo y mencionó que de 3 meses atrás a la fecha casi todos los fines de semana bebió (sábados y domingos). Sólo en dos de esas ocasiones el consumo lo realizó en viernes. Presentó un total de 106 tragos estándar, con un máximo de 11 tragos y un mínimo de uno en dos ocasiones.

En el CCS mencionó que sólo ante la necesidad física está 100% segura de no consumir, en emociones agradables y probando el control 50%, en conflicto con otros 10%, y en emociones desagradables, malestar físico, presión social y momentos agradables con otros marcó el 0%.

Asimismo mencionó en el ISCA que consume cuando está de fiesta con sus amigos y en momentos agradables y desagradables.

Antes de finalizar la sesión se le preguntó si había asistido al médico por lo situación reportada en la sesión anterior. Mencionó que aún no lo hacía pero que sí había pensado en ir después de escuchar una plática de sexualidad, sin embargo, en ese momento se encontraba

buscando un lugar que le diera seguridad, pues la ginecóloga con la que asiste conoce a su mamá y no le tiene confianza.

Sesión de inducción

S. recibió los resultados de la LIBARE (total de tragos=106, mayor número de días sin tomar=18, cantidad máxima=11 y mínima=1, cantidad más frecuente=5.6 y días de mayor consumo=Sábado) durante los últimos 3 meses. Dijo estar sorprendida por la cantidad de tragos que ha consumido, señaló que no sabía qué era un abuso ni conocía los efectos del alcohol ni el proceso de adicción. Mencionó que consideraba que sí estaba abusando del alcohol y que le gustaría dejar de beber, sin embargo, también mencionó que quizá le resultara muy difícil dejarlo de una sola vez por lo que iría disminuyendo el consumo hasta lograr la abstinencia. Señaló que para lograrlo dejaría de salir algunos días, esta decisión la tomaría cuando supiera el lugar al que asistirían, así, si en el lugar iba a haber alcohol, ella no asistiría.

Además de las consecuencias negativas señaladas anteriormente, agregó que ha notado que se cansa mucho. Lo advirtió la última vez que se presentó con los “matlachines”, un grupo de danza con el que solía bailar. Mencionó que cuando comenzó a asistir con ellos bailaba todas las vueltas que se dan en la danza, pero en ese momento sólo pudo realizar una y eso no le agradó.

Por otro lado, el sábado de la semana previa no había salido, se la pasó muy bien con su mamá y ya no estuvo cansada al otro día por lo que lo consideró “un día muy tranquilo”.

Reporte de primera sesión: Balance decisional y establecimiento de Meta de consumo

S. informó que ese fin de semana tuvo 2 situaciones de consumo. En la primera tomó dos cervezas, mencionó que fue a una fiesta con sus amigos por el día de muertos y que lo que la ayudó a no tomar más de dos tragos fue que se enojó con sus amigos y que a pesar de que éstos le ofrecían ella los rechazaba por sentirse enojada. Por otro lado, mencionó que se la pasó bien pues se enteró de algunas cosas que le interesaban debido a que estuvo platicando con su amiga y se quedó pensando que le hubiera gustado dejar de tomar antes porque se enteró que su ex-novio aún la quería y ella lo quiere pero por consumir como lo hacía se había terminado esa relación.

Después de realizar el ejercicio del balance decisional decidió reducir su consumo a 3 copas por ocasión. Aunque en un principio eligió viernes, sábados y domingos como días de consumo, al recordarle que esto continuaba siendo un abuso, decidió omitir los viernes, sin embargo, dejó la misma cantidad (3 por ocasión). Las situaciones en las que decidió consumir fueron en fiestas tranquilas, en las que no hubiera mucho alcohol, cuando estuviera de buen humor y cuando bailara. No consumiría cuando estuviera triste y cuando estuviera con sus amigos que no son de la escuela.

Consideró 50% importante lograr su meta y sintió 75% segura de lograrla, aunque pensó que se le dificultaría bastante ya que la mayoría de las veces se pasa el rato con sus amigos que toman y tiene tiempo que no está con los que baila por lo que se le hará un poco extraño y difícil, sin embargo, lo intentará.

En esta sesión informó que ha llegado a beber sola en casa cuando hay cerveza en el refrigerador y la encuentra, esto es los domingos que no están sus papás porque van a visitar a la abuelita.

Reporte de segunda sesión: Situaciones de riesgo y Planes de Acción

S. reportó el consumo de 4 tragos de la sesión anterior (15 días antes) a ésta. Mencionó que estaba implementando la estrategia de bailar para no consumir en exceso y que lo estaba logrando, incluso no había tomado pues no estaba con los amigos que lo hacen, sin embargo, su novio le reclamó por estar bailando y no quedarse con él. Ella se enojó, dejó de bailar y se fue a sentar con los amigos que usualmente toma y ahí se quedó hasta que se fueron de la fiesta y bebió los 4 tragos. Al otro día tuvo cruda, le dolía mucho la cabeza.

Situaciones de Riesgo

En la sesión se trabajó con esta situación (No. 1) y otras dos que identificó y en las cuales bebió en exceso. Una de ellas fue cuando le ofrecieron alcohol y consumió 11 tragos (situación No.2), teniendo como consecuencia pérdida de memoria de esa situación, se sintió mal y tuvo cruda. La otra en una ocasión en que se enojó con su mamá (situación No. 3) y consumió 10 tragos más o menos, lo cual generó discusiones con sus amigos, cortó con el que era su novio en ese entonces y tuvo cruda.

Planes de acción

Para la situación 1, “enojo con su novio”, la estrategia que implementaría sería hablar con él en un lugar alejado de la fiesta, las consecuencias positivas serían no tomar, disfrutar más y no tener cruda. La segunda estrategia para esta situación sería no hacerle caso (al novio) y seguir bailando, teniendo las mismas consecuencias positivas que la anterior, sin embargo la consecuencia negativa de este plan sería que él se enojara más con ella.

Para la situación 2, “cuando le ofrezcan”, la primera estrategia será rechazar la bebida e irse del lugar, las consecuencias negativas serían no tomar con sus amigos y no disfrutar esos momentos. La segunda estrategia para esta situación era no ir a los lugares en los que sepa que habría alcohol, la consecuencia negativa sería que perdería la fiesta; por otro lado, las consecuencias positivas serían que no pelearía con su mamá ni tendría discusiones con sus amigos ni hermana, además de que podría descansar más.

En la situación 3, “tristeza”, lo que haría sería platicar con alguien, con una amiga, y podría desahogarse con ella y se unirían más, además, de esa forma no pensaría en tomar. La segunda estrategia sería escuchar música en su cuarto, cuando tenga tiempo de estar ahí y ya no tenga que hacer nada en su casa. Las consecuencias son que no saldría, no tomaría y se podría relajar. Consideró que ninguna de estas dos estrategias tiene consecuencias negativas.

Reporte de tercera sesión: Metas de vida

S. reportó una ocasión de consumo de 6 tragos, esto ocurrió en una fiesta. Mencionó que antes de llegar a dicha fiesta tomó dos cervezas y en el lugar 4 cubas. Dijo que, a pesar de que en un principio se había resistido a tomar e incluso se había salido de la fiesta porque no encontraba a sus amigos, después entró nuevamente a la casa y le ofrecieron una cuba, la aceptó y en ese momento le hablaron al celular sus amigos quienes le dijeron que andaban buscándola pues estaban en el segundo piso. Bajaron por ella y al subir se llevaron una botella, al estar con ellos consumió tres cubas más.

Se retomaron de la sesión anterior los planes que podría llevar a cabo y se recordó el texto de la montaña y las recaídas, así como el folleto de estrategias para no consumir en diferentes situaciones.

En cuanto a sus Metas de vida, mencionó que desea valerse por sí misma (meta 1), aceptarse como es (meta 2) y llevarse bien con su familia (meta 3).

En una escala de 0 a 10, en donde cada punto representa un paso dado para lograr la meta, consideró que en la meta 1 lleva dos pasos y medio dados; en la meta 2, tres pasos y, finalmente, en la meta 3, considera estar en el paso uno.

Por otro lado, indicó que lo que podría impedir que logre sus metas es creerles a los demás lo que dicen, esto es, creer que no puede hacer las cosas que quiere o que la hagan enojar. Otro impedimento sería que se enoja y el último que siga tomando y no obedezca a sus padres.

Reporte de cuarta sesión: Restablecimiento de metas de consumo

Llegó muy contenta pues se presentaron 3 situaciones en las cuales pudo haber consumido y no lo hizo. La primera fue el sábado en una boda, estuvo bailando y aunque le ofrecieron no quiso tomar, mejor ayudó a servir en su mesa y platicar. La segunda situación fue en un rancho con su familia y amigos, había cerveza pero decidió no tomar y convivir con sus amigos (platicar) y estar tranquila. La tercera fue el 3 de diciembre para festejar su cumpleaños y a pesar de que compraron una cubeta con 6 cervezas y eran 6 personas, ella no tomó aunque le preguntaron que si no lo haría y le insistieron para que lo hiciera, ella contestó que no se le antojaba y ya no bebió.

De estas situaciones, mencionó que tuvo varias consecuencias positivas pues el domingo ya no se levantó de malas y fue con su familia y amigos al rancho. Además, su mamá estuvo contenta y no peleó con ella. Por otro lado mencionó que se sentía bien, a pesar de haber terminado la relación con su novio porque el día de la boda le dijo que no bailara y que estaba molesto por la forma en la que se vistió.

Dijo estar feliz porque ya se sentía más tranquila y más segura de no beber en diferentes situaciones. Así en el cuestionario de confianza breve situacional marcó en malestar físico, emociones agradables, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros y necesidad física el 100%, y, por último, en emociones desagradables y probando el control marcó el 80%. Al restablecer la meta decidió no consumir. Consideró dicha meta 100% importante y tiene un 85% de confianza en que la logrará.

Reporte de la sesión seguimiento a 6 meses

S. se mostró cooperadora desde el inicio y hasta el final de la sesión. Mencionó que continuó con su meta de no consumo y, aunque presentó algunos consumos, se mantuvo en abstinencia durante los últimos 5 meses.

Al aplicar la LIBARE, S. mencionó tres ocasiones de consumo durante los últimos seis meses, en dos de ellas bebió 9 tragos y en una 4. Dichas ingestas las realizó en diciembre en las fiestas navideñas. En la celebración de año nuevo ya no quiso consumir alcohol porque no deseaba empezar el año con problemas derivados de esta conducta, por lo que no había vuelto a beber. Comentó que para lograrlo ha empleado como estrategias (1) no estar cerca de los amigos que están tomando en las fiestas, (2) salirse de las reuniones y (3) evitar ir muy seguido a esos eventos. Los beneficios que ha visto por no consumir alcohol son que se lleva mejor con su mamá y que ya no tiene problemas con su hermana ni con sus amigos por beber mucho.

En el POSIT no mencionó ninguna consecuencia negativa por el consumo.

Con respecto al CCS se mantuvo su confianza para controlar el consumo en emociones desagradables, probando el control, malestar físico y conflicto con otros, disminuyó en emociones agradables, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros.

Otro caso que se presenta en este trabajo es el de consejo breve para adolescentes. El consejo breve se aplica cuando se detecta que el adolescente está en una fase experimental del consumo de la sustancia, en la cual las ocasiones de consumo son esporádicas y las consecuencias negativas apenas comienzan a presentarse. Además, en cuanto a la estructura de la intervención, difiere del anterior (PIBA) en el número de sesiones de tratamiento realizadas, puesto que después de la evaluación sólo se requiere de una sesión. Enseguida se describe a detalle la intervención.

CONSEJO BREVE PARA ADOLESCENTES

El consejo breve para adolescentes que inician el consumo de sustancias consiste en la aplicación de una sesión de tratamiento durante la cual se retroalimenta al adolescente acerca de su forma de consumo de sustancias. Su objetivo es que, al tener conocimiento de dichos resultados, el adolescente decida realizar cambios que disminuyan el riesgo o problemas asociados (Salazar, Martínez, Pedroza y Vacio, 2008).

La evaluación del adolescente se realiza en una o dos sesiones previas a la del consejo, en ellas se aplican una serie de instrumentos con el fin de identificar el patrón de consumo, el nivel de riesgo que presentan, las consecuencias negativas asociadas, los factores de riesgo y protección, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia situacional.

Los instrumentos para este programa son los mismos que se emplean en el de intervención breve para adolescentes, descrito en el apartado anterior. En cuanto a los criterios de inclusión son (Martínez, 2010):

- Adolescentes entre los 14 y 18 años de edad.
- Que sepan leer y escribir.
- Que presenten un nivel de riesgo moderado asociado a su consumo de alcohol:
 - ✓ Hombres: 4 a 6 copas por ocasión
 - ✓ Mujeres: 2 a 4 copas por ocasión.
- Presentar problemas relacionados con el consumo: problemas escolares, familiares, económicos, accidentes, etc.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que presenten alto riesgo por su consumo de alcohol
 - Hombres: 6 ó más tragos estándar por ocasión.
 - Mujeres: consumos mayores a 4 tragos estándar por ocasión.
- Adolescentes que presenten desórdenes psiquiátricos.
- Adolescentes que presenten dependencia hacia el consumo de sustancias.

Además se les proporciona un “Formato de Consentimiento” en el cual se describen las condiciones bajo las cuales el adolescente acepta participar de manera voluntaria en la intervención.

A continuación, el reporte de un caso tratado con este programa:

Caso No. 3

Datos generales

Nombre: L.E.P.A.

Edad: 16 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: 3er. semestre de bachillerato

Sustancia de consumo: Alcohol

Motivo de consulta: detectado por aplicación de POSIT.

Resumen de caso

L.E. es estudiante del tercer semestre de bachillerato de tiempo completo, es el menor de 7 hermanos. Comenzó a beber a los 15 años de edad, sin embargo la primera vez que tomó una copa completa de alcohol fue a los 13. Mantiene una buena relación con sus padres y con sus hermanos. Debido a una plática que sostuvo con uno de sus hermanos, decidió hacer una reducción en su consumo a partir de julio de este año (2008), no obstante en octubre bebió excesivamente (13 tragos estándar).

Debido a la cantidad de consumo en esa ocasión y a las consecuencias que reportó como haber sentido deseo constante de consumir bebidas alcohólicas, olvidar lo que hace cuando bebe, tener cambios repentinos de humor y el hecho de que sus familiares le habían dicho que le bajera al consumo de alcohol, además mencionó que le había dado cruda y se había sentido apenado por su conducta al estar bajo los efectos del alcohol, se decidió someterse al programa de consejo breve.

Sesión de admisión

L.E. fue citado debido a que obtuvo 4 respuestas positivas en el POSIT. Reportó que tenía deseo constante de consumir bebidas alcohólicas, olvida lo que hace cuando bebe, tenía cambios repentinos de humor y sus familiares le habían dicho que disminuyera el consumo. Mencionó que comenzó a beber a los 15 años de edad y que normalmente lo hacía en el rancho con sus primos y en fiestas con sus amigos los fines de semana. Además de las consecuencias mencionadas anteriormente dijo que se había sentido apenado por lo que hace durante el consumo (bajo los efectos del alcohol) y ha tenido cruda al otro día.

Se negó a contestar la pregunta número 43 de la entrevista inicial (¿Alguna de estas personas ha tenido problemas debido al consumo?) pues dijo que le incomodaba y no quería

hacerlo. Asimismo mencionó que era frecuente que se pelearan sus padres y que cuando esto sucede uno de ellos toma alcohol. Las siguientes preguntas las contestó sin problema alguno.

Sesión de evaluación

En la línea base reportó únicamente un consumo de 13 tragos estándar en los tres meses anteriores a la sesión, sin embargo se decidió que recibiera el consejo breve por las consecuencias que había presentado. Mencionó que ya había realizado un cambio en su consumo pues redujo de 4 a 2 o 3 tragos por ocasión después de que su hermano habló con él en julio de este año y en septiembre uno de sus tíos le dijo que disminuyera el consumo por lo que ya no ha consumido tanto y en los últimos tres meses presentó únicamente este consumo.

Las situaciones en las cuales indicó no sentirse seguro de controlar el consumo fueron presión social con 75% y emociones agradables y momentos agradables con otros con 50% cada una.

Sesión de consejo breve

Se le entregó el folleto con los resultados de su consumo (total de tragos=13, mayor número de días sin tomar=42, cantidad máxima=13 y mínima=0 en una sola ocasión, cantidad más frecuente=13 y días de mayor consumo=Sábado) durante los últimos 3 meses.

Al darle la información en esta sesión, mencionó que no sabía nada acerca del proceso de adicción ni todas las consecuencias que puede acarrear el consumo. De igual forma indicó que creía que la mayoría de los jóvenes consumían alcohol y que ahora que sabía que no era así, le parecía interesante la información. Decidió dejar de consumir y dijo que esta meta era tan importante como otras metas y que se sentía 50% seguro de lograrlo.

Las dos opciones que dijo emplearía para lograr su meta fueron: (1) dejar la cuba lejos de él. Las consecuencias positivas serían no ponerse ebrio y sentirse mejor con él mismo. La consecuencia negativa sería el mentirle a sus amigos porque “no se debe mentir a los amigos”; (2) rehusar el consumo, teniendo las mismas consecuencias positivas que la anterior aunque implementarla implicaría que sus amigos se enojaran con él, por lo que decidió que la mejor opción es la número uno.

Sesión de seguimiento a seis meses

L. E. se presentó dispuesto a participar. Mencionó que durante estos meses le ha ido bien, sin embargo, no había cumplido su meta de abstinencia debido a que se le antoja la cerveza. Reportó tres ocasiones de consumo, siendo cada una de cuatro cervezas, en bailes a los que asistió. Beber de esta forma no le acarreó consecuencias negativas en la escuela ni con su familia ni en ninguna otra área de su vida, por lo que decidió cambiar su meta de consumo a 4 por ocasión y solamente en fiestas. Las estrategias que utilizó para moderarse en su consumo de alcohol fueron bailar y platicar con sus amigos. Dijo que le dieron buenos resultados pues consideró que ha cumplido con su nueva meta que decidió volver a plantear y será beber 3 tragos por ocasión.

En el CCS, mantuvo la confianza de controlar su consumo al 100% en situaciones tales como emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros, aumentó de 50 a 100 en emociones agradables y se mantuvo en 75 en presión social y en 50 en momentos agradables con otros. Por otro lado, disminuyó en probando el control de 100 a 75 y en necesidad física de 100 a 50.

El programa de Consejo Breve para Universitarios se desarrolló, de manera particular en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, como una estrategia de prevención secundaria debido a que los resultados del Examen Médico Automatizado que se aplicó arrojaron que, de 1928 alumnos, casi la tercera parte (629) presentó posible riesgo de tener problemas de salud, personal, legales y/o familiares, asociados al consumo de alcohol, por lo que, con la finalidad de prevenir la progresión de consumo excesivo de alcohol y el aumento de consecuencias negativas, se implementó el programa (Flores y Salazar, s.f.). A diferencia del anterior, en la LIBARE se registran los últimos 6 meses del consumo, y no hay un límite en el número de tragos estándar para ingresar al programa.

CONSEJO BREVE PARA UNIVERSITARIOS

El consejo breve para jóvenes universitarios que presentan problemas por su consumo excesivo de alcohol consiste en la aplicación de una sesión de intervención realizada en un tiempo aproximado de una hora y media. Su objetivo es retroalimentar al universitario acerca de su patrón de consumo de alcohol y brindarle estrategias que incidan en la modificación del mismo (Flores, Salazar y Reyes, 2008).

La evaluación del universitario se realiza en dos sesiones previas a la del consejo, en ellas se aplican una serie de instrumentos con el fin de conocer la historia de consumo e identificar el patrón de consumo, el nivel de riesgo que presentan, las consecuencias negativas asociadas, los factores de riesgo y protección, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia situacional. Los instrumentos son:

- ***Entrevista de admisión.***
- ***Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).*** Es un test desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol.
- **CIDI**
- **LIBARE.**
- ***Cuestionario de Expectativas relacionadas con el Consumo de Alcohol (AEQ, por sus siglas en inglés).*** Este instrumento tiene como objetivo medir los posibles efectos

positivos del alcohol sobre la conducta social y emocional. Consta de 8 subescalas: Incremento de la sexualidad, agresividad y sentimiento de poder, reducción de la tensión, facilitador de interacción, desinhibición, expresividad verbal y cambios fisiológicos.

- **ISCA.** Este instrumento sirve para identificar las situaciones de alto riesgo en las que el individuo podría presentar una recaída.
- **CCS.**
- ***Inventario Sobre las Consecuencias del Uso de Alcohol (DRINC-2R).*** Su objetivo es medir las consecuencias positivas y negativas del uso de alcohol en diferentes situaciones, como son laborales, escolares, familiares, sociales y personales.

Los criterios de inclusión del programa son:

- ✓ Jóvenes 18 y 30 años de edad.
- ✓ Saber leer y escribir.
- ✓ Presentar consumo excesivo de alcohol
 - Mujeres: consumo de más de una trago estándar por hora, más de 3 por ocasión y más de 9 por semana.
 - Hombres: consumo de más de una trago estándar por hora, más de 4 por ocasión y más de 12 por semana.
- ✓ No presentar dependencia física según el CIDI.
- ✓ Jóvenes que reporten tener problemas asociados con su consumo.
- ✓ Nivel de riesgo alto moderado para la ocurrencia de problemas agudos.

Criterios de exclusión:

- Jóvenes que presentan dependencia hacia el alcohol u otras drogas.

A continuación se reportan 2 casos tratados con este programa.

Caso No. 4

Datos generales

Nombre: J. A. A. S.

Edad: 22 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: 5° semestre de licenciatura

Sustancia de consumo: Alcohol

Motivo de consulta: detectado por aplicación de AUDIT.

Sesión de admisión

J.A. tiene 22 años de edad, es estudiante de Ciencias Políticas y Administración Pública, actualmente cursa el 5° semestre de la licenciatura. Fue detectado por el proyecto de consejo breve y por haber obtenido una puntuación mayor a 8 en el AUDIT. Aceptó participar en dicho proyecto.

Es el menor de 3 hijos, vive con ambos padres, sus hermanos y una sobrina en casa propia. Mencionó que consume alcohol desde los 13 años de edad, comenzó con 5 cervezas cada mes, actualmente ha llegado a beber hasta 24 tragos estándar en una sola ocasión. Cuando bebe entre semana lo hace hasta 3 días y toma entre 2 y 5 tragos por ocasión. Usualmente consume en convivios, fiestas, bailes, con amigas y ha llegado a consumir solo “para meditar y pensar en lo que ha hecho”, esto lo hace en casa o en cantinas. Por otro lado, dijo que cuando bebe se relaja y se acerca a las muchachas y baila, se siente más contento.

A pesar de que ha tenido que retirarse de clases y en una ocasión faltó al trabajo a causa de la cruda no considera que el consumo sea un problema.

Sesión de evaluación

Los días en que frecuentemente presenta el consumo son los sábados y llega a beber regularmente hasta 17 tragos estándar, lo menos que ha consumido es 1. En el CIDI se observa abuso y algunos indicadores de dependencia (se le ha dificultado pensar en otra cosa que no sea beber cuando se le antoja, ha bebido cuando se propuso no hacerlo, ha intentado beber menos y no lo ha logrado). Reportó que se le dificultaba no beber en momentos agradables, emociones agradables, probando autocontrol y por necesidad física (cuando se le antoja mucho), mientras que estaba totalmente seguro de no consumir si tiene o llegara a tener conflictos con otros.

A los 16 años consumió cocaína en varias ocasiones pero la dejó porque vio que les traía muchos problemas a los que lo hacían, así que ese mismo año detuvo el consumo. Asimismo reportó que probó la mariguana hace dos meses, sin embargo, no le agradó así que no lo había vuelto a hacer.

La mayoría de las expectativas hacia el consumo resultaron positivas. En cuanto a los problemas relacionados con el consumo, la cruda le había dificultado realizar responsabilidades en la escuela y el trabajo, había manejado bajo los efectos del alcohol, además, le había provocado problemas con sus familiares y amigos.

Sesión de consejo breve

J.A. llegó puntual a la sesión, se le invitó a pasar al consultorio y se dio inicio a la sesión. Se le entregó el folleto con los resultados de su consumo (total de tragos=357, mayor número de días sin tomar=21, cantidad máxima=17 y mínima=1 en una sola ocasión, cantidad más frecuente=3 y días de mayor consumo=Sábado) durante los últimos 6 meses. Dijo que sí se le hacía algo elevado el consumo, pero no mucho porque “pues eso pasa cuando bebes”. Sin embargo, dijo que las dos semanas anteriores ya había moderado su consumo, que solamente había consumido 3 o 4 cervezas máximo. Decidió que su meta sería consumir 3 cervezas por ocasión, sólo cuando tenga ganas y no cuando lo estén presionando. No consumirá cuando vaya a manejar. Los días de consumo serán los viernes.

En cuanto a la información proporcionada mencionó que la mayoría era nueva para él (mitos, proceso de dependencia, trago estándar, tolerancia). Su meta fue 25% importante para él y estuvo un 75% seguro de que la logrará.

De las opciones que propuso para lograr dicha meta consideró que la mejor es proponerle a sus amigos, que es con los que bebe, realizar actividades distintas al consumo, menciona que no sería difícil que aceptaran porque son muy unidos y que si él propone otras actividades está seguro que aceptarán llevarlas a cabo.

Indicó que una de las razones importantes por las cuales quería hacer un cambio en su forma de beber es porque no quiere llegar a la dependencia. Se acordó la cita para la sesión de seguimiento.

Seguimiento a 1 mes

J.A. llegó puntual a la cita. Reportó que estuvo muy bien y que durante este tiempo sólo hubo 4 ocasiones de consumo y únicamente bebió en exceso en una de ellas (6 tragos). Asimismo reportó que aunque no lo había notado, las estrategias que utilizó para no beber en exceso o no beber fueron salir con amigas, rechazar el consumo, ver a sus amigos en un horario diferente (los ve más temprano) e ir a trabajar los viernes.

Asimismo, indicó que no recordó su meta aunque sí ha mantenido un consumo moderado. En cuanto al auto registro tuvo dificultad para llenarlo, dijo que no le entendió y que no se acordó de cómo hacerlo, sin embargo estuvo registrando sus consumos en la agenda de su celular. Se le dio nuevamente la explicación de cómo hacerlo y se le dio un nuevo auto registro.

Seguimiento a 6 meses

La sesión se llevó a cabo sin ningún inconveniente, llegó puntual y dispuesto a trabajar. Durante la entrevista de seguimiento recordó su meta y sus estrategias. Se analizó cada una de las estrategias llevadas a cabo. Consideró que le han funcionado ya que las consecuencias negativas respecto a su consumo habían disminuido pues reportó que no había tenido conflictos en el ámbito familiar, social ni escolar. Comentó que sí ha cumplido su meta pues había seguido cada estrategia formulada en la sesión del consejo y había llegado a modificarlas según la situación que se presentara, por ejemplo, tardarse más entre cada bebida. Por otro lado, comentó que su ingreso a la banda de guerra implica disciplina y tiempo y le ha favorecido para reducir las ocasiones de consumo.

Sin embargo, al hacer el registro en la LIBARE, se identificó que aunque sí se habían reducido las ocasiones de consumo, siendo de dos por mes, bebe de 8 a 10 copas por ocasión. Al realizar este registro, se dio cuenta del no cumplimiento de la meta en esas ocasiones pero menciona que aún así no ha presentado consecuencias negativas. Contrario a esto, consideró que una consecuencia positiva del uso del alcohol es que su vida social ha sido más agradable.

Por otro lado, se identifica que su forma de beber está relacionada con su grado de confianza y sus expectativas. Al respecto, se encontró que en emociones desagradables se siente 95% seguro de controlar el consumo; en malestar físico, 85; probando el control, 100; necesidad física, 85; conflicto con otros, 100; presión social, 85. Mientras que ante emociones

agradables está 50% seguro y en momentos agradables con otros se siente menos seguro de resistirse a tomar.

Decidió continuar con las estrategias elaboradas durante la sesión de consejo y poner más atención en las situaciones identificadas como riesgosas, sin embargo, aún recordándole lo que era un abuso decidió consumir como hasta ahora, es decir 8 tragos por ocasión, pues además de no tener consecuencias negativas al beber de esta forma, le acarrea consecuencias positivas como estar bien con su familia y ahorrar dinero que empleará en los viajes que planea realizar.

Caso No. 5

Datos generales

Nombre: M.A. L. M.

Edad: 25 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: 5° semestre de Licenciatura

Sustancia de consumo: Alcohol

Motivo de consulta: detectado por aplicación de AUDIT.

Sesión de admisión

M.L. cursa el 5° semestre de la carrera Ciencias Políticas y Administración Pública. Tiene 25 años de edad y es soltero. Comenzó a consumir bebidas alcohólicas a la edad de 14 años. Lo hacía de 1 a 2 veces al mes y bebía 6 copas. Al momento del tratamiento consumía alrededor de 3 caguamas (2 o 3), lo que equivale a 9 tragos estándar, y a veces más cada fin de semana.

Mencionó que había intentado beber menos (1 caguama o 1 caguama y media) y para lograrlo había cambiado los lugares en los que bebe, las personas con las que bebe, había dejado de salir, se quedaba en su casa. Asimismo, reportó que cuando toma en su casa disfruta la cerveza. Sin embargo, había llegado a consumir en el trabajo, es mesero en fiestas y menciona que a veces la gente le invita y se toma lo que le ofrecen, son de 2 a 3 copas. Respecto a esta situación su jefe no le había llamado la atención ni había tenido problema alguno a causa de ello.

Le gustaría reducir su consumo en cantidad y frecuencia pues cree que sí se ha excedido en el consumo, dado que en una ocasión consiguió trabajo pero no se presentó el primer día de labores porque el día anterior se fue a beber y no se levantó para asistir, el patrón le llamó y le dijo que mejor ya no se presentara, así que lo perdió.

Sesión de evaluación

Durante la evaluación M.L. se portó cooperador aunque algunas preguntas mencionó le daban “algo de pena”, sin embargo, contestó todos los cuestionarios. En el CIDI se observa abuso y algunos indicadores de dependencia (se le ha dificultado pensar en otra cosa que no sea beber cuando se le antoja, ha bebido cuando se propuso no hacerlo, ha intentado beber menos y no lo ha logrado). Mencionó que le gustaría beber cuando tiene ganas de hacerlo,

pues se ha dado cuenta de que algunos de sus amigos solamente lo buscan para ir a tomar y que cuando le invitan y le insisten es difícil para él negarse. Además, informó que aunque sus papás no lo regañan sí le han dicho que le baje al consumo. Mencionó además que el consumo de alcohol lo ha llevado a tener relaciones sexuales lo cual ve como una ventaja de la ingesta.

Sesión de consejo breve

M.L. llegó unos minutos retrasado a la sesión. Pidió disculpas por ello, se le invitó a pasar al consultorio y se dio inicio a la sesión.

Se le entregó el folleto con los resultados de su consumo (total de tragos=257, mayor número de días sin tomar=13, cantidad máxima=15 y mínima=3 en una sola ocasión, cantidad más frecuente=6.3 y días de mayor consumo=Sábado y Domingo) durante los últimos 6 meses.

Al darle la información arriba expuesta, dijo estar sorprendido y que sí era mucha la cantidad que bebe. Dijo además que no sabía de todos los efectos que produce el alcohol aunque sí ha experimentado algunos. También mencionó que antes de acudir al programa no sabía lo que era tolerancia. Por otro lado, el trago estándar lo había escuchado “más o menos” porque en su trabajo le dijeron cómo preparar las cubas.

En cuanto a su consumo, señaló que le gustaría cambiar la frecuencia y la cantidad y así poder disfrutar más y poder integrarse con la gente en las fiestas. Además consideró que esto le ayudaría a poder valorar sus cosas.

La meta que se planteó fue de 5 tragos por ocasión, los días sábados, en convivios familiares, fiestas o reunión. No consumirá cuando esté triste, muy alegre, cuando sea para perder el tiempo y cuando lo presionen.

La meta fue 50% importante para él y estaba 75% seguro de lograrla. Su mejor opción para cumplirla fue estudiar más pues así aprovecharía más cosas de las clases.

Se acordó la cita para la sesión de seguimiento.

Seguimiento a 1 mes

M.L. llegó 20 minutos tarde a la cita por lo que no se pudo terminar la sesión. Cabe señalar que el seguimiento se realizó dos meses después debido a que el usuario estaba en exámenes y trabajos finales y no pudo asistir antes de este tiempo.

Sesión 1

En esta sesión dijo sentirse triste y preocupado porque le ha ido mal en la escuela y sus calificaciones en algunas materias son reprobatorias. Además estaba más preocupado y triste porque se sentía desanimado y no le daban ganas de hacer las cosas, se le preguntó si le gustaría usar el ejercicio de planes que se usó para el consumo en esta situación y dijo estar de acuerdo, por lo que se decidió trabajar en una sesión adicional esta situación, ya que, además, estudiar era una de las estrategias que había propuesto para moderar su consumo de alcohol.

Una vez resuelto y llegado a un acuerdo respecto a la situación anterior, se procedió a realizar la LIBARE. Reportó 8 ocasiones de consumo, sólo en una de ellas logró su meta que era beber máximo 5 tragos, en esta ocasión bebió 4. En las demás situaciones, entre 7 y 6 e incluso reportó un consumo de 16, en un momento agradable con un amigo que vino de Estados Unidos.

Se le recordó que en el proceso de cambio puede haber recaídas y que esto no significaba que hubiera fracasado. M.L. dijo que sí lo seguiría intentando y dejó su meta como la había planteado anteriormente.

En el CCS, bajó su nivel de confianza para controlar el consumo en malestar físico de 70 a 50% y en momentos agradables con otros de 90 a 50. Aumentó en emociones desagradables de 50 a 60%; emociones agradables de 60 a 75%; probando el control de 40 a 50%; necesidad física. Se mantuvo en conflicto con otros en 80 y presión social en 40.

Sesión 2

Llegó puntual en esta sesión y mencionó estar más tranquilo pues saber que hará algo para resolver su situación escolar lo tranquiliza. En esta sesión únicamente se trabajó dicha situación y M.L. hizo estrategias para poder realizar sus estudios.

Seguimiento a 6 meses

M.L. llegó puntual a la sesión y dispuesto a trabajar. Mencionó que en el tiempo que pasó de la sesión anterior a esta no pudo cumplir su meta debido a la falta de compromiso y problemas tanto escolares como personales. Se presentaron recaídas con un total de 15 ocasiones con un promedio de 10 por ocasión de consumo. Reportó que lo que más le ha

dificultado el cumplimiento de ella son las fiestas y que en estas situaciones es difícil controlarse y rechazar la invitación a beber de sus amigos.

Ha presentado consecuencia negativas en el área familiar, pues tanto su papá como su mamá le han dicho que se pasa del límite; en el área emocional, pues a causa de ello se ha sentido decaído y triste; en el área física, pues ha tenido cruda; finalmente, el área escolar se vio afectada debido a que no tuvo ganas de hacer sus tareas. Sin embargo, consideró que las estrategias elaboradas anteriormente podían funcionarle si es constante, por lo que decidió no modificarlas. Indica que probablemente no las había implementado por que se sentía cómodo al no hacer nada, no obstante, trataría de realizarlas de ese momento en adelante. Su meta continuó en la cantidad de 5 tragos estándar.

Por otro lado, el CCS mostró que, a excepción de probando el control y presión social que se mantuvieron en 50 y 40%, respectivamente, bajó su nivel de confianza del primer seguimiento a este para controlar el consumo en las diferentes situaciones.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos en la Línea Base Restrospectiva (LIBARE) y en el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) en las fases de evaluación, tratamiento (última sesión) y seguimiento. Cabe señalar que en los casos de adolescentes se realizó un seguimiento (6 meses) mientras que en los universitarios se llevaron a cabo dos (a 1 y 6 meses).

En general, los resultados de la LIBARE demostraron diferencias en el patrón de consumo de la evaluación al seguimiento, o seguimientos, según sea el caso, en todos los usuarios. A continuación se describe cada uno empezando con los programas de adolescentes en ambas modalidades para finalizar con los universitarios.

En el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, caso 1, se registró en la evaluación un consumo promedio de 8.3 tragos estándar (t.e.) por ocasión, un consumo máximo de 13 t.e. y un mínimo de 3. Una vez iniciado el programa pasó a un consumo de 3.5 t.e., por ocasión durante el tratamiento y en la etapa de seguimiento se reportó una ingesta de 3.6 t.e. por ocasión en promedio (Fig. 1).

En el caso 2, en la etapa de evaluación, la usuaria obtuvo un patrón de consumo de 5.6 t.e. por ocasión, con un consumo máximo de 11 t.e. y un consumo mínimo de 1. Durante la fase de tratamiento el promedio fue de 2.83 t.e.. En la fase de seguimiento, presentó dos consumos de 9 tragos cada uno, y otro más de 4 t.e. durante los primeros 30 días después de finalizado el tratamiento, sin embargo, después de esos consumos no se registró ningún otro (Fig. 1).

Por otro lado, el usuario de Consejo Breve para Adolescentes, caso 3, presentó únicamente un consumo de 13 tragos estándar en la evaluación a la cual llegó con 42 días de abstinencia y la mantuvo durante un periodo de 142 días, presentando en el mes siguiente 3 consumos de 4 t.e. por ocasión (Fig. 2).

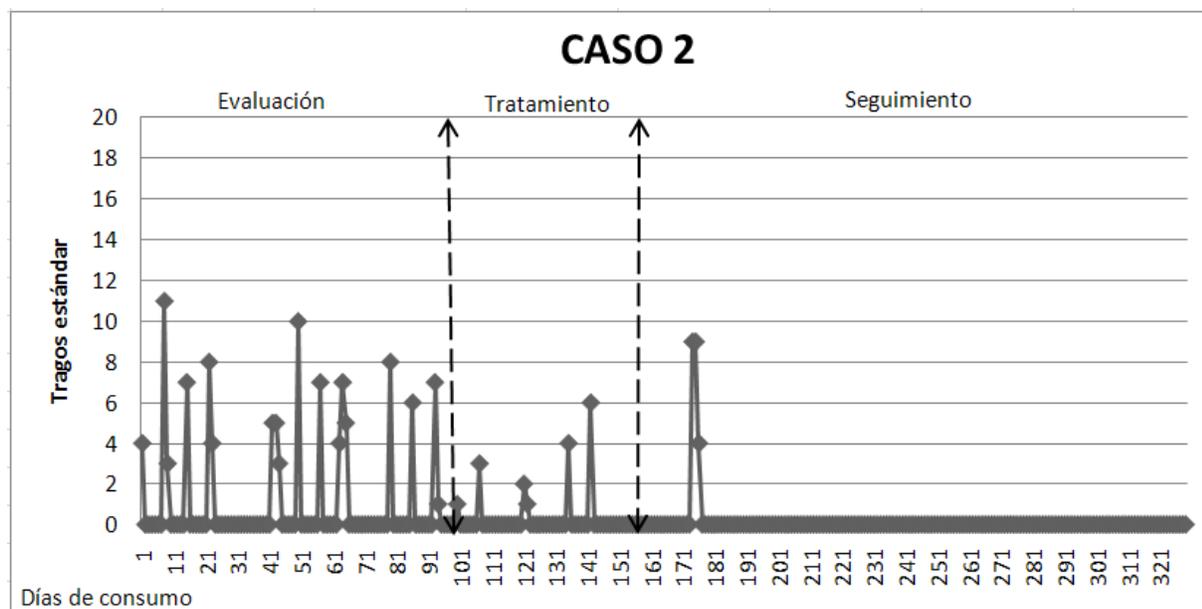
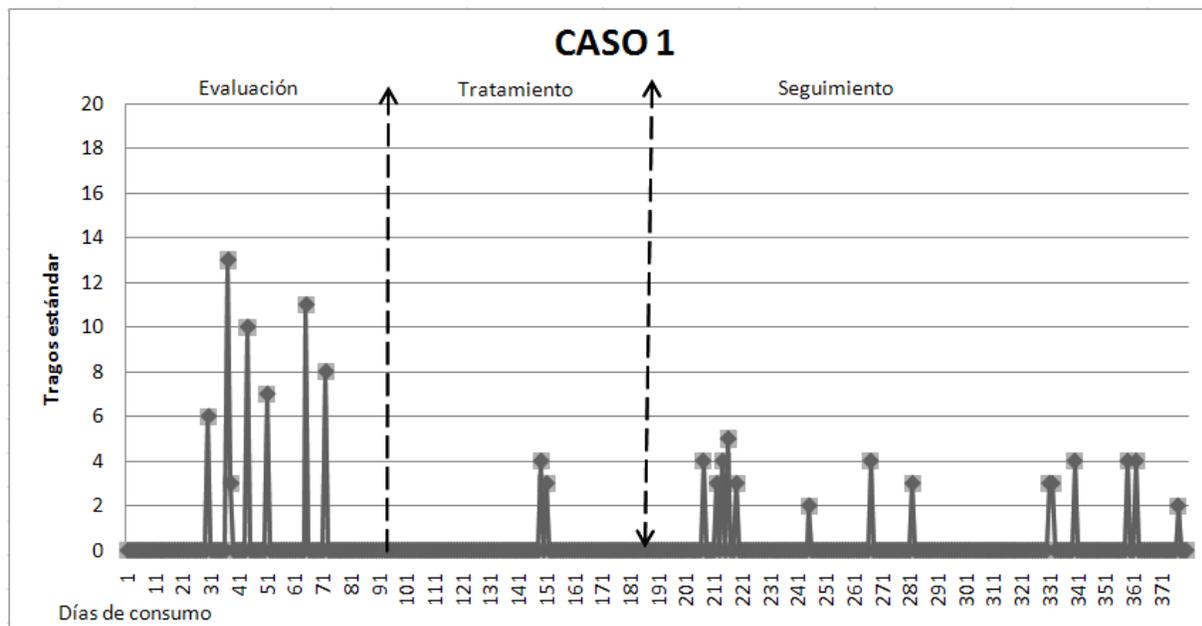


Figura 1. Se muestra el patrón de consumo obtenido en la LIBARE en la fase de evaluación, tratamiento y seguimiento a 6 meses de cada uno de los 2 usuarios adolescentes que ingresaron al Programa de Intervención Breve para Adolescentes.

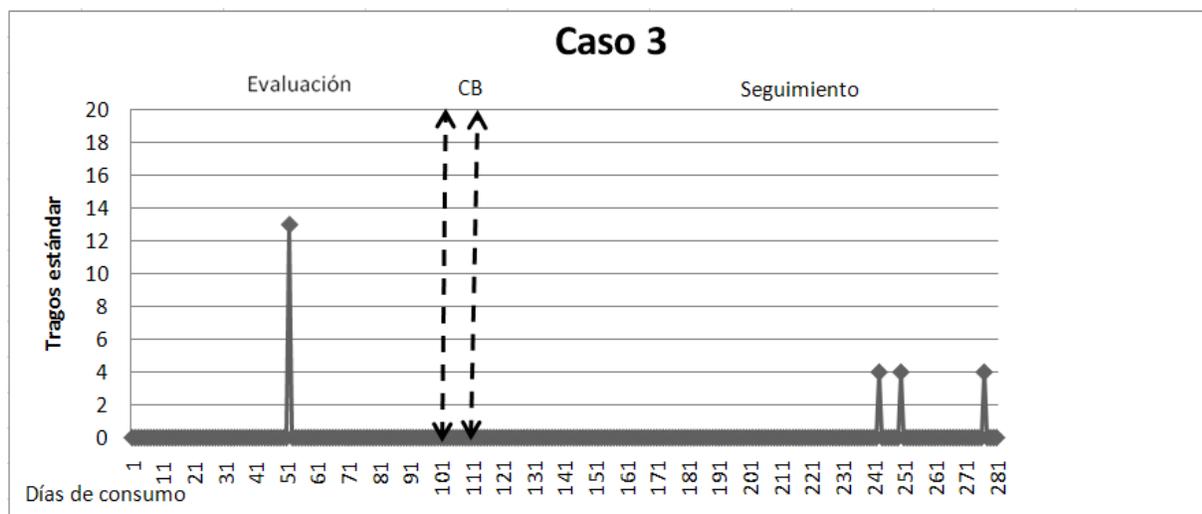


Figura 2. Se muestra el patrón de consumo obtenido en la LIBARE en la fase de evaluación y seguimiento a 6 meses del adolescente que ingresó al Consejo Breve.

En cuanto a los resultados del CCS para los adolescentes que se intervinieron con PIBA, al comparar la fase de evaluación con la última sesión del tratamiento, en el caso 1, disminuyó la confianza para controlar su consumo de 50 a 25% en emociones desagradables y de 100 a 75% en malestar físico, aumentó de 25 a 50% en emociones agradables, de 70 a 100% en probando el control, de 50 a 75% en presión social y de 25 a 50% en momentos agradables con otros. En necesidad física y conflicto con otros se mantuvo en 100%. Sin embargo, durante la sesión de seguimiento, el usuario reportó que su confianza aumentó en emociones desagradables de 25 a 50%, en emociones agradables de 50 a 70%. Disminuyó de 75 a 70% en malestar físico, de 100 a 50% probando el control y de 100 a 75% en necesidad física y conflicto con otros (Fig. 3).

El caso 2, por otro lado, reporta en la fase de evaluación una confianza para controlar su consumo de 0% en situaciones como emociones desagradables, momentos agradables, presión social y malestar físico; 10% en conflicto con otros y 50% en emociones agradables. Al final del programa el porcentaje cambió en malestar físico, emociones agradables, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros a 100%, mientras que en emociones desagradables y probando control cambió a 80%. Necesidad física se mantuvo en 100%. Finalmente, en la sesión de seguimiento, la usuaria reporta cambio en emociones agradables,

disminuyendo de 100 a 80%, necesidad física de 100 a 60%, presión social de 100 a 70%, y momentos agradables con otros de 100 a 90%. Las otras áreas se mantuvieron con el mismo porcentaje (Fig. 3).

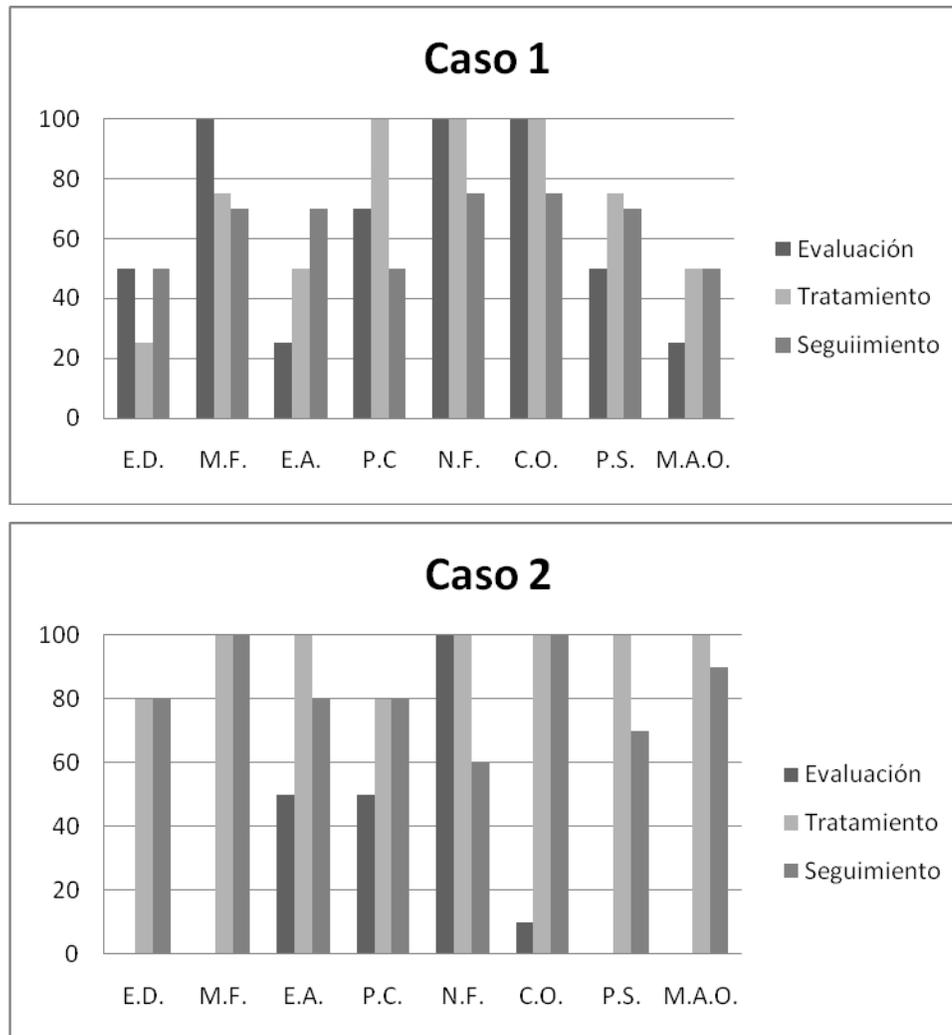


Figura 3. En la gráfica se muestran los resultados del Cuestionario Breve de Confianza situacional en las fases de Evaluación, Tratamiento y Seguimiento de los 2 casos de adolescentes.

En el usuario de Consejo Breve para Adolescentes, caso 3, se encontró que, al comparar la fase de evaluación con la de seguimiento, aumentó su confianza para controlar el consumo en situaciones tales como emociones agradables pasando de 50 a 100%, por otro lado, disminuyó la autoconfianza en las situaciones de probando el control de 100 a 75% y de

necesidad física de 100 a 50%. Las demás áreas se mantuvieron en 100% en ambas fases (Fig. 4).

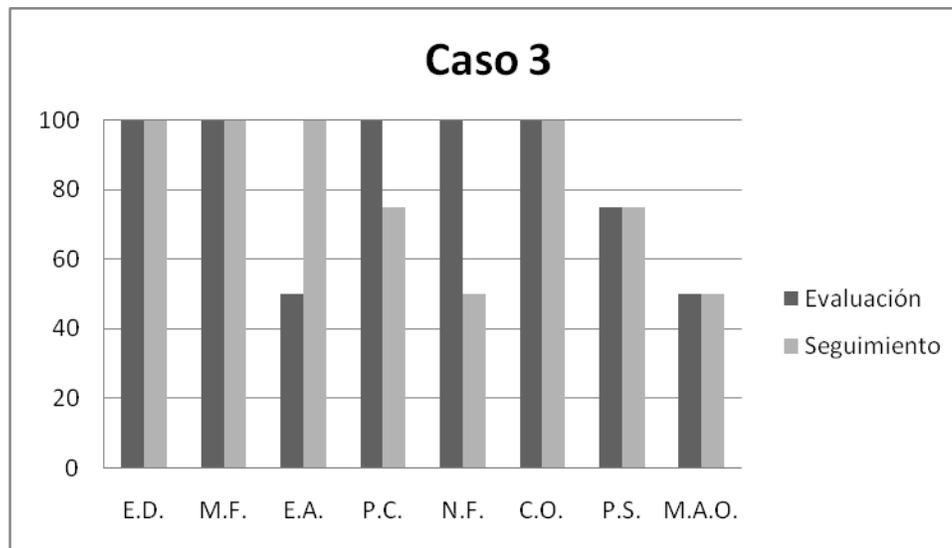


Figura 4. En la gráfica se muestran los resultados del Cuestionario Breve de Confianza situacional en las fases de Evaluación y Seguimiento del caso de consejo breve para adolescentes.

Por su parte, los resultados de los jóvenes de Consejo Breve para Universitarios mostraron que, en el caso 4, el usuario registró en la evaluación un consumo de hasta 17 tragos estándar en una ocasión. Redujo la frecuencia y la cantidad en los 42 días posteriores a la intervención (primer seguimiento), de tal manera que reportó en promedio 3 tragos en cada una de las 4 ocasiones de consumo. Sin embargo, en el 2º seguimiento, aunque redujo la frecuencia, siendo de 4 ocasiones en 205 días, la cantidad aumentó de 3 a 8.25 tragos estándar en promedio por ocasión de consumo (Fig. 5).

En el caso 5, el patrón de consumo reportado en la sesión de evaluación fue de 6.3 t.e en promedio, con una ingesta máxima de 15 t. e. en una ocasión. En el primer seguimiento reportó 8 ocasiones de consumo, sólo en una de ellas bebió 4 t.e., en las demás situaciones, entre 7 y 6 t.e. e incluso reportó un consumo de 16 t.e. (Fig. 5).

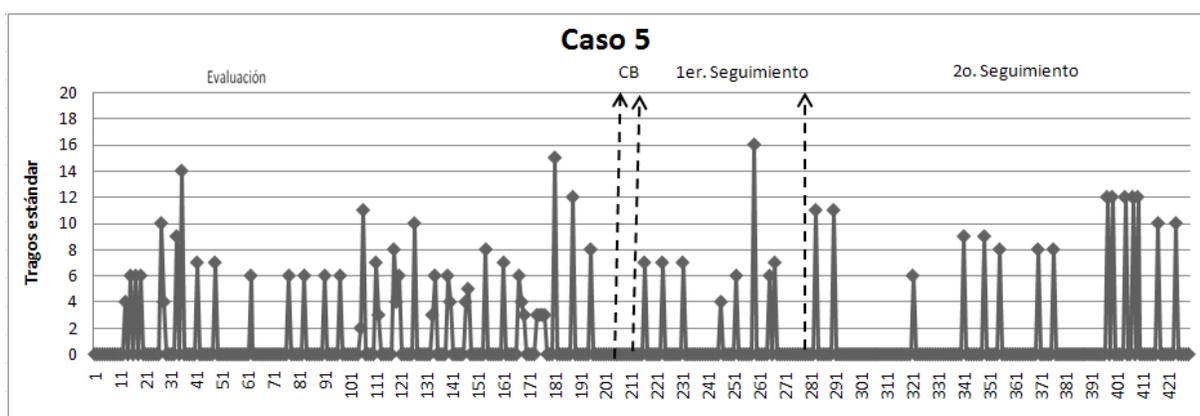
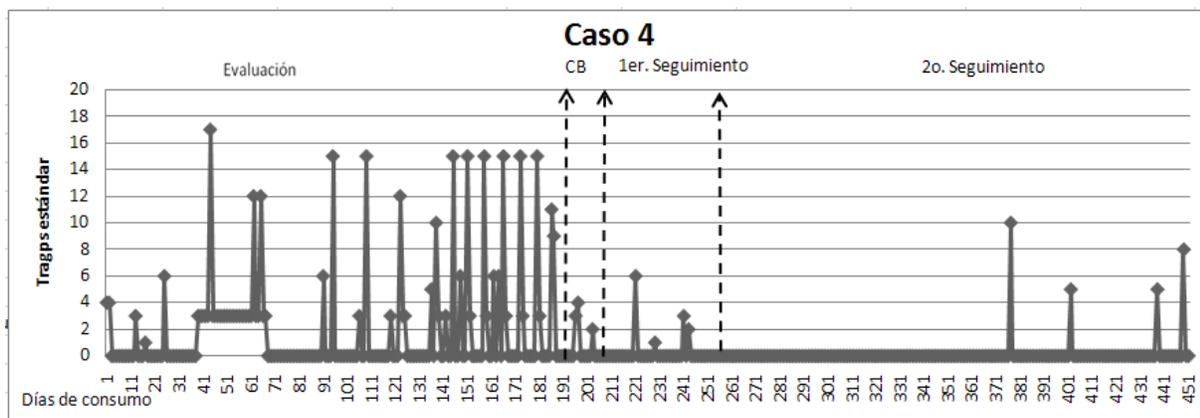


Fig. 5. Se muestra el patrón de consumo obtenido en la LIBARE en la fase de evaluación y primer y segundo seguimiento de cada uno de los usuarios universitarios tratados con el consejo breve.

En cuanto al CCS, el caso 4, reportó una autoconfianza para controlar su consumo en la evaluación de 80% en emociones desagradables, 50% en malestar físico, 30% en emociones agradables, 15% probando el control, 0% en necesidad física, 100% en conflicto con otros, 50% en presión social y, 30% en momentos agradables con otros. En el segundo seguimiento cambiaron los porcentajes presentando aumento de confianza en todas las áreas. Cabe mencionar que en el primer seguimiento no se aplicó el cuestionario debido a que en ese momento no estaba contemplada su aplicación. Las de mayor cambio fueron probando el control a 100%, necesidad física a 85% y momentos agradables con otros a 70% (Fig. 6).

En el caso 5, se presentan los resultados de la evaluación y dos seguimientos, y, al comparar sus niveles de confianza para controlar el consumo de la evaluación al primer seguimiento se nota un aumento en emociones desagradables de 50 a 60%, en emociones

agradables de 60 a 75%, probando el control de 40 a 50% y necesidad física de 60 a 75%. Malestar físico bajó de 70 a 50% y momentos agradables con otros de 90 a 50%. Conflicto con otros se mantuvo en 80%. Sin embargo, del primero al segundo seguimiento estos niveles bajaron en emociones desagradables a 40%, malestar físico a 45%, emociones agradables a 70%, necesidad física a 60%, conflicto con otros a 50% y momentos agradables con otros a 45%. En presión social se mantuvo desde el inicio en 40% (Fig. 6).

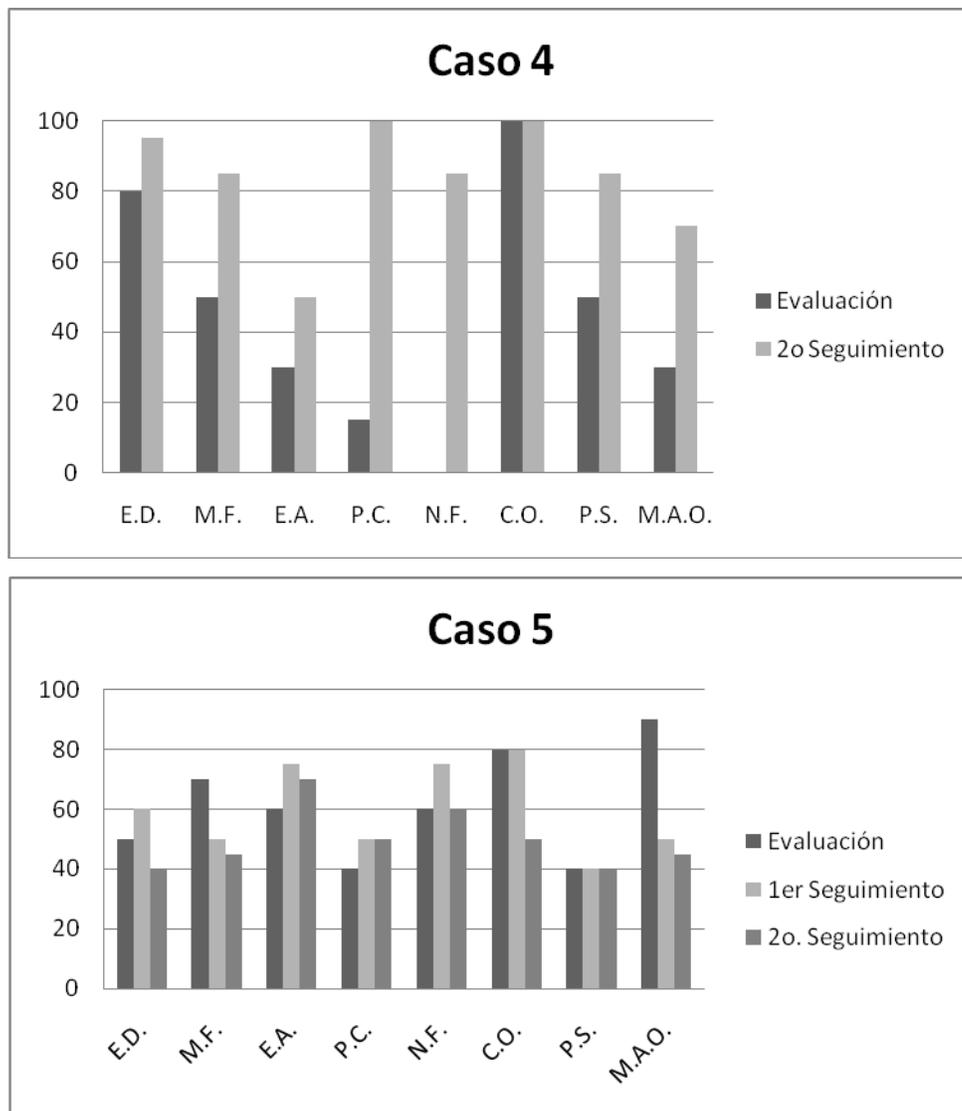


Figura 6. En la gráfica se muestran los resultados del Cuestionario Breve de Confianza situacional en las fases de Evaluación y seguimientos.

DISCUSIÓN

En las adicciones, como en todo problema de salud, la detección temprana en las etapas incipientes y la atención oportuna se constituyen en elementos de capital importancia para evitar el desarrollo de dependencia, el riesgo del deterioro y las complicaciones relacionadas con la comorbilidad.

Los programas de intervención breve con enfoque cognitivo conductual han demostrado ser efectivos para la reducción del consumo de sustancias adictivas y las consecuencias negativas asociadas al mismo (Babor y Higgins-Biddle, 2001; Babor y Grant, 1992; Bien, Miller y Tonigan, 1993; Rodríguez-Martos, 2002; Rubio, Ponce y Jiménez-Arriero, 2003). En este reporte se presentan 5 casos clínicos tratados con dos modalidades distintas: 2 con el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, 1 con Consejo Breve para Adolescentes y, 2 más, con el Consejo Breve para Universitarios. En general, hubo reducción tanto del consumo en cantidad y frecuencia como la disminución de las consecuencias negativas asociadas al mismo en comparación con la evaluación, así como el aumento de la autoeficacia para controlar el consumo en diversas situaciones.

Particularmente en los adolescentes, este cambio fue más notorio en ambas modalidades. Sin embargo, es necesario mencionar que, en el caso de adolescentes en la LIBARE se registran los 3 meses anteriores a la aplicación, mientras que en los universitarios es de 6, además, desde el principio el patrón de consumo en adolescentes fue menor que en universitarios.

En el caso 1 del PIBA, se redujo el consumo de riesgoso a moderado pasando de 8.3 tragos estándar en promedio por ocasión en la evaluación a 3.4 en el seguimiento y presentando periodos de abstinencia de hasta 49 días en esta fase. En el caso 2, también del PIBA, la usuaria reportó un consumo inicial de 5.6 tragos estándar en promedio por ocasión de consumo y logró la abstinencia a través de la reducción, aunque presentó dos recaídas de 9 tragos estándar cada una antes de la abstinencia, logró mantenerla hasta el seguimiento, es decir, los 5 meses posteriores a ellas. Cabe mencionar que estas recaídas se dieron 20 días después de finalizado el programa.

Por otro lado, en el usuario del caso 3, tratado con consejo breve se observó que, aunque la primera meta planteada por él fue la abstinencia y logró mantenerla durante más de

4 meses después de la intervención, se logró el consumo moderado, pasando de 13 tragos en una sola ocasión reportada en la evaluación a 4 por ocasión y replanteando la meta a 3 tragos. En este caso, el usuario presentó un periodo de 197 días de abstinencia. Sin embargo, este usuario ya se había encontrado en abstinencia durante varios meses anteriores a la intervención.

Aunque por otro lado, en cuanto a la disminución de consecuencias negativas que es uno de los objetivos de ambas modalidades, en los tres casos arriba mencionados, se reportó la disminución de dichas consecuencias en el área familiar al implementar nuevas estrategias de afrontamiento en las diferentes situaciones en las cuales se presentaba el consumo excesivo, pues de acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), la adquisición de nuevas habilidades y estrategias cognitivas en un programa de autoayuda pueden dar como resultados cambios en la conducta adictiva, modificándolas en conductas más adaptativas que queden bajo el control de los procesos cognitivos de conciencia y de toma de decisiones y los usuarios pueden asumir y aceptar un mayor grado de responsabilidad para cambiar la conducta de consumo.

Por otro lado, estos resultados, concuerdan con lo hallado por Martínez et al. (2008), y Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez y Salazar (2008), por lo que puede decirse que el Programa de Intervención Breve para Adolescentes y el Consejo Breve para Adolescentes pueden ser responsables de la reducción del patrón de consumo de los adolescentes consumidores de alcohol y por lo tanto una herramienta eficaz para la reducción de los riesgos a causa del consumo.

Respecto al Consejo Breve para Universitarios, en el caso 4, las consecuencias negativas reportadas en un principio dejaron de presentarse y aumentaron sus niveles de eficacia en el control de su consumo de alcohol lo cual trajo como consecuencia la decisión, por parte del sujeto, de tener ingestas de hasta 8 tragos estándar por ocasión. Lo cual representa un aumento de 2.5 tragos de la evaluación al 2º seguimiento y de 5.25 del primero al segundo seguimiento. Sin embargo, en la última LIBARE reportó un periodo de 133 días de abstinencia y, en cuanto a las ocasiones de consumo, las 4 que se presentaron distaron de entre 13 y 45 días. Por otro lado, en este caso, contrario a lo que mencionan Marlatt y Gordon (1985), al aumentarse el nivel de autoeficacia incrementó la cantidad del consumo y las expectativas positivas acerca de él, pues esta forma de consumo no representó ninguna consecuencia negativa para el usuario.

En el caso 5, segundo participante en esta modalidad, aunque algunas consecuencias negativas dejaron de presentarse, surgieron otras más. Asimismo, hubo un aumento en la cantidad de alcohol consumida con respecto a la evaluación, pues de 6.3 tragos estándar en promedio por ocasión en esta fase, aumentó a 7.5 tragos en el primer seguimiento y llegó a 10 en el segundo. Sin embargo, la frecuencia disminuyó, reportando un periodo de hasta 31 días de abstinencia entre un consumo y otro en el segundo seguimiento siendo que en la evaluación y el primer seguimiento sólo se encontraron periodos de máximo 14 días sin ingesta de alcohol. Asimismo la autoeficacia disminuyó del primer al segundo seguimiento lo cual podría ser causa del aumento del consumo aunado a las expectativas positivas que tiene acerca del uso de alcohol.

Cabe señalar que, aunque se logró la modificación en el patrón de consumo, ambos casos continuaban manteniendo una ingesta de riesgo por lo que podrían ingresar a un programa de mayor intensidad en cuanto a duración y análisis de la conducta para la elaboración de estrategias. Sin embargo, algunas de las dificultades que se presentan ante este tipo de población, es que debido a que ellos no solicitan el ingreso al programa, pues no contemplan su ingesta como un problema, es posible que no asistan a uno de mayor duración lo cual podría resultar en la pérdida de la misma.

Por otro lado, algunas de las limitaciones que se presentaron con los adolescentes fueron que el lapso entre una sesión y otra fue hasta de 21 días debido al periodo de exámenes pues las sesiones se hacían en el horario de clases. En el caso de los universitarios, pasó una situación similar, pues, a pesar de darles opción de elegir la hora en la que asistirían a la sesión algunas veces no llegaban o no podían asistir debido al periodo de evaluación escolar, esto sucedió sobre todo en los seguimientos.

En cuanto a la comparación de la efectividad de los programas entre sí, una limitante para poder realizarla fue el tamaño de la muestra, su heterogeneidad y la pluralidad de los programas ya que a pesar de tener el mismo sustento teórico, difiere la estructura entre la intervención breve y el consejo breve de adolescentes y universitarios, por otro lado, aunque la estructura entre los dos últimos no difiere mucho entre sí, se dificulta un análisis comparativo por las diferencias de los sujetos a quienes va dirigido, como patrón de consumo, edad y dimensión de la línea base.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos puede decirse que el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas resultó ser efectivo para los dos adolescentes tratados con este programa pues se logró el aumento de la autoconfianza para controlar el consumo en distintas situaciones identificadas como riesgosas y aún en la presencia de indicadores de dependencia según el CIDI (caso 2), resultó en la modificación del patrón de consumo (moderación y abstinencia) y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para lograrlo.

En cuanto al Consejo Breve para Adolescentes, el usuario logró el consumo moderado y se disminuyeron las consecuencias negativas, por lo que también puede considerarse efectivo dicho programa, sin embargo, la meta inicial que era la abstinencia no se logró, lo cual podría deberse a que en esta intervención no se analizan las situaciones de riesgo de la misma manera que en el PIBA, pues el tiempo de tratamiento es de una sola sesión y aunque se trabajan planes de acción éstos no son revisados sino hasta el seguimiento (6 meses después) por lo que no hay oportunidad de modificarlos o crear nuevos planes.

Sin embargo, para el logro en la reducción de las consecuencias negativas y de consumo, se puede concluir que en esta población ambas modalidades de tratamiento demostraron ser eficaces.

Por otro lado, el Consejo Breve en población universitaria que presenta consumos elevados y algunos indicadores de dependencia según el CIDI, puede incidir en la modificación del patrón de consumo y la reducción de algunas consecuencias negativas, sin embargo, tal vez sea necesario un programa de mayor duración o seguimientos menos distanciados para poder ver la evolución tanto de la conducta de consumo como de no consumo y así guiar al usuario para elaborar o mejorar las estrategias que se planteó y no le han funcionado o ayudado en el logro de su meta. Por lo que, en estos casos, el consejo breve podría utilizarse como una estrategia de canalización a otro programa como podría ser el de Bebedores Problema.

Asimismo, pareciera ser el aumento de autoconfianza (caso 5) influye de manera directa para el aumento de la cantidad ingerida por ocasión de consumo. Sin embargo, para su generalización hacen falta más estudios enfocados a esta variable.

Otro punto a señalar es que, aunque en ambas modalidades y con ambas poblaciones se manejan las mismas variables y las metas son la reducción del consumo riesgoso en los usuarios, es difícil comparar su efectividad pues como se señaló anteriormente debido a la estructura del PIBA los adolescentes tienen la oportunidad de diseñar y analizar estrategias en una sesión, comprobar su eficacia en el transcurso de la semana o en el lapso de una sesión a otra y finalmente reanalizarlas y modificarlas en caso de ser necesario para fortalecerlas en la sesión siguiente, mientras que en el consejo breve el análisis de dichas estrategias se lleva a cabo en la sesión de seguimiento, es decir, seis meses después en el caso de los adolescentes y un mes después en el caso de los universitarios.

Por otro lado, es difícil hacer una comparación entre los usuarios de consejo breve universitarios con adolescentes, debido a que el patrón de consumo es mayor en los universitarios y además en los casos presentados en este reporte, ambos universitarios presentaron indicadores de dependencia, asimismo la LIBARE contempla únicamente los 3 meses anteriores a la evaluación en adolescentes mientras que en universitarios es de 6 meses. Y, aunque se puede afirmar que cada una de las intervenciones fue efectiva, no se puede decir si una lo es más que la otra.

En cuanto a la eficacia del consejo breve en adolescentes quizá pudiera aumentar al realizar el primer seguimiento en un periodo más corto.

Finalmente, la asistencia y participación para recibir el consejo breve en universitarios podría aumentar si dentro de las instituciones educativas existiera una campaña permanente en la cual se hiciera del conocimiento del alumnado los problemas que acarrea el consumo de alcohol y que pueden obtener atención si comienzan a preocuparse por el mismo.

Del mismo modo se podría capacitar al personal de las instituciones en las cuales se tratara el tema de las adicciones y consideren una prioridad la prevención de las mismas.

REFERENCIAS

- Annis, H.M. & Graham. (1987). *Situational confidence questionnaire*. [Cuestionario de confianza situacional.]. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M., Graham, J.M., & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations User's Guide*. [Inventario de situaciones de consumo de alcohol: Guía del usuario.]. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H, Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Babor, T. & Grant, M. (1992). *Project on identification and management of alcohol-related problems: Report on phase II—A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care* [Proyecto de identificación y manejo de problemas relacionados con el alcohol: Informe de la fase II-A del ensayo clínico aleatorio de intervenciones breves en asistencia médica primaria]. Geneva: World Health Organization, Program on Substance Abuse.
- Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias: Organización Mundial de la Salud.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* [Teoría del aprendizaje social]. New Jersey: Prentice Hall.

- Bien, T., Miller, W. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review [Intervenciones breves para los problemas de alcohol: una revisión.]. *Addiction*, 88, 315-336.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (2a. ed.). España: Siglo XXI.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México., Consejo Nacional de la Ciencia y la Tecnología.
- Carrol, K. (1998). *A cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction* [Una aproximación cognitiva conductual: Tratamiento para la adicción a la cocaína]. *Therapy manuals for drug addiction*. National Institute on Drug Abuse, NIH 98-43038. Recuperado el 27 de enero de 2010, de <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT5.html#202020>
- Castro-Jiménez, M. & Orozco-Vargas, L. (2009). El nivel de prevención alfa: una estrategia para proteger la salud de las generaciones futuras. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (6), 560-562.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2004). *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras drogas 2003*. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (s.f.). “Problema de salud pública, las adicciones: CONADIC”. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Infoalcohol. Recuperado el 30 de noviembre de 2007, de http://www.alcoholinformate.org.mx/infoalcohol2.cfm?id_infoalcohol=16448

- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (1987) *Applied behavior analysis* [Análisis conductual aplicado]. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Crespo, J. (2000). Acerca de la duración de los tratamientos y la brevedad en psicoterapia. *Revista cubana de psicología*, 17,(2), p.154-157.
- Echeverría, L., Ruiz, G, Salazar, L., Tiburcio, M. & Ayala, H. (2004). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta Nacional de Adicciones* (2002). Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado el 30 de noviembre de 2007 de www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf
- Flores, C., Salazar, M., & Reyes, M. (s.f.). *Resultados preliminares de una sesión de consejo breve con jóvenes universitarios que reportan un consumo excesivo de alcohol*. Recuperado el 5 de febrero de 2010, de <http://posgrado.uaa.mx/posgrado/eventos/docs/Claudia%20Fabiola%20Flores%20De%20La%20Rosa.swf>
- Flores, C., Salazar, M., & Reyes, M. (2008). *Consejo breve para jóvenes universitarios que presentan problemas por su consumo excesivo de alcohol. Manual del Terapeuta*. Manuscrito no publicado. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Goldberg, M. (1994). *La epidemiología sin esfuerzo*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98:107–109.)
- Graña, J. & Carrobles, J. (1991), Condicionamiento clásico en la adicción, *Psicothema*, año 1 ,3 (001). 87-96. España: Universidad de Oviedo.

- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research* [Reduciendo riesgos para los desórdenes mentales: Fronteras para la investigación de la intervención preventiva]. Recuperado de http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2139&page=21
- Kazdin, A. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.
- LaMarine, R. (1995). La prevención del consumo de drogas en Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 315-332.
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H. & Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32 (1).
- Lira-Mandujano, J., Medina-Nolasco, V. & Cruz-Morales, S.E. (2008). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores. En O. Campollo et al. (Ed.), *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9 (1). México: Universidad de Guadalajara, Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de droga: Una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2 (1), 33-51.
- Mariño, M. C. (1997). *Validez del Cuestionario de Tamizaje de problemas en adolescentes (tesis)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* [Prevención de recaídas: estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas]. Nueva York: Guilford Press.
- Martínez, K.I. (2010). *Consejo breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol. Manual de Terapeuta*. Manuscrito en preparación, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

- Martínez, M. & Aguilar, A. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez, K.I., Ayala, H.E., Salazar, M.L., Ruiz, G.M. & Barrientos, V. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J. & Salazar, M.L. (2008). Resultados Iniciales de la Aplicación de Consejo Breve sobre el Consumo de Alcohol en Adolescentes Rurales. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 4 (1). Recuperado el 30 de agosto de 2009, de http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1_martinez_consejo_breve.pdf.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacío, M.A., Jiménez, A.L. & Salazar, M.L. (2008). Consejo Breve Para Adolescentes Escolares Que Abusan Del Alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 2 (34), 247-264.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L. & García, E. (2008). *Consejo para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Guía para el orientador*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J., Ruiz, G.M. & Ayala, H.E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*. 31 (2), 119-127.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*. (6), 4-7.

- Miller, W.R. & Sáncnez, V.C. (1993). Motivating Young adults for treatment and lifestyle change. [Motivando a los jóvenes para el tratamiento y cambio de estilo de vida]. En *Issues in alcohol use and misuse by Young adults*. Notre Dame, IN, Universidad of Notre Dame Press.
- Navarro, R. (1984). Adicción a la pasta de cocaína: tratamiento de dos casos. *Revista Latinoamericana de psicología*. 16 (003). Bogotá, Colombia.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009. Resumen Ejecutivo*.
- Orford, J. & Edwards, G. (1977). *Alcoholism: A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Maudsley Monographs, 26. Oxford: Oxford University Press.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Situación del Tabaco en México*. Recuperado el 15 de agosto de 2009, de <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/tabaco.htm>
- Oropeza, R., Loyola, P. & Vázquez, F. (2003). *Tratamiento Breve para Usuarios de cocaína: Un modelo cognitivo, principios de aplicación*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortiz A., Martínez, R. & Meza D. (2005). *Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana (39)*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes* [Reflejos condicionados]. Oxford: Oxford University Press.

- Prochaska & Diclemente (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276-288.
- Petri, L. & Govern, M. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. (5a. ed.) México: Thomson.
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14 (1), 337-351.
- Rodríguez-Martos, A., Santamariña, E., Martínez, X., Torralba, L., Escayola, M., Martí, J. & Plasencia, A. (2003). Identificación precoz e intervención breve en lesionados de tráfico con presencia de alcohol: primeros resultados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15 (3), 191-202.
- Rubio, G., Ponce, G. & Jiménez-Arriero, M. (2003). Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica: el reto de la alcoholología moderna. *Trastornos Adictivos*, 5 (1), 33-39.
- Rubio-Spítec, M.; Bravo, M. y Canino, G. (1991). La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI). *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 37, 191-204.
- Salazar, M.L., Martínez, K.I, Pedroza, F.J. & Vacio, M.A. (2008). *Consejo breve para adolescentes que inician el consumo de sustancias. Manual de Terapeuta*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Secretaría de Salud (2007). *El Consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. Recuperado el 18 de diciembre de 2009, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- Secretaría de Salud (2008). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Informe 2008*. México.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica* (s.f.). Recuperado el 10 de diciembre de 2007, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/sisvea.htm>

- Sobell, L.C., Maisto, A., Sobell, M.B. & Cooper, M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior [Confiabilidad de los auto reportes del consumo de alcohol de abusadores de alcohol]. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided selfchange treatment* [Bebedores problema: Tratamiento de autocambio dirigido]. New York: Guilford Press.
- World Health Organization (2004). *The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* [La Organización Mundial de la Salud (OMS) Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)]. Recuperado el 10 de enero de 2010, de <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/>