

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. SANDRA IYARI GARCIA ALFARO

TUTOR: DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ

Lic. Leticia Echeverría San Vicente.

Dr. Agustín Vélez Barajas

Dra. Silvia Morales Chainé.

Mtro. Leonardo Reynoso

Mtro. Cesar Carrascosa.

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

México, D. F.

Abril, 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.

**\* PRIMERA PARTE. ANALISIS DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES****INTRODUCCIÓN.....2**

1. Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país .....9

2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.....15

3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.....25

4. Aplicar programas de intervención cognitivo-conductual para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.....46

5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención universal, selectiva e indicada.....49

6. Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.....51

**REFERENCIAS.....62****\* SEGUNDA PARTE****REPORTE DE CASO.....67**

## INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas se han gestado movimientos sociales a nivel mundial, que han generado que el hombre busque un mayor conocimiento de sí mismo y de la sociedad en la que se desarrolla.

La liberación femenina, las manifestaciones estudiantiles, la liberación sexual y la caída del muro de Berlín entre otros, han formado el entorno actual, generando así un desarrollo científico, tecnológico y social que mejora nuestra calidad de vida.

Sin embargo, esta mejora en la calidad de vida genera recientes problemas como la polarización económica de diversos sectores sociales, aumento exponencial en la población, un ritmo acelerado de vida y el uso inadecuado del tiempo libre.

Los individuos no han podido enfrentar de manera adecuada estos problemas desarrollando diversos trastornos de conducta entre los que se destacan: ansiedad, depresión, estrés y el uso inadecuado de sustancias.

El presente reporte está enfocado específicamente a este último aspecto, pues el consumo de sustancias en México se ha incrementado de manera considerable a partir de factores como: cambio en los patrones de uso, incremento en la proporción de mujeres consumidoras, la edad de inicio en el consumo que cada vez es menor.

A lo anterior se agrega la aparición de nuevas drogas y el uso combinado de varias de ellas a través de diferentes vías de administración, lo cual ha cambiado el panorama de necesidades a cubrir con respecto a la atención preventiva y al tratamiento a esos problemas.

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Adicciones indican que el número de consumidores de drogas en México aumentó de 2002 a 2008 al pasar

de 307 mil a 465 mil personas. Además estos resultados indican que en ese mismo periodo el número de personas que alguna vez probaron droga subió de 3.5 a 4.5 millones, lo que representa el 28.9% más. Así mismo, indican que entre el tipo de drogas legales que la gente consume en México destacan el alcohol y el tabaco. (ENA. 2008).

Ante este panorama, se hace evidente la necesidad que tiene el país en materia de atención, existen 464 mil 386 personas que requieren atención especializada, cuatro millones 58 mil 272 necesitan intervenciones breves (dado que este grupo no muestra síntomas crónicos de dependencia) y 80% de la población requiere de algún tipo de prevención universal para drogas. (Córdova, 2008).

El último informe del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) correspondiente a Noviembre de 2008 menciona que de una muestra de 756 usuarios de sustancias, en la distribución por tipo de sustancia empleada, destacan: el consumo de alcohol con 570, tabaco con 535, seguidos por el consumo de marihuana con 473 casos. (Ortiz, 2008).

Son entonces estas las sustancias de mayor impacto en nuestro país, a pesar de que tanto el tabaco como la marihuana conducen a considerables consecuencias sanitarias, por el papel cultural que representa el consumo de alcohol simboliza una amenaza en nuestro país.

El consumo global de sustancias también se asocia a diversas concepciones culturales, episodios políticos y modelos económicos, por ello, es necesario circunscribir el origen del mismo por los problemas sociales que desencadena.

En la población mexicana existen diversos factores correlacionados con el consumo de sustancias tales como: antecedentes de consumo de drogas en la familia, débil apoyo y escaso control familiar, suspensión de estudios, baja adherencia escolar, tolerancia social, disponibilidad de sustancias, pertenencia a

redes sociales disfuncionales así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se encuentran depresión, ansiedad y estrés. (Morales, 2005)

De acuerdo con los datos arrojados por el SRID en Noviembre de 2008, los motivos de primer uso más reportados en esta evaluación fueron: La curiosidad que correspondía al 37.3% de los casos e invitación (presión social) por el 26.3%.

Las diferencias del peso relativo del consumo de alcohol en la mortalidad observada en un país, no corresponden de manera lineal con la cantidad de alcohol que se consume. No basta con dividir la cantidad de alcohol consumida “en global” entre la cantidad de personas, obteniendo así el consumo per cápita. Es necesario conocer cuántas personas son las que realmente han consumido alcohol, bajo qué patrones lo hacen, bajo qué circunstancias, cuantos presentan datos de dependencia al alcohol y en que grado (González, 2007).

La Encuesta Nacional de Salud hace notar que para el caso de México al examinar la frecuencia del consumo de cinco copas o más en una ocasión en los adolescentes que reportaron que habían consumido alcohol, se encontró que, independiente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad, hay una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo las diferencias por sexo en el grupo de adolescentes de 16 a 19 años son más evidentes en el consumo de al menos una vez por semana, pues 21 % de los hombres reportaron consumo semanal de cinco o mas copas de alcohol en una ocasión, mientras que en las mujeres solo 10 % reportaron este mismo dato. Para la población adulta esta encuesta refiere que el consumo de alcohol entre los hombres adultos resulta mayor en casi tres veces al consumo por parte de las mujeres. Se observa que en el grupo de 20 a 29 años 60% de los hombres consumen bebidas alcohólicas al menos una vez al mes, cinco o más copas mientras que poco más de 20% de las mujeres refieren el mismo consumo. (ENSANUT, 2006).

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas generalmente se asocia a fiestas y reuniones los fines de semana. El patrón de consumo es de baja frecuencia pero en grandes cantidades (consumo explosivo), entonces son menos las personas que cumplen con los criterios de dependencia, a pesar de lo cual hay tasas más altas de ingresos a la sala de urgencias de gente con niveles de alcohol en la sangre. Estos datos podrían entonces indicar que un porcentaje importante de los problemas que se deriven del abuso de alcohol son consecuencia de prácticas inadecuadas en personas no alcohólicas. (Cruz, 2007)

Tomando como referencia el consumo per cápita, la información que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su página web muestra que México tiene un consumo per cápita alrededor de 4.6 litros al año, estando por debajo de varios países Europeos que tienen rangos entre 10 y 15 litros per cápita anual y sin embargo con menos muertes atribuibles al consumo de alcohol.

Mora-Ríos, Natera y Juárez (2005) realizaron una investigación que buscaba evaluar el impacto de las expectativas respecto al alcohol en jóvenes universitarios para la predicción del abuso de alcohol. Considerando entre los indicadores de abuso de alcohol el consumo de cinco copas o más por ocasión, la embriaguez en el último año y los problemas asociados. Se encontraron evidencias de que las expectativas respecto al alcohol como facilitador de la interacción grupal y de la reducción de la tensión psicológica predicen el abuso del mismo.

El hecho de que las expectativas respecto al alcohol como “facilitador de la interacción social” sea uno de los principales predictores de abuso no es de extrañarse que sea una de las sustancias de mayor consumo en nuestro país.

Si en los países desarrollados el alcoholismo constituye sin duda alguna, uno de los graves problemas sociales, es todavía mayor en los países en desarrollo como México, en donde el desempleo, la carestía, la desnutrición, además de otros problemas se conjugan y dan como resultado efectos desastrosos.

A nivel interpersonal, los efectos negativos del alcoholismo son incalculables, desintegración, empobrecimiento familiar, divorcios y alta coincidencia de hechos criminales, accidentes de tránsito, ausentismo laboral, etc.

El consumo de alcohol está asociado con una variedad de consecuencias sanitarias ya que su abuso representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables. Además se han demostrado los efectos nocivos del alcohol en el organismo tales como: la cirrosis hepática, enfermedades mentales, varios tipos de cáncer, pancreatitis y accidentes fatales en las mujeres embarazadas. De igual forma el consumo de alcohol se relaciona estrechamente con problemáticas sociales como muertes, accidentes por conducir en estado de embriaguez conducta agresiva, rupturas familiares y reducción de la producción laboral (OMS, 2005).

Estimaciones epidemiológicas establecen que aproximadamente 32% del total de muertes por cirrosis se deben al consumo de alcohol. El consumo de alcohol se ha asociado como riesgo de al menos 60 condiciones médicas: desórdenes psiquiátricos típicos del uso de alcohol, cirrosis hepática, neoplasias de boca, esófago e hígado, accidentes de vehículos y homicidios. Resalta la asociación que existe entre consumo de alcohol y cáncer de mama. El consumo de 10 mg diarios de alcohol aumenta el riesgo de esta enfermedad en 9%, pero cuando se consume entre 30 y 60 g diarios el riesgo aumenta un 41%, además de que existe una asociación sinérgica con el uso de terapia de reemplazo hormonal. (González, 2007).

En cuanto a la asociación de consumo de alcohol y enfermedad coronaria existe un comportamiento especial. Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que consumos pequeños de alcohol se asocian con una disminución de riesgo de enfermedad coronaria por debajo de los abstemios, pero una vez superado el límite de 20 g el riesgo tiende a aumentar hasta ser mucho más alto (González, 2007).



Ante este panorama la Facultad de Psicología de la UNAM ofrece un programa de maestría que contempla una residencia en psicología de las adicciones, la cual pretende satisfacer esta necesidad social mediante el entrenamiento de profesionales con una visión preponderantemente cognitivo-conductual en la aplicación de las técnicas de intervención y tratamiento breve, particularmente recomendadas por la OMS para el tratamiento de conductas adictivas.

El objetivo principal de la residencia radica en formar profesionales en el área de las adicciones, capacitándolos en aspectos tales como técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para su comprensión y atención que se caracterizan por estar basados en evidencia empírica, por lo tanto los egresados cuentan con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones. Así como diseñar y realizar proyectos de investigación de una variedad de aproximaciones como lo son de corte epidemiológico, psicosocial, experimental aplicado y de proceso en el área.

Alcanza estos fines mediante la práctica clínica a partir de casos reales siendo atendidos por el estudiante, con la debida asesoría técnica por parte de los supervisores de la residencia, además, de actividades académicas complementarias. Los profesionales reciben también, una solida formación teórico-metodológica así como una intensa practica clínica en la aplicación de las técnicas de intervención y tratamientos breves en la que todas las intervenciones psicológicas tienen un completo sustento científico y constituyen la estrategia adecuada de tratamiento en tanto permite la identificación temprana de personas con un consumo riesgoso de sustancias adictivas.

De acuerdo a los fines que se persiguen el egresado de la Residencia en Adicciones posee un perfil acorde con las necesidades identificadas socialmente y aquellas competencias profesionales que le permitan:

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

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

3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención y tratamiento breves con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

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

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

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

Este reporte tiene como objetivo hacer mención de las actividades realizadas y habilidades adquiridas a lo largo de 4 semestres en la residencia con respecto a las competencias mencionadas y para finalizar se reporta un estudio de caso del Programa de Intervención Temprana para Bebedores Problema.

## **ANALISIS DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS:**

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

La epidemiología involucra el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones (Rothman, 2002). Algunos otros autores mencionan que la epidemiología estudia los patrones de ocurrencia de enfermedades específicas, invalidez y daños a la salud dentro de una población o grupo de personas (Cantú, Jiménez y Rojas, 2001; Susser, 1991). Sin embargo, operativamente la definen como la ciencia que lleva a cabo labores de prevención, vigilancia y control de los desordenes de salud en las poblaciones humanas, y donde comprobadamente la epidemiología se basa en una serie de conocimientos que se enmarcan en la parte clínica, la estadística y la medicina social y donde intervienen tres factores epidemiológicos: el agente, que comprende aquellos ingredientes físico-químicos, organismos infecciosos y alérgenos, e inclusive los aspectos dietéticos que refieren a deficiencias y excesos de un individuo; el huésped, que contempla los elementos característicos que aquejan la susceptibilidad del sujeto al agente; y ambiente que considera factores extrínsecos que influyen la exposición del huésped al agente.

Para lograr una descripción objetiva de la manera en la que los fenómenos sociales se comportan ha sido necesario desarrollar estrategias que nos permitan identificar cambios en la prevalencia de los eventos, para el caso de las adicciones nuestro país cuenta con diversas opciones que intentan describir las características demográficas del consumo de sustancias, tales como edades, cantidades, tipos de sustancias, frecuencias, su vinculación con áreas geográficas bien definidas etc., estableciendo correlaciones entre estas contribuyendo así a la comprensión de este fenómeno, favoreciendo que los responsables en la toma de

decisiones desarrollen acciones de salud dirigidas específicamente hacia los grupos de mayor vulnerabilidad y creando diversas líneas de investigación que nos permitan identificar los orígenes del consumo.

A continuación se mencionan tres principales opciones en materia de adicciones en nuestro país derivadas de la necesidad de abordar este fenómeno por parte de las instituciones.

En 1994 la Ley General de Salud le confiere a la SSA las funciones de rectoría sobre todo el sistema Nacional de Salud: mediante la norma oficial mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, en donde se establecen las pautas para detectar, identificar y controlar los problemas de salud más importantes, los grupos más afectados y los lugares con mas enfermos, mencionando los subsistemas de información, capacitación, supervisión y evaluación.

Creando de manera formal el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a las Drogas (SISVEA) que consiste en la recolección de datos en diferentes fuentes primarias de información donde se realizan entrevistas, registrándose datos en cuestionarios y en tiempos programados. Se establece un coordinador en cada ciudad responsable de la capacitación y asesoría de las personas involucradas en el sistema local, coordina la logística, recolecta la información, la valida, captura y analiza y la envía al Coordinador Estatal, éste es el enlace con el nivel nacional y es el responsable de que las actividades se realicen en las ciudades SISVEA de su identidad, integra la información, la valida, la analiza, la envía a nivel nacional y realiza la difusión de los resultados en el ámbito Estatal. El nivel nacional recibe la información, realiza una evaluación de las bases de datos utilizando indicadores de cobertura, oportunidad y calidad. Con la información validada cada mes se realiza un corte semestral, se integra un diagnostico nacional y se elabora un informe anual que permite retroalimentar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como a organizaciones internacionales. Actualmente integra la información de 155 ciudades de las 32 entidades federativas (SSA, 1998).

Otra institución encargada de recolectar información referente al consumo de sustancias en nuestro país es el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) que proporciona un diagnóstico actualizado en Junio y Noviembre de cada año sobre las tendencias del uso de sustancias en la ciudad de México.

Su fundamento legal proviene de la Ley General de Salud y el programa contra la farmacodependencia elaborado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, donde se encomendó al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), la coordinación de este sistema de reporte.

Consiste en un mecanismo de recolección de datos a partir de varias fuentes, con criterios y procedimientos previamente definidos, permitiendo la evaluación de las tendencias y cambios del fenómeno a través del tiempo. Una vez obtenida la información, el INP la procesa, analiza y publica el reporte.

La Encuesta Nacional de Adicciones constituye un esfuerzo conjunto de la SSA por medio del Consejo Nacional Contra las Adicciones, el INP y la Dirección General de Epidemiología, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Los resultados de esta encuesta en conjunto con otros elementos posibilitaran el diseño y la ejecución de acciones específicas que permiten apoyar el abordaje y la prevención del consumo de sustancias.

Esta Encuesta tiene como objetivo principal generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas permite conocer la magnitud del problema entre la población de 12 a 65 años. Los resultados son representativos a nivel nacional.

El documento final integra dos secciones: la primera resume los aspectos generales de la encuesta, su metodología y organización: la segunda presenta los indicadores más importantes, así como los tabulados con la información específica sobre tabaco, alcohol y otras drogas.

Son dos los tipos de encuesta que en materia de adicciones se realizan; la encuesta a hogares y la encuesta a estudiantes. Con relación a las actividades desarrolladas, participé en la encuesta sobre uso de drogas, alcohol y tabaco en hogares desarrollada en 2006 en la ciudad de México.

Mi participación se basó en la aplicación de las encuestas, situación que me permitió conocer el procedimiento de esta fuente de información, desde la manera en la que se organiza a los encuestadores, la forma en la que se organiza el instrumento y la metodología de la aplicación.

Revisando los resultados de estas fuentes de información y mediante la práctica clínica se han establecido correlaciones entre el consumo de sustancias y diferentes variables desencadenando el interés por desarrollar diversas investigaciones que buscan analizar el tipo de relación que existe entre el consumo y otros factores: conflictos familiares y adicciones, violencia y adicciones, delincuencia y adicciones, etc.

Por su parte el INP se ha caracterizado por desarrollo de investigaciones en este campo. Dentro de sus numerosos estudios destacan las investigaciones que establecen una relación entre el consumo de alcohol y el trabajo, relación importante para el ámbito laboral pues el consumo excesivo de alcohol y los problemas de salud mental y física propician accidentes laborales, elevadas pérdidas económicas derivadas del ausentismo, disminución de productividad y gastos excesivos en servicios de salud, generando mayores problemas para la población trabajadora.

Son varias las razones que estrechan la relación entre el consumo de alcohol en los trabajadores. En 2006, se realizó una investigación que buscaba la relación entre el nivel de consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la ciudad de México, reportando la probabilidad de que algunos síntomas somáticos puedan reflejar alguna enfermedad o padecimiento derivado de la actividad laboral, mencionan también que la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas

somáticos podría derivar de las problemáticas de salud relacionadas con el consumo excesivo o con el uso de alcohol para aliviar los malestares ocasionados por el cansancio y la carga de trabajo. De acuerdo a los resultados, la relación entre el nivel de consumo de alcohol y el número de síntomas de problemas de salud mental puede ser un indicador de comorbilidad entre ambas condiciones (Ruiz, 2006).

Otra investigación al respecto buscaba la relación entre las características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana, esta investigación determinaba de manera hipotética que el estrés laboral es otro factor que tiene repercusiones significativas en la salud de las personas y en la calidad del trabajo y se ha relacionado con el consumo excesivo de alcohol, el uso de sustancias psicoactivas y el incremento de múltiples problemas sociales y laborales. Encontrando que el estrés laboral era la variable que mejor predecía el consumo de alcohol en el trabajo, observándose también la relación del clima laboral con el nivel de consumo laboral y su influencia en la presencia de problemas y accidentes en el trabajo, así como el consumo antes, dentro y después del trabajo (Carreño, 2006).

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

Por otra parte, participé en el Instituto Nacional de Psiquiatría en la elaboración de un programa preventivo para el ámbito laboral el cual tiene como objetivo prevenir el abuso de alcohol en ambientes laborales.

Como resultado de estas actividades que llevé a cabo dentro de la residencia en adicciones aprendí a diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno de las adicciones y las variables asociadas a éste, haciendo un análisis crítico de los resultados; estudié en un grupo en trabajadores de una empresa textil mexicana la relación entre el estrés y el consumo de alcohol, así como las tendencias que se observan en nuestro país con respecto al uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas.



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

Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiadas para impedir la aparición o surgimiento de un problema.

En el campo de las adicciones la prevención se instaura como una labor consecuente del desarrollo de nuestra sociedad. Así, la prevención en el ámbito que nos compete consiste en la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de las drogas a través de: la reducción de los factores que incrementan el riesgo de abuso o b) el aumento o promoción de los factores que protegen al individuo del uso (Campollo, 2003).

Por ejemplo, el Gobierno Federal, con el apoyo de las Entidades Federativas, se ha dado a la tarea de poner en marcha una red de 310 UNEME-CAPA denominados Centros “Nueva Vida”, que operaran en puntos estratégicos del país, con la finalidad de ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, tratamiento y rehabilitación para asistir a las personas que lo requieran, procurando así mejorar las condiciones de salud (Prado, 2007).

El objetivo general de estos centros es: disminuir el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en la escuela, los grupos organizados de la sociedad y la comunidad en general.

Asimismo, se contemplan varios objetivos específicos, prevenir el consumo inicial de sustancias ilegales y tabaco, así como el consumo nocivo de alcohol; el detectar en forma temprana adolescentes y jóvenes con alta vulnerabilidad para el consumo de drogas; intervenir en forma temprana y oportuna para disminuir vulnerabilidad individual y familiar; derivar en forma eficaz a quienes requieren tratamientos más prolongados o especializados y prevenir recaídas y promover la reinserción social de quienes han recibido tratamiento especializado.

Adicionalmente, se tiene contemplado dentro del Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, la certificación de los centros de tratamiento de adicciones con modalidad residencial públicos y privados existentes en cada estado, basados en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, con la finalidad de contar con una red articulada de servicios especializados para el paciente adicto,

Sin duda, estas medidas constituyen un esfuerzo inédito para responder a una de las principales necesidades de la población, referente al derecho a proteger su salud y su seguridad (Prado, 2007).

Preocupados por esta problemática otros sectores del gobierno federal se han preocupado también por implementar estrategias dirigidas a la prevención y el tratamiento del consumo de alcohol en la población.

La Secretaria de Seguridad Pública aseguró que con la estrategia social preventiva "Limpiemos México" se avanza en tres fases: los programas Escuela Segura, a los cuales se han incorporado más de ocho mil escuelas; el Rescate de Espacios Públicos, mediante el cual se han recuperado más de 800 espacios de manos de la delincuencia, y el de Prevención y Tratamiento de las Adicciones, con el que se construyen 310 centros escolares especializados en el tratamiento de adicciones.

Escuela Segura atiende ocho mil 171 escuelas públicas, principalmente primarias y secundarias donde estudian 2.8 millones de alumnos, en 123 municipios de 25 entidades federativas que son considerados como municipios de alta incidencia delictiva.

En el 2008 se estableció un convenio entre la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSP-DF) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), donde se subrayó que la policía capitalina cumple con su tarea en materia de detención de distribuidores de enervantes, pero también requiere fortalecer las actividades preventivas, dentro de una política integral de Estado.

El convenio signado ente la SSP-DF y los CIJ tiene como objetivo desarrollar acciones de prevención de las adicciones y de los delitos e infracciones a la Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, asociados al consumo de alcohol en beneficio de la población de la capital del país.

La respuesta de la sociedad organizada ante el consumo de sustancias inició hace más de 30 años con la aparición de diferentes instituciones interesadas en afrontar de alguna manera la problemática del consumo de sustancias.

Alcohólicos Anónimos es una Agrupación mundial de alcohólicos recuperados que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida.

Los miembros de Alcohólicos Anónimos han aceptado todo o parte de un programa de recuperación de Doce Pasos sugerido, creado especialmente para la recuperación del alcoholismo.

La Comunidad está integrada por más de 14,000 grupos los cuales se encuentran distribuidos en 81 áreas a nivel nacional y en ellos cientos de miles de alcohólicos han obtenido su sobriedad. No obstante, la mayoría de los miembros piensa que este programa no siempre es efectivo con todos los alcohólicos, debido a que algunos parecen requerir tratamiento profesional.

Alcohólicos Anónimos está orientada exclusivamente hacia la recuperación personal y la sobriedad continua de cada alcohólico que llega a esta agrupación buscando ayuda. No realizan ningún tipo de trabajo en el campo de la investigación o educación con respecto al alcoholismo, ni ofrecen tratamientos médicos o psiquiátricos. Sin embargo, aquellos miembros de Alcohólicos Anónimos que así lo deseen, pueden participar en tales actividades en calidad de individuos.

En los Centros de Integración Juvenil la atención a las adicciones se fundamenta en las líneas marcadas por los planes nacionales de salud y los programas contra las adicciones. Se basa en los principios derivados de salud pública, la epidemiología y los sistemas de salud mediante dos estrategias fundamentales: la educación para promover la salud y la movilización de la sociedad (SSA, 2001).

El programa y sus necesidades cambiantes incluyen el diseño, elaboración y evaluación de proyectos piloto dirigidos a grupos poblacionales especiales y con características de vulnerabilidad para el consumo de drogas (CIJ, 1998).

La intervención para prevenir el consumo de sustancias se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población.

Dentro de las diferentes poblaciones en riesgo en nuestro país se encuentra aquella constituida por los operadores del transporte público federal quienes a lo largo del tiempo han representado un grupo importante ante el consumo de sustancias como consecuencia de jornadas largas de trabajo, las enormes distancias en sus recorridos, etc.

Dentro de las actividades adquiridas en esta destreza durante la residencia se encuentra la elaboración de un programa preventivo hacia el consumo de sustancias en esta población, así como la elaboración de una propuesta de instrumento para identificar los riesgos ante el consumo.

A continuación se presenta el programa de prevención elaborado.

## **PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN OPERADORES DEL TRANSPORTE PÚBLICO FEDERAL**

### **INTRODUCCION**

El inusitado desarrollo científico y por ende tecnológico a repercutido de manera importante en la transportación, principalmente de los vehículos de motor, ello ha obligado a extender en la misma proporción nuestras vías de tránsito principalmente la de caminos federales y estatales. A este incremento de la transportación que traduce una importante etapa de nuestro desarrollo, como un hecho positivo, resaltan igualmente algunos hechos negativos como los accidentes de tránsito que en forma desproporcionada han aumentado con las consecuencias naturales de pérdidas de vidas, invalidez y pérdida de bienes naturales, todo esto como producto de diferentes factores sobre todo los asociados a la inclinación hacia el consumo de alguna sustancia en los operadores de transporte federal, ya que son muchos los factores de riesgo a los que este grupo de trabajadores está expuesto; entre soportar largas jornadas laborales, la alteración de su ciclo de sueño, la oferta de sustancias, la demanda en el cumplimiento de horarios por parte de sus empresas, la necesidad de cubrir más turnos para llevar más dinero a su casa, etc.

El ambiente laboral y el consumo de sustancias es una relación causal que se ha estudiado. Buñuel (2003), abordó la posible asociación entre el consumo de tabaco y los accidentes de tráfico no letales, además de valorar la posible influencia de otros factores en los mismos, donde encontró que se registraba una mayor índice de accidentes entre los conductores varones, solteros y de edades comprendidas entre 25-29 años. No se observaron diferencias significativas en la accidentalidad según el consumo habitual de alcohol. El porcentaje de accidentes fue 50% mayor en fumadores, que en no fumadores, no encontrando diferencias significativas entre los que fuman manejando y los que no fuman al volante. Por

otro lado encontró que los fumadores tienen estadísticamente, el doble de accidentes de tráfico que los no fumadores. Son frecuentes el déficit de atención, memoria y una mayor lentitud en el procesamiento de la información. A pesar de ello, no se llevan a cabo programas integrales de valoración y rehabilitación neuropsicología.

El autor destaca la importancia de tener en cuenta el elevado número de accidentes de tráfico en los que las posibles causas es el consumo de alcohol. En este sentido también es importante llamar la atención de las personas que diariamente trabajan con el automóvil como repartidores, conductores de autobuses, taxistas, etc. especialmente aquellos que son alcohólicos en abstinencia, alcohólicos crónicos o personas que abusan del alcohol. El control de esta situación y la publicidad en: las escuelas sobre las secuelas neuropsicologías del alcoholismo pueden contribuir de manera eficaz en la política de seguridad vial.

Por otra parte, en México, la Secretaria de Comunicaciones y Transporte por medio de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte en el 2004 reportó que el impacto que tiene el consumo de sustancias se ve reflejado en el desempeño laboral de los operadores del Servicio Público Federal, dando como resultado: Problemas para realizar de forma adecuada su trabajo, ausentismo laboral e incluso en el hogar, sus relaciones sociales, laborales y familiares se ven afectadas, hay muertes y lesiones graves, importantes pérdidas materiales en accidentes viales, suicidios. En caso de que el consumo sea mayor pueden desarrollar tanto enfermedades tanto físicas como psicológicas que los incapacite para seguir trabajando, estando aún en edad productiva.

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención del consumo de sustancias:

1. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
2. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
3. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
4. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.

### *PROGRAMA PREVENTIVO*

Ante tal panorama, la presente propuesta se orienta a realizar una acción activa o promotora de la prevención temprana de los factores que estarían impidiendo un desarrollo integral normal para así prevenir posibles alteraciones y desórdenes y no esperar la llegada de la enfermedad a la consulta. En la medida en la que podamos prevenir con mayor profundidad las condiciones bajo las cuales se desarrollan los comportamientos adictivos será posible generar instituciones que vayan en línea de prevención, promoviendo y apoyando esta práctica.

El objetivo de este trabajo es la prevención del consumo de sustancias en este grupo de trabajadores, entendido como “prevención del consumo de sustancias”, como proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. (Martin, 1995).

Siendo el ambiente laboral el primer fomentador del consumo de sustancias en los operadores, este programa de prevención se llevará a cabo en dos fases, el momento en que los operadores asisten a la Dirección General de Medicina Preventiva en el Transporte a tramitar su licencia federal como fase final

del proceso, es decir, decir después de haber realizado sus exámenes médicos y teóricos, así como una supervisión a las empresas.

Durante la primera fase el objetivo será educar a los operadores sobre los riesgos del consumo de sustancias implementando un taller enfocado a la información de los tipos de drogas, efectos y consecuencias a corto y largo plazo. Será importante organizar los talleres a modo de poder involucrar otros temas importantes para la salud mental de esta población, tales como calidad de vida, autoestima, familia, etc.

La segunda parte incluirá la supervisión por parte de un equipo especializado a las empresas transportadoras, donde los puntos a supervisar serán: horarios de los empleados, especialmente en temporadas altas, revisando no trabajen más de una jornada por día en caso de recorrer grandes distancias o varios lugares cercanos.

Como parte de las actividades en esta parte de la prevención se realizarán exámenes toxicológicos de manera aleatoria, retirando la licencia al operador en caso de resultar positivo y sancionando a la empresa.

Por lo tanto la hipótesis de investigación para este proyecto es que la inclinación al alcoholismo y a la farmacodependencia será menor después de la intervención y con ello los accidentes de tránsito en este grupo de trabajadores también disminuirá.

Al ser la DGPMPT una institución gubernamental cuenta con bases de datos que nos podrían ayudar a la comparación de la prevalencia de accidentes antes y después de la intervención.

Específicamente se deberán crear estadísticas separadas para estas empresas estableciendo porcentajes de comparación entre: las empresas que reciben la intervención y la prevalencia de accidentes como consecuencia del



consumo de sustancias y la identificación en Exámenes Médicos en Operación de No aptos permanentes por consumo de sustancias.

La prevención de los accidentes de tránsito en los operadores parece rentable. Educar al operador sobre los riesgos del consumo de sustancias y la objetiva documentación de la eficacia de la prevención es importante en la reducción de las probabilidades de los accidentes.

Sabemos que dentro de los beneficios de la prevención esta la cuestión económica si la hipótesis de investigación se comprobará, podríamos hacer una revisión a largo plazo para comprobar que los gastos en cuestión de tratamiento o accidentes por estas causas son mayores que el gastar en una prevención primaria.

En esta misma línea participé también en la elaboración de un instrumento que tenía como objetivo presentar una propuesta para evaluar la resiliencia al consumo de sustancias en los distintos tipos de operadores del transporte público federal.

La elaboración de esta propuesta se hizo mediante el uso de la técnica modificada de redes semánticas naturales. Se utilizaron 50 operadores del transporte público federal cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 58 años. Todos los operadores eran de sexo masculino y fueron seleccionados al azar. Mediante la aplicación de redes semánticas naturales.

Las definidoras más mencionadas por los operadores fueron: trabajo en primer término, esfuerzo, estudio, familia padres, responsabilidad y salud. Para la elaboración de los reactivos se utilizó la escala pictórica tipo Likert, desarrollada en su totalidad por Reyes Lagunes en 1991, "... con la intención de aumentar claridad, objetividad y comprensión de la tarea en sujetos que no están acostumbrados a contestar pruebas psicológicas y cuyo nivel educativo predominante les hace tener dificultades con la abstracción e identificación de constructos..." (Reyes, 1993).

A continuación se presentan 2 reactivos muestra, que incluyen las definidoras mas nombradas por los operadores:

1.- Cuando en el **trabajo** me falta material para enfrentar un problema, busco solucionarlo con otros medios.

2.- Siempre lleve una buena relación con al menos uno de mis **padres**.

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

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

Dentro de los programas establecidos por la residencia se encuentran: el Programa de intervención breve para bebedores problema, Intervención breve para usuarios de cocaína, Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de sustancias y la Intervención breve para dejar de fumar. La residencia me brindó la oportunidad de aplicar estos programas tanto en el centro de Servicios Acasulco como en el Centro de Integración Juvenil Benito Juárez.

A continuación se describe cada uno de estos programas mencionando los casos revisados durante la residencia.

#### **DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA**

Es una intervención motivacional breve que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionadas con su consumo excesivo de alcohol. El usuario detecta los problemas con su consumo excesivo, desarrolla un plan general para la solución de problemas relacionadas con su consumo excesivo y logra cambios en su comportamiento. Este modelo ayuda a los usuarios a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir esas metas, identificar situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Consta de seis sesiones en las que se trabaja con ejercicios y lecturas que apoyan el cambio del usuario.

Las seis sesiones son las siguientes:

1) Admisión, identificación de la disposición al cambio y criterios de inclusión, 2) Evaluación, información sobre la historia, patrón de consumo y autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de riesgo, 3) Paso 1: decisión de cambio y establecimiento de metas, 4) Paso 2: identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol, 5) Paso 3: enfrentando los problemas originados por el consumo excesivo de alcohol, 6) Paso 4: nuevo establecimiento de metas. La duración aproximada de cada sesión es de 45 minutos y después de tratamiento se realizan sesiones de seguimiento al mes, tres, seis y doce meses (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio, registrando su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo (abstinencia o moderación), identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, en donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.

#### Admisión

Permite al personal de salud ofrecer un tratamiento para aquellas personas que por su forma de beber tienen problemas.

Es una intervención motivacional que induce a las personas a comprometerse, a modificar sus comportamientos y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para resolver su conducta de abuso en el consumo de alcohol, ayuda a las personas que tienen problemas con su forma de beber a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayores posibilidades de beber en exceso y ayudarles a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

Recolección de información. El primer paso es obtener toda la información básica acerca de las características del consumo así como identificar en que etapa de cambio se encuentra el usuario.

Guía para determinar problemas con el consumo de alcohol. Además de identificar la etapa de cambio en el que se encuentra el usuario, es importante que el terapeuta pregunte sobre consumo de alcohol a todos los usuarios adultos y adolescentes, en intervalos regulares (por ejemplo: en cada visita de su usuario o en un periodo de seis meses).

Un punto relevante es estar alerta a síntomas clínicos de problemas relacionados con alcohol como: accidentes, hipertensión, molestias físicas y problemas psicológicos y sociales.

Con respecto a este programa se revisaron siete diferentes casos, cinco concluidos, tres en el centro Acasulco y dos en el CIJ. Este programa tiene como objetivo ayudar al usuario a que alcance la abstinencia del consumo de cocaína. El tratamiento se basa en estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva (Oropeza y Reidl, 2007).

En cada sesión se desarrollan varias actividades guiadas por una meta terapéutica previamente definida. Las actividades de la sesión incluyen la revisión de ejercicios prácticos, la discusión de dificultades que pueden haber ocurrido desde la última sesión, observaciones sobre los logros alcanzados hasta ese momento, el entrenamiento de nuevas habilidades, la retroalimentación de habilidades previamente entrenadas y la explicación de actividades planeadas para la próxima sesión. El terapeuta debe tener una actitud activa y flexible debe manejar el tiempo de forma que asegure la comprensión del usuario.

Estructura de las sesiones del tratamiento: Una sesión típica de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) involucra discutir el autoregistro del consumo y del deseo por consumir, revisar el cumplimiento de la

meta cada semana, de las tareas, dar retroalimentación sobre el desempeño, hacer resúmenes, explicar y asignar las tareas para la siguiente sesión.

Para que en cada sesión de tratamiento se integren las actividades sugeridas se propone llevar a cabo la regla 20 20 20 (Carroll, 1998). Esta estructura permite organizar las actividades de una sesión típica cognitivo conductual de 60 minutos divididos en tres segmentos.

Durante los primeros 20 minutos el terapeuta se enfoca en obtener una comprensión clara de las inquietudes actuales del usuario y de su funcionamiento general en diversas áreas. Así como, conocer el nivel de consumo y el deseo por la sustancia de la semana previa.

Además, el terapeuta genera preguntas que motivan al usuario a la reflexión. De esta forma el usuario habla la mayor parte del tiempo permitiendo conocer mejor el estado actual del usuario.

Los siguientes 20 minutos están dedicados a la introducción y discusión de un tópico.

Durante los últimos 20 minutos el terapeuta fomenta el discurso del usuario. El tema principal en esta parte es acordar como se deben hacer los ejercicios prácticos para la próxima sesión anticipando las dificultades que el usuario pueda encontrar.

El proceso de admisión y evaluación tiene sus bases en la investigación sobre la planeación y entrega de servicios clínicos (Sobell & Sobell 2000). En ese sentido se ha encontrado que para aumentar la probabilidad de tener un resultado favorable del tratamiento, se deben adaptar las características del usuario con las del tratamiento; de esta forma se asegura que el usuario reciba el tratamiento adecuado.

A continuación se revisa a detalle el proceso de la admisión del usuario y posteriormente se estudia el proceso de evaluación del consumo de cocaína y otras drogas del usuario admitido. Para ambas sesiones se presentan los instrumentos de medición empleados, la justificación de su uso, su forma de aplicación y calificación.

### Tópicos de TBUC

Los tópicos del tratamiento comprenden un conjunto amplio y variado de ocho intervenciones cuyo objetivo general es la detección de situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento apropiadas, la meta terapéutica es la reducción del consumo hasta lograr la abstinencia. El razonamiento detrás de estos ocho tópicos de intervención es ofrecer al usuario un conjunto de habilidades genéricas suficientes para enfrentar la gran mayoría de las situaciones de riesgo de consumo. Además de las estrategias de detección de riesgo y enfrentamiento, al inicio se plantea una intervención motivacional para establecer la meta del tratamiento, empleando el balance decisional. Este balance decisional debe revisarse periódicamente durante el tratamiento en tanto la recomendación de Prochaska y DiClemente (1983) es que la disposición al cambio varía y es probable reincidir en la precontemplación en cualquier momento del tratamiento.

Además del hecho de verificar el balance decisional, de vez en cuando puede ser una herramienta útil para la prevención de recaídas.

Como se ha discutido el TBUC es flexible, pues un tópico puede involucrar una o más de una sesión del tratamiento. Lo importante del avance del tratamiento es lograr la comprensión y dominio de las estrategias de detección de situaciones de riesgo y las habilidades de enfrentamiento incluyendo la prevención de recaídas.

Además la flexibilidad implica que el terapeuta debe determinar los recursos y necesidades del usuario, para hacer adecuar apropiadamente los

tópicos. Es probable que algunas estrategias como las respuestas asertivas de rechazo (quinto tópico) no sea lo suficientemente oportuna o apropiada para las situaciones de riesgo de consumo definidas por algún usuario, además es posible que el usuario tenga excelentes habilidades de rechazo desde el inicio y por lo tanto, no tenga que ser objeto este tópico de una ilustración amplia sino solo sea necesario actualizar la herramienta de asertividad con algún ejercicio mínimo. Sin embargo el rechazo no ante un proveedor (como el ejemplo del material del usuario) sino ante su pareja.

Este grado de flexibilidad que existe en el TBUC con el fin de que el tratamiento sea pertinente a las necesidades y condiciones del usuario. Para un manejo adecuado de los tópicos de la estructura de la sesión cognitivo conductual es fundamental tomar en cuenta tres puntos, tratados ya en la primera parte del capítulo: 1) la continuidad entre las sesiones, 2) la asignación de las tareas y 3) el establecimiento de la agenda. Estos aspectos dentro de la sesión permitirán establecer la importancia, la utilidad y necesidad de cada uno de los tópicos diseñados para el manejo del consumo. Los tópicos son la parte central del TBUC y definen el desarrollo de las actividades, sin embargo, la práctica también indica que existen necesidades del usuario que deben contemplarse y que más que obstáculos pueden llegar a ser útiles al tratamiento siempre que el terapeuta sepa como encausarlas.

Durante la residencia únicamente fue posible aplicar este programa en el CIJ Benito Juárez, los resultados no fueron exitosos como para bebedores problema pues en este caso a lo largo de un año únicamente trabajé con 3 usuarios, de los cuales solo, uno terminó tratamiento, los otros dos eran usuarios condicionados legalmente a recibir tratamiento para continuar gozando de su libertad. Por lo que la decisión de asistir a tratamiento no dependía de ellos.



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

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004), es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social, así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación, para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo. Este programa está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga, que reportan problemas relacionados con su consumo y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo. El programa incluye seis etapas básicas para su desarrollo: 1) Detección de Casos: promoción del programa a través de pósters, trípticos, pláticas informativas y contacto con el personal de la escuela, 2) Admisión: evaluación de los criterios de inclusión al programa, 3) Evaluación: del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia y problemas asociados, 4) Inducción al Tratamiento: promover la disposición de los adolescentes identificados como consumidores a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional, 5) Tratamiento: cuatro sesiones individuales, con una duración de 60 a 90 minutos, una vez a la semana, 6) Seguimientos: evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúa a los usuarios a través del auto-reporte sobre la frecuencia de consumo y las recaídas presentadas. A los seis meses se evalúa por última ocasión a través del auto-reporte y el cuestionario de confianza situacional. Las sesiones de tratamiento son: 1) balance decisional y establecimiento de meta de consumo, 2) situaciones de riesgo y planes de acción, 3) metas de vida, 4) restablecimiento de meta de consumo.

Este programa ha sido desarrollado para ayudar a un rango amplio de jóvenes que abusan de sustancias, sin embargo, sabemos que los usuarios también tienen necesidades únicas (ej. Habilidades en el manejo del enojo). Si estas necesidades no son de naturaleza urgente, nuestra sugerencia es que termine este tratamiento y luego se canalice a otras intervenciones especializadas.

La edad de inicio en el consumo es un elemento importante para decidir en que momento se debe programar estrategias de intervención dentro de la población y de esta manera, prevenir problemas posteriores que hacen difícil su tratamiento.

Por otra parte en las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve, para personas que consumen drogas de bajo nivel de dependencia, que han mostrado resultados promisorios y constituyen, en la actualidad, el fundamento de acciones de prevención indicada para esta problemática (Ayala, Echeverria, Sobell y Sobell, 1997; Miller y Tonigan, 1993; Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Rilley, Sobell, Leo, Sobell y Klajner, 1987).

Las intervenciones breves son de tipo motivacional lo que implica que el usuario incremente su disposición al cambio y se comprometa a cambiar su conducta, reorganizar y utilizar habilidades de autorregulación para prevenir los problemas relacionados con su consumo de drogas. Los objetivos principales son establecer metas, identificar las situaciones de mayor probabilidad de consumo y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a estas situaciones.

Este manual pretende dar a conocer un programa de intervención breve para adolescentes escolares basado en el modelo propuesto en Canadá, denominado: Tratamiento Breve para Jóvenes, por Breslin, Sdao-Jarvie y Pearlman (1998).

Derivado de la necesidad de diseminar estos programas en las instituciones que ofrecen tratamiento, se gestionó que los residentes participarán en otras instituciones implementando las intervenciones breves.

En el Centro de Integración Juvenil también participé implementando las intervenciones breves para la atención de los usuarios que asistían a la institución.

Dentro de las habilidades desarrolladas en la aplicación de estos programas perfeccioné mi capacidad para diagnosticar y clasificar a los diferentes tipos de bebedores de acuerdo al tipo de dependencia y a su consumo característico. De igual forma, el hecho de valorar y fomentar la pertinencia de las investigaciones destinadas a la detección temprana. No omito mencionar la capacidad para implementar las intervenciones breves en diferentes escenarios, así como el hecho de aplicar, calificar e interpretar pruebas de tamizaje para medir la severidad en el consumo tanto de alcohol como de drogas.

De manera especial el Centro de Integración Juvenil, debido a la formalidad institucional, solicitó un reporte (presentado más adelante) que mostró los resultados del tratamiento para adolescentes por ser el programa en el que más usuarios concluyeron su tratamiento, dado que mi permanencia en el centro no supero los 12 meses, únicamente fue posible realizar la medición del patrón de consumo en la sesión de evaluación, al final del tratamiento y el seguimiento a 1 año de estos usuarios.

## **INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN UN CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL**

---

### **INTRODUCCIÓN**

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008), señala que 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez, de este grupo el 55.3% la uso en el último año, mientras que el 37% uso drogas en el mes previo a la encuesta. Hay 3.5 hombres por cada mujer. Entre los jóvenes, la droga de mayor consumo es la marihuana con el 1.22% de la población, seguida de los inhalables. La edad más frecuente para iniciar el uso de inhalables son los 14 años, para la marihuana los 15 y para la cocaína los 16; mientras que para los estimulantes de tipo anfetamínico la edad de inicio se ubica entre los 14 y los 16 años.

Nazar-Beutelspache, Tapia Conyer, Villa-Romero, Álvarez, Medina-Mora y Salvatierra-Izaba (1994) realizaron un estudio con adolescentes de áreas urbanas, en el cual se encontró que la variable nivel de escolaridad bajo (primaria o menos) no se asoció al consumo de drogas aunque si se menciona como un factor de riesgo; la actividad laboral remunerada se asoció significativamente con la probabilidad de ser consumidor de drogas; por otra parte, el no estudiar (independientemente del status laboral), no se asoció significativamente al consumo de drogas. La probabilidad de ser consumidor de drogas fue significativamente mayor entre los adolescentes que refirieron el consumo de alcohol o tabaco. El tener algún amigo usuario de drogas se asoció significativamente al consumo de drogas. Así mismo, se observó la existencia de una tendencia hacia un riesgo más elevado para el consumo de drogas a medida que se incrementaba el número de conocidos usuarios de marihuana, cocaína o heroína, únicamente en los adolescentes del sexo masculino.

Por otra parte Cantú, Rojas, y Moreno (2002) reportan que el 57.2% de los encuestados reportaron que se comienza el uso de drogas por tener problemas personales y el 29.9% indico que lo hacen por imitar a sus amigos.

Al respecto, existen diversas opciones para hacer frente a esta situación, por su parte dentro del programa de maestría en psicología de las adicciones se encuentra el programa de *intervención breve para adolescentes que inician el consumo de sustancias* que implica un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia, donde a través de una intervención breve motivacional y basado en la teoría del aprendizaje social, tiene como finalidad guiar y entrenar al adolescente en habilidades de autorregulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo.

Este programa esta dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna droga, reportan problemas relacionados con su consumo y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo.

El siguiente reporte muestra los datos obtenidos con la práctica de intervención breve para adolescentes en el centro de integración juvenil Benito Juárez del DF.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Originalmente seis adolescentes solicitaron tratamiento, por cuestiones relacionadas con el trabajo uno de ellos solicito su baja en el tratamiento, otros dos no reunían los criterios de inclusión al programa, ya que aún no presentaban consumo alguno, sino únicamente situaciones de riesgo (específicamente estar en contacto directo con algún consumidor) por lo que recibieron la modalidad del tratamiento que corresponde a entrenamiento de habilidades.

Finalmente tres adolescentes cuya edad correspondía a A1-17 años, A2-16 años y A3-18 años, los tres recibieron el programa completo, dos de ellos eran de sexo masculino, todos eran estudiantes de nivel medio superior y los tres eran consumidores de marihuana y alcohol, fueron referidos por sus padres al presentar problemas académicos relacionados con el consumo de marihuana, uno de ellos fue sorprendido por las autoridades académicas fabricando un cigarro de marihuana y los otros dos por estar cerca de vendedores de droga que a su vez presentaban problemas.

Los tratamientos se realizaron en el Centro de Integración Juvenil *Benito Juárez*, gracias a las facilidades otorgadas por las autoridades fue posible aplicar el programa completo, la única variante institucional fue que los padres asistían a un “taller para padres” de manera paralela al tratamiento de los adolescentes con un profesional distinto (trabajador social).

## **MATERIALES**

A continuación se describen los instrumentos correspondientes a las sesiones de admisión y evaluación:

**ADMISIÓN.** Para la sesión de admisión se utilizaron los siguientes materiales:

- Entrevista semiestructurada. Es un cuestionario que consta de 11 reactivos, que le permiten al terapeuta recabar la información necesaria acerca del consumo de alcohol y/o drogas. Así mismo el terapeuta puede determinar si el adolescente es candidato al programa.
- Entrevista inicial. Fue construida específicamente para este programa. Tomando como base la entrevista utilizada en el programa de autocambio dirigido para bebedores problema. Su objetivo es obtener información general sobre el adolescente, su historia de consumo, así como conocer (en términos generales) los problemas relacionados con el consumo.

- Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT). Tiene como objetivo ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presentan problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Es un instrumento desarrollado por la OMS en 1993, es una entrevista diagnóstica estandarizada altamente estructurada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor a los 15 años.
- Escala de Estados de Disposición al Cambio. (SÓCRATES 8D). Evalúa la etapa de disposición al cambio de los sujetos, identificando si el sujeto se encuentra dentro de la categoría de reconocimiento del problema o si es que el individuo ya está haciendo algo para resolverlo.

## **EVALUACIÓN**

- LIBARE (Línea Base Retrospectiva). Permite conocer el patrón de consumo actual del usuario en relación a la frecuencia y cantidad de consumo en los últimos seis meses.
- AUTO- REGISTRO DE CONSUMO DE DROGAS. El objetivo de este instrumento es revisar junto con el adolescente los días, cantidad y situaciones bajo las cuales se presentó el consumo.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Este cuestionario tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas, basado en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas.
- CCS. Cuestionario de Confianza Situacional versión breve. Este cuestionario tiene como objetivo medir el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para enfrentar efectivamente sus situaciones principales de consumo.
- Cuestionario de percepción acerca de los programas de tratamiento sobre el uso de alcohol y otras drogas. Evalúa el efecto de la intervención, su objetivo es conocer la percepción del adolescente con respecto al rol del terapeuta

y los jóvenes de su edad que asisten a los programas de tratamiento para el abuso de sustancias.

- Contrato terapéutico. Es un documento en el que el usuario acepta ingresar al programa de tratamiento y da su consentimiento para utilizar su información en la generación de datos y estadísticas concernientes a problemas ocasionados por el consumo de alcohol y drogas. De igual forma se ofrece información relacionada con las actividades que se llevarán a cabo durante la fase de tratamiento, la duración de cada sesión, ejercicios y lecturas que se realizarán, así como la realización de registros diarios acerca de su consumo.

- Se utilizaron además gráficas de consumo, materiales de apoyo y folletos previamente asignados a cada sesión

## **SEGUIMIENTOS**

- Reportes de seguimiento. Son una herramienta de retroalimentación que ayudan al descubrimiento y evaluación de la efectividad de las acciones que se realizan durante el tratamiento. Existen tres clases de seguimiento en este programa; a uno, tres y seis meses después del tratamiento.

## **PROCEDIMIENTO**

El programa de acción para adolescentes está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior. El programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo, las cuales se describirán más adelante, por el momento solo se mencionarán sus características generales:

a) **DETECCIÓN DE CASOS.** Promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de pósters, trípticos, pláticas informativas, contacto con el personal de la escuela para la identificación de posibles casos.

b) **ADMISIÓN.** Evaluación de los criterios de inclusión al programa. En esta sesión los terapeutas por medio de los instrumentos correspondientes



identifican en la entrevista semiestructurada la situación general del consumo y los problemas asociados.

c) **EVALUACIÓN.** En esta sesión el terapeuta evalúa el patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo mediante el uso de los instrumentos mencionados anteriormente.

d) **INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO.** El terapeuta procura motivar la disposición de los adolescentes, identificados como consumidores a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional (Miller, 1991).

e) **TRATAMIENTO.** Consta de cuatro reuniones con el adolescente de forma individual con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana, cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos y éstos se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión.

*Primera sesión: Balance Decisional y Establecimiento de Metas de Consumo.* En esta sesión los adolescentes establecen su meta de tratamiento, bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán mas comprometidos con su meta. El terapeuta ayuda al adolescente a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para cambiar su patrón de consumo, para lo cual, se proporcionan algunas advertencias o consejos acerca de los límites razonables para su ingesta y las contraindicaciones de la misma. Otro elemento importante es la revisión de ventajas y desventajas de continuar o cambiar el consumo de la sustancia.

*Segunda sesión: Situaciones de Riesgo y Planes de acción.* Se identifican las situaciones principales de consumo y se describe una estrategia básica de solución de problemas. Esto se hace con el fin de que el usuario desarrolle estrategias de enfrentamiento para sus situaciones principales de consumo. Así mismo, se identifican los recursos propios del usuario (estilos de enfrentamiento

efectivos y recursos sociales disponibles) que puede utilizar para cambiar su conducta.

*Tercera sesión: Metas de vida.* Durante esta sesión el terapeuta ayuda al adolescente en la clarificación de sus metas en la actualidad, permitiendo el desarrollo de la discrepancia entre las actividades que realiza en este momento (consumir drogas) y una de las metas que quiere lograr. Conocer y entender las metas de vida de los usuarios también permite discutir el impacto que tiene el consumo en el logro de sus metas

*Cuarta sesión: Restablecimiento de la Meta de Consumo.* Se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso en el que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

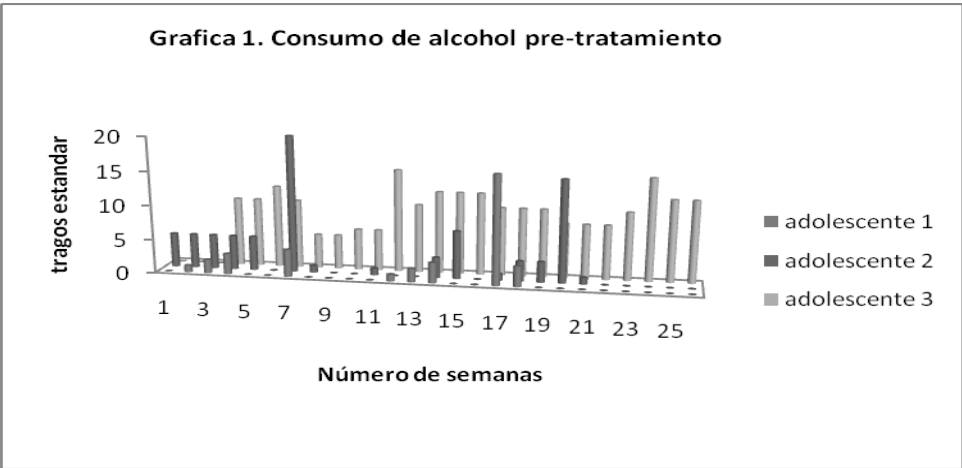
f) SEGUIMIENTO. El terapeuta evalúa el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúan a los usuarios a través del auto reporte sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas. A los seis meses, se evalúa por última ocasión a través del auto reporte y el cuestionario de confianza situacional.

Para el caso del CIJ no fue necesario implementar la detección de casos. Dado que los adolescentes asistieron de manera directa al centro.

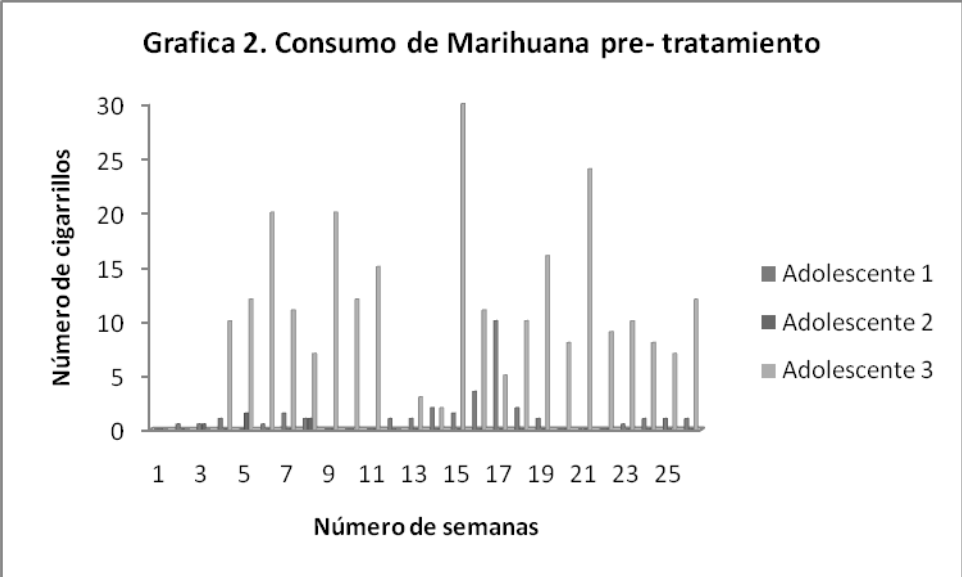
A continuación se presenta el consumo tanto de alcohol como de marihuana de los adolescentes antes del tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la línea base, la Gráfica 1 muestra que los estudiantes presentaban un consumo excesivo en las primeras

semanas de la medición, sin embargo al inicio del tratamiento dos de ellos estaban en abstinencia y el tercero mostraba abuso.



Para el caso del consumo de marihuana los tres adolescentes habían decrementando su consumo al inicio del tratamiento, sin embargo, uno de ellos continuaba con el consumo excesivo de hasta 30 cigarrillos en una semana.



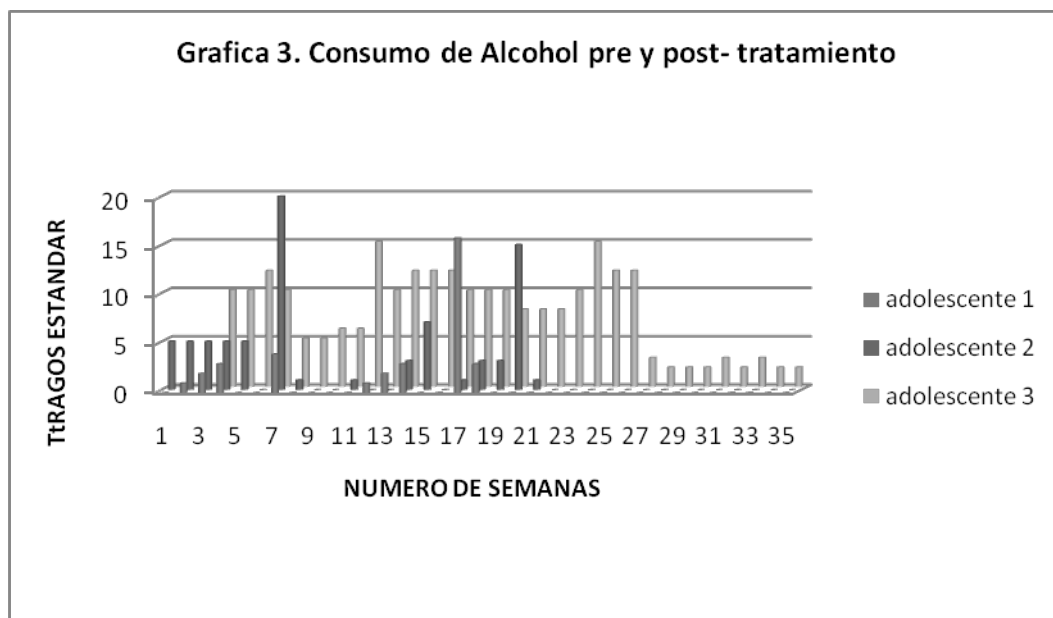
## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto al consumo de ambas sustancias durante y después del tratamiento.

Respecto al consumo de alcohol se observó un decremento en los tres adolescentes. Podemos observar que *A1* presentó un consumo máximo de 15 tragos estándar previo al tratamiento, una vez iniciado el tratamiento se mantuvo en abstinencia al igual que en el seguimiento a un mes.

Para el caso de *A2* su consumo máximo, previo al tratamiento, correspondía a 15 tragos estándar por ocasión de consumo, disminuyendo durante y después del tratamiento a la abstinencia.

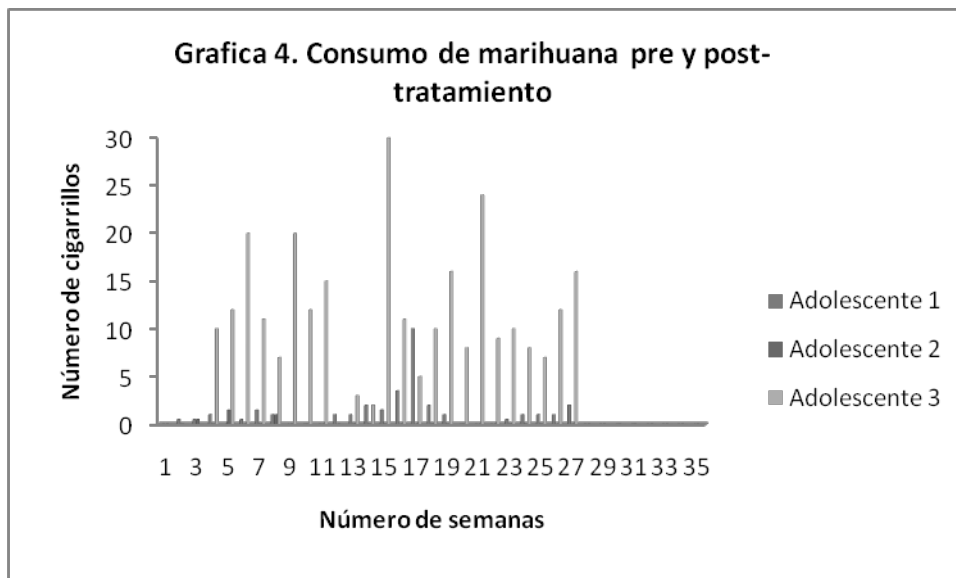
Este patrón de consumo no es similar al consumo de *A3* quien tenía un consumo máximo de 6 tragos estándar y a pesar de haber disminuido su consumo de alcohol al iniciar el tratamiento fue capaz de alcanzar la moderación a partir de la segunda semana de tratamiento manteniéndola hasta el seguimiento a un mes.



Para el consumo de marihuana en los tres casos se observó la abstinencia tanto durante el tratamiento como durante las fases de seguimiento. Observamos como A1 que en la línea base llegó a presentar un consumo de hasta 20 cigarrillos en una semana, aún durante el tratamiento las dos primeras semanas presentó un consumo de 1 y 2 cigarrillos respectivamente.

En el caso del A2 en su registro de línea base encontramos un consumo máximo de 1.5 (cigarro y medio por semana), decremento favorablemente en la semana 9 de medición manteniéndose en abstinencia hasta el seguimiento al mes. Para este caso es importante mencionar que sus padres buscaban apoyo para evitar una posible recaída.

El caso del A3 es destacable pues llegó a presentar un consumo de hasta 28 cigarrillos por semana, durante las 2 primeras semanas de tratamiento aún presentaba un abuso en el consumo con 12 cigarrillos en la primera semana de consumo y 16 en la segunda. Iniciada la semana 3 de tratamiento decrementó su consumo alcanzando la abstinencia que logró mantener hasta la sesión de seguimiento.



## DISCUSIÓN

Los resultados nos muestran que este tratamiento resulta efectivo para los adolescentes que no presentan dependencia, sin embargo son varios los elementos que implican un cambio en la conducta de consumo y para el caso de las intervenciones breves es importante además considerar la etapa de cambio en la que los sujetos ingresan a tratamiento.

Los 3 adolescentes que participaron en este programa se encontraban en etapa de acción pues al momento de ingresar a tratamiento decrementaron su consumo debido a las consecuencias físicas que habían experimentado previamente, específicamente las académicas.

Para ninguno de los adolescentes resultó complicado identificar las cosas que les podían ayudar a modificar su conducta de consumo y las situaciones de riesgo.

Posterior al tratamiento el consumo de ambas sustancias se había modificado considerablemente y únicamente un adolescente continuaba con el consumo de alcohol pero haciendo uso de sus herramientas de moderación, es decir a lo largo del tratamiento no mostro ningún abuso.

A pesar de que el consumo de alcohol no representaba el motivo de inicio de tratamiento para ninguno de los tres adolescentes pero al realizar la evaluación se observó que uno de ellos mostraba un abuso significativo, por lo cual era necesario sugerir la moderación como meta de tratamiento.

Con los otros dos adolescentes no fue necesario pues no mostraban situaciones de riesgo ante el consumo de alcohol, asimilaban preferir la abstinencia para evitar conflictos con sus padres.

Para los tres casos se observó la abstinencia en el consumo de marihuana, tanto durante el tratamiento como durante las fases de seguimiento.

Adicional a la conducta de consumo uno de los adolescentes decidió magnificar uno de sus planes de acción e ingreso al grupo musical de una iglesia de cristianos con el objetivo de mejorar la administración del tiempo libre. Otro de los adolescentes cambio su turno en la preparatoria a la que asistía para evitar confrontar los precipitadores que el turno vespertino mostraba. Finalmente el otro adolescente se reincorporó a las actividades académicas y solicitó un entrenamiento para el control de las emociones mismas que significaban un riesgo constante, especialmente el enojo.

Otra circunstancia que favoreció la modificación de la conducta de consumo fue el respaldo familiar, pues los tres participantes asistían al tratamiento motivados por alguno de sus padres y en ninguno de los casos los padres intentaron participar u obtener información adicional con respecto al tratamiento.

Debido a las características del programa es posible su aplicación en escenarios institucionales garantizando su aplicación óptima sin sacrificar los trámites de la institución o algún componente del programa.

Esta podría resultar como una respuesta ante la necesidad de mejorar los servicios de tratamiento a las adicciones en las instituciones de nuestro país con programas que posean una estructura y cuya eficacia haya sido comprobada.

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

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

La maestría cuenta con un programa para trabajar con personas dependientes al consumo de sustancias, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) que es la adaptación y modificación del Community Reinforcement Approach (CRA) (Hunt y 1º Azrin, 1973) a población mexicana. Este programa tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el PSC enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos vida prosociales deseados.

Tiene como objetivo hacer que el estilo de vida, sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

El programa consiste de 13 componentes: 1) Admisión, se obtienen los datos generales del usuario, su patrón de consumo y consecuencias asociadas, se identifican los criterios de inclusión al programa y se explica en qué consiste; 2)



Evaluación, esta se divide en dos, la primera sesión se hace una evaluación sobre el consumo (patrón de consumo, situaciones de riesgo y autoeficacia) y en la segunda sesión se evalúan las emociones (nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida); 3) Análisis funcional de la conducta de consumo, consiste en identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo, así como la descripción de esta con el fin de desarrollar planes de acción que permitan eliminar esta conducta; Análisis funcional de la conducta de no consumo, consiste en identificar una conducta positiva que no este relacionada con el consumo de alcohol o drogas, que haga sentir bien al usuario y que le de consecuencias positivas para de igual manera identificar sus antecedentes y consecuentes y la descripción de la conducta con el fin de incrementar la ocurrencia de conductas de este tipo; 4) Metas de vida cotidiana, este componente consiste en que el usuario identifique las metas a corto, mediano y largo plazo que quiere alcanzar para incrementar su satisfacción de vida cotidiana y desarrollar planes de acción que le permitan alcanzarlas; 5) Muestra de abstinencia, en este componente el usuario se compromete a mantenerse en abstinencia por un periodo de tiempo acordado con su terapeuta que tiene la finalidad de irse incrementando cada vez que el usuario lo vaya alcanzando para así lograr el mantenimiento en la abstinencia, se desarrollan planes de acción eficaces para enfrentar situaciones de riesgo; 6) Rehusarse al consumo, se le enseñan al usuario habilidades para que aprenda a rechazar el consumo ante presión social y ante pensamientos precipitadores, con ayuda del modelamiento y los ensayos conductuales; 7) Habilidades de comunicación, con la ayuda del modelamiento y los ensayos conductuales, se le enseñan al usuario habilidades de comunicación que le permitirán mejorar sus relaciones interpersonales; 8) solución de problemas, en este componente el usuario aprende a solucionar problemas de la vida cotidiana; 9) Habilidades sociales, el usuario desarrolla habilidades para mejorar su interacción con otras personas con la finalidad de incrementar y mejorar sus redes sociales de apoyo; 10) Consejo Marital, el usuario aprende habilidades para mejorar su relación de pareja, este componente también sirve de apoyo para mejorar otro tipo de relaciones (padres-hijo, hermanos-hermanos, etc.); 11) Control de las emociones,

el usuario aprende habilidades para controlar su enojo, tristeza, ansiedad y celos; 12) Búsqueda de empleo, se enseñan al usuario estrategias para la búsqueda y mantenimiento de un empleo satisfactorio y 13) Prevención de recaídas, se anticipan situaciones de riesgo desarrollando planes de acción para cada una de ellas.

La residencia me brindo la oportunidad de aplicarlo con un usuario de consumo de alcohol, mismo que por complicaciones de distancia y economía interrumpió su tratamiento. Sin embargo pese a estos inconvenientes abarcamos la mayoría de los componentes.

## **5. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN A OTROS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA.**

A necesidad por demostrar el éxito de las innovaciones en las estrategias de tratamiento ha dirigido el desarrollo de investigación de punta. Mientras la ciencia de la prevención y el tratamiento han progresado, la parte correspondiente a la aplicación de estos avances se define como una nueva línea a investigar. Siendo esta diferencia una parte importante a considerar por los encargados de ofrecer tratamientos en comunidades locales.

La diseminación es el proceso por el cual la innovación es comunicada a través de ciertos canales sobre el tiempo entre los miembros del sistema social. La asimilación cultural e innovaciones en la práctica pueden ser demoradas cuando los modelos más simples necesitan ser reemplazados con modelos más complejos. (Babor, 2005).

El mejor tiempo para diseminar es cuando el resultado de un estudio demuestra su efectividad y se recomienda cuando el resultado de ensayos clínicos aleatorizados apoyan su eficacia, por lo que la diseminación debía ser vista como un paso natural en el proceso de cambio.

Dentro del proceso de diseminación el agente de cambio es un componente importante, ya que es el responsable de influenciar las decisiones de los receptores con respecto a la aceptación de nuevas ideas. El agente de cambio ideal es alguien que está dispuesto a recibir retroalimentación, capaz de establecer cercanía con las personas, que entiende perfectamente la investigación de la que surge el programa y es habilidoso en diseminación.

Babor (2005) considera también que las intervenciones breves deben ser promovidas en lugares encargados del cuidado de la salud en general, mencionando la necesidad de realizar más investigación para determinar el mejor camino para que los alcances de la diseminación sean más amplios.

En un intento por ofrecer un modelo integrativo que sea relevante para las intervenciones breves se ha propuesto que las estrategias de diseminación se enfoquen a tres principales grupos; primero el tratamiento individual, segundo los sitios encargados de la salud y los sistemas de salud y finalmente las comunidades y la población en general (Babor, 2005).

Dada la necesidad de buscar nuevas formas para incorporar los nuevos tratamientos el Programa de Maestría con Residencia en Adicciones contempla la posibilidad de diseminar las intervenciones breves mediante sus alumnos vistos como agentes de cambio y a través de convenios institucionales.

Intentando asociar la necesidad de diseminar los programas de intervención y el hecho de complementar la capacitación de los egresados de la residencia se ha planeado que durante su estancia los estudiantes capacitan a otros profesionales en dichos programas.

De primera instancia se programa que los estudiantes capaciten a los estudiantes de la siguiente generación sobre los conceptos adquiridos en el programa de Satisfactores Cotidianos bajo la supervisión del encargado del programa generando así la posibilidad de reafirmar los conceptos adquiridos desde sus fundamentos básicos hasta su aplicación.

Como parte de un proceso de aprendizaje, posterior a este evento asistí al Centro de Integración Juvenil donde tuve la oportunidad de capacitar a los terapeutas del centro en el Programa de Bebedores Problemas, generando inquietudes por parte de las autoridades para generar mayores oportunidades de aplicar el resto de las intervenciones breves.

## **6. INSTRUMENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL APLICADA Y DE PROCESO EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES PARA BRINDAR A LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN NUESTRO PAÍS, MÁS Y MEJORES OPCIONES PARA LA PREVENCIÓN, LA DETECCIÓN TEMPRANA, EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN DE ESTE PROBLEMA.**

El propósito general de la ciencia es establecer el conocimiento (Kazdin, 2001). De este modo la investigación científica facilita que podamos entender mejor los fenómenos.

A pesar de que son varios los métodos para alcanzar este entendimiento finalmente el objetivo es el mismo en las investigaciones científicas, aislar un evento para hacer un estudio detallado manipulando las variables que intervienen.

La metodología se refiere a una forma de pensar y, como tal, es benéfica para evitar el énfasis exagerado en las prácticas concretas que están implicadas en el proceso de investigación. El diseño y la metodología nos alertan sobre los factores que influyen en la manera de examinar e interpretar los fenómenos. (Kazdin, 2001)

En nuestro país, la investigación científica no es un aspecto en el que se inviertan grandes cantidades y mas específicamente al área de adicciones, situación que como hemos revisado anteriormente genera perdidas importantes a la salud pública por los problemas asociados que acarrea.

En general la ciencia biomédica en nuestro sector es la que recibe mayor importancia para generar investigación al contrario de las investigaciones psicosociales.

A pesar de enfrentarnos a este hándicap los conocimientos en nuestra área han ido en aumento y para el área de adicciones se han desarrollado grandes logros en cuanto a tratamiento y a prevención.

En materia de adicciones son varias las instituciones encargadas de generar conocimiento al respecto, una de ellas y posiblemente de las más importantes en nuestro país es el INP.

El Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) es un centro de alto nivel destinado a la investigación en el campo de la psiquiatría y la salud mental en general, al estudio integral de las personas con desórdenes psiquiátricos y a la formación del personal que desempeña tareas en ese ámbito.

El Instituto también lleva a cabo investigaciones epidemiológicas sobre el consumo de alcohol en poblaciones rurales e indígenas y sobre los efectos del consumo en adolescentes. Igualmente, de forma conjunta con la Organización Internacional del Trabajo, ha producido un programa de intervención para la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en lugares de trabajo, y ha llevado a cabo una intensa producción de material didáctico en materia de consumo de alcohol y sus efectos en la familia.

Otras instituciones como los Centros de Integración Juvenil, también realizan investigación en este rubro: generalmente en cada uno de sus centros, miden variables socio demográficas y compilan sus resultados. De manera especial han documentado los resultados de sus experiencias en sus comunidades terapéuticas. (Parada, Arredonde y Arjonilla, 2003).

Por su parte la Subdirección de Investigación de CIJ propone el diseño de un estudio que permita a los Centros Regionales, acercarse desde diversos ángulos al conocimiento de su Comunidad-Objetivo (área de influencia), como medio para mejorar las perspectivas en la planeación y desarrollo de las acciones pertinentes.

El proceso metodológico que se sugiere tiende a la investigación-acción, la cual involucra a los miembros de la comunidad en el proceso de investigación, diseño, desarrollo, evaluación y retroalimentación de las alternativas.

Con base en la información obtenida en el Estudio, se lleva a cabo una evaluación cualitativa de aquellos factores sociodemográficos, psicosociales e institucional-comunitarios que, desde la perspectiva de la salud pública, ejercen un mayor efecto de riesgo o protección de la salud pública, ejercen un mayor efecto de riesgo o protección con respecto al uso de drogas. Esta evaluación considera aspectos tales como la incidencia de los factores, su intensidad, el tipo de relación causal que mantienen con el problema, la amplitud de su impacto, su maleabilidad, la urgencia de su atención y los niveles de intervención requeridos dadas estas características.

La evaluación de riesgos parte de la identificación, parte del personal médico-técnico de los Centros Regionales en su calidad de psicosociales asociados al consumo de drogas que - dadas las condiciones estructurales y coyunturales prevalecientes - pudiesen tener un mayor efecto desestructurante sobre los sistemas sociales de cada localidad.

Actualmente estamos ante una nueva visión integral del problema de las adicciones, que obliga a realizar cambios de forma y de fondo en los programas.

Actualmente no existe duda sobre la importancia y las repercusiones del consumo de sustancias. Las acciones contra este hecho se iniciaron desde mucho tiempo atrás, pero hasta hace unas décadas se generaron programas específicos contra las adicciones generadas a partir de las investigaciones.

El avance en el conocimiento y necesidad de respuestas promovieron que la UNAM pensara en elaborar un Macroproyecto que por una parte considerara todo lo que la UNAM está haciendo en investigación de adicciones, pero tenerlo junto para conseguir un proyecto multidisciplinario y crear nuevos modelos.

El macroproyecto de la Universidad Nacional Autónoma de México: *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* es parte del programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas, se busca integrar un equipo multidisciplinario que

colabore en el diseño y aplicación de modelos de intervención eficaces, fomente la formación y actualización de recursos humanos para atender esta problemática, fortalezca la investigación en este ámbito y ofrezca a otras instancias un prototipo de intervención.

De acuerdo con los especialistas, es necesario brindar a los jóvenes las habilidades que les permitan no encontrar o no buscar en las drogas lo que pueden lograr con otros mecanismos. El objetivo general es protegerlos y ayudarlos a todos para que se puedan prevenir consumos para aquellos que aun no desarrollan un problema y disminuir el consumo en aquellos que ya iniciaron este proceso y así puedan terminar sus estudios sin que esto sean un obstáculo.

El Macroproyecto posee diversas líneas de investigación: una inicial, que es un proyecto de diagnóstico que incluye todo lo que se está realizando en la UNAM, en cada una de las escuelas; mantener un diagnóstico actualizado del problema, cuáles son los factores de riesgo y protección en diferentes escenarios, en los entornos. También, sobre cuáles son las percepciones hacia las medidas que se sabe han funcionado, pues el mayor éxito de una campaña es cuando se logra sensibilizar a la comunidad.

El macroproyecto está dividido en cuatro líneas de investigación: diagnóstico, prevención, tratamiento y procesos básicos de las conductas adictivas, conformadas por 18 proyectos de investigación y dos programas de apoyo.

Para el caso de la residencia tuve la oportunidad de trabajar en la fase de tratamiento específicamente a la intervención enfocada a la consejería breve para aquellos estudiantes que presentaban riesgos hacia el consumo de alcohol en una evaluación realizada a su ingreso a la Universidad. Trabaje con 8 estudiantes de la carrera de psicología pertenecientes al sistema abierto realizando la consejería breve para el consumo de alcohol que implica una evaluación inicial del patrón de consumo y posteriormente una sesión informativa en la que se promueve el consumo moderado de alcohol, realizando seguimientos a 1,3, 6 y 12 meses. Para comprobar la veracidad de esta información todas las sesiones eran grabadas.



Este hecho me facilito la destreza de realizar la consejería breve, cuestión que implica una adecuada administración del tiempo durante las sesiones, el manejo adecuado de la información, una evaluación general del patrón de consumo para lograr así un diagnostico adecuado basado en indicadores objetivos como es el caso de instrumentos que indican dependencia y la practica de los elementos de la entrevista motivacional.

## **CONSEJO BREVE PARA ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA: MACROPROYECTO UNAM**

---

### INTRODUCCION

Como parte de las acciones que se ha planteado la UNAM para dar respuesta a los problemas ocasionados por el consumo de sustancias en sus estudiantes trabaja en el Macroproyecto: desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas como parte del programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas.

Este proyecto posee 4 líneas de investigación: diagnostico, prevención, tratamiento y procesos básicos de las conductas adictivas.

Una fase de la línea de investigación referente a la prevención corresponde a la realización de la consejería breve en los estudiantes que representan riesgo, Denominado: Tratamiento oportuno de bebedores excesivos en la población estudiantil de la UNAM. Este se aplica a estudiantes que hayan sido detectados como bebedores excesivos por el AUDIT, y que acudieron al llamado para ser atendidos en relación con su consumo de alcohol.

Esta intervención esta basada en el modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Su objetivo general es conocer el patrón de consumo de alcohol y los problemas relacionados en los estudiantes de la UNAM, para la aplicación de

estrategias intervención orientadas a modificar el patrón de consumo peligroso o dañino, hacia un consumo de menor riesgo.

El consejo breve consiste en una sola sesión de 60 min. Iniciando con una evaluación inicial para conocer el patrón de consumo de los estudiantes ofreciendo al estudiante una retroalimentación sobre el mismo y generar estrategias para fomentar la moderación hacia el consumo.

El consejo breve incluye información acerca de los efectos a corto y largo plazo del consumo en relación con el tipo de sustancia consumida , el análisis de factores de riesgo y protección personales, la discusión de estrategias cognitivas y conductuales que apoyen el cambio, y el empleo de estrategias que incrementen la disposición hacia el cambio (Miller & Rollnick, 2003).

El consejo breve es considerado dentro de las aproximaciones denominadas intervenciones breves. Este tipo de aproximaciones han demostrado resultados efectivos para incidir en el patrón de consumo o en la disminución del daño asociado , se definen como los esfuerzos dirigidos a la detección temprana de individuos que presentan abuso hacia las sustancias , con el objetivo de disminuir la detección del problema(Ayala & Echeverría, 1998).

Este reporte menciona únicamente 4 casos de estudiantes que participaron en la línea de investigación correspondiente a prevención. Estudiantes que en una evaluación previa a su ingreso a la Facultad presentaban riesgos hacia el consumo de alcohol, tales como reportar abuso en el consumo de alcohol, tener amigos o familiares que abusaban del consumo de alcohol, entre otras.

Para esta población se asignaron sesiones de consejo breve que consistía en retroalimentar al estudiante y ofrecer algunas estrategias para el cambio en su consumo.

## **METODO**

### **Participantes**

Originalmente la coordinación del proyecto asignó seis estudiantes por terapeuta, proporcionando sus datos generales (teléfono, carrera a la que pertenecían, sistema al que pertenecían, número de cuenta y dirección completa), uno de ellos decidió no participar por temor a tener algún registro sobre consumo en su historial académico y otro de ellos no fue localizado.

Finalmente cuatro estudiantes cuya edad fluctuaba entre los 18 y 42 años, recibieron el consejo breve, todos eran estudiantes del sistema abierto de la carrera de psicología, todos cursaban el segundo semestre

Los consejos se realizaron en el Centro de Atención Psicológica "Guillermo Dávila" de la Facultad de psicología.

### **Materiales**

- Entrevista inicial Su objetivo es obtener información general sobre el estudiante, su historia de consumo, así como conocer en términos generales los problemas relacionados con el consumo. Es un cuestionario que consta de 82 reactivos, que le permiten al terapeuta recabar la información necesaria acerca del consumo de alcohol
- Audit. Cuestionario de 14 reactivos cuya función es determinar el grado de dependencia hacia el consumo de alcohol.
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Es un instrumento desarrollado por la OMS en 1993, es una entrevista diagnóstica estandarizada altamente estructurada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor a los 15 años.

- LIBARE (Línea Base Retrospectiva). Permite conocer el patrón de consumo actual del usuario en relación a la frecuencia y cantidad de consumo en los últimos seis meses.

- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Este cuestionario tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas, basado en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas.

- Forma de consentimiento. Es un documento en el que el usuario acepta ingresar al programa de tratamiento y da el consentimiento para usar la información pertinente, para la realización de la información concerniente a problemas ocasionados por el consumo de alcohol y drogas. De igual forma se ofrece información relacionada con las actividades que se llevaran a cabo durante la fase de tratamiento, la duración de cada sesión, ejercicios y lecturas que se realizaran, así como la realización de registros diarios acerca de su consumo.

- AUTO- REGISTRO DE CONSUMO DE DROGAS. El objetivo de este instrumento es revisar junto con el adolescente los días en los que consumió, la cantidad consumida y las situaciones bajo las cuales se presentó el consumo.

- Se utilizó además el folleto “Estoy bebiendo en exceso” que proporciona una forma simple de identificar el consumo de alcohol.

- Reportes de seguimiento son una herramienta de retroalimentación, ayudan al descubrimiento y evaluación de la efectividad de las acciones que se realizan durante el tratamiento. Existen tres clases de seguimiento en este programa; a uno, tres y seis meses después del tratamiento.

- Además se utilizó una grabadora de voz para cada sesión.

## Procedimiento

Esta intervención se estructura en dos fases En la primera el terapeuta contacta al estudiante vía telefónica solicitando su participación en el proyecto.

En un segundo momento se realiza una sesión presencial en la que se realiza una evaluación para determinar si el estudiante cumplía con los criterios para la sesión de consejo breve que consistían en presentar problemas relacionados con el consumo y no presentar dependencia hacia el consumo de alcohol. En caso de cubrir los criterios de inclusión el terapeuta dirigía la sesión basado en el folleto de retroalimentación, con el objetivo de identificar el patrón de consumo y las situaciones de riesgo Posterior a ello el terapeuta ofrece la información sobre las consecuencias a corto y largo plazo del consumo y a su vez ofrece estrategias de moderación al estudiante invitándolo a realizar otras entrevistas de seguimiento y a llenar su auto registro semanal.

A continuación se presenta el consumo de alcohol antes del tratamiento de los estudiantes previo a la sesión de consejo breve.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la línea base, la Gráfica 1 muestra que 3 estudiantes no tenían problemas con los límites de la moderación, sin embargo uno de ellos presentaba un consumo excesivo, mismo que al revisar la información en la entrevista se dictaminó como bebedor problema al no presentar dependencia.



## RESULTADOS

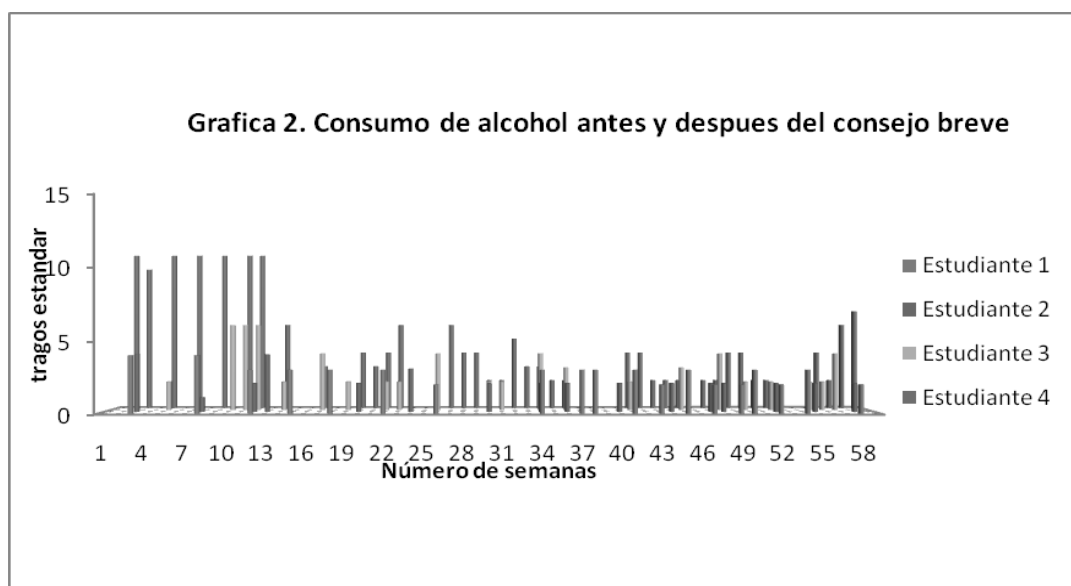
De acuerdo a los resultados obtenidos en las sesiones de seguimiento a uno, tres y seis meses los estudiantes reportaron haber decrementado su consumo.

El estudiante 1 a pesar de tener un consumo dentro de los límites de moderación sin rebasar los 4 tragos estándar en una semana, decremento consumo a 2 y 3 tragos respectivamente.

Para el caso el estudiante 2 que de igual forma presentaba un consumo de hasta 4 tragos semanales, disminuyó su consumo a 2 tragos como máximo por consumo semanal.

El estudiante 3 no presentó un decremento importante, sin embargo en las sesiones de seguimiento reporta no rebasar los límites de moderación.

La modificación en el consumo del Estudiante 4 es significativo pues presentaba un consumo que excedía los límites de moderación y al realizar los reportes de consumo en las sesiones de seguimiento muestra un consumo que respeta los límites consumiendo hasta 7 tragos por semana.



## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en las sesiones de seguimiento se observa un decremento en la conducta de consumo en el estudiante 4 que era el único que presentaba consumo excesivo.

A pesar de que en la línea base tres estudiantes no presentaban problemas con su consumo llegando a tener su promedio de 9 tragos estándar por semana, posterior al consejo breve observamos un decremento en la conducta de consumo reportando en las sesiones de seguimiento haber recurrido a las estrategias y al conocimiento de los límites de moderación.

En distintos momentos de las sesiones los estudiantes reportaban lo importante que era para ellos participar en un proyecto que prevenía el abuso de sustancias en su universidad.

El consejo breve demuestra ser efectivo en esta población, sin omitir que al ser universitarios poseen una capacidad de análisis necesaria para generar el autocambio.

Otro factor importante que se presume influye en el éxito de la intervención corresponde al hecho de que todos los participantes eran estudiantes del sistema abierto, situación que acarrea condiciones de responsabilidad, pues todos poseían una situación laboral estable, implicando incremento en la percepción de riesgo.

Es importante entonces considerar la información en las intervenciones como parte básica para generar cambios.

## REFERENCIAS

- Arellanez- Hernandez J.L., Diaz-Negrete D.B. (2004), Factores Psicosociales Asociados con el abuso y la Dependencia de Drogas entre los adolescentes; Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 3.
- Ayala, H. E., Echeverria, L., Sobell, M.B. y Sobell, L. C.(1998), Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en Mexico. *Acta Comportamental*, 6 (1), 71-93.
- Babor T., Higgins- Biddle J., (2005), Alcohol Screening and brief Intervention; dissemination strategies for medical Practice and Public Health, *Addiction* 95 (5), p.p.677-686.
- Bañuel, G. y J.M.(2003); "Consumo de tabaco y accidentes de trafico no fatales"; *Aten Primaria*; 2003 MAR; 349. 353.
- Campollo O., López M. (2003), Análisis comparativo de programas de prevención de adicciones en México, Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones; *Anuario de Investigación en Adicciones*, Vol. 4, Núm. 1.
- Cantú, M, C., Jiménez, S. Z. & Rojas, M. J. M. (2001). Epidemiología el discurrir del estado de salud-enfermedad. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Vol. 2 No. 4
- Cantú, M., Rojas, M., Moreno, G. (2002). Percepción de la farmacodependencia por estudiantes adolescentes de educación secundaria en Guadalupe, Nuevo León. (México). *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 3 Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/articulos/adcciones.html>
- Carreño.S., Medina-Mora ME., Martinez N., Juarez F., Vázquez I. (2006), Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa. *Salud Mental*, 30:43-50.



Centros de Integración Juvenil, A.C., (1998), Evaluación de imagen de calidad de los servicios institucionales para la atención del consumo de drogas, 1995. Documento de circulación interna, México.

Cruz Martin del Campo Silvia (2007), *“Los efectos de las drogas; De sueños y pesadillas”*, Ed. Trillas, 240 p. México.

Dunn, M. E., AND Goldman, M., S. (1998), Age and drinking-related differences in the memory organization of alcohol expectancies in 3<sup>rd</sup>, 6<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup>, and 12<sup>th</sup> grade children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 579- 585.

Echeverria L., Ruiz G., Salazar M., Tiburcio M., Ayala H. (2005), *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*, Secretariado técnico del Consejo Contra las adicciones

Encuesta Nacional de Adicciones (2002), Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

Encuesta Nacional de Salud [ENSA] (2008), Secretaria de Salud, México

Garrido, M. y Fernández G. (2003); “Déficit Neuropsicológicos en Alcohólicos”; Implicaciones para la seguridad vial; II Congreso Internacional de Neuropsicología.

González R., Alcalá J. (2007), Consumo de alcohol y salud pública, Departamento de salud pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Kazdin, A. E.(2001). Métodos de investigación en psicología clínica. México. Prentice Hall

López, F., (1999); “Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas agresivas”; Universidad de Alcalá, Madrid.

Martin E. (1995); “De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos”; En E. Becoña, H. Rodríguez; *Drogodependencias*, 4; Prevención; servicio de

publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V., y Ayala, H. (2007), Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

Miller, W. R., Zwebnw, A., DiClemente, C. C., (1992). Motivational enhancement therapy (MET): A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence (DHHS Publication No. ADM 92-1894) Washington, DC: US Government Printing Office.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003), La Entrevista Motivacional, Barcelona, Paidós.

Mora-Rios J., Natera G., Juarez F. (2005), Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes, Salud Mental, Vol. 28, No 2.

National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse [NIAAA] (2006), Alcohol Alert 2006. U.S. Department of Health & Human Services , , Number 67, January.

Nazar, B. A., Tapia, C. R., Villa, R. A., Álvarez, L. G., Medina-Mora, M. E. & Salvatierra, I. B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública*, 36, 646-654.

O'Malley S.S., & Carroll, K.M. (1996), Psicoterapeutic considerations in pharmacological trials, *Alcoholism, Clinical and experimental research* 20(7 suppl), 17A- 22A.

O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., (1992), Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). A cross- national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public HEALTH*, 86, 948-955

Ortiz A, Martínez R., Meza D. (2008) 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 No. 45, Noviembre. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

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 No. 39. Noviembre, Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Parada, I., Arredondo, A. y Arjonilla, S. (2003). Costos de hospitalización por farmacodependencia para población no asegurada en México, *Salud Mental*, 26 (4).

Plagis, A. (1999) "Preventing substance use problems among youth, a literature Review and Recommendations"; *Journal of prevention*; 20.

Prado A., (2007) Presentación Modelo de Atención Integral a las Adicciones, Cancún, octubre.

Reyes Lagunes, I. (1993); "Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos"; *Revista de psicología Social y Personalidad*; Vol. IX; No. 1;1993;81-97.

Ruiz C., Carreño S., Martínez N., Juárez F., Medina-Mora ME. (2006), *Relación entre el nivel del consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la ciudad de México*. *Salud Mental*, 29:52-58.

RUSELL, M. (1990), Prevalence of Alcoholism among children of alcoholism. *Children of Alcoholism: Critical Perspectives*, New York: Guildford, p. 9- 38.

Secretaria de Comunicaciones y Transportes-Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte (2004); "El alcoholismo en México"; Cronica central, Informativo Semestral; 57.

Secretaria de Educación Pública (2008). Unidad de promoción, difusión e imagen institucional. 04/09/08

Secretaria de Salubridad y Asistencia. (1998). Programa contra la Farmacodependencia. México

Secretaria de Salud (2001), Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa de acción: Adicciones, Farmacodependencia, México.

Secretaria de Salud-(2003), Consejo Nacional Contra las Adicciones, Planeación, modelos preventivos, México.

Secretaria de Seguridad Pública. (2006), Boletín Informativo Núm. 387 23/03/2006.

Sloboda, Z. (2003), Substance Abuse Prevention in the United States: Past, Present and Future en Connection, Linking drug abuse services research & practice, A publication of academic health supported by the National Institute on Drug Abuse, a component of the National Institutes of Health, U.S. Department of Health of Human Services.

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

<http://www.oceanica.com.mx/tratamiento.html>

<http://www.aamexico.org.mx/queEsAA.html>

www. oms. Org

## REPORTE DE CASO

### DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

#### I. DATOS GENERALES

*Femenino de 26 años de edad con domicilio permanente y trabajo estable. Vive con su esposo, Licenciada en mercadotecnia y actualmente apoya a su pareja en un negocio familiar. Generalmente ocupa su tiempo libre en leer e ir a fiestas, situación que representa riesgo para el consumo de alcohol.*

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

“...Me gustaría recibir ayuda con respecto al uso de alcohol, desde hace algún tiempo siento que pierdo el control...”.

#### **INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA ENTREVISTA**

Tipo de sustancia consumida: Alcohol, específicamente destilados y cerveza

Patrón de consumo: Promedio semanal de tragos estándar es de 14 y su promedio de tragos por ocasión es de 5.

**C. HISTORIA DE CONSUMO:** La usuaria inició su consumo a los 18 años, durante cuatro meses previos al tratamiento tuvo problemas con su forma de beber, considera su consumo como **un gran problema**, ha tenido algunas consecuencias negativas, dos o más de las cuales pueden considerarse serias, nunca antes había intentado dejar de beber.

*D. Problemas asociados al consumo: **Familiares:** conflictos con su padre y hermana; **De pareja:** peleas continuas con su esposo, **Sociales:** conductas que la llevan a hacer el ridículo, rompió una computadora por querer pegarle a su primo.*

## E. Motivación para el cambio

De acuerdo a los resultados obtenidos en la fase de evaluación y de acuerdo al modelo de Prochaska y DiClemente (1985) la usuaria se encuentra en la fase de acción dado que se presenta solicitando ayuda asumiendo que tiene un problema y lleva una semana sin consumo al momento de la entrevista.

### **EVALUACIÓN REALIZADA POR PRUEBAS O CUESTIONARIOS**

Para efectos de la evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

*La Escala Breve sobre Dependencia al Alcohol (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983), diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Consta de 15 reactivos relacionados con el consumo de alcohol, que el usuario debe responder en una escala de cuatro puntos: nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre. Los resultados se interpretan dependiendo del puntaje obtenido en dependencia baja, media y severa.*

*Beda. Puntuación = 9. Representando un bebedor en riesgo. Debido a que el consumo del usuario es esporádico, pero excesivo (en ocasiones ha sido hasta de 23 tragos estándar por ocasión), estos datos nos indican que puede ser clasificada como un bebedor en riesgo*

*Subescala de pistas. Con la aplicación de la subescala de pistas en su parte A y B retomada de la batería Halsted – Reitan, es posible evaluar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol. La prueba de Pistas, muestra similitudes con la subescala de símbolos y dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos Weschler (WAIS), principalmente en términos de la evaluación, de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario. En la parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15; en la parte B se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario que el usuario deberá unir con una línea sin despegar el lápiz y sin cruzar líneas en un tiempo determinado.*

*La ejecución del usuario en la primera parte fue de 10 segundos. La segunda parte la realizó en un tiempo aproximado de 20 segundos. Mostrando una ejecución satisfactoria. Por lo que no se considera deterioro en la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario.*

*La Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento (Sobell y Sobell, 1992). Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca un periodo que debe ser reconstruido (a un año) y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día.*

Al respecto el usuario reporto el siguiente patrón de consumo:

Consumo Total en un año = 178

Días de consumo =44

Promedio de tragos por día = 5

Promedio máximo en los últimos 30 días = 23

No bebió 320 días = 87%

Bebió moderadamente (1-4 tragos)= 13 días / 3.5%

Bebió excesivamente (5-10tragos)= 31 día / 8.5 %

Nunca bebió más de 10 tragos por ocasión de consumo

## Gráfica1. Patrón de consumo del usuario un año antes de tratamiento

El Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Annis, 1982). Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir ocho categorías divididas en dos grandes grupos: Situaciones personales y Situaciones que involucran a terceras personas (Marlatt y Gordon, 1980, 1985). Cada uno de los reactivos se contesta en una escala de 4 puntos: nunca, ocasionalmente, frecuentemente o casi siempre. Dependiendo del puntaje obtenido, se obtiene un índice problema: riesgo bajo, moderado, alto y muy alto.

Con respecto a las situaciones de riesgo presentadas por la usuaria se observó que los momentos agradables con otros, la necesidad física y probando autocontrol eran las situaciones de riesgo más significativas para la usuaria.



Tabla 1. Resultados obtenidos con la aplicación de los Inventarios Situacional de Consumo de Alcohol y Confianza Situacional

Categorías	ISCA	CCS
Emociones Desagradables	8.3%	100%
Malestar Físico	0%	100%
Emociones Agradables	57%	80%
Auto-control	17%	80%
Necesidad Física	7%	30%
Conflicto con Otros	0%	0%
Presión Social	27%	60%
Momentos Agradables con otros	27%	80%

*El Cuestionario de Confianza Situacional fue diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Se divide en dos categorías: situaciones personales y situaciones de grupo. Consta de 8 reactivos en los que el usuario reporta el porcentaje de confianza percibido de abstenerse de consumir alcohol ante las ocho diferentes situaciones.*

Las situaciones de riesgo ante las cuales la usuaria se sentía menos confiada de resistirse a consumir en exceso era ante la necesidad física, el conflicto con otros y la presión social.

A continuación se presenta la comparación de los puntajes obtenidos tanto en el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol como en el Cuestionario de confianza situacional.

#### **RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS**

*Recursos disponibles: Cuenta con motivadores importantes para modificar su consumo entre estos se encuentran: conservar la estabilidad de la relación con su pareja y mejorar la el concepto que tiene sobre ella su red de apoyo*

*Déficits: La mayoría de las personas con las que acostumbra salir consumen alcohol en exceso y el consumo de alcohol representa una manera de “festejar” algún evento positivo.*

#### **DIAGNÓSTICO**

*La usuaria tiene un patrón de consumo de 5 tragos estándar por ocasión de consumo, 1 vez por semana. Dado que el consumo se da en muy pocas ocasiones, pero cuando este ocurre se da en cantidades arriba del consumo recomendado (para mujeres: no más de 3 tragos estándar por ocasión), el patrón de consumo del usuario corresponde al típico en México, llamado **explosivo episódico**.*

## TRATAMIENTO

*Las sesiones del programa Breve Para Bebedores Problema se componen de 7 pasos:*

**Admisión.** *Tiene como objetivo la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.*

**Evaluación.** *Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.*

**Primera sesión.** *Decisión de cambio y establecimiento de metas. (Balance desicional).*

**Segunda sesión.** *Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.*

**Tercera sesión.** *Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol. (Reestructuración cognitiva).*

**Cuarta sesión.** *Nuevo establecimiento de metas.*

**Seguimientos a uno, tres, seis meses y un año.**

*La siguiente tabla muestra las técnicas empleadas durante el tratamiento.*

TECNICAS	OBJETIVOS
Balance Decisional	Propiciar la disonancia cognitiva para que el usuario identifique los costos y beneficios de cambiar.

Percepción de Riesgo

El buscar que el usuario identifique sus razones para cambiar, mediante la visualización de las desventajas de continuar con el consumo

Reestructuración Cognitiva

El usuario será capaz de visualizar las situaciones de riesgo como enfrentables y tendrá la confianza para manejarlas.

---

### ***DESARROLLO POR SESIONES***

#### **Primera sesión: Decisión para cambiar y establecimiento de metas**

Posterior a sus sesiones de admisión y evaluación, en esta sesión la usuaria manifestó sentirse tranquila y contenta con su conducta de consumo. No reporta consumo, por lo que no experimentó conflictos con su pareja o familia de origen.

En esta primera sesión la usuaria establece sus razones para cambiar su patrón de consumo por medio de un proceso de balance decisional en el que expresa tanto los costos como los beneficios de modificar su conducta de consumo mediante la disonancia cognitiva. El programa nos plantea dos posibilidades para modificar: moderación o abstinencia. Así mismo en este proceso la usuaria manifiesta los costos y beneficios de continuar con la conducta de consumo.

También se analizó la inmediatez de los beneficios de seguir consumiendo logrando que la usuaria priorizará los beneficios de modificar su conducta de consumo enfatizando el hecho de beneficios a largo plazo y con mayor duración al modificar la conducta.

## **EJERCICIO 1. DECISIÓN DE CAMBIO**

---

	<b><i>CAMBIAR MI FORMA DE BEBER</i></b>	<b><i>CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER</i></b>
<b><i>COSTOS</i></b>		Sentirme mal
	Ya no sentirme feliz	Tener problemas con mi esposo
	Sacrificar la fiesta	Perdería amigas que quiero mucho
	No obtener diversión	Las personas que me rodean tendrían una mala imagen sobre mi
<b><i>BENEFICIOS</i></b>	Sentirme bien conmigo misma	Sentirme feliz
	Estar bien con mi esposo	Tener mas fiesta
	Evitar problemas	Olvidarme del estrés
	Mantener amistades	Tener mas diversión
	Mejorar mi imagen con las personas	

---

## **EJERCICIO 2. RAZONES PARA CAMBIAR.**

La segunda parte del ejercicio esta enfocada al análisis de las razones por las que la usuaria consideraba más importantes para modificar su conducta de consumo. Estas razones funcionan primordialmente para incrementar su motivación al cambio.

Las razones más importantes por las cuales la usuaria quería cambiar su forma de beber fueron:

- *“...Sentirme bien conmigo misma, estar tranquila siempre ya que cuando me excedo al beber no estoy tranquila los días siguientes y me la paso pensando en lo mal que actué en ese momento...”*
- *“Por la relación con mi esposo, ya que no creo que sea agradable para el verme en mal estado cuando lo hago. Porque no me gustaría perderlo por esas razones”*
- *“Por mi imagen con las personas, y mas que eso por evitar problemas ya que me he dado cuenta que siempre que hay exceso de alcohol siempre hay problemas”*

*Con respecto al primer establecimiento de metas la usuaria decidió fijarse la meta de moderación. Planeando no beber entre semana y beber solamente una vez a la semana*

Clasificó su meta como más importante que la mayoría de las cosas que le gustaría lograr cambiar (75%), sintiendo un 50% de confianza para lograr su meta.

*Se revisó la LIBARE sobre los 12 meses previos al tratamiento y se comparó con su meta de consumo (moderación) y el consumo real que tuvo durante la semana, para esto se retomó la información de su auto registro semanal. Con esta sesión fue posible incrementar la motivación hacia el cambio de la usuaria y conocer su nivel*

*de auto eficacia que podemos observar no era elevado al manifestar un 50% de confianza al lograr la meta, a pesar de haber experimentado momentos agradables en una semana de abstinencia. .Finalmente se retomaron estos puntos a manera de resumen y se explicaron las actividades de la siguiente sesión para destacar la importancia de realizar la segunda lectura y los ejercicios correspondientes.*

## ***Segunda sesión: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso***

*Se revisó el autorregistro. Reporto un consumo de 3 tragos estándar; refiriendo estar en la casa de una amiga platicando y jugando, logrando sentirse muy tranquila.*

*Se discutió la segunda lectura y se le explicó la montaña de la recuperación como ejemplo del proceso de cambio, donde se contemplan las recaídas como parte del proceso. Se discutieron las situaciones de riesgo, los disparadores y los precipitadores. Esta información se corroboró con los resultados del ISCA y del CCS donde se pueden identificar las situaciones de riesgo: emociones agradables, momentos agradables con otros y presión social Se entregó y explicó la lectura y ejercicios de la siguiente sesión.*

✓ 1<sup>a</sup>. Situación de consumo. “Estaba muy contenta y quería festejar algo o pasármela mejor. Son situaciones en las que me siento bien por algún negocio y tengo ganas de relajarme y pasarla bien por mucho trabajo

•Disparadores: 1) *Estar feliz*; 2) *Querer festejar*; 3) *Amigos*

•Consecuencias: *Al día siguiente me sentí horrible, cruda y con mucha pena por lo ocurrido y en ocasiones no recuerdo lo que paso.*

•*La situación se presentó 4 veces durante el año pasado.*

✓ 2º situación de consumo. ” Estaba con amigos que hace mucho no veo y quiero revivir momentos con ellos “

- *Disparadores. Los recuerdos de momentos vividos, estar feliz con amigos*

- *Consecuencias. Me paso de copas igual que mis amigos, la diferencia es que yo soy muy explosiva, son amistades que no me dejaron nada bueno, porque en mis 5 sentidos los tolero, pero ya con unas copas de mas los mando al diablo, arrepintiéndome al día siguiente y en esta ocasión casi pierdo a mi mejor amiga por insultar a su esposo.*

- *La situación se presentó 1 vez durante el año anterior.*

✓ 3º situación de consumo. “*Cuando me siento comprometida con alguien que toma mucho y como me insisten mucho, pienso que me tengo que divertir mas y sigo tomando hasta que otra vez ya no lo controlo”*

- *Disparadores. Presión social*

- *Consecuencias. Al día siguiente me siento super mal otra vez por la pena de lo que hice o dije al día anterior.*

- *La situación se presentó 1 vez el año anterior.*

#### **4.3. Tercera sesión: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol**

*Se revisó el auto registro. Tomó dos ocasiones de consumo 1 y 3 tragos estándar, la primera ocasión en una salida con su esposo y su primo y la segunda en la casa de una amiga donde reporta haberse sentido muy tranquila.*

*Esta situación de moderación se reforzó remarcando la capacidad de auto control. Se discutió la tercera lectura y los ejercicios. Se entregó y explicó el ejercicio cuatro.*

**Opciones y consecuencias para la situación de consumo principal.**



*“Estaba muy contenta y quería festejar algo o pasármela mejor. Son situaciones en las que me siento bien por algún negocio y tengo ganas de relajarme y pasarla bien por mucho trabajo”*

- 1. No tomar cuando estoy muy efusiva o contenta. Consecuencias: Probablemente no me la pasaría igual.*
- 2. No salir o evitar ver a otras personas en esos momentos. Consecuencias: Me sentiría triste por no poder hacer lo que me gusta*
- 3. Hablar con mi esposo y que me apoye en esas situaciones para que no me exceda. Consecuencias: me sentiría muy bien al sentirme apoyada.*
- 4. Tomar con moderación solo tres cubas por mi misma buscando alternativas. Consecuencias: me sentiría bien conmigo misma.***

#### **Opción seleccionada. 4**

##### *Plan de acción*

*Al decidir tomar solo tres cubas en la situación que sea tendría que alternar un refresco y una bebida alcohólica, darles el avión haciéndoles creer que estoy tomando evitando así el decir “no” a quien me ofrece. Si es un lugar para bailar ir a bailar para no estar mas en la mesa frente a la botella. Tomar mucho agua en ese momento y sentirme feliz psicológicamente.*

##### *Opciones y consecuencias para la situación de consumo #2*

*“...Estaba con amigos que hace mucho no veo y quiero revivir momentos con ellos...”*

- 1. “No ver a estas personas. Consecuencias: Me da lo mismo siento que no habría consecuencia”.*
- 2. “Ir pero no tomar con ellos. Consecuencias: Empezarían a molestarme para que tome”*

3. ***“Irme temprano solo hacer acto de presencia y tratar de llegar temprano. Consecuencias: Acabaría la fiesta antes para mí”.***

4. *“Ir y tomar 3 cubas únicamente. Consecuencias: No sentirme feliz con ellos como otras veces”*

### **Opción seleccionada. 3**

#### *Plan de acción*

*Hacer lo posible siempre por llegar a las 11.30 sin importar donde sea la cita, es decir mas tardar de lo acordado y siempre irme antes que todos o por lo menos con los primeros que se despiden. Diciendo siempre de manera amable que hay que trabajar al día siguiente.*

#### *Opciones y consecuencias para la situación de consumo #3*

*“Cuando me siento comprometida con alguien que toma mucho y como me insisten mucho, pienso que me tengo que divertir mas y sigo tomando hasta que otra vez ya no lo controlo”*

1. No invitar a las personas que siempre insisten en tomar. Consecuencias: Me sentiría mal con ellos si se enteraran.

2. *Tratar siempre de hacer cosas diferentes o hablar de cosas diferentes con ellos. Consecuencias: Dejarían de verme al pensar que les doy flojera por no tomar.*

3. ***Tomar únicamente tres tragos con ellos. Darles el avión y decirles si a todos las veces que ofrezcan otra bebida y no tomármelas. Consecuencias: Que mis amigos insistan mucho para que tome más. Que se den cuenta y se molesten.***

4. *Hablar con ellos. Consecuencias: liberarme de las presiones*

### **Opción seleccionada: 3**

#### *Plan de acción*

Aceptar consumir y cuando este frente a la situación tomar únicamente tres tragos sin comentarios y sin decir nunca "No" a otro, pero yo tendré que cambiar el vaso o hacerme tonta y tirarlo, cuando sean los tragos que me quiero tomar, tomarlos despacio y no seguidos y tomar entre trago y trago agua o refresco. Y aunque ellos insistan decir "NO" firmemente y desviar la conversación a este tema siempre hablando de cosas de su interés para que la atención se centre en ese tema.

#### **CUARTA SESIÓN: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS**

*Se reviso el auto registro, reporta haber asistido al cumpleaños de su padre, aplicar sus estrategias de moderación, logró la moderación a pesar de la presión social.*

*En el nuevo establecimiento de metas planeó no beber más de 3 tragos estándar por ocasión y no más de 2 días a la semana. Planeó no beber en absoluto cuando este en un lugar donde me sienta muy a gusto o con personas con las que se sienta muy contenta o efusiva (ya que en esos momentos no es necesario el alcohol para ella) y cuando este en algunos días cercanos a su periodo menstrual. Planeó beber solamente cuando se sintiera muy tranquila en la convivencia con sus amigos, cuando se le antoje o tenga ganas de tomarse unas copas y este en un ambiente relajado, cuando este acompañada de su esposo en alguna cena o comida y con su familia en momentos de tranquilidad, ya que en esos momentos no se sentía efusiva y con ganas de beber mucho o pasarsela mejor.*

*Reporta un 100% de importancia a su meta y un 50% de confianza para lograrla.*

## **PRIMER SEGUIMIENTO: UN MES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO**

La usuaria se reporta con anterioridad para confirmar su asistencia. Recurre puntual a la cita y muestra sobre todo sentirse muy satisfecha de su consumo moderado.

Dentro de las principales situaciones de riesgo reporta haber tenido el cumpleaños de su hermana donde consumió tres tragos estándar, suficientes para sentirse mareada atribuyéndolo a que días anteriores no había consumido y probablemente a que estaban preparadas con más alcohol de lo habitual.

Continúa con la postura de no consumir cuando se encuentre muy feliz. Reporta sentirse más feliz desde que consume con moderación, ya que esto ha incrementado su calidad de vida al sentirse mas a gusto con su pareja y su familia.

## **PRIMERA RECAIDA**

Tres semanas después de haber realizado la sesión correspondiente al primer seguimiento la usuaria realizó una llamada reportando un consumo de 8 tragos y sentirse con poca confianza sobre su moderación. Solicita una sesión adicional para trabajar lo relacionado con esta situación de consumo.

Durante la entrevista solicitada manifiesta que el consumo se presento en una situación en la que se encontraba sumamente feliz, puesto que estaba despidiendo a su hermana y hacia tiempo no estaba con ella pasando momentos de felicidad y posterior al festejo decidieron seguir consumiendo en otro lugar en el que podrían estar hasta altas horas de la noche. En el primer sitio consumió los tres tragos correspondientes a su meta establecida y reporta también haber recibido la observación de su pareja sobre el número de tragos consumidos y haciendo caso omiso a esta observación decidió consumir 5 tragos más y perder el control.

Reporta como consecuencias asociadas el sentir poca confianza con respecto a su auto- control, malestar al sentir que su pareja podría sentir

decepción. Dentro de las consecuencias no reporta daños materiales, físicos o sociales, sino únicamente emocionales.

Se revisaron los planes de acción concluyendo que era necesario detallar mas la intervención de su pareja frente a la presión social, asimismo se resalto el hecho de conceptualizar la recaída como parte del proceso de cambio, con la finalidad de incrementar su auto- confianza, así mismo se rescataron todas las herramientas que en situaciones previas le habían servido como apoyo para no consumir en exceso. Retomando el interés de su pareja para apoyarla en su proceso de cambio mediante su intervención en los planes de acción.

### **SEGUNDO SEGUIMIENTO A 3 MESES**

Durante el tiempo sin tratamiento la usuaria reporto 3 ocasiones de consumo alcanzando la moderación sin problemas, manifiesta haber recurrido al apoyo de su pareja para ejecutar planes de acción. Ante la presión social manifiesta no sentirse forzada a consumir en exceso.

Dado que dentro de las situaciones de riesgo de se encuentran las emociones desagradables, específicamente a conflictos emocionales se sugirió un seguimiento adicional para monitorear consumo en tanto la usuaria contactaba un terapeuta para trabajar cuestiones relacionadas para hacer frente a estos conflictos, ante lo cual la usuaria no reporta inconvenientes.

### **SEGUIMIENTO ADICIONAL**

La usuaria asistió a la sesión de manera puntual y motivada reportando lo siguiente:

“... considero no tener problemas para consumir...únicamente he consumido 3 tragos estándar por ocasión...”.

Reporta sentirse auto eficaz para enfrentar situaciones de riesgo con el apoyo de su pareja. Manifiesta que ya no le atrae consumir en exceso para pasarla

bien. Ha recibido reconocimiento por parte de sus familiares mas cercanos específicamente por su padre quien en ocasiones anteriores había notado que si hija abusaba del consumo de alcohol.

### **TERCER SEGUIMIENTO A 6 MESES**

Reporta haber presentado 13 situaciones de consumo moderado a lo largo de seis meses. No reporta situaciones de abuso, a pesar de haber enfrentado diversas situaciones de riesgo, tales como peleas con su pareja y el tener diversas razones para festejar.

Manifiesta la aplicación de sus planes de acción para enfrentar sus situaciones de riesgo, que a pesar de ser pocas han representado riesgo por la diversidad de los contextos.

En esta entrevista no considera el consumo de alcohol como un problema, pues no ha dejado de tener el apoyo de su pareja.

### **RESULTADOS DE LA ENTREVISTA AL COLATERAL**

La persona que representaba al colateral era su pareja, pues era quien compartía los festejos con ella, observando de cerca su consumo y además este desempeñaba un papel importante dentro de lo planes de acción, pues era el encargado de apoyarle para sustituir el alcohol por refresco o de apoyar a la usuaria para alternar sus tragos o distraer la atención de los amigos para disminuir la presión social.

El colateral reporta sentirse satisfecho con el desempeño de la usuaria. Pues reporta que previo al tratamiento estaba preocupado por el consumo excesivo de su pareja.

*“...Con el tratamiento...no solo ella ha aprendido a consumir, sino yo también sin darme cuenta a partir de cuando, ya no tomo en exceso...”*

Considera que las ocasiones de consumo que se han presentado no ha sido complicado apoyar a la usuaria “...*Pues ella pone mucho de su parte para no abusar...*”.

La entrevista se realizó vía telefónica es una usuaria quien refiere estar satisfecha con su calidad de vida en este momento, su situación laboral en los últimos seis meses ha sido activa en un trabajo de medio tiempo pues de las 26 posibles semanas comprendidas en dicho periodo la paciente se ha encontrado laborando. Se ha mantenido en este mismo lapso sin faltar a su trabajo y sin estar hospitalizada por problemas relacionados al consumo de alcohol y/o drogas, la paciente indica no tener otro tipo de tratamiento.

La usuaria comunica tener un patrón de consumo en los últimos seis meses de un 10% en consumo de vino y un 90% en consumo de destilados, no presenta síndrome de abstinencia en dicho periodo y argumenta que el beber y el uso de drogas ya no es un problema. La sustancia consumida por la usuaria son los destilados y su último año de consumo fue el 2001 sin presentar consecuencias de daño físico, cognitivo, afectivo, interpersonal, agresiones y/o problemas financieros.

En estos últimos seis meses el automonitoreo, la solución de problemas, ayudas para controlar el consumo de alcohol y los planes de acción han sido las estrategias o técnicas que más utilizó para evitar el consumo de alcohol, así mismo el contacto telefónico con el terapeuta ha sido un factor que ayudó considerablemente a mantener la abstinencia.

En opinión de la paciente con respecto a el tiempo del tratamiento fue suficiente y ayudó a que el alcohol ya no fuera un problema en su vida, así mismo refiere que la elección de una buena meta le permitió continuar cerca de las personas que quiere sin consumir alcohol, en relación a esta herramienta en el tratamiento la usuaria se inclina por seleccionar la meta por sí misma comentando que es lo mejor para ella.

Al pedirle al paciente una evaluación de las características del tratamiento el resultado fue el siguiente:

La balanza de decisiones, el énfasis en hacer las cosas por uno mismo y las 4 sesiones estructuradas de la terapia fueron muy útiles en el desarrollo del tratamiento.

El terapeuta, las lecturas y tareas asignadas, el auto registro, la aproximación hacia la resolución de problemas, la autoselección de las metas para el consumo de drogas y/o alcohol, saber que el tratamiento estaba a su alcance en un centro de atención resultaron útiles en el desarrollo del tratamiento.

Los dos contactos telefónicos que se mantuvieron con el terapeuta en la etapa de seguimiento fueron considerados por el paciente sin ninguna trascendencia para el tratamiento, atribuyendo mayor peso a las habilidades adquiridas durante el tratamiento.

En conclusión para la usuaria el programa debería de seguir estando a disposición de la población en general ya que es de gran ayuda para dejar de beber.

En opinión de la usuaria sería de gran ayuda tener mayor contacto con el/la terapeuta.

#### **CUARTO SEGUIMIENTO A 12 MESES**

Reporta 20 situaciones de consumo moderado, pues reporta ya no requerir del alcohol para festejar..

Durante el año transcurrido reporta haber perfeccionado sus estrategias para enfrentar situaciones de riesgo y considera ya no requerir el apoyo de su



pareja, pues durante este periodo de tiempo también sus amigos han aprendido que no tomará más de 3 tragos por ocasión y han dejado de insistir.

Manifiesta sentirse tranquila con respecto a su auto control al no sentir necesario el abuso en el consumo. Le motiva poder disfrutar el día siguiente al consumo sin malestares físicos o cualquier otro problema asociado.

Dos semanas anteriores a esta entrevista la usuaria había comenzado un tratamiento psicológico para trabajar asuntos no relacionados con el consumo.

Su respuesta a la aplicación de la prueba de pistas A y B fue favorable al continuar con una capacidad de planeación y coordinación adecuadas. Ha incrementado su confianza ante situaciones de riesgo y las situaciones de consumo de alcohol se han modificado considerablemente, decrementando los porcentajes en las situaciones de riesgo

### **ENTREVISTA AL COLATERAL**

Dicha entrevista fue realizada a la pareja de la usuaria vía telefónica para confirmar los resultados del tratamiento. Tomando en cuenta que la información obtenida corresponde a la convivencia diaria entre pareja y paciente.

El colateral confirma que la paciente tuvo un periodo de 20 días en abstinencia con consumo de alcohol y 10 días con un consumo moderado de 1-3 tragos, afirmando que la información es segura y es muy probable que sea correcta así mismo logra hacer un recuento de la conducta de la usuaria antes de ingresar y al finalizar el tratamiento confirmando que el consumo de alcohol era un problema mayor en la vida cotidiana de la usuaria antes de que este recibiera dicho tratamiento.

La pareja de la usuaria reporta intervenir de manera mínima ante las situaciones de consumo debido a la capacidad de control que la usuaria ha adquirido para enfrentar situaciones de riesgo. Dado que generalmente los amigos que frecuentan son los mismos y en caso opuesto las otras personas con las que

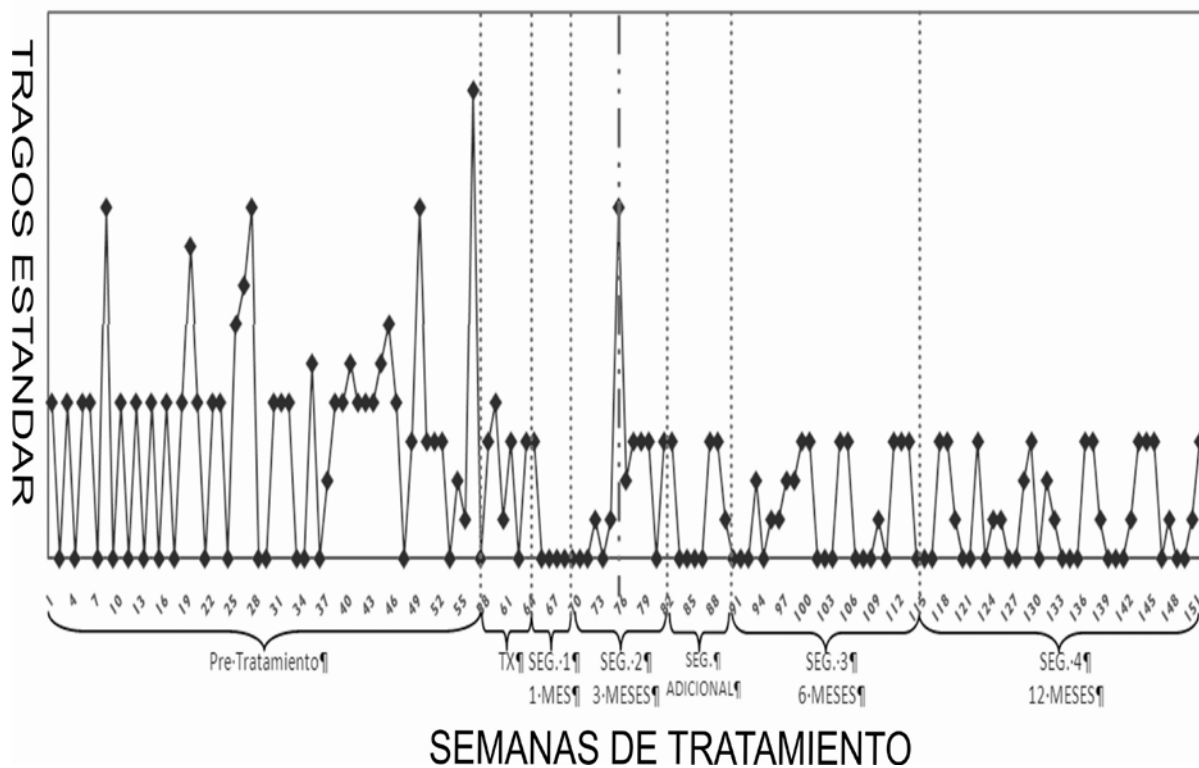
comparten consumo son familiares no ha resultado complicado que a través del tiempo entiendan que el abuso no es prioridad para la usuaria.

Reporta haber enfrentado conflictos maritales severos, pero no relacionados con el consumo y como consecuencia de lo anterior apoyó a la usuaria en la búsqueda de tratamiento psicológico pues a menudo experimentaba tristeza y malestar general.

## RESULTADOS

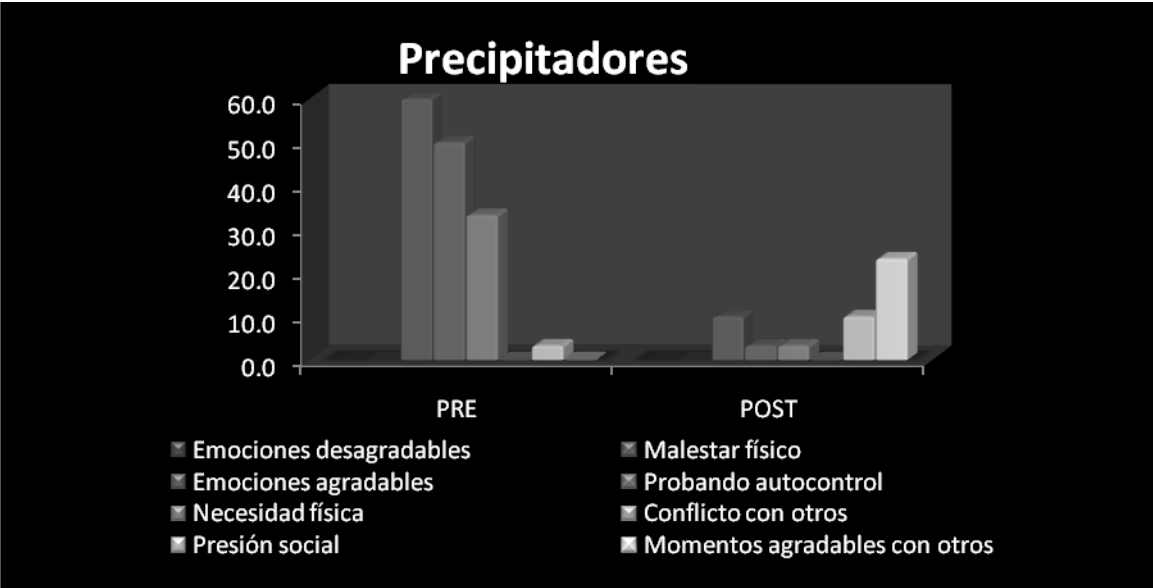
Los resultados obtenidos durante las fases de línea base, intervención y seguimiento, se presentan a continuación.

Es importante destacar que al presentarse en etapa de acción el consumo antes del tratamiento disminuyó considerablemente a partir de la primera semana de tratamiento. Manteniéndose de manera general en un consumo moderado, presentando únicamente un consumo en exceso.

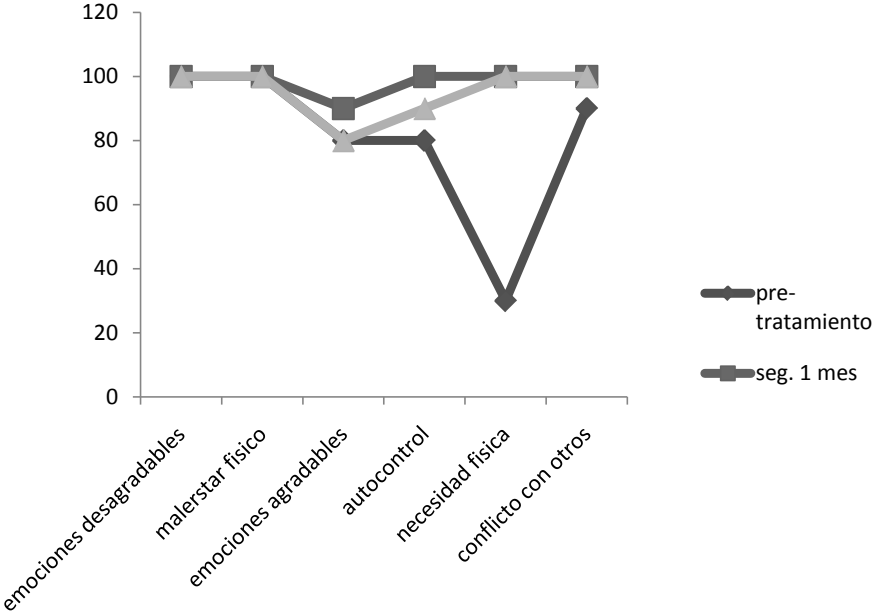


Con respecto a los precipitadores los datos obtenidos en el seguimiento a un año comparados con los obtenidos en el pre tratamiento nos muestran que las emociones agradables aun representan un riesgo ante el consumo, sin embargo a pesar de ser las situaciones más representativas han decrecentando en porcentaje. Observamos también que 12 meses posterior al tratamiento la usuaria percibe como precipitador las situaciones que impliquen momentos agradables con otros.

Las otras situación es que previo al tratamiento representaban un riesgo para el consumo, 12 meses después del tratamiento decrecentaron significativamente.



Con respecto a las situaciones ante las que la usuaria sentía más confiada de resistirse a consumir en exceso se observó un incremento en la auto confianza en situaciones que involucren auto control, necesidad física, conflicto con otros y emociones agradables.



## CONCLUSIONES

Una vez iniciado el tratamiento se presentó una situación de consumo excesivo ante lo cual se complementaron los planes de acción elaborados durante el tratamiento. Manifiesta sentirse más autoeficaz para manejar situaciones de riesgo y no consumir en exceso. La usuaria se siente apoyada por su pareja y familiares cercanos, quienes constantemente refuerzan su decisión para el cambio.

Ante a las situaciones de riesgo a las que se ha enfrentado no ha tenido complicaciones para llevar a cabo sus planes de acción y durante el tratamiento se ha observado latente la decisión de consumir con moderación. De modo que ahora es capaz de identificar los precipitadores y los factores protectores entre los que su pareja representa un papel elemental.

Considero que dentro de las causas por las cuales este tratamiento resulto efectivo se encuentran las características de la usuaria, tales como ser bebedora problema, no presentar dependencia y no haber recibido ningún tratamiento previo para el consumo. Otro aspecto importante a considerar es retomar la asociación del estado de disposición al cambio en este caso ACCIÓN y las características de la usuaria, ya que esta contaba con una gran capacidad de planeación y una adecuada capacidad de análisis.

Destacando entonces la importancia de que los usuarios cubran los criterios de inclusión establecidos por cada programa.