



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**“APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS (PEREU) EN UN USUARIO DEPENDIENTE
AL ALCOHOL”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

TERESITA CABRERA ARTEAGA

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

COMITE: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ SOSA

DRA. SILVIA MORALES CHAINE

MTRA. GUILLERMINA NATERA REY

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedico el presente reporte a mi familia. Mil Gracias por impulsarme siempre a seguir adelante, creer en mí y estar conmigo en todo momento.

Gracias mami linda por ser mi compañera, por compartir conmigo los logros, malos momentos, preocupaciones, desmañanadas, pero sobre todo por no dejarme rendir nunca. Gracias por enseñarme a luchar por lo que deseo y no rendirme ante las dificultades.

Gracias Rosy porque sin tu apoyo no sería hoy la profesionista que soy, por estar en mi vida y haberme dado a Gabriel, Meche y aurora, esos tres ángeles que me alegan la vida. Los amo.

Comparto también contigo Alex éste logro, porque gracias a esta etapa de mi vida conocí al gran ser humano que eres, gané un verdadero amigo, pero sobre todo encontré al hombre que amo... Gracias por estar amor, con lo que eso implica.

Y como no agradecerte a ti Cheloveco. No hay palabras para reconocerte todo lo bueno que hiciste en mi vida amigo. Gracias por todo lo que me enseñaste, por lo compartido, pero sobre todo por tu amistad invaluable, porque sin ella esta maestría no hubiera sido igual.

Muchas gracias a Any y Euni por los momentos compartidos, por las reconfortantes tardes de café y por su constante apoyo.

No puedo dejar de lado el agradecer a una gran profesionista que me ha otorgado su amistad, que me enseñó que vale la pena apoyarte en otros para aprender, sin importar su grado académico. Mil gracias Neye por tu apoyo.

Muchas gracias al Dr. Quiroga, Dr. Vite y a ti Lupita por motivarme y apoyarme en mi formación profesional.

Agradezco también a mi comité, por su apoyo para concluir el presente reporte.

Por último, agradezco también a todos los usuarios por permitirme aprender con ellos y enseñarme que aún en situaciones muy difíciles siempre se puede estar mejor si se desea y se tiene empeño en lograrlo.

Al hombre se le puede arrebatar todo menos la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino para decidir su propio camino ya que el hombre tiene la capacidad de decisión interior cuando las circunstancias externas anulan o limitan su libertad de elegir su comportamiento externo, porque aún bajo circunstancias trágicas tiene la libertad de decidir quién quiere ser- espiritual y mentalmente. Porque vivir significa responder responsablemente a las circunstancias que la existencia plantea y puede decidirse si se cede o resiste ante estas.

(Viktor Frankl).

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	11
1.1. EPIDEMIOLOGÍA	11
a) Ámbito internacional	11
b) Ámbito nacional	12
1.1. Consumo de tabaco	13
1.1.2. Consumo de alcohol	15
1.1.3. Consumo de drogas ilegales	17
1.2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	21
1.2.1 Factores del individuo	22
1.2.1.1. Factores de riesgo	22
1.2.1.2. Factores de protección	27
1.2.2. Factores familiares	28
1.2.2.1. Factores de riesgo	28
1.2.2.2. Factores de protección	29
1.2.3. Factores escolares	30
1.2.3.1. Factores de riesgo	30
1.2.3.2. Factores de protección	31
1.2.4. Factores de los compañeros e iguales	31
1.2.4.1. Factores de riesgo	31
1.2.4.2. Factores de protección	32
1.2.5. Factores comunitarios	32
1.2.5.1. Factores de riesgo	32
1.2.5.2. Factores de protección	34
1.3. PROBLEMAS ASOCIADOS AL COSUMO DE SUSTANCIAS	35

	PÁG.
1.4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA	37
1.4.1. Condicionamiento Clásico	38
1.4.2. Condicionamiento Operante	39
1.4.3. Teoría del Aprendizaje Social	40
1.5. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS	45
1.5.1. Intervenciones y Tratamientos Breves	45
1.5.2. Entrevista Motivacional	47
CAPÍTULO II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS	51
2.1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	51
2.1.1. Escenarios	53
2.1.2. Instrumentos	54
2.1.3. Participantes	62
2.1.4. Procedimiento	64
2.1.5. Resultados	68
2.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL PARA FUMADORES	70
2.2.1a. Escenarios	72
2.2.2a. Instrumentos	73
2.2.3a. Participantes	76
2.2.4a. Procedimiento	77
2.2.5a. Resultados	77
2.2.1b. Escenarios	78
2.2.2b. Instrumentos	78
2.2.3b. Participantes	78
2.2.4b. Procedimiento	80
2.2.5b. Resultados	80

	PÁG.
2.3. PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS (PSC)	81
2.3.1. Escenarios	88
2.3.2. Instrumentos	88
2.3.3. Participantes	95
2.3.4. Procedimiento	106
2.3.5. Resultados	107
2.4. CONCLUSIONES	108
CAPÍTULO III. REPORTE DE CASO	118
3.1. Motivo de consulta	118
3.1.2. Evaluación por medio de cuestionarios	120
3.2. Recursos disponibles y déficits	129
3.3. Diagnóstico	130
3.4. Tratamiento	130
3.4.1. Desarrollo por sesión	138
3.5. Resultados	194
3.6. Seguimientos	195
3.7. Entrevista con el colateral	205
CONCLUSIÓN GENERAL	208
REFERENCIAS	210

RESUMEN

Este reporte tiene como objetivo presentar una revisión breve de la literatura relacionada con las adicciones, mostrar los resultados logrados en la aplicación de los Programa de Intervención y Tratamiento Breve aprendidos durante la Maestría con Residencia en Psicología de las Adicciones, así como demostrar las competencias adquiridas durante la misma.

Por último, se describe un estudio de caso, el cual detalla la aplicación del programa Prevención estructurada de recaídas para estudiantes y trabajadores universitarios con problemas de alcohol y otras drogas (PEREU) en un usuario varón dependiente al alcohol, el cual solicitó tratamiento debido a que deseaba abstenerse de beber, y que consumía un promedio de 19 copas por ocasión quincenal, llegando a la intoxicación generalmente. Sus principales disparadores eran: el probar auto-control, las emociones desagradables (especialmente enojo) y la presión social. El menor nivel de auto-eficacia se relacionaba con los momentos agradables con otros, probando auto-control, los impulsos y tentación. La intervención consistió en 18 sesiones semanales; en la que se proporcionaron las destrezas de Rechazo del alcohol y otras drogas, Manejo del enojo, Relajación, Enfrentar la ansiedad, Asertividad, Enfrentamiento de los deseos intensos, Apoyo social, Manejo del malestar físico, y Solución de problemas. Al finalizar el tratamiento se observó una disminución muy importante en todas las subescalas; siendo las más importantes las de Probando auto-control, Emociones desagradables y la Presión social (disminución de 53%, 43%, y 40% respectivamente). Con respecto al nivel de auto-eficacia se observó un incremento en la mayoría de las subescalas, siendo las de mayor cambio las de Probando auto-control, Momentos agradables con otros, e Impulsos y tentación (45%, 38% y 35% respectivamente). A los 24 meses después de concluir el tratamiento el usuario se mantuvo en abstinencia; las situaciones de riesgo de consumo se mantuvieron en 0% en todas las situaciones, y se observó un nivel de auto-eficacia del 100% en todas las subescalas.

INTRODUCCIÓN

Como es sabido, los problemas de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales son actualmente un problema de salud de gran importancia en el mundo entero, volviéndose más complejo de resolver conforme pasan los años debido al gasto que causan las consecuencias que se asocian a el.

En nuestro país, estudios epidemiológicos (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], 2008) han señalado que esta problemática ha incrementado. Así, respecto al consumo de tabaco, se ha observado que cerca de 14 millones de mexicanos (18.5% de la población) son fumadores activos, un 17.1% lograron ser ex fumadores, y solamente el 64.4% de los mexicanos refirió no haber fumado.

En cuanto al alcohol, se sabe que 8 de cada 1000 personas consume diario alcohol o casi diario, por lo que se sigue presentando un patrón de consumo de grandes cantidades por ocasión entre los mexicanos, al ser reportado por 26 828 893 personas. Casi 4 millones bebe grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (siendo considerados usuarios *consuetudinarios*), presentando abuso/dependencia el 5.5% de los encuestados (Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz e Instituto Nacional de Salud Pública [SS, CONADIC, INPRFM, INSP], 2008).

Con respecto a las drogas ilegales y médicas, de acuerdo a la ENA (2008), se indica que su consumo aumentó de un 5% en 2002 a un 5.7% en el 2008. El consumo de las drogas ilegales aumentaron de 4.6% a 5.2%, y el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

El 5.7% de la población reportó haber usado *alguna vez en la vida* drogas ilegales, inhalables, o medicamentos con potencial adictivo, fuera de prescripción. De esta forma, la incidencia de consumo se comportó de la siguiente manera: la marihuana es la más consumida con un 4.2%, le siguió la cocaína con 2.4% (reportándose el consumo de crack en la cuarta parte de los usuarios), en tercer lugar se situaron los inhalables (0.7%), seguidos por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

Como se puede observar, el número de usuarios de drogas (tanto legales como ilegales) va en aumento, siendo uno de los problemas de salud más importantes en el país y en el mundo por los problemas que se les asocian. Entre éstos se pueden señalar desde ingresos a salas de urgencias hasta afectaciones graves (problemas cardíacos, respiratorios, cerebro-vasculares, digestivos, reproductivos, y diversos trastornos psiquiátricos) las cuales requirieren de gran inversión económica para su atención. También se observan problemas de índole familiar, legales, y económicos, esto último al darse una pérdida del ingreso que pudieron aportar al país aquellas personas que han quedado discapacitadas laboralmente debido al consumo de alguna sustancia (SS, et al., 2008).

Por todo lo expuesto hasta este momento, es importante contar con recursos (tanto instrumentales como humanos) para prevenir y tratar las adicciones con la finalidad de evitar los problemas asociados a éstas.

Dentro de las intervenciones enfocadas a la atención de consumo de sustancias, las que han demostrado ser más eficaces son aquellas de corte cognitivo-conductual, ya que están dirigidas a ayudar a que los consumidores de drogas logren abstenerse o moderar el consumo y a mantenerse sin reincidir, además de que son compatibles con otros tratamientos (como la farmacoterapia). Entre ellas destacan las Intervenciones y Tratamientos Breves, las cuales están

sustentadas en información científica y confiable. Algunas de estas han sido adaptadas a la población mexicana, encontrándose muy buenos resultados.

Con la finalidad de formar recursos humanos que hagan frente al problema de las adicciones, la UNAM desarrolló la Residencia en Psicología de las Adicciones, la cual integra Intervenciones y Tratamientos breves de corte Cognitivo-Conductual y Motivacional con evidencia científica. Este programa consolida la formación mediante la práctica clínica, a partir de casos reales a ser atendidos por el estudiante, con la debida asesoría de otros profesionales del área.

Capítulo I. MARCO TEÓRICO

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

a) Ámbito internacional

El consumo de sustancia, desde hace varias décadas, es un problema de suma importancia a nivel mundial debido a que a que suele estar relacionado con problemas importantes en aspectos de salud, y sociales que generan costos económicos importantes.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] en 2002, 4.3% de la población mayor de 15 años del mundo (185 millones de personas) eran usuarios de drogas, mientras que en México la proporción de usuarios de la población de 12 a 65 años era inferior (1.68%); es decir por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México.

La droga ilegal de más consumo en el mundo y en México era la marihuana (por cada 5.8 usuarios en el mundo hay uno en nuestro país), seguida de la cocaína (por cada usuario de cocaína en el mundo hay 1.75 en México) (ver tabla 1).

Al comparar los índices de consumo por países, se observa un porcentaje más bajo de consumo de marihuana en México; sin embargo, con respecto al consumo de cocaína, éste era superior al observado en Europa del Este, en África y en Asia (Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñís e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [SS, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI], 2002).

ÍNDICE DE CONSUMO DE COCAÍNA Y MARIJUANA POR PAÍSES		
	% DE USUARIOS DE COCAÍNA	% DE USUARIOS DE MARIJUANA
CANADÁ	1.0	8.9
E. U .	2.6	8.3
MÉXICO	0.3	0.6
SUDAMÉRICA	2.0	4.7
EUROPA DEL ESTE	0.1	3.3
EUROPA OCCIDENTAL	0.9	6.4
ÁFRICA	0.2	8.1
ASIA	0.01	1.6

Tabla 1. Índice de consumo de cocaína y marihuana en el mundo.

FUENTE: ENA 2002. SS, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI

b) Ámbito nacional

Aunque el consumo de sustancias en nuestro país suele ser menor al de otros del mundo, es importante estar al tanto de la epidemiología de las principales drogas (tanto legales como ilegales) en nuestro país, para así poder conocer las características de los no consumidores y consumidores, y de esta manera poder planear estrategias para hacer frente al problema de consumo de sustancias en México y evitar los problemas asociados a él.

Para conocer la epidemiología en adicciones en nuestro país, se han realizado, desde 1988, cinco encuestas nacionales sobre este tema, siendo los datos más reciente los informados en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008. Los datos más relevantes al respecto se describen a continuación.

1.1. Consumo de tabaco

De acuerdo a la ENA (2008), el 35.6% de los mexicanos de las zonas urbanas reportó haber consumido tabaco *alguna vez en su vida*; presentándose en un 48.8% de los hombres y 23.4% de las mujeres.

Cuando se comparó el consumo por grupo de edad, se observó que un 14.9% de los adolescentes y 40.2% de los adultos respondieron haber probado tabaco alguna vez en su vida. También se encontró que la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años; observándose que entre los adolescente fue de 13.7 años y en la adulta de 17.4 años.

Al explorar las razones por las que los consumidores iniciaron a fumar, se encontró que las dos más importantes fueron la curiosidad (60% de los hombres y mujeres) y la convivencia con fumadores (29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres).

El 17.2% de los encuestados señaló haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida. Cuando se compara por grupo de edad, un 2.5% de los adolescentes y el 20.4% de los adultos respondieron haber fumado esta cantidad a lo largo de su vida (SS, et al., 2008).

Entre la población de 12 a 65 años, se encontró que 18.5% son *fumadores activos* (es decir, personas que fumaron durante el *último año*) presentándose en el 20.4% de la población urbana adulta.

La prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana masculina es de 29.8% y en la femenina en un 11.8%. Cuando se comparó por grupo de edad, el 10.2% de los adolescentes y un 22.5% de los adultos del área urbana respondieron haber fumado durante el último año.

Los fumadores activos, en promedio, inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años de edad; siendo la de 13.7 años para el caso de los adolescentes y de 16.8 años para los adultos. Con respecto al género, los hombres iniciaron el consumo diario a los 16 años y las mujeres, a los 18 años. En promedio, este grupo de fumadores consumía 7 cigarrillos al día; los adolescentes 5 cigarrillos y los adultos siete. El 85.3% de los fumadores activos consumió menos de 16 cigarrillos al día; 11.7% de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (SS, et al., 2008).

El 3.2% de los adolescentes y 11% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse.

Al investigar sobre qué tan difícil les sería abstenerse de fumar en lugares públicos, el 9.6% de los adolescentes y 12.3% de los adultos contestaron que les sería difícil.

También se observó que sólo el 42.3% de los adolescentes y el 51.3% de los adultos han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron fueron: dejar de fumar súbitamente (49.9% de los adolescentes y 59.4% de los adultos); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes y 15.8% de los adultos), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes y 12.1% de los adultos).

Solamente el 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. El 52.4% de los adultos de 18-65 años señaló estar de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, el uso de chicles, parches con nicotina y Bupropión le ayudaría a hacerlo. Finalmente, 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas mencionadas (SS, et al., 2008).

El 17.1% de la población nacional y el 18.4% de la población urbana son *ex fumadores*; es decir, personas que fumaron alguna vez en la vida pero dejaron de fumar hace más de un año. La edad promedio de ellos fue de 27.7 años de edad (29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres). Fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día (9.6 cigarros los hombres y 6.4 cigarros en el caso de las mujeres). Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar fueron tener conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4% de los casos) (SS, et al., 2008).

El 64.4% de los encuestados reportó *nunca haber fumado* en la vida (siendo el 51.2% hombres y 76.6% mujeres). Esto se reflejó en el 85.1% de la población adolescente y un 59.8% de la población adulta. Siendo un 61.1% de los casos de la población urbana (48.4% hombres y un 72.9% mujeres) (SS, et al., 2008).

1.1.2. Consumo de alcohol

De acuerdo con la ENA 2008, sólo una muy pequeña porción de la población reportó consumir diario alcohol o casi diario (8 de cada 1 000 personas), siendo más frecuente entre los hombres (7.5 hombres por cada mujer). Este tipo de consumo tiende a aumentar con la edad (3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años en comparación con los de entre 18 y 29 años).

En cuanto a la preferencia de las bebidas, la cerveza fue la más consumida por la población mexicana, seguida de los destilados, el vino de mesa y las bebidas preparadas; el pulque fue consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece; el consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres (SS, et al., 2008).

Al analizar el tipo de bebidas consumidas por la población adulta se observó que el consumo de cerveza, destilados, vino y de bebidas preparadas ocurrió con

mayor frecuencia entre la población de entre los 18 y los 29 años de edad; las bebidas preparadas disminuyeron en forma importante después de los 29 años; el mayor consumo de pulque ocurre entre los mexicanos de entre los 30 y 39 años de edad; y el consumo de aguardiente y alcohol de 96° aumentó con la edad. En cuanto a los adolescentes, estos suelen preferir las bebidas preparadas.

El *patrón típico de consumo* del mexicano es de grandes cantidades por ocasión de consumo (26 828 893 personas de entre 12 y 65 años). El abuso se presentó entre el 45.3% de los hombres y el 16.5% de las mujeres de la población adulta; mientras que entre los adolescentes sucedió en el 11% de los hombres y el 7.1% de las mujeres.

Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (siendo considerados usuarios *consuetudinarios*). Presentándose esta forma de consumo en el 11% de los hombres y el 1.7% de las mujeres adultas; mientras que en el caso de los adolescentes, el 2.2% de los hombres y el 0.9% de las mujeres son bebedores consuetudinarios. Cabe señalar que esta manera de beber está aumentando entre las mujeres, especialmente entre las adolescentes (1 mujer adolescente por cada 1.9 adultas) y es menor que la que se observó entre los hombres (1 adolescente por cada 5 adultos).

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden conforme aumenta la edad. Algo muy importante de señalar es que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta.

La proporción de la población que presentó abuso/dependencia al alcohol fue del 5.5 % (9.7% de los hombres y el 1.7% de las mujeres). Dicha situación se dio en el 6.1% de la población adulta (11.1% de los hombres y un 1.6% de las

mujeres) y el 2.9 % de los adolescentes (3.6% de los varones y 2.1% de las mujeres).

Cabe señalar que el Distrito Federal se reportó entre los estados que presentaron los mayores índices de consumo alto de alcohol; así como de los de mayor índice de abuso/dependencia (tanto en hombres adolescentes y adultos como en las mujeres adultas).

Con todo lo anterior, se puede concluir que una proporción significativa de la población requiere tratamiento y una aún mayor necesita educación para aprender a moderar el consumo de alcohol y evitar los periodos de consumo excesivo que se asocian con problemas (SS, et al., 2008).

1.1.3. Consumo de drogas ilegales

Con respecto a las drogas ilegales y médicas, la ENA 2008 indica que el consumo de estas entre los mexicanos aumentó de un 5% en 2002 a un 5.7% en el 2008. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6% a 5.2%, y el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Al analizar los datos por género, se observó que el consumo de drogas ilegales era mayor en los hombres (4.6 hombres por cada mujer), presentándose un aumento en comparación con los datos del 2002; entre los hombres el consumo pasó de 8.0% a 8.8% y entre las mujeres se duplicó al pasar de 1% a 1.9% en el 2008 (esto debido posiblemente a un mayor índice de crecimiento de la población femenina).

El total de la población que reportó haber usado *alguna vez en la vida* drogas ilegales, inhalables, o medicamentos con potencial adictivo, fuera de

prescripción (es decir, la incidencia acumulada) entre la población de 12 a 65 años en nuestro país es de 5.7%. El consumo se presentó en el 9.1% de los hombres y el 2.6% de las mujeres, dándose en una razón de 3.5 hombres por cada mujer.

Al analizar los datos por grupos de edad, se observó una mayor proporción de consumidores entre la población de 18 a 34 años en ambos sexos (12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres). En el caso de los varones, el grupo de 35 años o más (8.6%) y los adolescentes de 12 a 17 años (3.7%) son los que reportaron mayor consumo. Para las mujeres, la incidencia se dio por igual entre las adolescentes y las que tienen 35 años o más de edad (2.1% en cada caso).

La *prevalencia anual* fue de 1.6%. El porcentaje aumentó a 2.5% cuando sólo se consideró a los hombres y a 3.4% entre los hombres jóvenes de entre 18 y 34 años.

Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquellos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquéllos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuyó conforme aumentaba la edad (1% entre aquellos de 18 a 34 años y 0.4% entre las mayores de 35 años).

En cuanto al *consumo en los últimos 30 días*, los resultados indicaron que 62 de cada 100 casos activos fumaron tabaco durante este periodo. De estos consumidores, se mostraron diferencias entre hombres y mujeres, siendo menores entre los adolescentes. Entre la población adolescente el consumo se dio en una relación de 1.8 hombres por cada mujer, aumentando la razón entre los adultos (5.8 hombres por cada mujer y a 6 en el grupo de mayores de 35 años).

En cuanto a la incidencia de consumo de la sustancia, la marihuana es la que se reportó en primer lugar al ser consumida por el 4.2%, seguida por la cocaína con 2.4% (reportándose el consumo de crack en la cuarta parte de los usuarios). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1.

Los hombres de entre 26 y 54 años de edad fueron los que presentaron la mayor incidencia acumulada en relación con todas las drogas.

El consumo de cocaína, crack y metanfetaminas era mayor entre las mujeres de entre 12 y 25 años, presentándose una menor historia de consumo en este grupo, especialmente de las sustancias de más reciente introducción al país.

Con respecto al consumo de drogas médicas, los hombres también aventajaron a las mujeres. Ambos prefirieron los tranquilizantes y aquéllos de entre 26 y 34 años de edad son los que más habían usado este tipo de sustancias. Entre las mujeres, el mayor consumo se observó entre las mayores de 35 años. Los datos señalaron una historia más reciente de incorporación de los hombres al consumo de este tipo de sustancias.

El Distrito Federal se encontró por encima del promedio nacional en el consumo de marihuana, cocaína y estimulantes (de tipo anfetamínico); estando también entre los 17 estados donde se detectó consumo de heroína.

La edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inició antes de los 18 años. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez

antes de los 18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años.

Las drogas que reportaron un inicio de consumo más temprano (antes de los 18 años) fueron los sedantes (50.9%), la marihuana (55.7%), los inhalables (63.3%), y las metanfetaminas (46.5%). Por su parte, los estimulantes usados fuera de prescripción reportó iniciar su consumo frecuentemente entre los 18 y los 25 años (35.9%), a esta edad también se solía iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%), y heroína (45.7%). Casi la misma proporción de las personas que notificaron el uso de crack iniciaron antes de los 18 años (42.2%) y entre los 18 y 25 años (41.9%). Solamente 6.9% de los usuarios informó haberse iniciado en el uso de drogas entre los 26 y los 34 años, y 3.3% después de esta edad. Las drogas médicas usadas fuera de prescripción y la heroína mostraron índices de inicio relativamente más elevados que otras drogas (SS, et al., 2008).

Con la finalidad de determinar si un inicio temprano del uso de estas sustancias tenía una relación con el uso de otras drogas se analizó la relación entre la edad de inicio de consumo de tabaco y de alcohol y la probabilidad de usar otras drogas, confirmándose que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol antes de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. En conjunto, 17% de quienes fumaron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas; esto ocurrió solamente en 6.9% de quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años, y en 1.4% de quienes fumaron después de los 26 años. El 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con sólo 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años.

En el caso de la cocaína, el 7.6% de los consumidores fumó antes de la mayoría de edad contra 3.8% de los que lo hicieron entre los 18 y 25 años; esta misma tendencia se observa para todas las drogas.

La misma situación se observó para el alcohol: 15.8% de quienes bebieron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas. Lo cual ocurrió únicamente en 4.7% de quienes empezaron a beber entre los 18 y 25 años y en 1.2% de quienes lo hicieron después de los 26 años.

Con respecto a la solicitud de tratamiento, de acuerdo a la ENA del 2008, sólo el 16.1% de los usuarios acudió a tratamiento, siendo los grupos de ayuda mutua los recursos más utilizados (11.6%), seguido de la atención psicológica (5.5%) y psiquiátrica (4%).

En cuanto a las necesidades de programas preventivos y de tratamiento para usuarios de drogas ilegales, se observó que se requieren programas de prevención tanto para el 80.7% de la población que no consume, como para el 13.6% de los mexicanos que presentan exposición a las drogas sin presentar consumo. Además, el 5.2% de los usuarios que no presentan dependencia requieren intervenciones selectivas e indicadas, y el 0.6% de los usuarios dependientes necesitan tratamientos especializados (SS, et al., 2008).

1.2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Debido a la alta prevalencia de consumo de sustancias, es de vital importancia conocer los factores de riesgo y de protección de consumo para así poder prevenir el uso, abuso y dependencia a las sustancias.

Se entiende por *factor de riesgo* “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del

uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15).

Por *factor de protección* se entenderá “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16).

Aunque la literatura señala una gran variedad de factores asociados al consumo, para fines prácticos, se agruparán estos en aquellos relacionados con la persona, la familia, la escuela, los factores relacionados con los compañeros e iguales y los comunitarios.

1.2.1. Factores del individuo

1.2.1.1. Factores de riesgo:

Dentro de este grupo de factores de riesgo se ha señalado a la **predisposición o vulnerabilidad biológica**, la cual ha sido ampliamente estudiada.

Estudios señalan mayores tasas de trastornos por uso de alcohol entre los hijos de alcohólicos (35%) comparados con los hijos de no alcohólicos (16%) en una amplia muestra de estudiantes universitarios (Pullen, 1994; Rodney & Rodney, 1996).

Estudios de adopción han encontrado que los hijos de alcohólicos tienen un mayor índice de alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción, llegándose a una probabilidad de 3 a 4 veces mayor entre los primeros (Institute of Medicine, 1994).

Además se han señalado como factores de riesgo a los **factores constitucionales**. Dentro de ellos se señala la presencia de dolor o de alguna enfermedad crónica, ya que las personas que tienen problemas de salud mental que utilizan estas drogas pueden emplearlas para automedicarse o reducir el estado que les produce la enfermedad (como en el caso de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la ansiedad social, etc.) (Becoña y Lorenzo, 2001).

La **psicopatología y trastornos de personalidad** son de los aspectos más importantes relacionados con el consumo de drogas como factores de riesgo. A pesar de que se han analizado muchos rasgos de personalidad, sólo unos pocos han resultado significativos para explicar una parte del consumo de drogas. Una de ellas es la **conducta antisocial**, la cual se ha asociado sistemáticamente con el consumo de drogas (Becoña y Vázquez, 2001; Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García-Fernández, et al., 2007; López y Rodríguez-Arias, 2010; Sussman, Unger & Dent, 2004; Young, Sweeting & West, 2008).

En diversos estudios también se ha encontrado una relación entre **depresión** y el consumo de drogas (Chassin, Hussong, Barera, Molina, Trim, & Ritter, 2004; González-González, Juárez, Solís, González-Forteza, Jiménez, A., Medina-Mora, et al., 2012; Griesler, Hu, Schaffran & Kandel, 2011; López, et al., 2010; Zumiga y Farias, 2002).

En el caso del tabaco, estudios de seguimiento de 1 a 9 años confirman la relación entre consumo y depresión, sin encontrar diferencias por sexo y sin relación causal; es decir, cualquiera de las dos puede presentarse primero y existen factores de vulnerabilidad genética y ambiental en ambos (Schepis & Rao, 2005).

También se ha señalado que la presencia de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, se han asociado al consumo de drogas en la medida en que éstas constituyen una forma fácil y rápida para experimentar

sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno gracias a sus efectos sobre el Sistema Nervioso (Galaif, Sussman, Chou & Wills, 2003; Marmorstein & Lacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland & Knight, 2003; Silberg, Rutter, D'Onofrio & Eaves, 2003; Wu, Lu, Sterling & Weisner, 2004). Así mismo, el consumo de sustancias puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Eftekhari, Turner & Larimer, 2004; Huebner, Shettler, Matheson, Meszaros, Piercy & Davis, 2005; Shoal, Castaneda & Giancola, 2005).

Por su parte, el National Institute on Drug Abuse ([NIDA], 2007), señaló que 6 de cada 10 personas que presentan desorden de uso de sustancias también padecen algún trastorno mental; lo cual no significa una relación causal. Pacientes que tienen trastornos de uso de sustancias presentan una comorbilidad 2 veces mayor de trastornos del humor y ansiedad en comparación con personas que no usan sustancias.

Los trastornos de **ansiedad** también se han asociado al consumo de sustancias. Diversos estudios sugieren proporciones superiores de desórdenes de uso de sustancia entre los pacientes de desorden de ansiedad (Becoña y Míguez, 2004; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Griesler, et al., 2011; Hayatbakhsh, Najman, Jamrozik, Mamun, Alati & Bor, 2007; NIDA, 20011; Patton, Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey & Hall, 2002; Wittchen, Frohlich, Behrendt, Günther, Rehm, Zimmermann, et al., 2007).

Cabe señalar que debido a que muchos de los efectos de las drogas sobre el Sistema Nervioso tienen relación con sensaciones de relajación o de bienestar, el presentar dificultades para controlar la sensación de ansiedad que genera el ambiente se ha considerado otro factor de riesgo de consumo de drogas

Otro de los trastornos asociados al consumo de sustancias es el de **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**. Investigaciones realizadas revelan una clara relación entre trastornos por déficit de atención con hiperactividad y consumo de diferentes sustancias (Belsasso, Juárez y Pontón, 2007; Kollins, McClernon & Fuemmeler, 2005; Ohlmeier, Peters, Wildt, Zedler, Ziegenbein, Wiese, et al., 2009; Wilson & Levin, 2005).

Como se puede observar, la presencia de comorbilidad entre estos trastornos señala la necesidad por identificarlos, evaluarlos, y tratar ambos desórdenes simultáneamente, ya que los pacientes que los padecen a menudo presentan los síntomas más severos que aquellos que no presentan alguno de los trastornos. Incluso, personas cuya comorbilidad no ocurre simultáneamente son más vulnerables al abuso de drogas subsecuente y ese abuso de drogas constituye un factor de riesgo para los desórdenes mentales. Por consiguiente, el diagnóstico y tratamiento de un desorden reducirá el riesgo probablemente para el otro, o por lo menos mejora su pronóstico (NIDA, 2007).

Otro factor de riesgo que se ha identificado es el **déficit en habilidades de autocontrol** debido a la dificultad para reflexionar acerca de las consecuencias de sus propias acciones, la prioridad que dan a la gratificación inmediata o el valor que le conceden a la eliminación parcial de aquello que les resulta aversivo, lo cual es sin duda uno de los aspectos reforzantes del consumo de drogas (Benda, 2005; Butters, 2004; Sussman, McCuller & Dent, 2003; Wills, Gibbons, Gerrard, Murry & Brody, 2003).

Otro factor de riesgo señalado por la literatura es la falta de **habilidades sociales**. Para que los individuos establezcan una relación adecuada y satisfactoria con su ambiente social es necesario que dispongan de una serie de habilidades que les permitan hacerlo (como son las habilidades para saber hacer y recibir cumplidos, iniciar o terminar conversaciones, presentarse adecuadamente, pedir disculpas, preguntar el por qué de su conducta a otro,

negarse a peticiones injustificadas, defender los propios derechos, rechazar un consumo, tomar decisiones, etc.) (Arrellánez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004; Epstein, Griffin, & Botvin, 2000; Felipe, León, Gonzalo y Muñoz, 2004; Griffin, Botvin, Scheier, Epstein & Doyle, 2002).

También se ha visto que es un factor de riesgo el no contar con **habilidades emocionales** ya que éstas permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva (Stenbacka, 2003).

Uno de los factores más señalados por las investigaciones son los **preconceptos y valoraciones positivas** que la persona pueda tener **hacia las drogas**. Se ha observado que los preconceptos y la valoración que tiene una persona de las drogas, la baja percepción de riesgo frente a ellas, de sus efectos y consecuencias, los convierte en un importante factor de riesgo (Butters, 2004; Chabrol, Massot & Mullet, 2004; Fok & Tsang, 2005; Rohsenow, Colby, Martin & Monti, 2005).

También se ha señalado que una **actitud positiva hacia el consumo de drogas** predispone favorablemente al individuo hacia su consumo, porque la actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta y el tener una actitud favorable hacia el consumo de drogas influye a que dicho consumo se produzca. Cabe señalar que se ha observado una actitud más favorable por parte de los varones que las mujeres al consumo (López, et al., 2010).

Otro aspecto señalado como factor de riesgo es el **consumo de drogas tempranamente** (López, et al., 2010), siendo especialmente significativo el inicio de drogas legales al ser puente del consumo de drogas ilegales (Vargas y Trujillo, 2006).

El **uso de tiempo libre** también se ha señalado como factor de riesgo. Emplear el tiempo libre en actividades facilitadoras del consumo de drogas (por ejemplo, pasar mucho tiempo en bares) o de forma poco satisfactoria para el individuo (por ejemplo, pasar mucho tiempo aburrido o sin hacer nada) puede aumentar la probabilidad de implicarse en el consumo de drogas (Becoña, 2007; Gil, 2008).

Con la difusión de las drogas con diversión, con frecuencia se asocia una con la otra, al buscar en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer en la diversión. Este es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud, y disminuye en la vida adulta (cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades de adulto al tener un trabajo, formar una familia, tener hijos, etc.) (Becoña, 2007).

El **paso de la adolescencia a la adultez** también se ha señalado como un factor de riesgo de consumo. Se sabe que el cerebro de los adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, es por ello que tendrían más propensión a tomar riesgos. Su condición de adolescentes les permite cuestionar el mundo de los adultos y, en este sentido, son una promesa de cambio social (SS, et al., 2008).

1.2.1.2. Factores de protección

Dentro de los factores de protección, referentes al individuo, se han señalado la religiosidad ya que con ella se puede obtener apoyo social, encontrar un significado para el desarrollo de su identidad, facilitar el apego social y necesitar menos otro tipo de grupos, especialmente aquellos que consumen drogas (Stylianou, 2004).

Las creencias en el orden moral y las habilidades sociales también se han señalado como factores protectores (Botvin & Griffin, 2004; López, et al., 2010; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streker & Strackpole, 2000; Sussman, et al.,

2004). Igualmente se ha visto que los jóvenes que practican un deporte en forma regular suelen contar con niveles elevados de autoestima, mayor autovaloración positiva de la imagen corporal y mayor desarrollo de habilidades para trabajar en equipo, lo cual les ayudaría a protegerse de un consumo de sustancias (Rodríguez & Audrain-McGovern, 2005).

1.2.2. Factores familiares

1.2.2.1. Factores de riesgo

El abuso de alcohol en la familia es un factor de riesgo importante, ya sea por la carga genética o por los patrones de crianza. Se ha observado que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de drogas si su padre o hermano(s) las usan (SS, et al., 2008).

Respecto a los factores de riesgo familiares Petterson, Hawkins & Catalano (1992) consideran 3 factores fundamentales:

- a) **Historia familiar de alcoholismo**, ya que se ha observado que niños nacidos o criados en una familia con una historia de alcoholismo tienen mayor riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas.
- b) **Problemas de manejo de familia**, debido a que estrategias de manejo de la familia inadecuadas como la carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementan el riesgo de consumir drogas.
- c) **Uso de drogas por parte de los padres**, puesto que las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Hoy sabemos que distintos **tipos de crianza** de los padres influyen en la conducta de los hijos. Un estilo parental negligente se ha asociado a mayor riesgo de consumo (Becoña, Martínez, Calafat, Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2012).

También se ha señalado que un funcionamiento familiar caracterizado por **patrones negativos de educación y crianza, una actitud negativa hacia la familia, un sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional** enmarcado por el abuso de alcohol u otras drogas en el hogar, está asociado a los primeros consumos en los adolescentes (Macleod, Oakes, Copello, Crome, Egger, Hickman, *et al.* 2004; Mckeganey, Mcintosh & Macdonald, 2003; Wu, *et al.*, 2004).

Otro factor de riesgo que se ha señalado es la **calidad de la relación con los padres**, ya que ésta puede influir en los procesos de selección de amigos consumidores (Engels, Vitaro, Blokland, De Kemp & Scholte, 2004).

También se ha detectado que el consumo de alcohol se favorece con una **percepción y actitud positiva hacia el consumo por parte de parientes** (Brody, Cleveland, Gerrard, Gibbons & Pormery, 2005; East & Khoo, 2005; Gil, 2008).

Finalmente, Díaz y García (2008) señalan que el estar expuesto frecuentemente al consumo de sustancias ilícitas en el hogar, una situación familiar conflictiva y violenta representa un mayor riesgo de consumo de drogas ilegales.

1.2.2.2. Factores de protección

Dentro de los factores de protección, en el área familiar, Becoña (2002) ha señalado el vivir en una familia sin conflictos, con adecuado apego y con actitudes en contra del consumo de drogas, la resiliencia, un estilo de crianza

que facilite un buen desarrollo de la persona, que permita la adquisición de la independencia y presente un buen apego.

Un estilo de crianza caracterizado por la aceptación progresiva de independencia, comunicación abierta, aplicación de reglas flexibles, basada en el apoyo social, el afecto y control son factores protectores ante el consumo de sustancias (Becoña, et al., 2012; Lila y García, 2005; Parke, 2004).

También se ha observado que el tener hermanos, especialmente mayores es un factor protector del consumo (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000).

Otro de estos factores es la consejería en casa en contra del hábito e incluso la prohibición explícita frente al consumo (Schepis, et al., 2005).

Además, el contar con una buena autoestima familiar también reduce el riesgo del consumo de sustancias (Musitu, Jiménez y Murgui, 2007).

1.2.3. Factores escolares

1.2.3.1. Factores de riesgo

Se ha indicado que el **fracaso escolar** es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Chassin, et al., 2004; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; López, et al., 2010).

El **bajo apego a la escuela**, o la falta de interés por la misma, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Díaz, et al., 2008).

La deserción escolar y bajo rendimiento académico ha sido asociado con el consumo de alcohol (Flórez, 2007; Gantiva y Flórez-Alarcón, 2006).

1.2.3.2. Factores de protección

Un factor protector señalado ha sido el contar con una elevada autoestima académica (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; Musitu y Herrero, 2003; Villarreal, Musitu, Sánchez-Sosa y Varela, 2010).

La adopción y reforzamiento de políticas educativas encaminadas a la prevención del consumo de drogas son señaladas como factores de protección escolar (Faggiano & Vigna-Taglianti, 2008).

1.2.4. Factores de los compañeros e iguales

1.2.4.1. Factores de riesgo

Debido a que la influencia de los pares ha sido identificada como el factor de riesgo más consistente, es que también se ha señalado como riesgoso el **realizar actividades con compañeros consumidores**, ya que dicha relación puede aumentar el consumo dado a que el contexto actúa como un estímulo discriminativo y a su vez como un factor reforzante de la conducta (Dorius, Bahr, Hoffman & Lovelady, 2004; Eitle, 2005; Macleod, et al. 2004; Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007). En este sentido, datos de la ENA (2008) señalan que la probabilidad de consumo se incrementa 10.4 veces en los jóvenes cuyo mejor amigo consume alguna sustancia (SS, et al., 2008).

Una de las principales influencias sobre el consumo de drogas está relacionada con la **actitud hacia éstas por parte de las personas significativas** (Donovan, 2004; Henry, Slater & Oetting, 2005). Se ha observado que aunque la persona no tenga factores de riesgo previos hacia el consumo de drogas, el hecho de relacionarse con otras personas que tienen actitudes favorables hacia el consumo de sustancias, o incluso que ya han consumido, aumenta las probabilidades de consumo por modelamiento (Becoña, 2002).

1.2.4.2. Factores de protección

Aspectos que se han señalado como factores protectores son: el apego a los iguales que no consumen drogas (Varela, et al., 2007), tener amigos íntimos no consumidores con actitudes y metas semejantes a las de la persona, ya que se facilita una mayor estabilidad y apoyo emocional, pasando del apoyo emocional de los padres al de los amigos, siendo así más probable un desarrollo más estable (Becoña, 2002).

1.2.5. Factores comunitarios

1.2.5.1. Factores de riesgo

Uno de los factores de riesgo sociales señalados es la **desorganización comunitaria** (es decir, aquel lugar en donde la persona vive y que no cumple normas adecuadas de buena organización) (Hawkins, et al., 1992; Hawkins, et al., 2002).

Debido a que para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, su **disponibilidad y accesibilidad**, son otros factores de riesgo de consumo (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009; Arelláñez, et al., 2004; Hawkins, et al., 1992; Hawkins, et al., 2002; López, et al., 2010).

En México, la reciente Encuesta Nacional de Adicciones (2008) señala que un porcentaje mayor de hombres que de mujeres suelen consumir droga debido a la oportunidad de su consumo (9.1% en varones y 2.6% de las mujeres). También se señala que alrededor de la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas la ha consumido (58% de los hombres y 53.1% de las mujeres).

La misma encuesta indica que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad, y que también presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos.

Un aspecto que también se ha observado, en relación a la accesibilidad de las drogas, es que las generaciones actuales presentan mayor accesibilidad, dando como resultado mayor consumo que las generaciones anteriores, así como índices de dependencia más alto (SS, et al., 2008).

En lo referente a la exposición a la **publicidad** de sustancias, estudios han mostrado que la exposición a dichos mensajes incrementa el riesgo de consumo (Miller, 2005; Vega, 2005) y de la progresión hacia el uso regular, incluso, entre quienes han decidido abstenerse de fumar (DiFranza, Wellman, Sargent, Weitzman, Hipple & Winickoff, 2006). Se ha observado que los jóvenes que son capaces de recordar mensajes comerciales específicos tienen siete veces más probabilidad de ser fumadores regulares que aquellos que no los recuerdan (Sargent, Beach, Adachi-Mejia, Gibson, Titus-Ernstoff, Carusi, et al., 2005).

Otro factor de riesgo que se ha señalado es la **inexistencia de barreras** para el acceso al producto, como la venta a menores de edad, su adquisición en pequeñas cantidades, la obtención por vías no formales (a través de amigos, familiares, jóvenes de mayor edad o adultos), ya que favorecen el uso entre los adolescentes (Alba, 2007).

La **percepción del riesgo sobre una sustancia** que tiene una sociedad es importante, ya que se suele presentar un menor consumo de aquellas sustancias que suelen percibirse como más riesgosas (Kelly, Darke & Ross, 2004; Sim, Jordan-Green, Lee, Wolfman & Jahangiri, 2005).

1.2.5.2. Factores de protección

Dentro de los factores de protección en la comunidad se señala la “resiliencia” al permitir que un porcentaje de personas que han estado sometidas a condiciones de vida extrema no presenten problemas importantes en el futuro si se dan condiciones familiares o sociales (de su entorno) que las amortigüen (Becoña, 2002).

Otros factores protectores son la promoción de la participación de la comunidad en el cumplimiento de leyes vinculadas con la oferta y demanda de drogas (Pentz, 2000).

También se ha demostrado que un aumento del 10% en el precio del tabaco reduce el consumo del 3% al 5% (Liang, Chaloupka, Nichter & Clayton, 2003).

La ventaja de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, bajo nivel educativo y conflictos familiares, los cuales tienen una clara incidencia en el consumo de drogas.

Como se puede observar, existen varios factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias. Sin embargo, cabe puntualizar que aún cuando la probabilidad de consumo de drogas se incrementa claramente a mayor número de factores de riesgo presentes, y disminuye con la presencia de los factores de protección; la relación es más compleja y va a depender de la relevancia de los distintos factores de riesgo y de protección considerados por separado; ya que aunque en teoría parece que todos los factores de riesgo y protección tienen el mismo peso, en la práctica unos son más relevantes que otros. Además, unos factores interactúan con otros o unos priorizan a otros (ej., un sutil control familiar incide sobre qué amigos tiene o puede tener, salidas, etc., lo que hace que ese control facilite la potenciación de otros factores de protección) (Becoña, 2002).

Por ello, es importante desarrollar programas preventivos y de tratamiento que permitan que las personas cuenten con un adecuado apoyo familiar y social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir en asuntos de tipo social, cultural, económico, y escolar para demostrar habilidades y lograr éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas no consumidoras que le sean relevantes para así evitar el consumo de sustancias.

1.3. PROBLEMAS ASOCIADOS AL COSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo de sustancias representa un trastorno, ya que trae consigo gran cantidad de problemas de salud, familiares, laborales, escolares y sociales.

Gran parte de los problemas asociados al consumo de sustancias está relacionada con afectaciones en la salud, las cuales van desde ingresos a salas de urgencias hasta presentar enfermedades graves, requiriéndose gran inversión económica para su atención.

Dentro de las **consecuencias médicas** que pueden desarrollarse con el consumo de alcohol, tabaco o drogas se encuentran problemas cardiovasculares (ataques cardíacos, arterioesclerosis, infartos), respiratorios (paros respiratorios, cáncer pulmonar, bronquitis, enfisema pulmonar, EPOC, etc.), digestivos (gastritis, úlcera, cirrosis, hepatitis; cáncer de boca, laringe, garganta, páncreas, estómago, vejiga, riñón; falla renal, etc.), cerebro-vasculares (convulsiones, embolias, encefalopatías, ataxias) (Brailowsky, 2006; Samet, 2002).

De acuerdo al DSM-IV-TR, el abuso de drogas puede causar trastornos psicóticos, síndromes amnésicos, trastornos del estado de ánimo, trastornos sexuales, trastornos del sueño y trastornos perceptivos (Becoña, 2002).

Taylor y Carroll (2002) señalan, dentro de las consecuencias del abuso de alcohol, una mayor probabilidad de sufrir accidentes automovilísticos, problemas escolares, y encuentros sexuales no deseados, al convertirse en actores o víctimas de una agresión sexual.

Por su parte Castillo y Gutiérrez (2007) al analizar la problemática de los usuarios de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ) en la Ciudad de México, señalan que el 73% reportan presentar problemas familiares, el 42% tienen problemas de salud, 33% señaló tener problemas psicológicos, 29% indicaron problemas laborales, 25% tuvo problemas legales, 19% señaló tener problemas en la escuela, y 13% presentó accidentes o lesiones asociados al consumo de sustancias.

De acuerdo a la ENA 2008, las dificultades más frecuentemente reportadas fueron las detenciones bajo los efectos del alcohol (41 %), seguidas por los problemas con la policía (37%), los problemas familiares (10.8%), peleas (6%), problemas laborales (casi 4%), y pérdida del empleo o estar en la posibilidad de perderlo (1.4%). Cabe señalar que los problemas familiares son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia (SS, et al., 2008).

Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia, en la ENA 2008, tiene más problemas que aquella que no presenta este trastorno (SS, et al., 2008).

Como puede verse, es importante prevenir y tratar las adicciones con la finalidad de evitar los problemas asociados a estas; los cuales no solamente causan daños importantes a los que las consumen, sino también afectan a la sociedad y generan gastos importantes en el mundo.

1.4. CONDUCTA ADICTIVA

Debido a que el consumo de sustancias repercute de forma importante en aspectos biológicos, psicológicos y sociales del usuario, el NIDA ha señalado que un buen tratamiento enfocado al abuso de drogas debe analizar los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y farmacológicos del paciente.

Dentro de los tratamientos enfocados a la atención de consumo de sustancias que la NIDA considera como eficaces se encuentran aquellos de corte cognitivo-conductual, ya que están dirigidos a ayudar a que los consumidores de drogas logren abstenerse y a mantenerse sin reincidir. La premisa detrás de este enfoque es que el proceso de aprendizaje juega un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento del abuso y la dependencia en la droga; pero estos mismos procesos de aprendizaje pueden utilizarse para ayudar a los usuarios a reducir su consumo de drogas y enfrentar exitosamente cualquier recaída. Este enfoque trata de ayudar a los usuarios a reconocer las situaciones que disparan el consumo, evitarlas y aprender a manejar más eficazmente una serie de problemas y conductas relacionadas con el abuso de la droga. Además, esta terapia es compatible con otros tratamientos que el usuario puede requerir, como la farmacoterapia (NIDA, 2006).

Dicho aprendizaje de la conducta de consumo, en los tratamientos de este corte, puede darse por asociación (explicado por el Condicionamiento Clásico), por las consecuencias que le siguen a dicha conducta (Condicionamiento Operante), o por aprendizaje vicario (Teoría del Aprendizaje Social).

1.4.1. Condicionamiento Clásico

De acuerdo con el **Condicionamiento Clásico**, una persona puede aprender la conducta de consumo de sustancias al aparear de forma contingente y repetida un estímulo incondicionado (EI), la droga, que puede elicitar una respuesta incondicionada (RI), los efectos de la sustancia, y un estímulo originalmente neutro (EN), el ambiente (lugares, personas, objetos, etc.), de tal forma que el EN se convierte en un estímulo condicionado (EC) y puede elicitar por si solo la respuesta incondicionada (RI), convirtiéndose en una respuesta condicionada (RC).

El Condicionamiento Clásico permite explicar por qué ex-adictos pueden mostrar síntomas del síndrome de abstinencia meses después de la administración de la última dosis al hablar de sus experiencias con la sustancia. Dicho fenómeno se debería a que los síntomas del síndrome de abstinencia (RI) se habrían emparejado repetidas veces con estímulos ambientales (EC), por lo que ante la presencia de dichos estímulos se elicita la RC (Graña y Carrobles, 1991).

Por otra parte, esta teoría también permite explicar que la tolerancia no sólo depende de la experiencia directa con la droga, sino que también se modula por medio de las señales ambientales que están presentes en el momento de la auto-administración de la sustancia (tolerancia condicionada). La tolerancia conductual se presenta cuando la droga (EI) es administrada y sus efectos (RI) son precedidos por una estimulación ambiental en la que se realiza la administración (EC). Si la RC que elicita la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una respuesta condicionada compensatoria, produce una debilitación progresiva de los efectos a medida de que la RC vaya creciendo. De esta manera, la atenuación de la RC a lo largo de la repetición de la administración de la droga da como resultado la Tolerancia Condicionada (Graña y Carrobles, 1991).

1.4.2. Condicionamiento Operante

Por su parte, el **Condicionamiento Operante** explica la conducta de consumo como una conducta aprendida y mantenida por las consecuencias que le siguen. De esta manera, si el consumo es seguido por un reforzador positivo (es decir, se obtiene una consecuencia agradable como una sensación de ser más atractivo sexualmente, euforia, aceptación social, etc.), o por un reforzador negativo (el retirar una consecuencia desagradable como la reducción de algún malestar como tensión, ansiedad, estrés, depresión, etc.) se incrementa la probabilidad de que dicha conducta se vuelva a repetir en un futuro. En cambio, si el consumo es seguido por un castigo positivo (presencia de una consecuencia negativa como la presencia de ansiedad, depresión, síntomas de abstinencia, alguna sanción, etc.), o un castigo negativo (el retiro de una consecuencia agradable como el acceso a permisos, contar con buena salud, contar con la presencia de personas significativas, etc.) se reduce la probabilidad de que la conducta se repita en un futuro.

Es importante señalar que para que una conducta se aprenda, las consecuencias deben ser contingentes; es decir, la consecuencia debe ser entregada solo después de que la conducta específica (en este caso el consumo) es emitida. De esta manera, existe interdependencia entre los estímulos antecedentes de la conducta–la conducta–y las consecuencias de dicha conducta (es decir, hay una triple contingencia) (Cooper, Heron & Heward, 1987).

De esta manera, el Condicionamiento Operante permite explicar por qué usuarios que presentan el síndrome de abstinencia continúan consumiendo, ya que en esos casos el consumo de la droga funciona como reforzador negativo al retirar los síntomas cuando se vuelve a consumir (Barragán, 2005).

1.4.3. Teoría del Aprendizaje Social

Por otra parte, la **Teoría del Aprendizaje Social (TAS)**, posteriormente denominada Teoría Cognitiva-Social, combina tanto los acontecimientos externos (en los cuales se centra el Condicionamiento Clásico), las contingencias de reforzamiento (propuesta por el Condicionamiento Operante), y los pensamientos, esquemas cognitivos, creencias, actitudes y atribuciones que influyen en los sentimientos y median la relación entre los antecedentes y las conductas (la Teoría Cognitiva) (Llorente Del pozo e Iraurgi-Castillo, 2008). Esta teoría se basa en la premisa de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos (Bandura, 1969, 1977, 1978, 1982, 1986), siendo ésta el producto de el determinismo recíproco entre la conducta-el ambiente-la cognición y otros factores personales; proceso en el que la persona es un agente activo (Bandura, 1986).

De acuerdo a Bandura (1986), la naturaleza humana se define con base en cinco capacidades:

1. La capacidad de simbolización permite observar el ambiente y darle un significado a los eventos que experimenta la persona. Permite transformar las experiencias en modelos internos que guíen futuras acciones.
2. La capacidad vicaria permite el aprendizaje por la observación de la conducta de otras personas y las consecuencias que estas tiene por dicha conducta, de tal manera que una persona no necesita forzosamente experimentarla de manera directa para aprender la conducta y sus consecuencias, sino que aprende de la forma en que un modelo se comporta y observa las consecuencias que recibe por la conducta. La capacidad de aprender por observación da pauta para generar y regular patrones de conductas.
3. Por otra parte, esta teoría considera que las personas no reaccionan inmediatamente al ambiente, sino que tienen la capacidad de anticiparse a las consecuencias de su conducta, lo que implica ser capaz de anticiparse a lo que

pueda ocurrirle a futuro. Dicha capacidad permite establecer metas y hacer lo necesario para alcanzarlas.

4. La auto-regulación tiene que ver con el manejo que la propia persona hace sobre su comportamiento, de tal forma que es la propia persona quien genera sus propias demandas, las acciones para cumplirlas y las sanciones por el incumplimiento.

5. Uno de los conceptos más importantes de la TAS es la auto-eficacia, ya que tiene que ver con la capacidad distintiva de los seres humanos de juzgar su propia capacidad para realizar una conducta de forma adecuada, de tal manera que dicho juicio afecta la confianza que la persona tenga de actuar eficientemente ante una situación determinada (Bandura, 1986). El nivel de auto-eficacia que presenta la persona impacta también a la simbolización, la capacidad vicaria, la anticipación, y la auto-regulación.

Esta teoría considera que las personas pueden aprender de manera vicaria o por modelamiento; es decir, al observar a un modelo la persona puede aprender reglas de conducta, conocimiento, destrezas; permite transmitir valores, actitudes, patrones de conductas y formas de pensar; de tal forma que el modelamiento permite inhibir conductas aprendidas previamente al observar que el modelo es castigado al realizar la conducta, pero también permite desinhibir otras conductas al ver que son recompensadas (Bandura, 1986).

De acuerdo a la Teoría Cognitiva Social existen **cogniciones** que median los eventos del medio ambiente y la conducta, entre estas se encuentran los procesos atribucionales, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado relacionados con la sustancia.

a) Procesos atribucionales:

Una atribución es una explicación de un individuo del por qué un evento ocurrió. Las dimensiones atribucionales básicas son interna/externa, estable/inestable y global/específica.

Se considera que la naturaleza de los estilos atribucionales de los abusadores de sustancias tiene mucho que ver con las percepciones que tienen sobre dicho problema y de su enfoque para la recuperación. Por ejemplo, una persona dependiente puede creer que consume porque se consideraba débil (atribución interna), o porque estaba rodeado por gente que lo incitaba a consumir (atribución externa). Puede creer que su fracaso en mantener la abstinencia demuestra que es una persona débil que no puede tener éxito en nada (atribución global) o que un episodio de ingesta no representa una debilidad general y que, en su lugar, es debido a circunstancias específicas de un momento (atribución específica). Puede considerar que la causa de su “resbalón” es algo que no puede cambiar (atribución estable) o que la próxima vez ejecutará mejores respuestas de afrontamiento (atribución inestable).

De esta manera, atribuciones internas, globales y estables para el consumo pueden llevar a sentimientos de desesperanza y un retorno al consumo de la sustancia; mientras que atribuciones externas, específicas e inestables, pueden llevar a mayores esfuerzos para afrontar situaciones similares en el futuro (Quiroga, 2008).

Marlatt y Gordon (1985) describieron un proceso atribucional negativo que puede ocurrir después de un “resbalón”. Este proceso es conocido como Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA), en el cual el usuario puede creerse fracasado, que nunca podrá ser capaz de lograr y mantener la sobriedad, y que no tiene caso tratar de cambiar porque no cree que pueda tener éxito. Este estilo atribucional tiende a asociarse con una forma de “desesperanza aprendida” que

se perpetúa por las percepciones distorsionadas de los consumidores de sustancias. Los sentimientos de desamparo y los estados emocionales negativos, conjuntamente, incrementan la probabilidad de que la caída inicial se convierta en una recaída total.

Si ocurre un resbalón, el terapeuta deberá determinar y hacer consciente al usuario de sus atribuciones más negativas en relación con la recaída (interna, estable y generalizada). Se le ayuda a la persona a que vea la recaída como el resultado de una carencia de destrezas de enfrentamiento apropiadas para la situación particular (externa), que puede ser alterada con entrenamiento o práctica (inestable) y que no implica que todo lo que hace está mal (específico). Este cambio de perspectiva ayudará al usuario a reducir el sentimiento de desesperanza y pérdida de control (Quiroga, 2008).

b) Expectativas de autoeficacia:

De acuerdo con Bandura (1977) las expectativas de autoeficacia son las creencias del individuo acerca de su habilidad para ejecutar exitosamente una respuesta apropiada con el fin de enfrentarse con una situación dada. Las expectativas de autoeficacia son determinadas, en parte, por el repertorio de destrezas de enfrentamiento del individuo y por una valoración de su efectividad, en relación con las demandas específicas de la situación.

Dichas expectativas determinan el inicio del enfrentamiento, la cantidad de esfuerzo que será invertido en intentar el enfrentamiento y qué tanto tiempo continuará el enfrentamiento. También ejerce una influencia sobre la conducta del individuo, a través de los sistemas cognitivo, motivacional y emocional, ya que si una persona tiene baja autoeficacia debido a una carencia de las destrezas de enfrentamiento necesarias, entonces puede presentar pensamientos y creencias negativas o distorsionadas sobre sí mismo y hacia la situación, ocasionando una disminución en su motivación para enfrentar el

problema, se manifiesta deprimido y se percibe a sí mismo como desamparado (Bandura, 1994).

c) Expectativas de resultados relacionados con la sustancia:

En la medida en que el consumo es fortalecido por los efectos reforzantes derivados del mismo, es probable que el individuo desarrolle un conjunto de expectativas cognitivas sobre sus sentimientos y conducta.

Mediante las expectativas de resultado el usuario de drogas tiende a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarlo a afrontar situaciones sociales desafiantes (Abrams & Niaura, 1987).

Algunos investigadores han mostrado, de manera consistente, que aquellas personas que esperan efectos más positivos de la droga, son los que tienen mayor probabilidad de abusar de ésta (Jessor, Costa, Kreuger & Turbin, 2006; Pilatti, Cassola, Godoy & Brussino, 2005; Randolph, Gerend & Miler, 2006).

De esta manera, una persona con factores predisposicionales (presente historia familiar positiva, trastorno de ansiedad, depresión, de personalidad antisocial, etc.), que tenga déficits de destrezas de afrontamiento, haya desarrollado creencias y actitudes favorables al consumo, presente expectativas de resultado positivas al mismo, se desenvuelva en un ambiente donde la droga está accesible y observe modelos que han sido reforzados por su consumo, ante una demanda ambiental podría recurrir a la sustancia debido a que se sienta poco eficaz de responder favorablemente a dicha demanda por su deficiencia en destrezas de afrontamiento y haber observado que otras personas resuelven favorablemente esa demanda ambiental de esa forma.

De esta manera, un tratamiento basado en la Teoría Cognitiva Social, tendría como meta que la persona desarrolle destrezas de enfrentamiento

(intrapersonales e interpersonales) como de autocontrol necesarias para abordar el consumo. La persona deberá desarrollar altos niveles de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes, ser auto-reflexivo de tal forma que identifique los riesgos potenciales (fiestas, emociones, convivencia con determinadas personas, eventos desfavorables, etc.) que puedan desencadenarlo, contar con destrezas auto-regulatorias y de demora de la gratificación de tal manera que le permitan una mejor toma de decisiones sobre el consumo de la sustancia. Otro aspecto que es necesario desarrollar son expectativas de resultado que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo.

Todas estas teorías han coadyuvado a comprender cómo se desarrolla, mantiene y cambia la conducta de consumo. Con base en ello, se han desarrollado diferentes intervenciones que buscan hacer frente a la problemática del consumo de sustancias, siendo las más frecuentes las Intervenciones y Tratamientos Breves.

1.5. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS

1.5.1. Intervenciones y Tratamientos Breves

Las *intervenciones breves* son interacciones mínimas con un médico o profesional de la salud mental que se centra en los riesgos de la salud asociados con el consumo cuya longitud va, de varios minutos, hasta varias sesiones (Quiroga, 2008).

La historia de dichas intervenciones se inició con los estudios de Orford, Oppenheimer y Edwards (1976), quienes encontraron que un contacto breve con personal de salud respetable (en este caso un médico) era tan efectivo como el permanecer internado dos semanas en un hospital, recibiendo un programa de

tratamiento, particularmente para aquellos que presentaban una dependencia menos severa. Dichas intervenciones resultan particularmente efectivas con aquellas personas que no consumen de manera excesiva, que no presentan dependencia severa, que tienen problemas (de mínimos a moderados), o que consumen de manera dañina o peligrosa (Institute of Medicine, 1990).

De acuerdo con Lawton (1999), las intervenciones breves son enfocadas, de corta duración (puede ir de 5 minutos hasta seis sesiones de 1 hora), basadas en técnicas prácticas y costo-efectivas. Se caracterizan por ser empáticas, no confrontacionales ni centradas en juzgar a los usuarios. Se dirigen a motivar al usuario a realizar una acción en particular (entrar a tratamiento, cambiar su consumo, etc.) y no son un sustituto de la atención especializada en el caso de usuarios que presentan un nivel de dependencia alto.

Pueden ser usadas en una variedad de escenarios, ser administradas por un amplio rango de profesionales (trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, médicos, etc.), ayudar al usuario a reducir o detener el abuso, se pueden apoyar en folletos, manuales, programas computacionales y auto-monitoreos.

Otras intervenciones que, de acuerdo con Lawton (1999), han demostrado ser costo-efectivas para el tratamiento de personas con problemas de alcohol y otras sustancias son los *Tratamientos Breves*, los cuales son intervenciones más cortas que los tratamientos tradicionales, ya que generalmente requieren 6 sesiones intensivas o más. Estos tratamientos no sólo buscan reducir el abuso de sustancias, sino también corregir problemas psicológicos, sociales, familiares que presenten los usuarios de sustancias.

Dichos tratamientos pueden ser realizados por personal especializado en uno o más modelos de tratamiento psicosociales o psicológicos, ya que requieren de la aplicación de técnicas terapéuticas específicas enfocadas hacia un síntoma o

conducta específica, lo que permite reducir la duración del tratamiento. Pueden ser utilizados con otras intervenciones así como en un servicio ambulatorio.

Se ha señalado que el proporcionar los siguientes elementos hacen efectivas a estas intervenciones y tratamientos: 1) **Retroalimentación** sobre el estado actual de salud, riesgos, conducta normativa. 2) **Responsabilidad** del cliente para el cambio. 3) **Consejo** sencillo en qué cambiar (p. ej., consumo peligroso), sugerencias para la moderación. 4) **Menú de opciones y de tratamiento** del cual seleccionar. 5) **Empatía** o habilidad para ver la situación desde la perspectiva del cliente, al tiempo que se mantiene un pie fuera de su realidad. 6) **Autoeficacia** o creencia del cliente en su habilidad en lograr cambios exitosos (Miller & Rollnick, 1999).

Considerando la importancia que tiene el nivel de motivación para realizar un cambio durante el tratamiento, tanto en las intervenciones como en los tratamientos Breves, es que estos han incorporado aspectos de la Entrevista Motivacional.

1.5.2. Entrevista Motivacional

La **Entrevista Motivacional** es un encuentro comunicativo centrado en el cliente que busca incrementar la motivación intrínseca de cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia (Miller & Rollnick, 2002).

Desde este enfoque, la motivación es un “estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra” (Miller & Rollnick, 1999, p. 37).

La Entrevista Motivacional tiene cinco principios:

1. Expresar empatía: Es el principio de aceptación. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.

2. Crear la discrepancia: Se busca enfrentar al paciente con una realidad no placentera, creando una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.

3. Evitar la discusión: Al discutir con el paciente, se pueden crear resistencias o conductas defensivas; la aparición de ellas nos indica que debemos cambiar de estrategia.

4. Darle un giro a las resistencias: Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente es el propio usuario el que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión

5. Fomentar la autoeficacia: Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún cambio; por lo que es necesario transmitir el mensaje que el usuario puede hacerlo, que está en sus manos lograrlo.

Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio es el propuesto por Prochaska y DiClemente (1982), en el cual se propone que una persona pasa por una serie de etapas en el proceso de cambio de un problema sin importar si lo hace por si mismo o con ayuda. Dichas etapas son las siguientes:

Estadio de Precontemplación: Es cuando la persona no ha considerado que tiene un problema o que necesita un cambio. Esta persona necesita información y retroalimentación con la finalidad de poder aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

Estadio de Contemplación: Es cuando la persona tiene mayor conciencia del problema pero se encuentra ambivalente al considerar y rechazar el cambio a la vez. Es común que la persona que acude a tratamiento se encuentre en este estadio. El hacer un balance entre las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar ayuda en el proceso de cambio.

Estadio de Determinación: La persona se encuentra lista para actuar y ha efectuado ya algunos pequeños cambios en la conducta problema. En este estadio es útil el ayudar a la persona a determinar el mejor curso de acción a seguir para conseguir el cambio deseado.

Estadio de Acción: Es el estadio que con mayor frecuencia se considera como la más adecuada para iniciar un tratamiento, ya que la persona se involucra en acciones que le llevarán a un cambio. En este estadio la persona requiere ayuda para dar los pasos que le lleven al cambio.

Estadio de Mantenimiento: Es cuando la persona logra mantener el cambio en la conducta problema, por lo que es útil el apoyo para identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.

Estadio de Recaída: Es cuando la persona vuelve a presentar la conducta problema después de haberse mantenido sin realizarla. Estos “resbalones” son hechos normales que se esperan cuando una persona intenta cambiar cualquier conducta. Cuando ocurre, es útil ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la

determinación y poner en práctica las acciones para lograr el cambio y mantenerlo nuevamente (Miller & Rollnick, 1999).

De esta manera, la Entrevista Motivacional nos permite ayudar a los usuarios de sustancias a resolver su ambivalencia referente al cambio sobre su conducta de consumo y a comprometerse a llevarla a cabo, al acompañarlo durante los estadios necesarios y apoyarle a mantener dicho cambio (Hettema, Steele & Miller, 2008).

Como se puede observar, el consumo de sustancias es un problema importante tanto a nivel mundial como nacional, del cual se ha buscado conocer por medio de estudios epidemiológicos y basados en teorías que explican cómo se desarrolla, mantiene y cambia la conducta de consumo, además, se han desarrollado intervenciones que han demostrado tener un validez empírica en el tratamiento de este problema.

Algunas de estas Intervenciones y Tratamientos breves han sido adaptadas a la población mexicana, encontrándose muy buenos resultados. La descripción y resultados de la aplicación de algunas de ellas en nuestra población se describen en el siguiente capítulo.

Capítulo II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

Al igual que el resto de los países del mundo, en México también se ha requerido implementar diversas modalidades de Intervenciones y Tratamientos breves, de corte cognitivo-conductual-motivacional, con la finalidad de hacer frente al problema de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias con programas de tratamiento validados empíricamente; algunos de ellos son los siguientes:

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

Este programa es una adaptación del Modelo de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Bebedores Problema. Es una Intervención Breve de corte Cognitivo-Conductual Motivacional basado en la Teoría del Aprendizaje Social, cuyo objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína e inhalables), al guiar y entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación, para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de no consumo.

Este programa está enfocado a adolescentes de entre 14 y 18 años que presenten abuso de alcohol (consumir 5 o más copas estándar por ocasión de consumo) y/o drogas como inhalables, marihuana o cocaína (el consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia y/o problemas relacionados con la misma); que sean estudiantes de nivel medio y medio superior; presenten problemas relacionados con el consumo (problemas escolares, familiares, económicos, accidentes, etc.); no presenten dependencia, ni algún desorden psiquiátrico.

Está constituido por las siguientes sesiones:

	OBJETIVO
ADMISIÓN (60 minutos)	Recabar información con la finalidad de Identificar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión al programa.
EVALUACIÓN (90 minutos)	Conocer el patrón de consumo del adolescente (frecuencia y cantidad en los últimos seis meses), situaciones en las que consume, nivel de autoeficacia percibida en diferentes situaciones de consumo y problemas relacionados con el consumo.
INDUCCIÓN (60 minutos)	Promover la disposición del usuario para ingresar al programa de tratamiento a través de estrategias de la entrevista motivacional (retroalimentación, consejo activo, proporcionar un menú de opciones).
1ª SESIÓN: BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO (60 minutos)	Que el adolescente elabore su balance decisional con respecto a su consumo y establezca una meta de reducción de consumo.
2ª SESIÓN: SITUACIONES DE RIESGO Y PLANES DE ACCIÓN (90 minutos)	Identificación de las principales situaciones de riesgo de consumo y elaborar planes de acción para enfrentarlas.
3ª SESIÓN: METAS DE VIDA	Analizar el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida

(60 minutos)	(escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.) a corto, mediano y largo plazo.
4ª SESIÓN: RESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO (90 minutos)	Revisar el progreso en cuanto a la reducción del consumo del usuario y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y, en el caso de ser necesario, establecer una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo.
SEGUIMIENTOS (1, 3 y 6 meses)	Identificar los avances del adolescente para el logro de su meta, en períodos de 1, 3 y 6 meses después del tratamiento.

La aplicación de este programa de tratamiento ha logrado una disminución en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y marihuana, cambios significativos en el nivel de auto-eficacia, y una reducción del número de problemas relacionados con su consumo (Martínez, Salazar, Pedrosa, Ruiz y Ayala, 2008).

2.1.1. ESCENARIOS:

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas se aplicó en las instalaciones del Centro de Prevención de Adicciones (CEPREA) “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, el cual depende de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y proporciona tratamiento psicológico ambulatorio a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación.

2.1.2. INSTRUMENTOS:

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS EN ADOLESCENTES

(POSIT): Cuestionario de tamizaje de 81 reactivos desarrollado por Mariño, González- Forteza, Andrade y Medina-Mora (1997) que permite detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.

Consta de 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos de este programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 19 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). Cuenta una alfa de 0.9057 (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004).

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: Cuestionario de 11 reactivos que recaba información acerca del consumo de alcohol y/o drogas y determina si el adolescente es candidato o no al programa. Es aplicable por el terapeuta de forma individual (Martínez et al., 2004).

ENTREVISTA INICIAL: Desarrollada por Campos, Martínez y Ayala (2001) construida especialmente para este Programa, tomando como base la entrevista del Programa de Auto-cambio para Bebedores Problema y el "Tratamiento Breve para Jóvenes" desarrollado en Canadá por Breslin, Sdao, Tupker y Pearlman (1999). Su objetivo es obtener información general acerca del adolescente, su historia de consumo, y conocer los problemas que este tiene relacionados con el consumo. Consta de 58 reactivos que miden: datos de identificación, historia del tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento. Cuenta con una

validez entre jueces expertos (100% de acuerdo entre ellos) (Martínez et al., 2004).

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA (CIDI):

Instrumento desarrollado por la OMS en 1993. Es una Entrevista Diagnóstica Estructurada, no auto-aplicable, cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años. En el caso del consumo de sustancias indica si se presenta abuso o dependencia. Para los objetivos de este programa sólo se utilizó la sección I que se encarga de medir los trastornos debidos al consumo de alcohol (F 10) y la sección L que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales (F 11-F16, F18 Y F19). Consta de 15 reactivos para explorar el consumo de drogas y 16 para el apartado de consumo de alcohol. La escala de respuesta de este instrumento es de: 1=Sí, 2=No, 3=No sabe y 9=Se rehúsa a contestar la pregunta (Martínez et al., 2004).

ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO (SÓCRATES 8A Y 8D):

Desarrollada por Miller y Tonigan (1996) y fue adaptada por Salazar, Martínez y Ayala (2001), cuyo objetivo es evaluar la etapa de disposición al cambio del usuario.

Para objetivos de este programa, se desarrollaron dos versiones: una de 13 reactivos para el caso de consumo de drogas (8D), y otra de 15 reactivos para el consumo de alcohol (8A). Ambas escalas se contestan con una escala tipo Likert que van de 5=Totalmente de acuerdo a 1=Totalmente en desacuerdo. Muestra la presencia de tres factores: 1) acción, que explicó el 27% de la varianza, 2) reconocimiento que dio cuenta de un 11% de la varianza y 3) ambivalencia que explicó un 7% de la varianza. La confiabilidad para estos factores fue de 0.83, 0.85 y 0.60, respectivamente.

El análisis factorial determinó la presencia de dos factores: reconocimiento y acción. Para el caso de la versión del consumo de alcohol, la escala está conformada por 15 reactivos con un alfa de 0.88 para la escala total, 0.87 para la sub-escala de reconocimiento, y 0.83 para la sub-escala de acción; mientras que para el caso de la de consumo de drogas ilegales, la escala está compuesta por 13 reactivos con un alfa de 0.90, 0.87 para la sub-escala de acción, y 0.85 para la sub-escala de reconocimiento.

La forma en que se obtienen los resultados en las dos versiones de este cuestionario (drogas y alcohol) es a partir de la suma de los puntajes de los reactivos correspondientes a cada sub-escala. Una vez obtenido el puntaje total de cada área, se localizan los puntajes dentro de los rangos, los cuales van desde 10 hasta 90, donde 10 equivale a “muy bajo” y 90 a “muy alto”.

Los rangos para la versión de alcohol son:

RANGO	RECONOCIMIENTO	ACCIÓN
10 (Muy bajo)	8	6 – 10
20	9 – 11	11 – 12
30 (Bajo)	12 – 14	13 – 14
40	15 – 16	15 – 16
50 (Medio)	17 – 18	17
60	19 – 20	18 – 19
70 (Alto)	21 – 23	20 – 21
80	24 – 26	22 – 24
90 (Muy alto)	30	25 - 26

Los rangos para la versión de drogas son:

RANGO	RECONOCIMIENTO	ACCIÓN
10 (Muy bajo)	7 – 15	6 – 11
20	16 – 21	12 – 14
30 (Bajo)	22 – 24	15 - 17
40	25 – 27	18 – 20
50 (Medio)	28	21 – 22
60	29 – 30	21 – 22
70 (Alto)	31	25
80	32	26 – 27
90 (Muy alto)	34- 35	28 - 30

La sub-escala que obtenga el mayor rango indica el estadio de cambio en el que se encuentre el usuario. Es recomendable que el terapeuta se encargue de la aplicación de este instrumento (Martínez et al., 2004).

AUTO-REGISTRO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

Desarrollado por Echeverría y Ayala (1997). Su objetivo es tener un registro de día(s) de consumo, capacidad de resistir el consumo (sí, no, no fue necesario), número de copas estándar bebidas o cantidad de droga consumida, total de copas, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. Permite obtener el promedio semanal de consumo (número de tragos estándar) del usuario así como el cumplimiento de la meta establecida desde el inicio del tratamiento hasta la última sesión. Se administra de forma individual y es recomendable que el terapeuta lo aplique para poder obtener la información necesaria y ahondar en puntos que podrían ser de valiosa ayuda.

La validez del auto-registro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón de convergencia, cuando el auto-reporte es comparado con reportes de

otros informantes (padres y maestros) y de reportes en la escuela; también se ha encontrado una consistencia a través del tiempo (Martínez et al., 2004).

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE): Creada por Sobell, Maisto, Sobell y Cooper (1979) para conocer el patrón de consumo, la frecuencia y cantidad de consumo en los últimos seis meses.

En el caso del consumo de alcohol, se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de copa estándar. En cuanto al patrón de consumo de las drogas ilegales, en el caso del consumo de marihuana se mide de acuerdo al tamaño de un cigarro de tabaco, el consumo de cocaína por líneas o papeles, el consumo de inhalables por número de “monas” consumidas.

No es auto-aplicable, ya que es necesario que el terapeuta explique al adolescente lo que es una copa estándar, y pueda precisar fechas clave en las que con mayor probabilidad consumiera el usuario (días festivos, cumpleaños de amistades, eventos deportivos, periodo de exámenes, etc.).

Su confiabilidad y validez han sido establecidas en poblaciones de adultos usuarios de alcohol (O' Farrell, Cutter, Bayog, Dentch & Fortgang, 1984). Su confiabilidad se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan del alcohol y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan & Basian, 1986). La evidencia de la validez de este instrumento se obtiene de su aplicación clínica, en donde se comparó el reporte de la línea base con registros oficiales, indicando un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como incidencia. Puntajes altos de la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un promedio mayor de consumo por día. Por último, se han encontrado correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y la de otros informantes (Echeverría y Ayala, 1997).

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD-A): Este cuestionario auto-administrable fue elaborado por Annis y Martín (1985), adaptado en México para población adulta por De León y Pérez (2001) y adaptado para población adolescente por Martínez, Ruiz y Ayala (2003). Tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas, basado en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas. Consta de 27 reactivos agrupados en 4 categorías (Emociones agradables, Emociones desagradables, Búsqueda de bienestar y Momentos agradables con otros), los cuales se contestan con base a una escala likert donde 0=Nunca, 1=Rara vez, 2=Frecuentemente y 3=Casi siempre. Para calificarlo, se suman los puntajes señalados por el usuario para cada reactivo que integra y, posteriormente, se identifica el decil de cada subescala, y con base en dicho decil se determina si es una situación de consumo sin problema (entre el decil 1 y 4), de riesgo (entre el decil 5 y 7) o problemática (del decil 8 al 10). Cuenta con una confiabilidad de 0.92 (Martínez et al., 2004).

INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA): Cuestionario auto-administrable desarrollado por Annis (1986) para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída.

Este cuestionario consta de 100 reactivos diseñados para medir 8 categorías de situaciones de consumo de alcohol divididas en dos grandes grupos: 1) Situaciones Personales; es decir, aquellas que involucran una respuesta a un evento físico o psicológico (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad física), y 2) Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión, y momentos agradables con otros). Los 100 reactivos se contestan con base en una escala likert donde 0 = Nunca, 1=Rara vez, 2=Frecuentemente y 3=Casi siempre.

Para calificar este inventario, se hace sumatoria de los reactivos de cada subescala y ese puntaje se convierte en un índice del problema (dividiendo cada sub-puntaje obtenido entre el sub-puntaje máximo posible en esa subescala y multiplicando por 100), el cuál indica la magnitud del problema del usuario relacionado con su consumo excesivo en esa escala; de esta manera, las situaciones de riesgo pueden ser: 1) De bajo riesgo (el usuario nunca consumió en exceso, durante los 12 meses previos, en esa situación. Son situaciones que no son de riesgo para el usuario. Equivale a un puntaje del índice del problema de 0); 2) De riesgo moderado (el usuario algunas veces consumió en exceso, durante los 12 meses previos, en esa situación. Equivale a un puntaje del índice del problema de entre 1 y 33); 3) De alto riesgo (frecuentemente el usuario consumió en exceso, durante los 12 meses previos, en esa situación. Equivale a un puntaje del índice del problema de entre 34 y 66); 4) De muy alto riesgo (muy frecuentemente el usuario bebió en exceso, durante los 12 meses previos, en esa situación. Equivale a un puntaje del índice del problema de 67 y 100). Cada una de las 8 subescalas tiene confiabilidad para individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema (Martínez et al., 2004).

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN SOCIAL: Diseñado por Martínez y Ayala (2000) para medir la satisfacción del usuario en relación con los temas que se manejaron en el programa, los materiales, los procedimientos empleados para lograr el cambio en el patrón de consumo y las metas alcanzadas a partir del tratamiento. Está conformado por 9 reactivos; 6 son enunciados en los que el usuario tiene 5 opciones de respuesta: “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”; los 3 reactivos restantes son preguntas abiertas en donde se le pide al usuario que mencione aquellas cosas que más le gustaron del programa, las que no le gustaron y las sugerencias que haría al mismo. Cuenta con validez entre jueces (Martínez et al., 2004).

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (VERSIÓN BREVE): Cuestionario desarrollado por Annis y Martin (1985), traducido y adaptado por

Echeverría y Ayala (1997). Tiene el objetivo de medir, en 8 reactivos, el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus principales situaciones de consumo.

En este cuestionario se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones, las cuales se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1978; 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en dos grupos: 1) Situaciones personales, las cuales incluyen las categorías de emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir; y 2) Situaciones de grupo, que integra las categorías de conflicto con otros, presión social, y momentos agradables con otros.

Con este instrumento El usuario localiza a lo largo de un continuo que va de 0% a 100% su propio porcentaje de seguridad en las 8 situaciones. El 0% representa que “Definitivamente consumiría”; es decir, que en esa situación específica el adolescente se percibe totalmente seguro de consumir de manera excesiva; en tanto que el 100% representa que “Definitivamente No Consumiría”; es decir, que se percibe con una gran seguridad de abstenerse en aquella situación. Cuenta con consistencia interna de 0.977. Es recomendable que el terapeuta aplique el cuestionario (Martínez et al., 2004).

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

Instrumento construido por Salazar, Martínez y Ayala (2001) específicamente para 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. Su construcción se basó en los principios de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991). Está compuesto por 13 reactivos auto-

administrables que evalúan el papel del terapeuta en los programas de tratamiento y 14 para el rol de los adolescentes, con una escala de respuesta de cuatro puntos: nunca, en ocasiones, casi siempre y siempre (Martínez et al., 2004).

REPORTES DE SEGUIMIENTO: Desarrollados por Echeverría y Ayala (1997) para identificar los avances del adolescente para el logro de su meta en periodos de 1, 3 y 6 meses después del tratamiento.

El formato de seguimiento a 1 y 3 meses está constituido por 5 apartados (materiales, establecimiento de metas, manejo de recaídas, planes de acción y observaciones del terapeuta) a los que el usuario debe responder de forma dicotómica (sí/no), y de manera abierta.

El seguimiento a 6 meses está constituido por 60 reactivos, es una parte paralela de la entrevista inicial que miden las mismas áreas, excepto datos de identificación y recomendaciones para iniciar un tratamiento. Las áreas son: historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, escolar, laboral, social y familiar, de sexualidad, satisfacción en la vida y evaluación del entrevistador.

Los reportes de seguimiento pueden aplicarse a través del contacto con el usuario vía telefónica, de no ser posible un encuentro cara a cara, mediante el cual se puedan obtener los datos necesarios para conocer el estado del usuario con respecto a su consumo. Cuentan con validez entre jueces expertos. El acuerdo entre jueces fue del 100% (Martínez et al., 2004).

2.1.3. PARTICIPANTE:

Adolescente de 16 años, a quién se le nombrará “J”, referido por el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la

UNAM por consumo de inhalables, soltero, estudiante del 1er semestre del Conalep, hijo mayor de un matrimonio separado debido a problemas de consumo de alcohol y drogas por parte del padre. Señaló no saber cómo hablar con los demás (en especial para expresar su enojo y tristeza). Solía usar parte de su tiempo libre en actividades relacionadas con el consumo (fiestas o salidas con amigos consumidores).

Al realizar la entrevista J. indicó que si había inhalado, pero que solamente lo había hecho 2 veces el año anterior (febrero del 2006, consumiendo 8 monas, y en junio del 2006, consumiendo 4 monas) por invitación de unos amigos y experimentar, gustándole el efecto de sentirse mareado pero no le agradaba que le quedaban los dedos blancos y que se le impregnaba el olor. También reportó que solía consumir alcohol (cerveza y ocasionalmente tequila) con un primo generalmente una vez al mes y que le gustaba hacerlo por el olor de la bebida, su sabor amargo y que cuando se excedía se sentía mareado.

El usuario también expresó que Su consumo, tanto de alcohol como de thiner, le causaba reprimendas de parte de su madre, ser castigado con no salir o no tener gasto, discusiones con su novia, llamadas de atención en la escuela, y se había involucrado en peleas, teniendo como consecuencias lesiones. Su consumo de alcohol también le había impedido ir a actividades de su interés por haber gastado todo su dinero en el consumo, solía ponerse agresivo cuando se intoxicaba, presentaba tolerancia, en ocasiones había sentido que no podía controlar su deseo de consumir. Académicamente, había faltado a la escuela por resaca o irse a beber con amigos y debido a eso llevaba reprobadas 3 materias. Sus principales motivos de cambio eran el no tener problemas con su madre y no discutir con su novia.

El usuario Inició su consumo de alcohol a los 14 años por invitación de su primo, por curiosidad de sus efectos ya que esperaba que el beber le permitiría divertirse más en las fiestas y ser más sociable. Solía consumir cerveza o tequila

1 o 2 veces por semana (generalmente los fines de semana) en compañía de sus primos (mayores que él) o con amigos en fiestas. Inició consumiendo 1 copa estándar por ocasión de consumo, aumentó a 3 copas (1 caguama) unos meses después y cuando asistía a fiestas con amigos llegaba a beber y a intoxicarse. Solía beber rápido para obtener una sensación de mareo. En cuanto a las ocasiones que había tratado de abstenerse de beber comentó que en diciembre del 2006 lo hizo por 2 semanas debido a que su novia se lo pidió, esto lo logró no visitando a su primo. Consideraba que su consumo de alcohol es un problema menor.

Aunque este fue el primer tratamiento que el usuario recibió para su consumo de sustancias ya anteriormente había recibido algunas pláticas informativas sobre los efectos del thiner y alcohol por parte de la Trabajadora social de su escuela debido a que le encontraron un plumón y pensaban que lo utilizaba para inhalarlo.

El usuario Se mostraba ambivalente en cuanto a su disposición al cambio de su consumo de sustancias. Presentaba un diagnóstico de no abuso ni dependencia al alcohol y de abuso de inhalantes, con base al CIDI.

2.1.4. PROCEDIMIENTO:

Una vez asignado el usuario a la terapeuta, ésta contactó al usuario para concertar la primera cita. Se realizaron 11 sesiones semanales con una duración de 50 minutos en promedio, abarcándose los siguientes temas:

Sesión 1 (Admisión): Únicamente se aplicó la Entrevista Semiestructurada debido a que el usuario se mostraba poco cooperativo y muy resistente a proporcionar información.

Sesión 2 (Admisión): Se recabó la información referente a los datos generales del usuario, historia de consumo, problemas relacionados con el consumo y la severidad del mismo, por medio de la aplicación de la Entrevista inicial, POSIT, la Escala de disposición al cambio, el CIDI y el ISCA para conocer las situaciones que le llevan a consumir alcohol, a lo cual accedió.

Sesión 3 (Evaluación): Se recabó la información referente al patrón de consumo (frecuencia y cantidad en los últimos seis meses por medio de la LIBARE- versión alcohol), y el nivel de autoeficacia percibida por medio del Cuestionario de Confianza Situacional (tanto para alcohol como para drogas).

Sesión 4 (Evaluación): Se exploró el patrón de consumo de inhalables, las situaciones de riesgo de consumo, y la percepción acerca del programa de tratamiento por medio de la LIBARE (referente a inhalables), el ISCD-A y, el Cuestionario de percepción acerca de los programas de tratamiento sobre el abuso de alcohol y otras drogas.

Sesión 5 (Inducción al tratamiento): Se retroalimentó a J. en cuanto a su nivel de problemática (abuso y/o dependencia), patrón de consumo, situaciones de riesgo de consumo, nivel de autoeficacia, y disposición al cambio, tanto para el alcohol como de inhalables.

Al concluir la retroalimentación, se aplicó el Cuestionario de percepción acerca de los programas de tratamiento sobre el abuso de alcohol y otras drogas, y el Cuestionario de disposición al cambio para investigar el impacto de esta sesión en el usuario, encontrándose una mejor percepción del programa de tratamiento y una etapa de cambio de acción.

Sesión 6 (Balance Decisional y Establecimiento de Meta de consumo):

La sesión se enfocó en que el usuario estableciera una meta de tratamiento que le permitiera evitar problemas asociados a su consumo, para lo cual se realizó

un balance decisional, encontrándose ventajas para no cambiar su consumo pero si muchas desventajas de no hacerlo. También se realizó un análisis funcional de la situación de consumo de alcohol del usuario.

Con base al Balance Decisional, el usuario estableció como meta de tratamiento el reducir su consumo, considerando esta meta como muy importante, y presentando un 75% de confianza de lograrla. Se realizó un plan de acción para una situación de riesgo de esa semana y se le explicó al usuario el llenado del auto-registro y se le solicitó su llenado.

Sesión 7 (Situaciones de riesgo y planes de acción):

Se analizó el consumo del usuario durante la semana (un consumo de 3 copas el sábado durante una fiesta en compañía de sus primos, teniendo como consecuencia el divertirse y sentirse a gusto).

La sesión tuvo como objetivo que el usuario identificara sus situaciones de riesgo de consumo y realizar planes de acción para enfrentar las mismas y lograr mantener su meta de consumo. Debido a que el usuario necesitaba retirarse temprano sólo se pudo trabajar la primer situación de riesgo: el reunirse con amigos de la escuela y que alguien propusiera ir a beber; para lo que él planeó proponer hacer otra actividad (como ir al cine) antes de beber.

Sesión 8 (Situaciones de riesgo y planes de acción):

Después de analizar el consumo semanal (observándose abstinencia) se concluyó el trabajo con las situaciones de riesgo de consumo excesivo: el ir a fiestas con amigos y/o novia. Para dicha situación él planeó que podría asistir y bailar con amigas que también asistieran en lugar de solo beber; o asistir y platicar con quienes no beben en lugar de estar con sus amigos que solían consumir. Bajo esta situación, el usuario consideró más viable el primer plan de acción.

Sesión 9 (Incremento de reforzadores):

Debido a que el usuario reportó estar en un ambiente poco reforzante y que uno de los disparadores de su consumo es el aburrimiento, es que se decide incrementar sus reforzadores ambientales, al investigar actividades incompatibles al consumo de alcohol o drogas que le agradaban hacer (jugar football, jugar en las maquinitas y el salir en bicicleta con sus amigos y hermano), programándose éstas a lo largo de la semana.

Para motivar que el usuario mantuviera su abstinencia, se analizaron las ganancias que éste había tenido por su abstinencia (el tener dinero, contar con permisos cuando quisiera salir, sentirse más tranquilo, contar con la confianza de su familia y novia, no ser regañado ni castigado por su madre a causa de su consumo).

J. comentó que le agradecería tener mayor confianza entre su familia, en especial de su mamá, ya que en ocasiones ella no le creía cuando le decía qué hacía y con quién estuvo; por lo que se utilizó la técnica de solución de problemas, encontrando como opción el que su mamá llamara a la persona para confirmarlo, quedando como tarea la aplicación de dicha técnica.

Sesión 10 (Retomando el tratamiento):

El usuario se presenta sin cita después de dos semanas de cancelaciones. Se analiza el consumo, encontrándose una sola ocasión de consumo (una copa estándar, el sábado anterior en unos XV años donde era chambelán, reportando “quedarse con ganas de consumir 2 más, pero ya no había”).

Se indaga sobre la realización de las actividades planeadas la última sesión, contestando que sólo había podido realizar algunas (ir a las canchas 1 vez y a jugar a las máquinas 2 veces) pero que se había sentido a gusto haciéndolo.

Sesión 11 (Establecimiento de metas de vida y el consumo de alcohol u otras drogas):

Se analiza la conducta de consumo, encontrándose abstinencia. Se reporta haber realizado algunas actividades que se habían planeado (jugar a las máquinas, visitó a su novia, jugar football y ayudó a su abuelito a colocar un fregadero en su casa).

Se indagaron sus 3 metas de vida más relevantes (terminar el bachillerato, el tener un trabajo relacionado con lo que estudiara y el comprarse un carro). Consideró que las razones más importantes para querer lograr esas metas eran el que era requisito para un mejor trabajo, poder tener dinero para comprarse lo que necesitara y el poder tener un transporte propio. Debido a que al usuario le resultaba muy difícil terminar de plantear sus metas de vida, se tuvo que suspender el componente y agendarla para la siguiente sesión.

Debido a que el usuario no asistió a la sesión, se le llamó por teléfono para darle una nueva cita, pero él comentó que no podría continuar con la terapia pues retomaría sus estudios en una Preparatoria y que por sus horarios no le era posible. Se le señaló que era importante que terminara su tratamiento para que pudiera tener mayores elementos para mantenerse con un consumo no problemático y que eso le apoyaría en lograr también sus metas de vida, a lo que respondió que a él si le agradaría pero que por la escuela, y cuidar a su hermano, no le era ya posible. Antes de concluir la llamada se indagó si se había presentado consumo durante ese tiempo, señalando el usuario que no, por lo que se dio por concluido el caso.

2.1.5. RESULTADOS:

A pesar de que el usuario no concluyó el tratamiento, se observaron los siguientes resultados:

El usuario tuvo una percepción sobre los programas de tratamiento para el abuso de alcohol y otras drogas, después de la sesión de Inducción al tratamiento, más favorable, considerando que el terapeuta “nunca” juzgaba o criticaba el comportamiento del adolescente y aceptaba cualquier decisión del adolescente con relación a su consumo, responsabilizaba al usuario de su comportamiento, determinaba las metas para el tratamiento sin considerar la opinión del usuario, ni lo obligaba para que acepte que tiene un problema con el consumo de sustancias; “en ocasiones” comprendía los sentimientos del adolescente sobre el consumo de sustancias; “casi siempre” el terapeuta entendía los puntos de vista del usuario sobre el consumo, y que proporcionaba soluciones dejando de lado las decisiones del usuario; y “siempre” ayudaba al usuario a analizar las consecuencias de su consumo, analizaba con el adolescente cómo afecta el consumo sus metas a futuro, promovía que el usuario encontrara sus razones de cambio, obligaba al adolescente a aceptar sus puntos de vista, y promovía que incrementara la confianza para el logro de las metas del usuario.

Durante el tratamiento, se observó que el usuario generalmente se mantuvo en abstinencia y solo en 2 ocasiones se presentó consumo, siendo dentro de los límites de seguridad (1 y 3 copas estándar respectivamente) (ver figura 1).

En cuanto a su consumo de inhalables (thiner) no se observó consumo durante el tratamiento.

Otro avance logrado durante este tiempo fue que el usuario amplió su círculo social e incorporó actividades libres de consumo a su estilo de vida (jugar “maquinitas”, deportes, ayudar en labores en su casa como instalación de baño), aspectos que favorecieron su abstinencia.

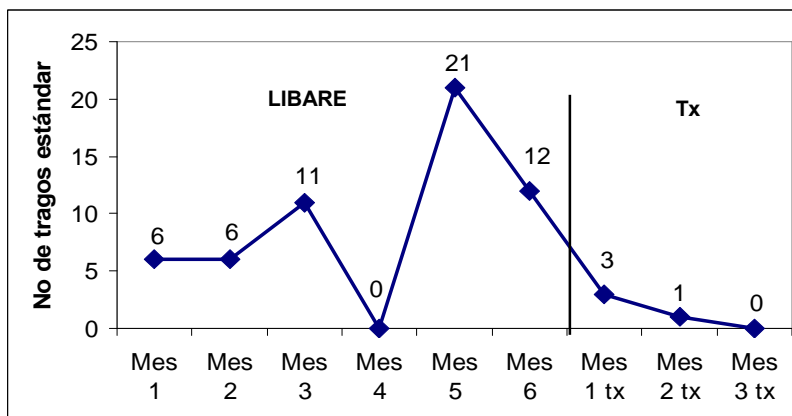


Figura 1. Patrón de consumo del usuario antes y durante la intervención

2.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL PARA FUMADORES:

Esta Intervención está dirigida a personas que deseen dejar de fumar y que no presenten el diagnóstico de alguna enfermedad (hipertensión, dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer), personas sin depresión mayor, ansiedad severa u otro trastorno psiquiátrico. Está basada en la Teoría del Aprendizaje Social y utiliza como estrategias principales la Entrevista Motivacional, Prevención de recaídas y técnicas de autocontrol (Lira, González, Carrascoza, Ayala y Cruz, 2009). Dicho programa está constituido por las siguientes sesiones:

	OBJETIVO
ADMISIÓN (60 minutos)	Se explica al usuario las características de la intervención, se indagan los motivos del usuario para dejar de fumar, su historia del consumo, y consecuencias del consumo del cigarro. También se indaga el nivel de dependencia del usuario.
EVALUACIÓN (90 minutos)	Se explora el patrón de consumo de tabaco, problemas asociados, disposición para el cambio, nivel de depresión y ansiedad.

	<p>Se le entregan y explican al usuario el auto-registro de consumo, el registro de síntomas de abstinencia y el folleto n° 1 “Tomando la decisión de dejar de fumar”.</p>
<p>TOMANDO LA DECISIÓN DE DEJAR DE FUMAR (60 minutos)</p>	<p>Se retroalimenta al usuario sobre su evaluación, se realiza un balance decisional para motivar al cambio y establecer la meta de la intervención (abstinencia o reducción).</p> <p>Se entrega y explica el folleto n° 2 “Identificando mis situaciones relacionadas con fumar”.</p>
<p>IDENTIFICANDO MIS SITUACIONES RELACIONADAS CON FUMAR (60 minutos)</p>	<p>El usuario identificará las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.</p> <p>Se le entrega y explica el folleto n° 3. “Planes de acción para dejar de fumar”.</p>
<p>PLANES DE ACCION PARA DEJAR DE FUMAR (60 minutos)</p>	<p>El usuario aprenderá un modelo general de solución de problemas en donde planteará opciones para cada situación de riesgo y desarrolle un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia.</p> <p>Se le entrega y explica el folleto n° 4 “Manteniéndome sin fumar”.</p>
<p>MANTENIENDOME SIN FUMAR (90 minutos)</p>	<p>Revisar y retroalimentar al usuario sobre los avances logrados con relación a los planes de acción desarrollados por el usuario.</p>

	<p>Que el usuario se mantenga sin fumar a partir de la aplicación de las estrategias aprendidas.</p> <p>Realizar un plan de acción en caso de que ocurra una recaída y señalar las consecuencias de ella.</p> <p>Se explora los cambios logrados en el nivel de dependencia del usuario, nivel de auto-eficacia y motivación para el cambio debido a la intervención.</p>
<p>SEGUIMIENTO (6 meses)</p>	<p>Conocer si la abstinencia se mantuvo a los seis meses, así como las posibles dificultades para lograrla.</p> <p>Se explora el nivel de dependencia a la nicotina, patrón de consumo, nivel de auto-eficacia, estadio de cambio.</p>

La aplicación de esta intervención ha reportado cambios significativos en el patrón de consumo entre la línea base, tratamiento y seguimiento, y un incremento en el nivel de auto-eficacia de los usuarios (Lira, et al., 2009). Dicho programa fue aplicado en dos escenarios (Centro de Prevención de Adicciones (CEPREA) “Dr. Héctor Ayala Velázquez” y el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”. Debido a las características de los participantes, y para mayor claridad en los datos, a continuación se describirán los dos casos por separado.

2.2.1a. ESCENARIO:

A) Centro de Prevención de Adicciones (CEPREA) “Dr. Héctor Ayala Velázquez”: Centro de atención de consulta externa, perteneciente a la

Facultad de Psicología de la U.N.A.M., que proporciona tratamiento psicológico ambulatorio a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación.

2.2.2a. INSTRUMENTOS:

ENTREVISTA INICIAL: Su objetivo es obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y drogas (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA: Desarrollado por Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström en 1991. Permite conocer si el fumador tiene dependencia baja, media o alta a la nicotina. Una puntuación de 6 o más indica una dependencia alta, de lo contrario la dependencia es media o baja (Lira, González, Cuevas y Reidl, 2007).

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL (CBCS): Su objetivo es obtener una medida que sea sensible al grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0 % (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

ESCALA DE ESTADOS DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO Y EL ANHELO DE TRATAMIENTO (SOCRATES 8D): Evalúa la disposición al cambio, en función de tres indicadores: Reconocimiento, Ambivalencia y Acción (Miller, 1999). La persona debe contestar cada pregunta de acuerdo a los siguientes valores: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indeciso, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo. Para obtener la calificación del usuario se suman los puntajes de cada subescala y se contrastan con los siguientes datos:

RANGO	Reconocimiento	Ambivalencia	Acción
90 (Muy Alto)		19-20	39-40
80		18	37-38
70 (Alto)	35	17	36
60	34	16	34-35
50 (Medio)	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 (Bajo)	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 (Muy Bajo)	7-26	4-8	8-25

Cuenta con una confiabilidad general, en población mexicana, de 0.9259; 0.7659 en la escala de ambivalencia, 0.9052 en la de acción y 0.8983 en la escala de reconocimiento.

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE): Desarrollado por Sobell, et. al. en 1980. Busca conocer el patrón de consumo en función del número total de días de uso, número total de cigarrillos consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia en los últimos 60 días (Lira, et al., 2007).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Elaborado por Beck, Steer y Garbin, (1988) y estandarizado en población mexicana por Jurado, et al. en 1998. Consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias opción(es) que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación.

Este inventario Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

De 0 a 9 puntos = Depresión Mínima.

De 10 a 16 puntos = Depresión Leve.

De 17 a 29 puntos = Depresión Moderada.

De 30 a 63 puntos = Depresión Severa.

Obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87 y una validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung, correlacina con diagnóstico psiquiátrico de depresión ($r = .70$) (Lira, et al., 2007).

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK: Elaborado por Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988 y estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Con sus 21 reactivos permite evaluar síntomas de ansiedad y su tiempo de aplicación de entre 5 a 10 minutos.

En este inventario las respuestas se puntúan en: 0 = Poco o nada, 1 = Más o menos, 2 = Moderadamente y 3 = Severamente. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; el cual corresponde a: mínima (de 0 a 5 puntos), Leve (de 6 a 15 puntos), Moderada (de 16 a 30 puntos) , y Severa (de 31 a 63 puntos). Tiene una alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de 0.75. Cuenta con una validez de constructo y convergente con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) (Lira, et al., 2007).

HOJA DE REGISTRO DE CONSUMO DE CIGARROS: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalando las situaciones de consumo y la hora de consumo de cada cigarro (Lira, et al., 2007).

HOJA DE REGISTRO DE SINTOMAS DE ABSTINENCIA: El objetivo es que el usuario señale si durante el día presentó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad en una escala de 0 = Nada, 1 = Un poco, 2 = Ligeramente, 3 = Moderadamente, 4 = Severamente (Lira, et al., 2007).

2.2.3a. PARTICIPANTES:

En este centro se atendieron a 3 usuarias, cuya edad promedio fue de 29 años. El nivel de escolaridad más frecuente fue bachillerato terminado (ver Tabla 2). El 67% de las usuarias se dedicaban a los estudios y en su mayoría eran solteras (67%) (ver Tabla 2). Todas las usuarias presentaron un nivel de dependencia baja a la nicotina.

En cuanto a las características del patrón de consumo de los usuarios atendidos en el CEPREA, referente a los 60 días previos a su ingreso, se observó que el promedio de total de cigarrillos fue de 203.3, el promedio mensual fue de 101.7 cigarrillos, el promedio por día era de 3.4 cigarrillos, el promedio de consumo máximo era de 8.7 cigarrillos. En promedio, las usuarias consumieron 52.3 días y se abstuvieron 7.7 días en los 3 meses previos a la intervención.

	Usuaría 1	Usuaría 2	Usuaría 3
Edad	23 años	24 años	41 años
Escolaridad	Bachillerato		
Ocupación	Estudiante		Ama de casa
Estado civil	Soltera		Casada
Nivel de dependencia		Baja	
Etapas de cambio	Ambivalencia		Acción
Nivel de depresión		Leve	
Nivel de ansiedad	Leve	Moderada	Sin ansiedad
Meta terapéutica	Consumo		Abstinencia
Avance del tratamiento	Sesión 4	Sesión 2	Sesión 4
Menor autoeficacia	Emociones desagradables	Necesidad y Tentación de consumo	Emociones desagradables

Tabla 2. Características de las participantes del CEPREA

Referente al nivel de autoeficacia de las usuarias atendidas en este centro, se encontró que el menor se reportó en las situaciones relacionadas con las Emociones desagradables, seguida de la Incomodidad física y en antepenúltimo nivel las que tienen que ver con Momentos agradables con otros (ver Tabla 2).

Con respecto al estadio de cambio que mostraban las usuarias al inicio del tratamiento, se observó que en su mayoría (67%) se mostraban ambivalentes ante su cambio (ver Tabla 2). Todas las usuarias presentaron un nivel de depresión leve (ver Tabla 2).

Con respecto al nivel de ansiedad presente en las usuarias atendidas, se encuentra igual porcentaje (33%) de usuarias con un nivel leve y moderado (ver Tabla 2).

2.2.4a. PROCEDIMIENTO

Después de haberle realizado la preconsulta a las usuarias, se proporcionaron los datos de cada una a la terapeuta para que, a la brevedad posible, se concertara la primer cita para iniciar el tratamiento. Al terminar la intervención, se realizó una sesión de seguimiento para constatar los cambios en la conducta de fumar de cada una de las usuarias.

2.2.5a. RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos de las usuarias atendidas en dicho Centro, se puede señalar que el 100% de ellas comenzaron las sesiones de tratamiento, concluyendo la sesión de situaciones de riesgo el 33% y la de planes de acción el 67% de las usuarias (ver Tabla 2).

Con respecto al logro de la meta terapéutica, la aplicación del programa ayudó a que el 67% de las usuarias atendidas la alcanzaran (una participante logró la abstinencia y otra disminución de su consumo).

2.2.1b. ESCENARIOS:

B) Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”: Institución perteneciente al gobierno del D.F. que proporciona tratamiento psiquiátrico, médico y psicológico (de forma grupal, individual y familiar) de manera gratuita a personas que presentan adicción a sustancias, que voluntariamente solicitan su ingreso al centro en las modalidades de consulta externa, área residencial (con 40 días de duración) y área de desintoxicación.

2.2.2b. INSTRUMENTOS:

Los señalados en la aplicación realizada en el CEPREA, con excepción de las hojas de registro de consumo de cigarrillos y la hoja de síntomas de abstinencia, debido a que en el CAIS no está permitido fumar durante el tiempo de internamiento.

2.2.3b. PARTICIPANTES:

En este centro, se le proporcionó atención a 4 usuarios (todos del sexo masculino), que contaban con una media de edad de 24 años (ver Tabla 3).

El 50% de los usuarios tenían una escolaridad de secundaria y el restante 50% el bachillerato (ver Tabla 3).

Con respecto a su ocupación, el 25 % era estudiantes, 25% comerciante, 25% se dedicaba a realizar mudanzas, y el porcentaje restante era chofer de transporte público (ver Tabla 3).

Referente al estado civil de los usuarios, el más frecuente fue unión libre (50%) (ver Tabla 3).

El nivel de dependencia de los usuarios más frecuente fue alta (50 % de los usuarios) (ver Tabla 3).

En cuanto a las características del patrón de consumo de los usuarios atendidos en la Unidad residencial del CAIS, referente a los 60 días previos a su ingreso, se observó que el promedio del total de cigarros fue de 1046, el promedio mensual fue de 473 cigarros, el promedio por día era de 17.4 cigarros, el promedio de consumo máximo era de 29.3 cigarros. En promedio, los usuarios consumieron 53.8 días y se abstuvieron 6.3 días en los 3 meses previos a la intervención. El 50% reportó como el menor nivel de autoeficacia las situaciones relacionadas con emociones desagradables (ver Tabla 3).

En cuanto al estadio de cambio de los usuarios, el 100% de los usuarios mostraron estar en ambivalencia para dejar de fumar, de acuerdo al SOCRATES (8D) (ver Tabla 3).

Referente al nivel de depresión, el 75% obtuvo un nivel moderado (ver Tabla 3).

Con respecto al nivel de ansiedad de los usuarios atendidos se encontró que el 50% presentaba un nivel medio (ver Tabla 3).

Además de las características señaladas, esta muestra presentaba déficits en habilidades sociales, de autocontrol y emocionales; y contaban con comorbilidad (trastorno de conducta antisocial y trastorno de déficit de atención con hiperactividad). También contaban con creencias favorables hacia el consumo y solían pasar tiempo libre con otros consumidores (quienes también favorecían el consumo).

2.2.4b PROCEDIMIENTO:

Cada uno de los usuarios atendidos en esta institución fue asignado a la terapeuta por las autoridades del centro al ingresar a la Unidad residencial de la institución.

El tratamiento se inició desde la primer semana de ingreso a la Unidad residencial del CAIS; puesto que el internamiento duraba 6 semanas. La aplicación del programa solía continuarse por medio de sesiones semanales en consulta externa (las cuales se asignaban con base en la agenda de la terapeuta).

2.2.5b RESULTADOS:

Con respecto a la aplicación del Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores en este escenario, se observó que el 75% de los usuarios concluyeron la fase de tratamiento, llegando estos a la sesión de manteniéndome sin fumar (ver Tabla 3).

Con respecto al logro de la meta terapéutica (abstinencia y disminución de consumo), la aplicación del programa ayudó a que los 2 usuarios que buscaban la abstinencia lo logaran; los cuales la mantuvieron hasta su primer seguimiento. Cabe señalar que estos usuarios no usaron ninguna terapia de reemplazo durante el tratamiento.

	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Usuario 4
Edad	21 años	23 años	24 años	27 años
Escolaridad	Bachillerato		Secundaria	
Ocupación	Estudiante	Chofer de transporte público	Comerciante	Mudanza
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Unión libre
Nivel de dependencia	Bajo	Medio	Alto	
Etapa de cambio	Precontemplación			
Nivel de depresión	Leve	Moderado		
Nivel de ansiedad	Leve	Moderado	Severo	
Meta terapéutica	Abstinencia	Consumo		Abstinencia
Avance del tratamiento	1er. seguimiento	Sesión 4	Evaluación	1er. seguimiento
Menor autoeficacia	Emociones desagradables	Conflicto con otros	Emociones desagradables	Necesidad y tentación de consumo

Tabla 3. Características de los participantes del CAIS “Torres de Potrero”

2.3. PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS (PSC):

El PSC es un tratamiento breve de corte cognitivo conductual para usuarios que han desarrollado una dependencia severa a sustancias, el cual se deriva del Modelo *Community Reinforcement Approach* (CRA) que nació del trabajo de Hunt y Azrin (1973) y Azrin (1976).

Tiene sus antecedentes en el Modelo Dinámico Regulatorio de Niauria y el de la Teoría del aprendizaje social, las cuales integran los fundamentos del condicionamiento clásico, operante y vicario (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007). El Modelo Dinámico Regulatorio de Niauria explica que cuando el usuario se encuentra frente al impacto de los precipitadores activa la percepción

de seguridad/inseguridad para resistirse al consumo, ante lo cual utiliza conductas de enfrentamiento (en este caso, el consumo de sustancias). Por su parte, la Teoría del Aprendizaje Social enfatiza el desarrollo de habilidades de afrontamiento y de rehuso al consumo, el impacto ambiental, y sus consecuencias de reforzamiento y de castigo (Barragán, et al., 2007).

El Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo que el usuario modifique su conducta de consumo de drogas, alcance la abstinencia y propicie un estilo de vida más satisfactorio que el del consumo por medio del aprendizaje de habilidades.

Las personas que pueden verse mayormente beneficiadas por el PSC son aquellas que cuentan con las siguientes características:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ESPECIFICACIÓN DEL CRITERIO
<p>NIVEL DE DEPENDENCIA</p>	<p>Alcohol: Medio o severo Es decir, un puntaje de 22 en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).</p> <p>Drogas: Substancial o severo 11 puntos o más en el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)</p>
<p>CANTIDAD DE CONSUMO</p>	<p>Ocasión de Consumo: <i>Hombres: 14 ó más copas estándar</i> <i>Mujeres: 10 ó más copas estándar</i></p> <p>Consumo Semanal: <i>Hombres: 20 ó más copas estándar</i> <i>Mujer: 15 ó más copas estándar</i></p>

PRESENTAR RECAÍDAS, INTERNAMIENTOS, O TRATAMIENTOS PREVIOS

PÉRDIDAS EN DIFERENTES ÁREAS DE VIDA

Tener alguna(s) pérdidas, daños o alteraciones al menos en 3 áreas de su vida, tales como:

Física: Gastritis, úlcera, arritmias cardiacas, cirrosis u otras alteraciones en hígado, pancreatitis, lesiones, accidentes, várices esofágicas, ascitis, neumonías, tuberculosis, avitaminosis, diabetes.

Laboral/ Académico: Desempleo, Suspensiones laborales, accidentes laborales, fallas en la calidad del trabajo, deserción escolar, años escolares reprobados, ausentismo.

Familiar: Divorcio, separaciones, violencia física y verbal, conflictos recurrentes.

Social: Aislamiento, pérdida de amigos, pleitos.

Legal: Demandas, detenciones, encarcelamientos, homicidios, robos.

Psicológico: Insomnio, Ansiedad, Depresión, ideas y/o intentos suicidas, lagunas mentales, culpa.

	Económico: Deudas. Personal: Falta de conductas de auto-cuidado.
SER MAYOR DE EDAD	
RENDIMIENTO	Saber leer y escribir

Además de estos criterios, se ha observado que el modelo logra un mayor impacto entre egresados que presentaban mayor escolaridad, tenían tratamientos previos, y contaban con grupo de apoyo familiar (Barragán, 2005).

Cabe señalar que al adaptar y evaluar el CRA entre usuarios mexicanos dependientes a sustancias Barragán, González, Medina-Mora y Ayala en el 2005, observaron la necesidad de incorporar al Modelo técnicas de rehusarse al consumo eficientes para la población mexicana (como decir que se está jurado, que se está tomando medicamentos, justificar, e interrumpir interacción), y de insertar habilidades de comunicación propuestas por Monti (1993) tales como: escuchar, iniciar conversación, hacer y recibir críticas, dar y recibir reconocimiento, expresar sentimientos positivos y negativos, y las de expresar entendimiento, aceptar y/o compartir responsabilidades y ofrecer ayuda (éstas tres últimas propuestas por Hunt y Azrin en 1973). También se identificó que se requería integrar componentes de habilidades de autocontrol emocional que permitieran enfrentar, disminuir la intensidad y duración del enojo, ansiedad y depresión de los usuarios; así como el club social para el mantenimiento de la abstinencia (Barragán, 2005). De esta manera, el PSC quedó estructurado de la siguiente manera:

SESIÓN	OBJETIVO
ADMISIÓN	Recolectar los datos principales del usuario, con la finalidad de seleccionar a los usuarios

	que se vean beneficiados con la intervención.
EVALUACIÓN I	Conocer el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo del usuario.
EVALUACIÓN II	Conocer el nivel de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario.
12 COMPONENTES DE INTERVENCIÓN	
ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CONSUMO Y NO CONSUMO	Motivar al usuario a la abstinencia guiándolo en la elaboración de un análisis de su conducta de consumo que le permita reconocer precipitadores internos y externos, así como las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo para que pueda desarrollar planes de acción enfocados a enfrentar las situaciones de riesgo del usuario; así como que identifique conductas positivas en su vida que no estén relacionadas con el consumo y que compare las consecuencias de realizar esta conducta con la conducta de consumo y así incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas positivas.
MUESTRA DE ABSTINENCIA	Que el usuario experimente los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilite la negociación del mantenimiento de la abstinencia.
METAS DE VIDA COTIDIANA	Identificar el nivel de satisfacción del usuario en cada una de las áreas de su vida y establecer metas específicas para cada área de vida

		analizando los obstáculos para alcanzarlas y realizar los planes de acción necesarios.
REHUSARSE CONSUMO	AL	Que el usuario pida el apoyo de sus familiares y amigos para cumplir con su meta de abstinencia y que aprenda las estrategias necesarias.
HABILIDADES COMUNICACIÓN	DE	Mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para que logre una comunicación positiva y efectiva.
SOLUCIÓN PROBLEMAS	DE	Dotar de estrategias al usuario para que aprenda a solucionar problemas en su vida diaria y así mejorar su calidad de vida.
CONTROL EMOCIONES (TRISTEZA, ANSIEDAD, ENOJO Y CELOS)	DE	Que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su ansiedad, enojo, tristeza y celos.
BÚSQUEDA EMPLEO	DE	Busca que el usuario aprenda las habilidades necesarias para la búsqueda de un empleo satisfactorio. Este componente se subdivide en 2 sesiones
HABILIDADES SOCIALES RECREATIVAS	Y	Que el usuario adquiera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen el no consumo al mismo tiempo que lo hagan sentir bien
PREVENCIÓN RECAÍDAS	DE	Que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para así prevenir recaídas.
		Que el usuario y su pareja aprendan habilidades de autocontrol de enojo y de

<p>CONSEJO MARITAL</p>	<p>comunicación que les sean útiles para mejorar su relación.</p> <p>Este componente se subdivide en 2 sesiones:</p> <p><i>Consejo marital I:</i> Que el usuario y su pareja reconozcan la importancia que tiene el cambio positivo en su relación marital y aprendan una serie de habilidades para mejorar su relación.</p> <p><i>Consejo marital II,</i> Que el usuario y su pareja identifiquen aquellas áreas de su matrimonio en las que necesitan lograr cambios positivos, que identifiquen las conductas que necesitan cambiar, aprendan a realizar peticiones positivas, y a solucionar problemas.</p>
<p>ENTRENAMIENTO AL OTRO SIGNIFICATIVO</p>	<p>Que “el otro significativo” (es decir, pareja, amigo, familiar del usuario que le apoye en su modificación de conducta de consumo) entienda el análisis funcional de la conducta de consumo del usuario y aprenda las estrategias necesarias de comunicación, solución de problemas, control de las emociones y prevención de recaídas; con el fin de apoyar al usuario en su abstinencia.</p>

Cabe señalar que el orden de aplicación de los componentes es flexible, con base en las necesidades identificadas durante la evaluación, el componente de Metas de Vida Cotidiana y el reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento; por lo que es

importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes son implementados.

El PSC ha obtenido resultados significativos en el patrón de consumo no solo entre usuarios dependientes severos de alcohol, cocaína, opiáceos, sino también para usuarios de inhalables y marihuana (Barragán, 2005).

2.3.1. ESCENARIO:

Los resultados que a continuación se presentan son los obtenidos de una adaptación del PSC en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Torres de Potrero”; institución que también proporciona a los internos servicio psiquiátrico, médico y psicológico (de forma grupal, individual y familiar) desde su ingreso al centro.

2.3.2. INSTRUMENTOS:

Durante la fase de Admisión se aplican los siguientes instrumentos:

ENTREVISTA INICIAL: Entrevista que permite conocer aspectos socioeconómicos y características generales del consumo del paciente (historia de consumo, principales consecuencias, antecedentes de otros tratamientos) (Barragán, Flores, Morales, González, Martínez et al., 2006; Barragán, Flores, Morales, González, Martínez, Ayala y Reild, 2006).

ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EDA): Desarrollada a partir del Inventario de Consumo de Alcohol de Horn y Wanberg en 1969 (Barragán, et al., 2006). Mide desde dependencia baja hasta severa por medio de 25 reactivos (algunos dicotómicos y alguno de 4 opciones de respuesta); los cuales se clasifican en una escala de tres puntos. Puede ser administrada como

cuestionario o como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Para obtener la calificación de este instrumento se asigna un valor a cada opción de respuesta (a=0, b=1, c=2, d=3). Se suman los puntajes (que puede ir de 0 a 47) y se interpreta con base a la siguiente escala:

- a) De 0 = No hay dependencia
- b) De 1 a 13 = Dependencia Baja
- c) De 14 a 21 = Dependencia Moderada
- d) De 22 a 30 = Dependencia Media
- e) De 31 a 47 = Dependencia Severa

Tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998; Barragán, et al., 2006).

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS: Desarrollado por Skinner, H (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001. Consta de 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Mide la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Este cuestionario Puede ser administrado tanto en forma de entrevista como en formato de auto-aplicación. No debe de administrarse a pacientes que se encuentren bajo la influencia de drogas.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados

negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo que va de 0 a 20. Una calificación de cero indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas. Calificaciones más altas corresponden al incremento que el usuario reporta en el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas: No reportó (Puntaje 0), Bajo (de 1 a 5 puntos), Moderado (de 6 a 10 puntos), Sustancial (de 11 a 15 puntos), y Severo (de 16 a 20 puntos).

Tiene una confiabilidad de entre 0.95 a 0.86 para usuarios de alcohol y drogas. En estudios de análisis factorial se han encontrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total. Las puntuaciones han correlacionado significativamente con medidas del número de drogas usadas con frecuencia del uso de cannabis, barbitúricos, anfetaminas y heroína (Barragán, et al., 2006).

RETENCION DE DÍGITOS Y SÍMBOLOS Y DÍGITOS: Subescalas de ejecución la Prueba de inteligencia Wechsler. Evalúa memoria. Su finalidad es evaluar el funcionamiento cognitivo. Se obtiene un promedio entre los puntajes estandarizados de cada subescala (Barragán, et al., 2006).

ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL: Elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Detecta el nivel de satisfacción general que identifica tener el individuo con su vida cotidiana.

Este instrumento Consta de 10 reactivos cuyo puntaje va de 0-10 puntos (donde 0 = Completamente insatisfecho y 10 = Completamente satisfecho). Las áreas de vida evaluadas son: 1) Consumo/Sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del Dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales y 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General.

Su confiabilidad es de 0.76, mostrando buena consistencia interna, su validez de criterio es adecuada, ya que correlacionaron el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general (Barragán, 2006). En la sesión de Evaluación I se aplican los siguientes instrumentos:

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA):

Elaborado por Annis, Graham y Davis en 1987, y adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Consta de 100 reactivos que evalúan las situaciones de riesgo de consumo de alcohol del usuario, las cuales se agrupan en 8 categorías (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros). Estas situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden considerarse de alto riesgo para una recaída. Es de utilidad para apoyar al tratamiento proporcionar un perfil de las áreas de mayor riesgo en el individuo (Barragán, et al., 2006).

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD):

Elaborado por Annis y Martin en 1985, y adaptado a población mexicana por De León y Pérez en el 2001. Consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros).

Este inventario Busca identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. El individuo tiene que indicar la frecuencia con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Cuenta con una confiabilidad test-retest de 0.98 siendo significativos todos sus reactivos al 0.000.

Su validez se obtuvo mediante grupos contrastados para determinar si el instrumento discriminaba entre consumidores y no consumidores; al analizar los datos mediante “t” de Student con muestras independientes, todos los reactivos fueron significativos al 0.000 (Barragán, et al., 2006).

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS): Elaborado por Annis en 1982. Cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos que evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante 8 categorías situacionales (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros), el cual es administrable de forma individual o grupal.

En este cuestionario Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-eficacia indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol ante cada situación; es decir, porcentajes más cercanos a cero indica una menor confianza de resistirse al consumo ante esa situación, representando un alto riesgo para el individuo (Barragán, et al., 2006).

CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD): Elaborado por Annis y Martin, (1985) y adaptado a población mexicana por De León y Pérez en 2001. Consta de 60 reactivos auto-administrables que evalúan la auto-eficacia del usuario para resistirse al consumo de drogas ante 8 situaciones de riesgo (emociones desagradables, malestar físico, emociones placenteras, probando autocontrol, necesidad y tentación de consumo, conflicto con otros, presión social, y momentos agradables con otros). Estima la auto-eficacia del usuario en relación a situaciones específicas de consumo de drogas sobre el curso del tratamiento.

Se le pide al sujeto que se imagine a sí mismo en cada una de las 60 situaciones y que indique qué tan confiando está de resistirse a la necesidad de usar una droga en particular, con base a una escala de 0=Completamente inseguro a 10=Completamente seguro. Se obtiene una sumatoria de los porcentajes de cada uno de los reactivos que corresponden a cada sub-escala. Posteriormente se obtienen el porcentaje final de cada sub-escala al dividir el porcentaje entre el número total de reactivo por cada escala. Las puntuaciones indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de drogas ante cada situación; Porcentajes cercanos a cero indican que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo de drogas ante esa situación, siendo esta de mayor riesgo.

Cuenta con una consistencia interna de 0.99, una confiabilidad test-retest y en su validez mediante la prueba "t" todos los reactivos obtuvieron una significancia de 0.000 (Barragán, et al., 2006).

LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE): Desarrollado por Sobell y Sobell en 1992. Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento. Tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.82.

Este instrumento Cuenta con validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), los días de internamiento, días de cárcel, hospitalizaciones o tratamiento de internamiento, y con otros marcadores biológicos (gama-glutamyl-transpeptidasa) (Barragán, et al., 2006).

Para lograr los objetivos de la sesión de Evaluación II se aplica:

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK: Elaborado por Beck, Steer y Garbin, (1988), y estandarizado en población mexicana por Jurado, et al. 1998. Consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias opción(es) que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación.

Obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87 y una validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung, correlaciona con diagnóstico psiquiátrico de depresión ($r = .70$) (Barragán, et al., 2006).

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK: Cuestionario elaborado por Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988, y estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Cuestionario de 21 reactivos que permite evaluar síntomas de ansiedad. Tiene una alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de 0.75. Cuenta con una validez de constructo y convergente con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) (Barragán, et al., 2006).

INVENTARIO MULTICULTURAL DE LA EXPRESIÓN DE LA CÓLERA Y HOSTILIDAD: Desarrollado por Moscoso en el 2000. Consta de 44 reactivos cuyo objetivo es evaluar la intensidad de la cólera como un estado emocional (Cólera/Estado) y la disposición a experimentar sentimientos de cólera y hostilidad como un rasgo de personalidad (Cólera/Rasgo). La forma, estilo y frecuencia de expresión de la cólera es evaluada por las sub-escalas de Cólera Manifiesta, Cólera Contenida y Control de la Cólera. Cada ítem se responde con base en una frecuencia de cuatro puntos, reflejando como se siente en ese momento (No en Absoluto 1, Un Poco 2, Bastante 3 y Mucho 4).

Las escalas Cólera/Rasgo y Expresión de la Cólera requieren que el sujeto conteste los reactivos basándose en una frecuencia de cuatro puntos (Casi

Nunca = 1, Algunas Veces = 2, Frecuentemente = 3 y Casi Siempre = 4) (Barragán, et al., 2006).

2.3.3. PARTICIPANTES:

En el Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de potrero” (CAIS), se atendieron con el Programa de Satisfactores Cotidianos a **27 usuarios**, todos ellos ingresados en la Unidad Residencial; un 81% eran varones y el restante 19% mujeres (ver figura 2), la media de edad fue de 29.6 años (fluctuando entre los 17 y 51 años) (ver figura 3); siendo más frecuente una escolaridad de secundaria (40%) (ver figura 4); en su mayoría estaban desempleados (40% de ellos) (ver figura 5); y siendo en su mayoría solteros (44%) (ver figura 6).

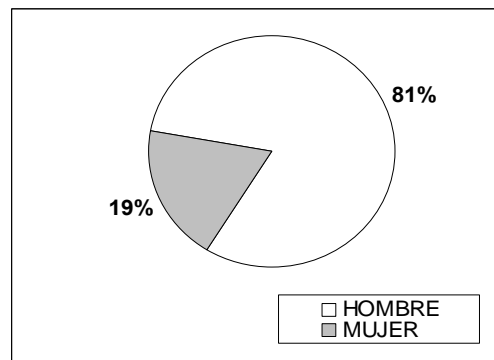


Figura 2. Sexo de los usuarios atendidos

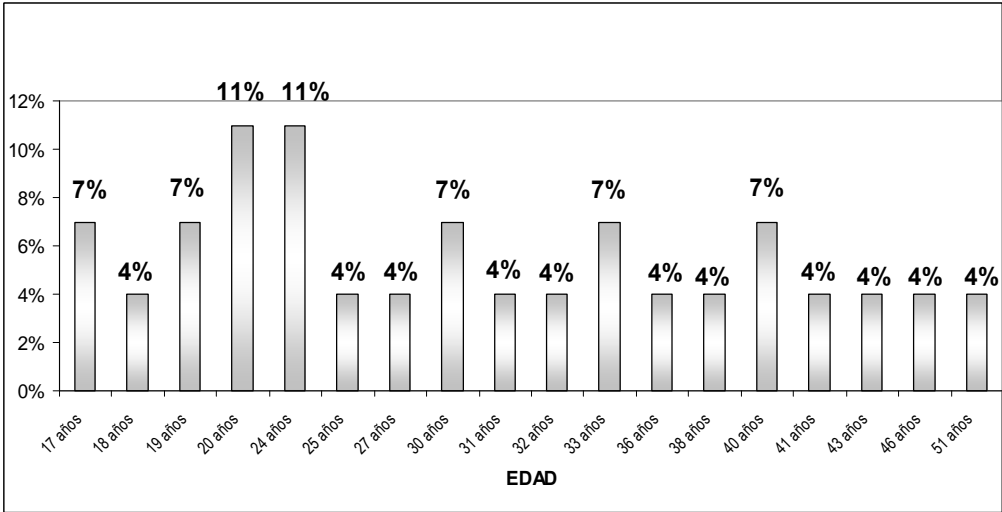


Figura 3. Edad de los usuarios

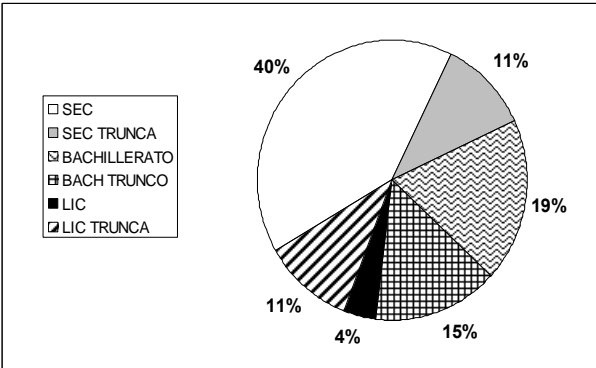


Figura 4. Nivel de escolaridad de los usuarios

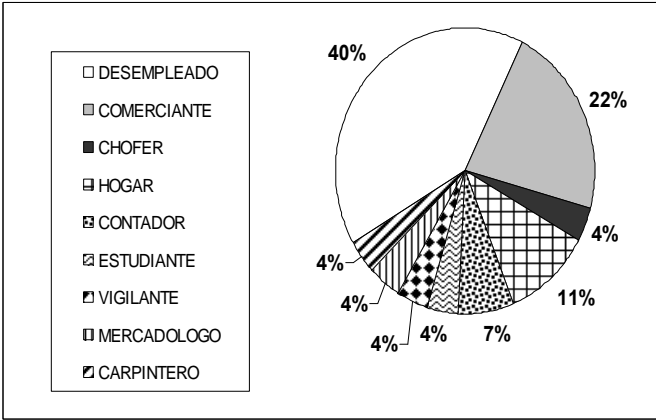


Figura 5. Ocupación de la muestra

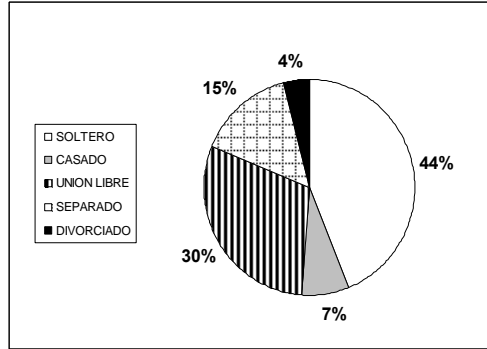


Figura 6. Estado civil de los usuarios

De los 27 usuarios atendidos, el 81% reportaron como droga principal el crack, un 15% eran consumidores de alcohol y el otro 4% reportó consumir benzodiazepinas (ver figura 7).

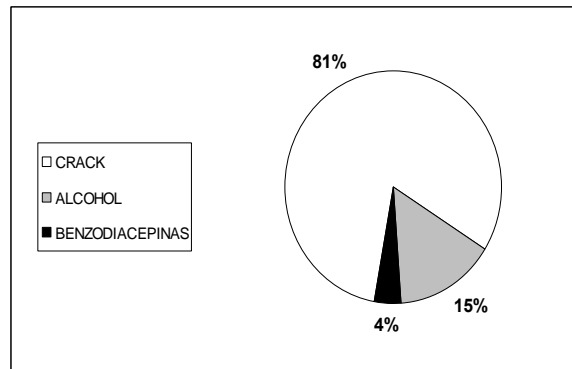


Figura 7. Droga principal reportada

En cuanto al puntaje del funcionamiento cognitivo de los usuarios, se encontró que el 64% cumplió el criterio de obtener 6 puntos, mientras que el 36% restante no lo cumplió. Los puntajes abarcaron el rango de 3.5 a 11 puntos. El puntaje más frecuente fue de 8.0 (19%), siendo el promedio el puntaje de 6.7 puntos (ver tablas 4 y 5).

Con respecto al nivel de satisfacción presentado por los usuarios atendidos, se observó que el promedio de satisfacción general de los usuarios fue de 7.1

puntos, el área con más bajo promedio fue manejo de dinero; siendo el de situación legal el de mayor promedio (ver tabla 6).

En cuanto al nivel de depresión que presentaban los usuarios una semana antes de ser ingresados al centro, el 52% de los usuarios mostró un nivel moderado (ver figura 8).

El 44% de los usuarios presentaban un nivel de ansiedad moderado una semana antes de ingresar a la institución (ver figura 9).

PUNTAJE	%
3.5	4%
4.0	4%
4.5	4%
5.0	11%
5.5	7%
6.5	7%
7.0	7%
7.5	11%
8.0	19%
8.5	4%
10.5	4%
11.5	4%

Tabla 4. Funcionamiento Cognitivo

	%
CUBREN CRITERIO	64%
NO CUBREN CRITERIO	36%

Tabla 5. Porcentaje de la muestra que cumplió el criterio de funcionamiento cognitivo

Además de las anteriores características, estos participantes presentaban comorbilidad psiquiátrica (Trastornos de conducta antisocial, TDAH, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo); 2 usuarios reportaron haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia; y en su mayoría contaba con antecedentes legales. También tenían deficiencias en habilidades de autocontrol, sociales y emocionales. Presentaban creencias y actitudes favorables hacia las sustancias (al igual que sus pares) y solían usar parte de su tiempo libre en el consumo.

AREA	PROMEDIO
CONSUMO	7.2
PROGRESO EN EL TRABAJO O ESCUELA	6.1
MANEJO DE DINERO	5.5
VIDA SOCIAL/RECREATIVA	6.7
HÁBITOS PERSONALES	7.9
RELACIONES FAMILIARES O MATRIMONIALES	7.0
SITUACIÓN LEGAL	8.5
VIDA EMOCIONAL	7.1
COMUNICACIÓN	7.4
SATISFACCIÓN GENERAL	7.9

Tabla 6. Promedio de calificación de satisfacción general

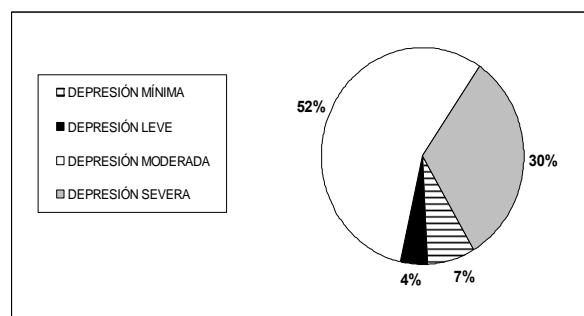


Figura 8. Nivel de depresión de los usuarios

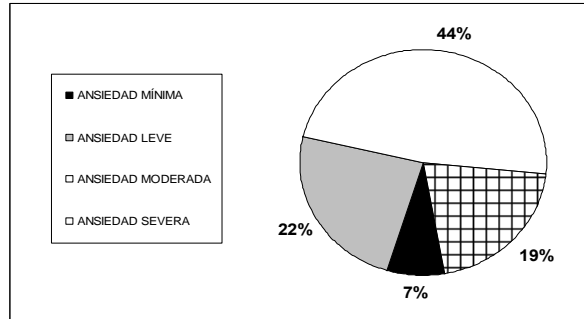


Figura 9. Nivel de ansiedad de los usuarios

a) USUARIOS DE CRACK

En cuanto al nivel de dependencia de los 22 usuarios de crack, se encontró que, en su mayoría, presentaron un nivel sustancial (ver figura 10). Los porcentajes de grafica no dan 100%

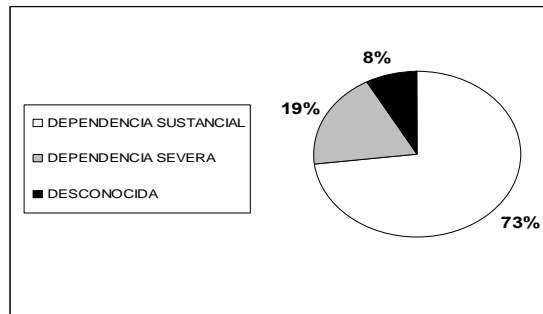


Figura 10. Nivel de dependencia de los usuarios de crack

Respecto a los datos de consumo durante los 12 años previos al ingreso al centro, se encontró un promedio total de 532 grs., una ingesta diaria de 2 grs. en promedio, siendo el promedio de cantidad máximo de consumo por ocasión de 6 grs. y la mínima de 0.8 grs.; el promedio del consumo mensual fue de 24 grs.; la media de los días dedicados al consumo fue de 178 y la de días de abstinencia de 187.

Con relación a las principales situaciones de riesgo reportadas por los usuarios, se identifican aquellas relacionadas con las emociones desagradables, probar

autocontrol y las relacionadas con necesidad y tentación de consumo (ver figuras 11, 12 y 13).

En lo referente al nivel de autoeficacia de los usuarios de crack, se encontró que el menor nivel de autoeficacia era ante las situaciones relacionadas con probar autocontrol, precedidas por las relacionadas con necesidad y tentación de consumo; y las de emociones desagradables (ver graficas 14, 15 y 16).

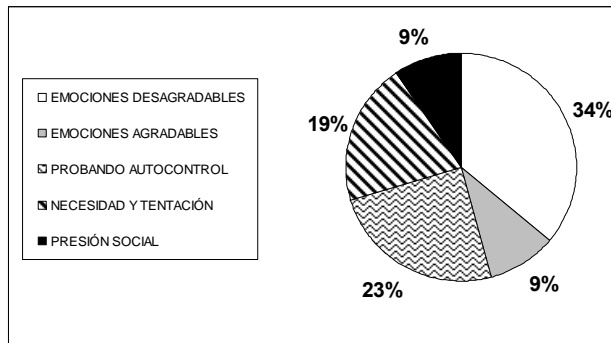


Figura 11. Principal situación de riesgo de los usuarios de crack

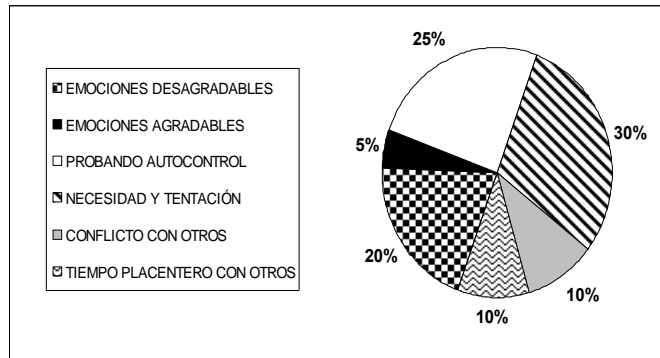


Figura 12. Segunda situación de riesgo de los usuarios de crack

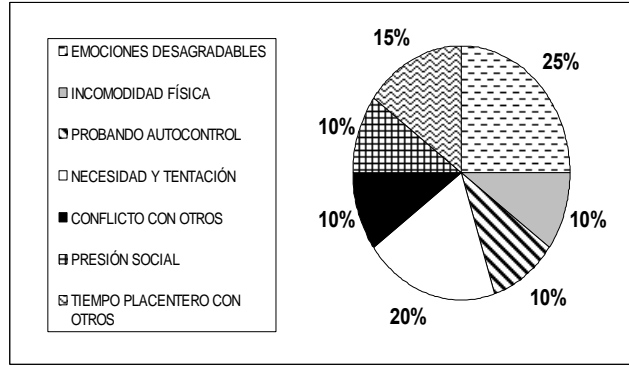


Figura 13. Tercera situación de riesgo de los usuarios de crack

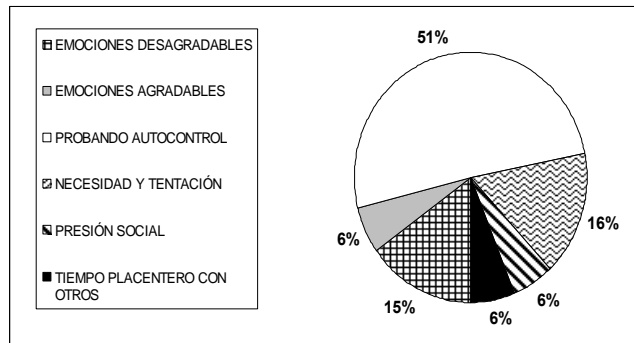


Figura 14. Menor nivel de autoeficacia de los usuarios de crack

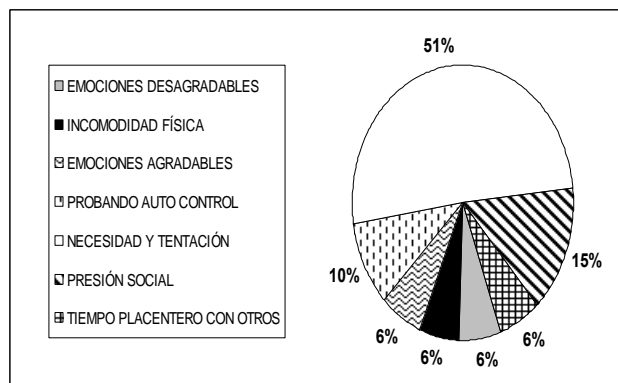


Figura 15. Penúltimo nivel de autoeficacia de los usuarios de crack

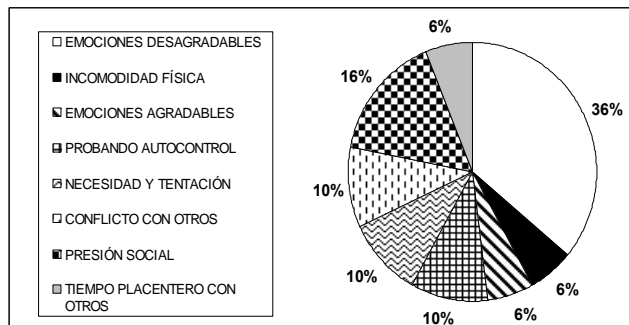


Figura 16. Antepenúltimo nivel de autoeficacia de los usuarios de crack

b) USUARIOS DE ALCOHOL

La aplicación del EDA a los 4 usuarios, cuya principal sustancia era el alcohol, reportó que el 75% presentó un nivel de dependencia moderada (ver figura 17).

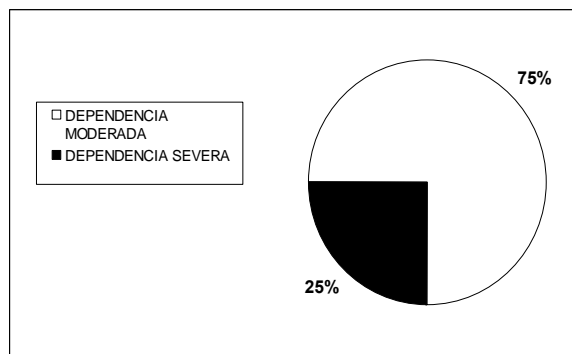


Figura 17. Nivel de dependencia al alcohol de los usuarios

En cuanto al patrón de consumo de estos usuarios durante los 12 meses previos a su ingreso al centro, se encontró un promedio de consumo total de 5123 copas estándar, presentándose una ingesta de 24 copas por ocasión en promedio, siendo el promedio de cantidad máximo de 50 copas y la mínima de 5 copas; el promedio del consumo mensual fue de 421 copas; la media de los días dedicados a beber fue de 185 y la de días de abstinencia de 180. Las principales situaciones de riesgo de consumo identificadas fueron: tiempo placentero con otros, emociones desagradables y presión social (ver figuras 18, 19 y 20).

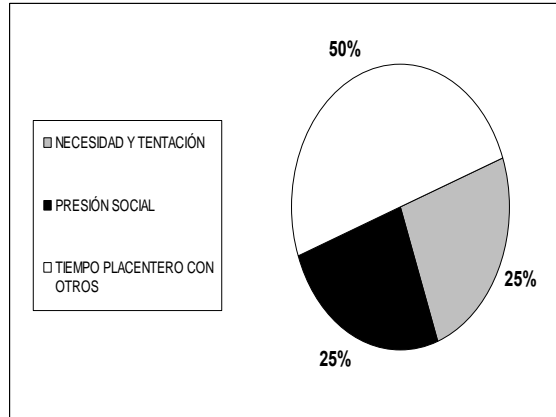


Figura 18. Principal situación de riesgo de consumo de usuarios de alcohol

Con respecto al nivel de autoeficacia de los usuarios de alcohol se encontró que el menor nivel de autoeficacia ante las situaciones relacionadas con probar autocontrol, precedida por las referentes a presión social y tiempo placentero con otros (ver graficas 21, 22 y 23).

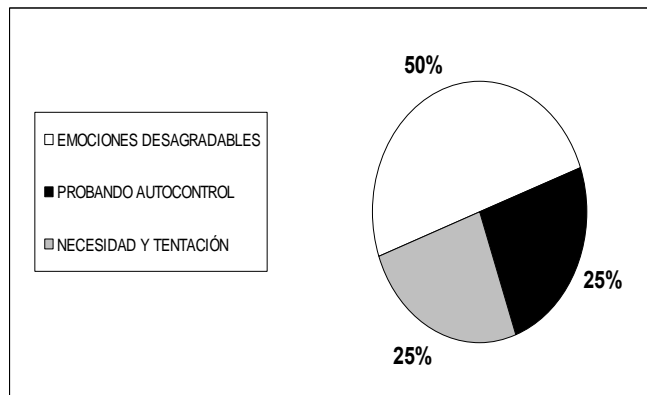


Figura 19. Segunda situación de riesgo de consumo de usuarios de alcohol

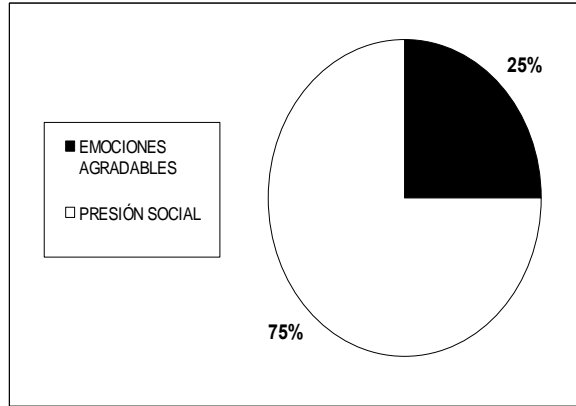


Figura 20. Tercera situación de riesgo de consumo de usuarios de alcohol

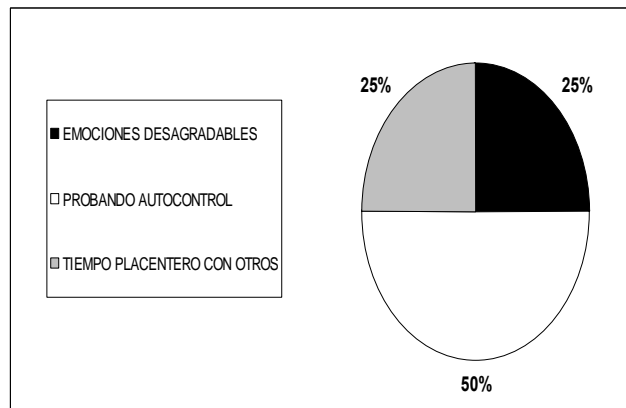


Figura 21. Menor nivel de autoeficacia de los usuarios de alcohol

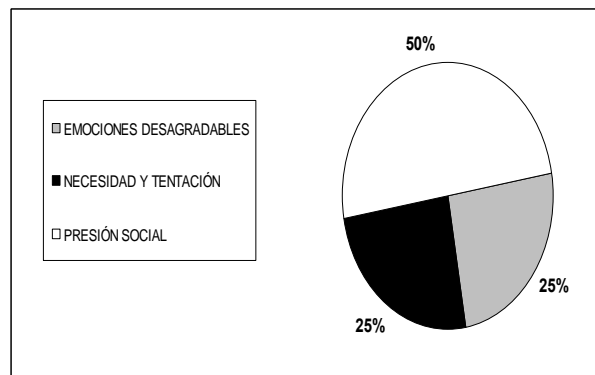


Figura 22. Penúltimo nivel de autoeficacia de los usuarios de alcohol

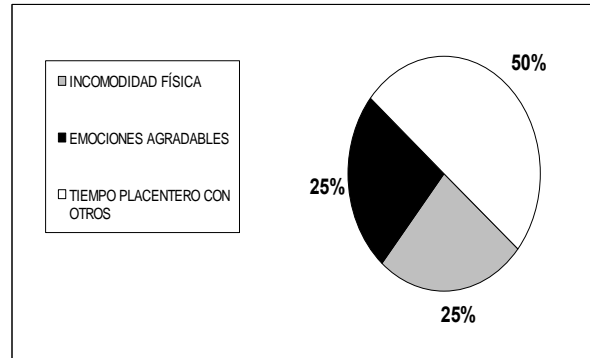


Figura 23. Antepenúltimo nivel de autoeficacia de los usuarios de alcohol

c) USUARIO DE BENZODIACEPINAS

Referente al único usuario que reportó como droga principal las benzodiazepinas, se puede señalar que eran un varón de 40 años, cuyo estado civil era unión libre, tenía una escolaridad de secundaria terminada y su ocupación era comerciante. En cuanto a su nivel de dependencia, reportó un nivel severo. Referente a sus situaciones de riesgo de consumo, señaló como principal las relacionadas con Emociones agradables (100%), seguida de las de Incomodidad Física (90%) y como tercera a las Emociones Desagradables (87%).

En cuanto al nivel de autoeficacia de no consumir benzodiazepinas ante una situación de riesgo, el usuario señaló las Emociones Desagradables como las de menor nivel de autoeficacia (82%), precedidas por las relacionadas con Necesidad y Tentación de consumo (83%), y como antepenúltimas las situaciones de Presión Social (84%).

2.3.4. PROCEDIMIENTO:

Cada uno de los usuarios atendidos en el CAIS fue asignado a la terapeuta por las autoridades de la institución. El tratamiento se inició desde la primera

semana de ingreso a la Unidad residencial del CAIS; puesto que el internamiento duraba 6 semanas. La aplicación del programa solía continuarse por medio de sesiones semanales en consulta externa (las cuales se asignaban con base en la agenda de la terapeuta). El avance en la implementación del PSC fluctuaba de acuerdo a las necesidades y características personales de cada usuario.

Cabe señalar que de la estructura original del PSC, en este escenario no se aplicaron los dos últimos componentes, ya que el CAIS proporciona dichos servicios por medio de la terapia familiar.

2.3.5. RESULTADOS:

Los componentes del PSC aplicados a los usuarios fueron: Análisis Funcional del Consumo, Rehusarse al consumo, Muestra de abstinencia, Prevención de recaídas, Control de enojo, Control de la tristeza, Control de ansiedad, Habilidades de comunicación y Control de celos.

En cuanto a la aplicación de los componentes del programa, las secuencias más frecuentes fueron: AFC, AFC y Rehusarse al consumo, AFC y Control de enojo (ver tabla 7).

COMPONENTE	%
AFC	14%
AFC, Rehusarse al consumo	14%
AFC, Control de enojo	14%
Control de ansiedad, Muestra de abstinencia, Prevención de recaídas	7%
AFC, Control de Tristeza	7%
Control de tristeza, AFC, Muestra de abstinencia, Prevención de recaídas, Control de enojo	7%
AFC, Rehusarse al consumo, Habilidades de comunicación	7%
AFC, Control de celos	7%

Tabla 7. Componentes aplicados a la muestra

En cuanto al promedio del nivel de satisfacción que los usuarios reportaron por cada componente, se puede observar que los que tuvieron mayor impacto fueron: Control del enojo, Muestra de abstinencia y Rehusarse al consumo; mientras que el de menor impacto en la satisfacción fue el de Habilidades de comunicación (ver tabla 8).

COMPONENTE	N	PUNTAJE DE SATISFACCION
ADMISION	27	7.1
ANALISIS FUNCIONAL DEL CONSUMO	13	8.0
REHUSARSE AL CONSUMO	5	8.3
MUESTRA DE ABSTINENCIA	4	8.4
PREVENCION DE RECAIDAS	1	7.3
CONTROL DEL ENOJO	3	9.2
CONTROL DE LA ANSIEDAD	4	8.1
COTROL DE LS CELOS	1	7.1
CONTROL DE LA TRISTEZA	3	5.6
HABILIDADES DE COMUNICACION	1	4.0

Tabla 8. Promedio de satisfacción general por componente

Cabe señalar que al analizar el promedio de satisfacción general de los componentes aplicados, los de Habilidades de comunicación y Control de la tristeza se encontraron por debajo del promedio inicial de la muestra (7.1 puntos), mientras que el de Control de celos fue el único que se mantuvo en el promedio inicial.

2.4. CONCLUSIONES

En lo referente a los **aspectos epidemiológicos**, se concluye que el usuario adolescente solía consumir (al inicio de la intervención) grandes cantidades en las ocasiones de consumo, y que es parte del 3.7% de los adolescentes y del

9.1% de los varones consumidores de inhalables (droga ilegal que se ha posicionado en el tercer lugar de incidencia de consumo a nivel nacional) (SS., et al., 2008).

En cuanto a los participantes consumidores de tabaco, se encontró lo señalado en la ENA (2008), puesto que las muestras en la que se intervino eran parte del 35.6% de los mexicanos de las zonas urbanas que fumaron tabaco alguna vez en su vida; así como del 40.2% de los adultos que reportaron esa prevalencia y formaban parte del 18.5% de los fumadores activos, y del 20.4% de la población urbana adulta consumidora. En promedio, la población atendida en el CEPREA reportó consumir igual que el 85.3% de los fumadores activos encuestados, ya que señalaban fumar menos de 16 cigarrillos al día. Por su parte, la media de consumo de cigarros de tabaco reportada por los internos del CAIS los ubicó tanto dentro del 11.7% de los fumadores activos que consumían entre 16 a 25 cigarros por día, como en el 3% de los consumidores de más de 25 cigarrillos. Algo importante de señalar es que estas muestras formaron parte del 51.3% de los adultos que han intentado dejar de fumar alguna vez y eran parte del 2.6% de los adultos que se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. Cabe señalar que los participantes del CAIS consideraban que podrían abstenerse sin la ayuda de medicamentos (igual que el 75.7% de los fumadores señalados por la última encuesta), ya que ninguno de ellos utilizó tratamiento de remplazo de nicotina (parches) durante la intervención (SS., et al., 2008).

En cuanto a la incidencia de consumo de la sustancia, en la muestra atendida en el CAIS, se observó una diferencia a lo reportado en la última ENA, ya que la droga de mayor impacto reportada por esta población no fue la marihuana, sino el consumo de crack (segunda droga de impacto señalada en la ENA). Con respecto a los 22 usuarios de crack y el usuario de benzodiacepinas, se confirmó lo señalado en dicha encuesta, al reportarse un mayor porcentaje de consumidores varones de drogas ilegales, siendo más frecuente entre los hombres de entre 18 a 34 años de edad. Además, se puede concluir que esta

población también formó parte del 16.1% de los usuarios que solicitan tratamiento por la presencia de problemas de consumo de sustancias en nuestro país, corroborándose la solicitud de dicha atención en grupos de ayuda mutua, con psicólogos y psiquiatras (SS., et al., 2008).

En los diferentes participantes se observaron diversos factores que incrementaron la probabilidad de ocurrencia del consumo de sustancias.

Como señala la literatura, respecto a los **factores de riesgo individuales**, se encontró un alto porcentaje de participantes con algún trastorno mental (NIDA, 2007); siendo las principales la **ansiedad** (Becoña, et al., 2004; Goodwin, et al., 2004; Griesler, et al., 2011; Hayatbakhsh, et al., 2007; NIDA, 20011; Patton, et al., 2002; Wittchen, et al., 2007), **depresión** (Chassin, et al., 2004; González-González, et al., 2012; Griesler, et al., 2011; López, et al., 2010; Schepis, et al., 2005; Zumiga, et al., 2002); así como, en el caso de los internos del CASI, la **conducta antisocial** (Becoña, et al., 2001; Inglés, et al., 2007; López, et al., 2010; Sussman, et al., 2008) y los **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** (Belsasso, et al., 2005; Ohlmeier, et al., 2009; Wilson, et al., 2005).

También se identificó como riesgo el **déficit en habilidades de autocontrol**, en especial en el caso de los participantes del CAIS, aspecto que derivó en dependencia de consumo de múltiples sustancias en esa muestra (Benda, 2005; Butters, 2004; Sussman, et al., 2003; Wills, et al., 2003).

Otro factor de riesgo señalado por la literatura fue la falta de **habilidades sociales**, aspecto que les limitaba para establecer relaciones adecuadas y satisfactorias con su ambiente social, por lo que el consumo era una forma de atontamiento de dichas necesidades, siendo más marcada la deficiencia en los participantes ingresados en el CAIS (Arrellánez, et al., 2004; Beyers, et al., 2004; Epstein, et al., 2000; Felipe, et al., 2004; Griffin, et al., 2002).

También se observó, una deficiencia de **habilidades emocionales**, aspecto por lo que tenían dificultades para resolver los conflictos interpersonales de manera positiva (Stenbacka, 2003), situación que detonaba el consumo.

Los participantes también contaban con **preconceptos, valoraciones y actitudes positivas hacia el consumo de drogas** (Butters, 2004; Chabrol, et al., 2004; Fok, et al., 2005; López, et al., 2010; Rohsenow, et al., 2005), aspecto que favorecía el consumo.

Otro factor de riesgo encontrado en ambas muestras fue el **empleo de tiempo libre** en actividades facilitadoras del consumo (por ejemplo, pasar tiempo recreativo con consumidores, salir a bailar y consumir, etc.), favoreciendo así la asociación del consumo con los aspectos recreativos o sociales (Becoña, 2007; Gil, 2008).

En el caso del participante adolescente, también se identificó como factor de riesgo el estar **transitando hacia la adultez** (SS, et al., 2008)

En cuanto a los **factores de riesgo familiares**, el más marcado fue la presencia de una Historia positiva de consumo (padre, madre, hermanos, u otros familiares), siendo más notoria en la muestra del CAIS; aspecto que facilitó el consumo tanto por carga genética, patrones de crianza o que se facilitara el aprendizaje vicario a partir de modelos significativos de los usuarios (Petterson, et al., 1992).

Dentro de los **factores de riesgo de los compañeros e iguales**, el principal fue el **realizar actividades con compañeros consumidores**, aspecto que incrementaba el consumo dado a que el contexto actuó como un estímulo discriminativo y como un reforzador de la conducta (Dorius, et al., 2004; Eitle, 2005; Macleod, et al. 2004; SS, et al., 2008; Varela, et al., 2007). Un factor importante, en el caso del participante adolescente, fue el integrar actividades

reforzantes incompatibles al consumo (como deportes, andar en bicicleta con amigos y familiares, videojuegos), para así disminuir su consumo de alcohol, evitar el de inhalables, incrementar su apoyo social, haciendo con ello más satisfactoria su vida recreativa y social.

Al mismo tiempo también se encontró que los pares de los participantes tenían una **actitud favorables hacia el consumo** (Becoña, 2002; Donovan, 2004; Henry, et al., 2005).

Un **factor de riesgo escolar** que se presentó, especialmente en la población interna del CAIS y el participante adolescente, fue el **bajo rendimiento académico o dificultad de pasar de curso** (Chassin, et al., 2004; Díaz, et al., 2008; Hawkins, et al., 2002; Hawkins, et al., 1992; López, et al., 2010), dando como resultado el tener menor grado académico (secundaria o bachillerato) y el contar con menores recursos cognitivos que les permitiera hacer frente a las demandas de su vida diaria.

En lo que respecta a los **factores de riesgo comunitarios**, se detectaron la **disponibilidad y accesibilidad a las sustancias** (Alfonso, et al, 2009; Arelláñez, et al., 2004; Hawkins, et al., 1992; Hawkins, et al., 2002; López, et al., 2010), especialmente en el caso de los inhalables, el tabaco y alcohol, la **inexistencia de barreras** para su acceso (Alba, 2007), y una **percepción del riesgo baja respecto al consumo** (Kelly, et al., 2004; Sim, et al., 2005).

Con respecto a las **consecuencias debidas al consumo** reportadas por los participantes se encontraron problemas digestivos (gastritis, úlcera, cirrosis), escolares, familiares, laborales, legales y accidentes o lesiones asociados, peleas, pérdida de empleo, los cuales coinciden con los reportados en la literatura (Brailowsky, 2006; Samet, 2002; Taylor, et al., 2002; Castillo, et al., 2007; SS, et al., 2008). De esta manera, como señaló la ENA (2008), los

participantes con mayor nivel de dependencia reportaron más problemas (SS, et al., 2008).

Así mismo, se pudo observar el **condicionamiento clásico** que se da tanto de la tolerancia como del síndrome de abstinencia, cuando estos no sólo dependen de la experiencia directa con la droga, sino también de las señales ambientales que están presentes en el momento de la auto-administración de la sustancia (Graña, et al., 1991).

Otro aspecto que se puede corroborar en estos participantes es la explicación de la conducta adictiva por parte del **condicionamiento operante**, al observarse que, el consumo de sustancias no sólo se inicia, sino que se mantiene por las consecuencias que le siguen; siendo más frecuentemente reportado en esta población el reforzamiento negativo, al darse el consumo para evitar o eliminar una consecuencia desagradable (reducción de algún malestar como tensión, ansiedad, estrés, depresión, malestares físicos, etc.), lo cual permite explicar porqué los usuarios que ya han presentado el síndrome de abstinencia continúan consumiendo. También se observó el condicionamiento operante que se da cuando consumidores que presentan síndrome de abstinencia continúan consumiendo debido a que el consumo funciona como reforzador negativo al retirar los síntomas cuando se vuelve a consumir (Barragán, 2005; Cooper, et al., 1987).

Por otra parte, en esta población se demostró el determinismo recíproco de la conducta propuesto por la **Teoría del Aprendizaje Social**, siendo aprendida de forma vicaria (observándose principalmente en familiares y amigos), así como el peso que tienen las cogniciones asociadas a esta conducta (es decir, los procesos atribucionales, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado relacionados con la sustancia) (Abrams, et al., 1987; Bandura, 1969, 1977, 1978, 1982, 1986, 1994; Jessor, et al., 2006; Pilatti, et al., 2005; Marlatt, et al., 1985; Randolph, et al., 2006). Por tal motivo, es importante que las

intervenciones y tratamientos integren habilidades de autocontrol, incrementar el nivel de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes, lograr la autorreflexión, por parte del usuario, de tal forma que identifique los disparadores de su consumo, así como el desarrollo de expectativas de resultado que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo.

Otro factor que ayudó en el cambio logrado por la intervención es la integración de elementos de la **Entrevista motivacional** que permitieron cambiar la disposición a modificar la conducta de consumo de los participantes (Hettema, et al., 2008; Miller, et al., 1999, 2002).

Los resultados obtenidos en la implementación del **Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas** permite señalar la importancia de contar con intervenciones breves (de corte cognitivo-conductual y motivacional) para usuarios de sustancias de esta edad que permitan disminuir los casos de problemas de consumo de sustancias, ya que cada vez se reporta un mayor incremento de casos en esta población.

Con la finalidad de mejorar el Programa se sugiere realizar versiones más cortas de los instrumentos para así abarcar menos tiempo en la evaluación, integrar destrezas de enfrentamiento (como asertividad, rechazo al consumo, relajación, y control de emociones) ya que en la actualidad se observa una deficiencia (y en algunos casos inclusive ausencia) de dichas destrezas entre los adolescentes, situación que los hace más vulnerables al consumo de sustancias.

Con respecto al **Programa de intervención breve motivacional para fumadores**, se observó que el contar con materiales accesibles a los usuarios de ambos escenarios permitió un manejo rápido del mismo, lográndose un avance constante en la intervención. Así mismo, la brevedad de la intervención permite concluir satisfactoriamente el programa, inclusive en un ámbito residencial como el CAIS.

En cuanto a los resultados logrados en los internos de CAIS “Torres de Potrero”, se observó que en esta población, en su mayoría, los usuarios tenían una dependencia alta y presentaban consecuencias importantes debido a su consumo, lo cual hizo más evidente la necesidad de cambiar su consumo. Un aspecto que se observó necesario al aplicar este programa en CAIS, fue la necesidad del manejo de síntomas de depresión y ansiedad (los cuales mostraron niveles moderados en ambos casos), pudiendo apoyar el integrar técnicas de relajación, reestructuración cognitiva que disparen el craving, y, de ser necesario, la medicación. Otro aspecto importante que señalar es que, a pesar de que durante el internamiento no es permitido fumar, los usuarios no reportaron intentos de consumo (ya que en ocasiones se reportaban consumos por parte de algunos internos a pesar de la restricción) o deseos de consumo de una magnitud importante, a comparación de otros internos, y señalaban poner en práctica algunas estrategias aprendidas durante las sesiones terapéuticas.

Para posteriores implementaciones de la intervención en escenario residenciales, como el CAIS, se sugiere incluir destrezas relacionadas con emociones desagradables, debido a que fueron las situaciones que mostraron el menor nivel de autoeficacia en ese escenario. Un elemento que podría mejorar el programa de intervención sería el contar con un instrumento que permita identificar las situaciones de riesgo de consumo de tabaco en estas muestras, para poder incidir en aquellas que específicamente requieran los usuarios. También se sugiere integrar registros de deseos de fumar y cómo enfrentaron dichos deseos para contar con un elemento que permita poder observar el impacto de la intervención en los internos.

Por su parte, la implementación del **Programa de Satisfactores Cotidianos** permitió fortalecer la intervención multidisciplinaria otorgada en el CAIS, tanto en el ambiente residencial como de consulta externa, con un tratamiento breve costo-efectivo que permitió tener un mejor ambiente de internamiento, así como

fortalecer a los usuarios atendidos en destrezas que les permitieran mantenerse abstinentes la mayor cantidad de tiempo posible.

La aplicación del Programa permitió observar que este tipo de usuarios requieren un tratamiento multidisciplinario para obtener mejores resultados. Uno de los servicios que más llegaron a apoyar la implementación del PSC en esta población fue el farmacológico, puesto que la mayor parte de estos usuarios requerían ya un apoyo médico en cuanto a su nivel de ansiedad y depresión.

Se observó que debido a las características y circunstancias de los usuarios (personalidad antisocial, síndrome de abstinencia, aislamiento) los componentes de control de emociones fueron de apoyo (principalmente el de Control de enojo).

Un aspecto favorecedor que se observó fue la red de apoyo que se establecía entre los internos, al alentarse a continuar cambiando su consumo al mantenerse en el tratamiento y poner en práctica algunas estrategias aprendidas durante las sesiones (relajación, manejo del enojo y/o de tristeza).

Aunque la implementación del programa PSC entre los internos fue favorable, se considera importante poder adaptarlo a las características de la población, como el hacer más comprensible los materiales debido al nivel escolar con el que cuentan y poder tener una evaluación más breve para lograr un mayor avance de la intervención durante el internamiento de los usuarios. Otro aspecto a mejorar, en un ambiente residencial, es poder hacer más breve la evaluación (utilizando versiones más cortas como el ISCD-A-50, ISCD-OD-50, CCCA-50, o CCCOD-50) con la finalidad de contar con más tiempo para el tratamiento, probablemente iniciando con una fase en la cual se trabaje la motivación hacia el cambio y posteriormente, tal vez en consulta externa, adiestrar en las estrategias de enfrentamiento requeridos.

También se recomienda dar mayor énfasis en los componentes de Control de emociones (principalmente tristeza y enojo) y Rehusarse al consumo (enfaticando la reestructuración cognitiva) durante sesiones, individuales y/o grupales, debido a que las principales situaciones de riesgo de crack (sustancia con mayor frecuencia reportada) son las relacionadas con emociones desagradables, probando autocontrol y las de necesidad y tentación de consumo. Finalmente se sugiere llevar a cabo registros de deseos de consumo y de las destrezas aprendidas en el programa que hayan utilizado para enfrentarlos satisfactoriamente, con la finalidad de investigar más claramente el impacto de la instrumentación del PSC en este escenario.

De esta manera, los resultados obtenidos en la instrumentación de las diferentes intervenciones y tratamientos breves señalados en el presente reporte corroboran lo señalado por el NIDA (2006) y Orford et al., (1976).

Capítulo III. REPORTE DE CASO

3.1. MOTIVO DE CONSULTA

El usuario (al cual se le llamará AS) era un varón de 28 años de edad, soltero, que vivía en casa de sus padres junto con una hermana mayor y 2 sobrinas. Era licenciado en Arquitectura de profesión, trabajaba desde hacía 3 años como encargado del área de negociación y control de obras de una institución privada. Señaló sentir que no encajaba en ese momento con su familia, ya que no encontraba un grupo de su edad con quien convivir y sentirse identificado.

Solicitó atención al Centro de Servicios Psicológico “Guillermo Dávila” por sugerencia de su hermana mayor debido a su consumo excesivo de alcohol. Solía beber brandy o cerveza. Aunque solía beber aproximadamente cada 15 días, cuando lo hacía llegaba a consumir generalmente 12 copas estándar o hasta llegar a la embriaguez con sus amigos o familiares en bares o fiestas familiares. Comentó que aunque algunos amigos y familiares solían presionarlo a beber, también consideraba que gran parte de su familia y dos amigos le podrían ayudar a cambiar su consumo.

AS comenzó a beber por curiosidad a los 17 años de edad con compañeros de la vocacional, consumiendo una copa estándar cada 15 días en fiestas. A los 19 años, al entrar a la Universidad, incrementó su consumo a 4 o 5 copas estándar cada 8 días con nuevas amistades (las cuales fumaban y bebían); debido a lo cual reprobó una materia y retrasó su carrera otro año.

A los 21 años (al recurrir la materia) mantuvo su cantidad de consumo, haciéndolo 2 veces a la semana (jueves y viernes), pero como tenía mucho tiempo libre su padre le sugirió que estudiara algo más y AS decidió estudiar inglés los sábados, en donde se integró a un grupo de consumidores en el que solían invitarle las bebidas, por lo que se incrementó su consumo a 10 copas

estándar cada tercer día. A los 23 años logró abstenerse por 4 meses a petición de su novia, pero al terminar su relación (a los 24 años de edad) incrementó su consumo a 20 copas, tanto los jueves como viernes, no llegando a su casa en esas ocasiones y llegando a consumir en periodo de vacaciones 30 copas por ocasión durante toda una semana, periodo en el cual llegó a manejar intoxicado. Es en este periodo cuando AS chocó el auto familiar (siendo pérdida total). Es también es en esta época cuando murió un sobrino muy apreciado por él a causa de ser atropellado por un conductor ebrio, razones por las cuales decidió disminuir su consumo a una copa diaria. Este patrón continuó y a los 26 años solía ponerse agresivo a consecuencia de su consumo y llegó a golpear a familiares (hermanos); por tal razón restringió sus ocasiones de consumo a reuniones familiares.

Fue a los 28 años que AS, estando intoxicado, se brincó a casa de un vecino pensando que era la suya, razón por la cual lo demandaron, pero fue retirada la demanda después de pedir disculpas y comprometerse a solicitar ayuda para controlar su consumo. Actualmente llega a consumir esporádicamente aproximadamente 10 copas estándar en cada ocasión de consumo.

AS Considera que desde hace 8 años ya consumía en exceso, pero desde hacía 7 años ya le era problemático, debido que como consecuencia de su consumo ha tenido un accidente automovilístico, discusiones familiares constantemente, ha golpeado a su hermana y hermano; y en una de estas ocasiones (situación que le avergüenza mucho), tuvo una amenaza de demanda por parte de un vecino. Además, ha llegado a tener lagunas mentales de varias horas, ha llegado a gastar toda su quincena en una ocasión de consumo, se ha sentido culpable, perdió amistades, y llegó a ponerse agresivo.

El usuario consideró como un gran problema su consumo de alcohol, en el año pasado. Desde que él considero que su consumo se convirtió en un problema

había intentado dejar de beber 2 veces, siendo el mayor periodo de abstinencia 4 meses, lográndolo alejándose de las amistades con las que bebía.

AS acudió a tratamiento pues deseaba dejar de beber debido a que ya no quería llegar a agredir nuevamente a su familia o tener algún otro problema mayor (algún problema legal o la muerte).

3.1.2. EVALUACIÓN POR MEDIO DE CUESTIONARIOS

Con la finalidad de identificar los aspectos relevantes del consumo de alcohol de AS, se aplicaron los siguientes cuestionarios:

ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EDA-25): Escala que mide el nivel de dependencia al alcohol, la cuál fue desarrollada originalmente por Skinner, Horm, Wanberg y FASTER (1984). Está compuesta por 25 ítems que cubren síntomas de abstinencia, deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol durante los últimos 12 meses. Basada en el Síndrome de dependencia de Edwards y Gross (1976), el cuál está compuesto por cuatro factores: pérdida del control conductual, síntomas de retiro psicofisiológicos, síntomas de retiro psicoperceptuales y estilo obsesivo-compulsivo para beber. Puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para su aplicación. Los 25 reactivos se califican con base al siguiente puntaje: A = 0, B = 1, C = 2, y D = 3.

Para obtener el puntaje total, se suman los reactivos y se compara con la siguiente escala para determinar el nivel de dependencia del usuario:

0 = No hay evidencia de dependencia.

1-13 = Nivel de dependencia leve o baja (1er. Cuartil).

14-21 = Nivel de dependencia moderada (2do. Cuartil).

22-30 = Nivel de dependencia media o sustancial (3er. Cuartil).

31-51 = Nivel de dependencia severa (4to. Cuartil).

Cuenta con una excelente confiabilidad test-retest y consistencia interna ($\alpha = 0.93$) y validez para medir dependencia, además de que se ha obtenido una relación entre puntajes altos en la escala y más problemas físicos, médicos, legales, con la respuesta de no poder controlar su consumo, con la creencia de que la única forma de mejorar es abstenerse, y con el concepto de identificarse con un alcohólico (Quiroga y Vital, 2003).

LINEA BASE RETROSPECTIVA: Desarrollada originalmente por Sobell y Sobell (1992), siendo traducida y adaptada para su aplicación a estudiantes universitarios por Quiroga (2008). Permite medir la conducta de consumo de sustancias antes, durante y después de un tratamiento. Proporciona información acerca del patrón de consumo, variabilidad y nivel de consumo de una persona.

Requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de la sustancia (reportado en número de copas estándar o de la dosis) durante un período específico. Puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte requiriendo de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses y de 10 a 15 minutos para un período de 3 meses. Su formato de calendario puede ayudar a los usuarios a recordar su consumo diario: Días clave (fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc.), días de abstinencia y de consumo (identificación de períodos regulares de abstinencia o de consumo fuerte o moderado), situaciones de riesgo (arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos), límites de consumo (mayor cantidad consumida y la menor cantidad consumida durante el periodo), y tabla de conversión de copa estándar.

Puede ser utilizado para explorar el patrón de consumo de alcohol (LIBARE-A) como el de otras drogas (LIBARE-OD).

Tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.82. Ha demostrado validez concurrente con la Escala de Dependencia al Alcohol y con el SMAST, con los días de internamiento al comparársele con reportes oficiales de días de cárcel, hospitalizaciones o tratamiento de internamiento; con instrumentos de consecuencias del consumo de alcohol, así como con otros marcadores biológicos (p.ej., gama-glutamyl-transpeptidasa).

Ha demostrado validez concurrente con la EDA y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST), al mostrar una correlación de 0.53 (Quiroga y Vital, 2003).

ALGORITMO DE COMPROMISO PARA EL CAMBIO: Algoritmo desarrollado originalmente por Annis, Schober y Kelly (1996), traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003). Busca evaluar la motivación para el cambio del usuario clasificándolos en uno de los cinco estadios de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente como son: Precontemplación (uso de la sustancia durante los últimos 30 días y no se está considerando dejarla en los próximos 30 días), Contemplación (uso de la sustancia durante los pasados 30 días pero está considerando dejarla en los próximos 30 días), Preparación (uso de la sustancia durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento mínimo de 11 días de abstinencia continua, para dejarla en los últimos 30 días), Acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los pasados 30 días) y Mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes por más de 60 días).

Cuenta con una alta confiabilidad test-retest, validez convergente con el SOCRATES y validez predictiva en relación a la retención en el tratamiento y las

consecuencias. Tiene 2 versiones, para alcohol (ACC-A) y para otras drogas (ACC-OD).

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS: Desarrollado originalmente por Annis y Martin (1985), traducido y adaptado al español por Quiroga y Vital (2003).

Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 reactivos tipo likert, diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior, así como para medir ocho categorías de situaciones de consumo divididas en dos grandes grupos: 1) Los Estados Personales en que el uso de alcohol involucra una respuesta a un evento que es principalmente psicológico o físico en su naturaleza, las cuales se subdividen en las categorías de Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando control personal, e Impulsos y Tentaciones para el uso. 2) Las Situaciones que Involucran a Otras Personas en las cuales se involucra una influencia significativa de otro individuo; las cuales se subdividen en las categorías de Conflicto con otros, Presión social para el uso, y Momentos agradables con otros.

Es una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo.

Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. No puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo la influencia del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Cada uno de los 50 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos: 1="Nunca" bebió en exceso en esa situación, 2="Ocasionalmente" bebió en exceso en esa situación, 3="Frecuentemente" bebió en exceso en esa situación, y 4="Casi siempre" bebió en exceso en esa situación.

Para calcular los ocho sub-puntajes que corresponden a las ocho subescalas, se suman los puntos de los reactivos correspondientes a cada subescala.

Los puntajes del inventario permiten obtener un Índice del problema al realizar las siguientes fórmulas:

1. Sumatoria – $10 / 30 \times 100$
2. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$
3. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$
4. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$
5. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$
6. Sumatoria – $10 / 30 \times 100$
7. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$
8. Sumatoria – $5 / 15 \times 100$

De esta manera, un puntaje de 0 en una subescala indica que la persona evaluada nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el individuo; mientras que un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado y, por lo tanto, el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo. La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, representando las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso del usuario.

Así mismo, se puede obtener un perfil del usuario al graficar las ocho subescalas en una figura de barras. De esta forma, se puede observar si el individuo consume en forma excesiva en situaciones personales o en situaciones de grupo. Otra forma de obtener un perfil del individuo es categorizando las subescalas en situaciones *positivas* (emociones agradables o momentos agradables) o *negativas* (emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir).

Los resultados del perfil de la persona evaluada son de utilidad para el terapeuta en el desarrollo del plan individual de tratamiento.

Cuenta con una versión para alcohol (ISCD-A-50) y una para otras drogas (ISCD-OD-50).

El Instrumento cuenta con validez de contenido y externa, así como confiabilidad adecuada (Quiroga y Vital, 2003).

CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA EL CONSUMO DE DROGAS:

Cuestionario elaborado por Annis y Martín (1985), fue traducido y adaptado para su aplicación con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003); el cual fue desarrollado para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del usuario de alcohol en relación con situaciones de riesgo de consumo específicas; además, puede ser empleado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de riesgo en un individuo.

Consta de una lista de 50 situaciones ante las cuales algunas personas consumen en exceso, en la cual el usuario imagina que en ese momento está, e indica qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir en exceso estando en esa situación, con base a una escala de 0 a 100, donde 100 equivale a estar 100% seguro de poder resistir la necesidad de consumir en exceso en esa situación, y 0 a que está totalmente inseguro ante esa situación.

Las situaciones en las que se consume, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que estas situaciones podían agruparse en: 1) Situaciones personales (Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando auto-control, y Necesidad física o urgencia por consumir alcohol), y 2) Situaciones de grupo (Conflicto con otros, Presión social, y

Momentos agradables).

No puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo los efectos de la sustancia o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Para calificarlo se calcula el puntaje que corresponde a cada una de las ocho categorías, sumando los puntos de los ítems que corresponden a cada una de las subescalas. Los ocho puntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final, realizando las siguientes fórmulas:

1. $\text{Sumatoria}/10 \text{ por } 100.$
2. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$
3. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$
4. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$
5. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$
6. $\text{Sumatoria}/10 \text{ por } 100.$
7. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$
8. $\text{Sumatoria}/5 \text{ por } 100.$

Los puntajes del cuestionario pueden proporcionar un puntaje de confianza, y un perfil del usuario.

Para obtener el puntaje de confianza basta con observar el porcentaje de cada subescala; de esta manera un puntaje de confianza de 0 a 20% indicaría nula o muy poca confianza de poder resistir la necesidad de consumir en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el cliente; mientras que un puntaje de 80% indicaría mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo ante esa situación y, por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.

Para obtener el perfil del usuario se jerarquizan los puntajes de confianza de las

subescalas. Aquellas situaciones que tienen los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el usuario; es decir, donde puede controlar su consumo.

Tiene un formato para alcohol (CCCA-50) y para otras drogas (CCCOD-50).

Este cuestionario cuenta con validez de constructo, de criterio (al discriminar significativamente entre personas exitosas en su tratamiento, un año de abstinencia después del tratamiento, y clientes recién admitidos a un programa de tratamiento, además de ser útil para predecir situaciones en donde una recaída puede ocurrir), convergente y discriminante con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Escala de Expectativas de Resultados (OES), Escala de Locus de Control relacionada al Consumo de alcohol (DRIE), Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39), Lista checable de Síntomas de Hopkins - Revisada (SCL-90R), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Desamparo (HS), y la Escala de Estadios de Disposición al Cambio y el Anhelo de Tratamiento (SOCRATES). El análisis factorial arrojó 8 factores, los cuales se basan en las 8 categorías de situaciones de riesgo de recaídas identificadas por Marlatt y Gordon (1980). Cuenta con una excelente confiabilidad (alpha de 0.98) (Quiroga y Vital, 2003).

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (FCI-PEREU): Formato desarrollado por Quiroga (2008) por medio del cual el entrevistador le pide al usuario su consentimiento informado para ingresar al programa, en donde expresa por escrito su acuerdo para recibir el tratamiento; su responsabilidad con respecto a la asistencia a las sesiones, su compromiso para cambiar su consumo, el llevar a cabo las actividades asignadas, acepta que se realicen visitas de seguimiento encausadas a medir el impacto de la atención, y se le señala la confidencialidad de los datos otorgados durante el tratamiento. Asimismo se le ratifica verbalmente que el tratamiento es voluntario.

CONSENTIMIENTO DE SATISFACCION DEL USUARIO (CSU): Cuestionario desarrollado originalmente por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996), y fue traducido y adaptado para población universitaria por Quiroga y Vital (2003).

Consta de dos partes; la primera evalúa los servicios de tratamiento que recibió el usuario, mientras que la segunda evalúa la utilidad de cada tipo de asignación que recibió el usuario durante la intervención (Quiroga y Vital, 2003).

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO (ESU): Entrevista diseñada por Quiroga (2008).

Su finalidad es recabar información con respecto a los cambios en la conducta de consumo del usuario. Proporciona datos generales del usuario, periodo que comprende el seguimiento (1, 3, 6, y 12 meses posteriores), características de su patrón de consumo, nivel de satisfacción en su estilo de vida, aspectos laborales, asistencia a otros tratamientos para su conducta de consumo, hospitalizaciones, patrones de consumo de otras drogas, y finalmente contiene cuestionamientos sobre la satisfacción con respecto al tratamiento recibido.

Cómo resultado de la evaluación, se encontró lo siguiente:

Al explorar el nivel de dependencia al alcohol (por medio del EDA-25), se observó un puntaje de 19, equivalente a una dependencia moderada, siendo reportados los siguientes síntomas: haber bebido lo suficiente para emborracharse la última vez que consumió; tener a menudo resaca; presentar algunas veces temblor de manos o escalofríos cuando volvió a encontrarse sobrio; sentirse a veces enfermo, con vómito, dolor de estómago o retorcijones; una vez ha presentado “Delirium tremens”; algunas veces se tropezaba, tambaleaba o zigzagueaba al caminar; algunas veces había sentido bochorno y sudoración con fiebre; algunas veces había tenido lagunas mentales (las cuales duraron varias horas); algunas veces había terminado bebiendo en exceso

después de un periodo de abstinencia; había tenido pensamientos o ideas confusas o poco claras por unas horas después de haber bebido en exceso, una vez sintió que su corazón latía rápidamente, una o dos veces presentó miedo o sensaciones extrañas cuando bebía; había tenido lagunas mentales que duraban varias horas, varias veces había tratado de dejar de beber pero no ha podido; bebió de un sólo trago, y no pudo dejar de beber después de tomar 1 o 2 copas.

En cuanto al patrón de consumo de alcohol del usuario, indagado por medio de la LIBARE-A, se observó que en los últimos 12 meses había consumido alcohol sólo 21 días, ingiriendo un total de 402 copas estándar, teniendo un promedio de consumo por ocasión de 19 copas y uno mensual de 33.5 copas. Se mantuvo abstinentes el 94% del año, el 0.8% bebió de manera moderada (de 1-4 copas estándar por ocasión), el 0.2% lo hizo de forma excesiva (consumiendo de entre 5 y 9 copas estándar por ocasión), y el 4.7% lo hizo de forma muy excesiva (consumiendo 10 o más copas estándar por ocasión) (ver figura 24).

En cuanto a las principales situaciones de riesgo de consumo de alcohol del usuario, de acuerdo al ISCD-A-50, se reportaron como principales las relacionadas con las de: Probando auto-control, Emociones desagradables (especialmente enojo), y Presión social (ver figura 25).

Con respecto al nivel de auto-eficacia de no consumir ante situaciones de riesgo de consumo, en el CCC-A-50 se encontró que las subescalas de Momentos agradables con otros, Probando auto-control, y la de Impulsos y tentación fueron los de menor nivel (ver figura 26).

Cabe señalar que en el momento de la evaluación, el usuario se encontraba en el estadio de acción, de acuerdo al ACC-A, ya que había llevado por lo menos un intento para no beber durante los últimos 30 días pero no se mantuvo abstinentes por más de 60 días.

3.2. RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS

Dentro de las fortalezas con que contaba AS estaba el estar motivado a cambiar su consumo, contar con apoyo para lograrlo (tanto de parte de su familia como de amistades), haber tenido periodos de abstinencia, ser muy firme en sus decisiones, tener actividades que le eran muy reforzantes que no están relacionadas con el consumo (ir al cine, tomar clases de baile, leer, juegos de destreza), contar con disposición a aprender cosas nuevas e implementarlas para lograr su meta de abstinencia, contar con habilidades de planeación, socialización y de rechazo adecuadas, y ser muy metódico.

En cuanto a los déficits del usuario se pueden señalar los siguientes: tener un nivel de dependencia moderada, presentar ya resaca y lagunas mentales de varias horas, requerir estar en contacto con consumidores y lugares de consumo debido a cuestiones laborales, tener un deficiente manejo de su enojo y presentar constantes pensamientos permisivos de consumo (principales disparadores de su consumo), tener una historia familiar positiva de consumo de alcohol.

3.3. DIAGNÓSTICO

Con base a la Evaluación realizada, AS presentaba un Trastorno relacionado con sustancias (alcohol), con un nivel de dependencia moderada.

3.4. TRATAMIENTO

A pesar de que el usuario presentaba una dependencia moderada al alcohol, el hecho de contar con una historia de consumo excesivo de 8 años y 7 años de consumo problemático, tener un patrón de consumo muy excesivo, y problemas relacionados con el alcohol que le afectaban en el área familiar, de salud, económica, legal, e interpersonal; siendo varios de ellos muy graves, y debido a

que presentaba déficits en habilidades, es que se le consideró como candidato para el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU).

El PEREU fue traducido y adaptado al español para su empleo con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003) a partir del Structure Relapse Prevention. An outpatient counselling approach (Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996). Es un programa que se basa en la Teoría del Aprendizaje Social (y de manera particular en el constructo de auto-eficacia), con un enfoque de consejo y una perspectiva de amplio espectro. Se centra en ayudar al usuario a identificar sus situaciones personales de alto riesgo para el consumo y en la estructuración de tareas a realizar en casa, diseñadas con la finalidad de capacitarlo en el desarrollo de destrezas de enfrentamiento para iniciar y mantener el cambio de la conducta de consumo.

El Programa PEREU está dirigido a usuarios de entre 18 y 65 años de edad que presenten dependencia sustancial a severa al alcohol u otras drogas, que tengan historia moderada de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer, hasta más de 30 copas a la semana en el hombre y hasta más de 24 copas en la mujer, hasta 5 días a la semana), reporten problemas relacionados de menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea grave), siendo uno de ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales son graves), no presenten síndrome de dependencia físico muy severo (p. ej., delirium tremens, alucinaciones, ataques de gran mal), ni comorbilidad psiquiátrica, ni adictiva que requiera internamiento.

Dicho programa es administrado en 8 a 12 sesiones semanales de tratamiento individual de 50 minutos cada una, en las cuales se abarcan los siguientes componentes:

COMPONENTE	OBJETIVO Y CONTENIDOS
EVALUACIÓN	Aplicación de instrumentos enfocados a determinar los elementos necesarios para diseñar el tratamiento, tales como: Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP), Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) o la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), Línea Base Retrospectiva (LIBARE), Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A) u otras drogas (ACC-OD), e Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol) (ISCD-A-50) u otras drogas (ISCD-OD-50).
ENTREVISTA MOTIVACIONAL	Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; se realiza un Balance Decisional sobre el consumo y se determinan las razones para cambiar el consumo, así como lograr un compromiso en el cambio y culminar con la firma de un contrato de tratamiento.
PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO	Explorar los disparadores específicos actuales para el consumo con base en los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ya sea de alcohol u otra droga), los cuales son jerarquizados personalmente y considerados dentro del tratamiento a través de tareas asignadas a realizar en casa. Se establece la meta terapéutica y se entrega el auto-monitoreo del consumo.

<p>“FASE DE INICIACIÓN DEL CAMBIO” EN EL CONSUMO</p>	<p>Cuatro sesiones enfocadas a estrategias de iniciación de un cambio conductual, las cuales se centran en evitar situaciones de consumo.</p> <p>Durante estas sesiones se busca identificar: las situaciones de riesgo de consumo de sustancias, el nivel de auto-eficacia del usuario, los disparadores y consecuencias del consumo de sustancias, y se realizan planes de enfrentamiento para anticipar las situaciones de riesgo de consumo. Cabe señalar que dichas estrategias son adecuadas para aquellos usuarios en estadio de acción.</p>
<p>“FASE DE MANTENIMIENTO DEL CAMBIO” EN EL CONSUMO</p>	<p>De cuatro a ocho sesiones, las cuales se centran en estrategias para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de recaídas).</p> <p>Incluye la exposición graduada a situaciones problemáticas de alto-riesgo para el consumo de alcohol u otras drogas, la asignación de múltiples tareas a realizar en casa dentro de cada tipo de situación de riesgo para el consumo de alcohol, el desvanecimiento del empleo de ayudas externas para la ejecución, y el diseño de tareas a realizar en casa que promueven la auto-atribución del control.</p> <p>Las destrezas de enfrentamiento que se le puede enseñar al usuario, son las siguientes:</p> <p>1. Enfrentar los deseos intensos: Aprende estrategias cognitivas y conductuales que le permita planear cómo manejar sus deseos intensos y tentaciones de consumir.</p>

2. Incremento del apoyo social: Se le enseña a construir una red de apoyo que le permita satisfacer una variedad de sus necesidades.

3. Rechazo del alcohol y otras drogas: Consiste en aprender a anticipar las situaciones en las que otros pueden ofrecerle consumir y planear cómo reaccionar en estas situaciones para evitar una recaída.

4. Manejo del malestar físico: El usuario aprende técnicas generales para mejorar su bienestar físico, a identificar qué malestares físicos disparan su consumo y planear qué estrategias usar ante dichas situaciones.

5. Solución de problemas: Aprender a resolver efectivamente los problemas del consumo y los de su vida cotidiana.

6. Espiritualidad y recuperación: Aprende a desarrollar actividades o acciones enfocadas en reforzar su espiritualidad.

7. Asertividad: Se enseñan estrategias para comportarse asertivamente y a identificar qué cosas podría hacer para comportarse de esta manera para lograr un resultado positivo.

8. Enfrentar el aburrimiento: El usuario aprende a combatir el aburrimiento al reemplazar el consumo de alcohol con aficiones, intereses y actividades incompatibles con el consumo.

9. Manejo del enojo: Se instruye en cómo manejar el enojo al identificar las señales físicas que presenta cuando se enoja, analizar cómo reaccionar

ante esta situación, y a buscar alternativas de cómo puede manejar situaciones similares en el futuro.

10. Relajación: Aprender estrategias de relajación, al identificar qué parte de su cuerpo se tensa cuando se estresa o desea consumir, qué cambios logra cuando se relaja y a que determine qué le ayuda a recordar relajarse.

11. Enfrentar sentimientos desagradables y traumas: Se instruye al usuario a identificar algunos síntomas que se pueden presentar cuando se ha sufrido un trauma, al igual que aquellos signos físicos y emocionales que pueden servirle de alerta para manejar estos sentimientos.

12. Técnicas del manejo de los recuerdos y emociones desagradables: Se enseñan estrategias que puede usar para enfrentar las escenas retrospectivas asociadas al consumo, los recuerdos corporales, la ansiedad y deseos intensos; así cómo identificar un lugar seguro para cuando se presenten estas sensaciones.

13. Enfrentar la ansiedad: El usuario aprende a identificar pensamientos automáticos que disparen el consumo cuando se encuentre estresado y planea qué cosas podría decirse en un futuro para reemplazar esos pensamientos negativos por aquellos que le permitan mantener su meta.

14. Enfrentamiento del pesar o duelo: Se enseña a identificar las reacciones emocionales que puede presentar ante la ausencia de los viejos hábitos del consumo, al aprender a identificar los pensamientos

	<p>y sentimientos visibles y no visibles relacionados, y a identificar las cosas que puede hacer para fortalecer su compromiso para mantener su meta de cambio.</p> <p>15. Relaciones saludables: El usuario aprende a establecer relaciones saludables que le permitan mantener su meta de consumo.</p> <p>Estas estrategias son adecuadas para aquellos usuarios que se encuentran en el estadio de mantenimiento.</p> <p>Al final de esta fase del tratamiento se incluye el ejercicio “Si yo Fuera a Recaer” y el “Cuestionario de Satisfacción del Cliente” (CSC).</p>
<p>SEGUIMIENTOS</p>	<p>Conocer si el cambio logrado se mantiene al mes, 3, 6, y 12 meses, así como las posibles dificultades para lograrlo.</p> <p>Se aplican lo siguientes instrumentos: Entrevista de Seguimiento del Cliente (ESC), Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCA-50) u otras drogas (CCCOD-50).</p>

Resultados de ensayos clínicos han mostrado en promedio una reducción del consumo en un 87.5% al año de seguimiento (Annis & Davis, 1988; Annis & Davis, 1989a, 1989b; Annis, Shoeber & Kelly, 1996; Graham, Venesoen, Annis, Brett, Zarebski, et al., 1985). Su aplicación con estudiantes universitarios mexicanos, ha reportado reducciones clínicas y estadísticas significativas en términos de los patrones de consumo reportados en el número de copas

estándar de alcohol consumidas por ocasión, número de copas estándar de alcohol consumidas a la semana, y solamente significancia estadística en los días de consumo por semana; así como una alta significancia clínica en la reducción en los problemas relacionados con el consumo, logrando mantener las reducciones en la cantidad de consumo de alcohol en un nivel de 85% y los problemas relacionados al mismo en un 63.2%, a tres años de su aplicación (Quiroga, Vital y Cabrera; 2010).

Con base a las necesidades del usuario, se conformó el siguiente plan de tratamiento:

COMPONENTE	OBJETIVO Y CONTENIDOS
1. EVALUACIÓN	Evaluación del funcionamiento psicosocial, la historia del uso de droga, problemas y consecuencias, las razones y compromiso para el cambio, las fortalezas de enfrentamiento y debilidades, y se exploran los disparadores de consumo de alcohol del usuario.
2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL	Retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación: Se realizó un Balance Decisional sobre su conducta de consumo, con la finalidad de tomar una mejor decisión.
3. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO	Se involucró al usuario en el desarrollo del plan del tratamiento individualizado, el cual incluyó: Una orientación sobre el PEREU, la explicación y firma del contrato del tratamiento tanto por parte del paciente como del terapeuta, una revisión de los disparadores identificados durante la evaluación, los cuales fueron jerarquizados por el usuario el establecimiento de la meta de tratamiento, una explicación y ejemplificación

	del monitoreo diario, señalándose que sería una actividad permanente durante el tratamiento.
4. INICIACIÓN AL CAMBIO	Se otorgaron los apoyos de iniciación más importantes, los cuales incluyeron los siguientes: Identificación de las situaciones de riesgo de consumo, identificación del nivel de auto-eficacia del usuario por medio del CCC-A-50, análisis de los disparadores y consecuencias del consumo de alcohol por medio de un Análisis Funcional, y anticipación de situaciones de riesgo de consumo por medio de planes de enfrentamiento para dichas situaciones.
5. MANTENIMIENTO DEL CAMBIO	Se adiestró al usuario en las destrezas de enfrentamiento de Rechazo del alcohol, Manejo del enojo, Relajación, Entrenamiento de la ansiedad, Asertividad, Enfrentamiento de los deseos intensos, Incremento del apoyo social, Manejo del malestar físico, y Solución de problemas; así mismo se realizaron los ejercicios de Si yo fuera a recaer y Tarjeta de alerta.

3.4.1. DESARROLLO POR SESIÓN

SESIÓN 1. EVALUACIÓN

Objetivo: Conocer los elementos necesarios para diseñar el tratamiento (Datos generales, historia de consumo de sustancias, consecuencias relacionadas al consumo, nivel de dependencia, patrón de consumo, estadio de motivación al cambio del usuario, y situaciones de riesgo de consumo de alcohol).

Estrategias utilizadas: Expresar empatía, realizar preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmaciones, hacer resúmenes, reforzamiento positivo.

La sesión se inició dándole la bienvenida a AS, se estableció el rapport y se realizó el encuadre terapéutico. En seguida se procedió a indagar más ampliamente el motivo de consulta del usuario, señalando AS que buscaba ayuda ya que su hermana mayor le sugirió ir debido a su forma de consumo puesto que ya le habían pasado muchas situaciones desagradables y de las cuales se avergonzaba bastante. Se le señaló que era muy importante la decisión que había tomado y que sería importante conocer varios aspectos relacionados con su consumo para poder darle el mejor apoyo posible y que estos datos se le irían solicitando en las siguientes sesiones. En seguida se inició la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva para conocer los datos generales del usuario, explorar su salud física, su situación laboral y se indagó sobre su historia de consumo de alcohol. Se le señaló al usuario que, por falta de tiempo, se continuará con la recolección de más datos de su consumo la siguiente sesión, lo que AS aceptó y se procedió a concertar la siguiente cita.

SESIÓN 2. EVALUACIÓN (CONTINUACIÓN)

Objetivo: Conocer los elementos necesarios para diseñar el tratamiento (Datos generales, historia de consumo de sustancias, consecuencias relacionadas al consumo, nivel de dependencia, patrón de consumo, estadio de motivación al cambio del usuario, y situaciones de riesgo de consumo de alcohol)

Estrategias utilizadas: Expresar empatía, realizar preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmaciones, hacer resúmenes, reforzamiento positivo.

La sesión se inició con la disculpa del usuario por llegar tarde debido a que había tenido problemas y que haría todo lo posible para que eso no volviera a suceder puesto que no solía ser impuntual, a lo que se le comentó que era muy

importante que hubiera asistido a la sesión pero que sería importante que pudiera llegar puntual para poder avanzar lo más posible en su tratamiento.

Se le preguntó a AS cómo le había ido en la semana y señaló que bien porque había estado tranquilo en el trabajo y que en su casa no había tenido problemas con su familia, lo cual le tenía muy tranquilo. También comentó que había empezado a ir a clases de baile los sábados y eso le había ayudado para no consumir, además comentó que había pensado en pedirle apoyo a su familia para ya no beber, a lo que se le motivó a seguir en las clases. En seguida se continuó con la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva explorando básicamente las consecuencias adversas del consumo de alcohol debido a que el usuario señaló no consumir otra droga y ser exfumador desde hacía más de un año. Después se procedió a evaluar el nivel de dependencia por medio del EDA-25.

Debido a que se tenía poco tiempo, se acordó con el usuario el continuar la evaluación la siguiente sesión; explicándole que ésta se enfocaría en conocer las situaciones de riesgo de consumo, saber qué tan motivado se encontraba en cambiar su consumo y en hacer un calendario de los últimos 12 meses de su consumo, para lo que se le pidió tratara de recordar posibles ocasiones de consumo.

Se concluyó la sesión acordando la cita para la siguiente semana, despidiéndose AS y prometiendo ser puntual y poder apoyar en la recolección de los datos, lo cual se le agradeció y se le señaló que eso sería muy favorable para poder planear el tratamiento que satisficiera sus necesidades.

SESIÓN 3. EVALUACIÓN (CONTINUACIÓN)

Objetivo: Conocer el patrón de consumo, estadio de motivación al cambio del usuario, y situaciones de riesgo de consumo de alcohol del usuario.

Estrategias utilizadas: Expresar empatía, realizar preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmaciones, hacer resúmenes, reforzamiento positivo.

El usuario llegó puntualmente a la sesión, lo cual se le reconoció. Se indagó cómo le fue durante la semana y señaló que había tenido trabajo pero que ya había acordado con su jefe poder salir unas horas antes para poder asistir a las sesiones, a lo que se comentó que eso era muy buen apoyo y que trataríamos de sacar el mejor provecho, para lo cual se retomó la evaluación de su consumo y se inició por explorar su patrón de consumo durante los últimos 12 meses, procediendo a aplicar la LIBARE-A, momento en el cual el usuario proporcionó un listado de fechas de consumo y la cantidad consumida en cada una de ellas, lo cual se le agradeció. En seguida, se le explicó que, como parte importante del programa, era necesario conocer las situaciones de riesgo que estaban más relacionadas con su consumo, comentando que los datos que nos arrojará ese cuestionario nos permitiría saber cómo organizar su plan de tratamiento, lo cual le interesó al usuario, por lo que se procedió a aplicar el ISCD-A-50. Para cerrar la evaluación, se exploró el estadio de motivación al cambio en que se encontraba AS por medio del ACC-A.

Para terminar la sesión, se le agradeció a AS su colaboración durante la evaluación y se le comentó que la siguiente ocasión platicaríamos sobre los resultados de toda la evaluación con la finalidad de organizar su plan de tratamiento, lo cual le emocionó bastante y se concertó la siguiente cita.

SESIÓN 4. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Objetivo: Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; motivar hacia el cambio, determinar las razones para cambiar el consumo, lograr un compromiso en el cambio, y firma del contrato de tratamiento.

Estrategias utilizadas: Retroalimentación, preguntas abiertas, reforzamiento positivo, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, resumir.

Esta sesión se centró en retroalimentar al usuario con respecto a los resultados de la evaluación.

Se inició la sesión comentando AS que ya había hablado con su familia y que les había preguntado cómo lo veían antes y después de que él consumía, a lo que le comentaron que cuando consumía solía ponerse prepotente e hiriente. Su mamá le comentó que lo que más le preocupaba era qué le pudiera pasar algo (accidentes, morirse, caer en la cárcel, etc.). Su hermana le comentó que le preocupaba que se ponía agresivo ya intoxicado y que temía que cometiera un delito (herir a alguien o matarlo). Se le preguntó a AS qué pensaba al respecto de estos comentarios y dijo que sentía que bebía por coraje, antojo, y en ocasiones por rebeldía (cuando “lo hacían enojar”), pero que consideraba que tendría que trabajar en esas situaciones, a lo que se le comentó que parte del tratamiento podría apoyarle en ese sentido, comentario que a él le agradó.

También comentó que el sábado anterior había tenido deseos de beber al sentirse frustrado por no poder hacer sus actividades normales puesto que había tenido que llevar a su familia con su hermana. Comentó que no había bebido debido a que habló por teléfono con su hermana y había podido expresarle su molestia y ya solo en su casa analizó las consecuencias que podría tener si consumiera (enojo de familia, no cumplir su promesa de abstenerse, que se sentiría triste por no cumplirse a si mismo), por lo que decidió no consumir y se fue a casa de su hermana. Ante lo cuál se le felicitó por evitar su consumo y haber hecho cambios para lograrlo.

Se inició la retroalimentación dándole un resumen de su patrón de consumo (total de días de consumo en el año de 21 días, logrando estar abstinente los

344 días restantes, presentando un consumo total de 402 copas en el año, teniendo un promedio de consumo mensual de 33.5 copas y un promedio de consumo diario de 19 copas. Lograba mantenerse abstinente el 94 % del año, consumir moderadamente el 0.8% del año, consumía excesivamente el 0.2% del año y muy excesivamente el 4.7% del año). Se le informó que su nivel de dependencia al alcohol era leve al obtener 10 puntos en el EDA-25.

Después se le comentó que sus situaciones de riesgo de consumo de alcohol eran las relacionadas con el probar el autocontrol (53%), las emociones desagradables (43%), la presión social (40%), la necesidad física (33%), las emociones agradables (27%), los momentos agradables con otros (27%), los conflictos con otros (10%) y el malestar físico (7%).

Durante este proceso, AS se mostró sorprendido por la cantidad de copas que había consumido y comentó tener un mejor panorama de su consumo al conocer sus situaciones de riesgo de consumo de alcohol.

Se le comentó que, para que pudiera tomar una mejor decisión con respecto a qué es lo que deseaba hacer con su consumo (abstenerse o moderarse), requeriría analizar tanto las ventajas como las desventajas de cambiar su consumo, como el de mantener su forma de consumo, por lo que se le dejó como tarea realizar el Balance Decisional. Después de estar segura de que el usuario no tenía duda de su llenado, se le preguntó si tenía alguna duda o quería comentar algo, a lo que él señaló que no; por lo que se concertó la siguiente cita dándose por terminada la sesión.

SESIÓN 5. ENTREVISTA MOTIVACIONAL (CONTINUACIÓN)

Objetivo: Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; motivar hacia el cambio, determinar las razones para

cambiar el consumo, lograr un compromiso en el cambio, y firma del contrato de tratamiento.

Estrategias utilizadas: Preguntas abiertas, reforzamiento positivo, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, resumir, balance decisional.

Al iniciar la sesión, el usuario señaló que esa semana había estado muy ocupado puesto que tuvieron que terminar una obra y que estaban en espera de ganar la licitación de otra obra, a lo que se le comentó que esa era una buena noticia y que seguramente se sentiría muy contento, lo que afirmó pues eso significaba que tendría todavía trabajo.

También señaló que la semana anterior le habían invitado a una reunión familiar y que utilizó como estrategia el llevar a una amiga (con la que platicó y bailó), llegó más tarde al evento y salió a media noche con el pretexto de que tenía que llevarla a su casa y que tenía que trabajar al día siguiente. AS comentó sentirse contento porque había logrado abstenerse, a lo que se le reconoció el llevar a cabo estrategias para abstenerse y pasarla bien en la fiesta.

Para dar inicio a la agenda, se inició revisando el Balance Decisional, en el que el usuario señaló lo siguiente:

CAMBIAR MI INGESTA DE ALCOHOL

QUE HAY DE BUENO en cambiar
mi consumo

QUE NO HAY DE BUENO en
cambiar mi consumo

- Estar más tranquilo.
- Tener seguridad.
- Volver a ganar la confianza familiar y personal.

- Pérdida de contactos laborales.
- Perder amistades que consumen.
- Molestias con algunos familiares con quienes antes consumía.

- Mejorar la economía.
- Tener nuevas amistades.
- Menos problemas con la familia.
- Mayor productividad.
- Oportunidad de un noviazgo más sano.
- Sentirse más equilibrado emocionalmente.

CONTINUAR CON MI INGESTA DE ALCOHOL

QUE HAY DE BUENO en continuar
mi consumo

QUE NO HAY DE BUENO en
continuar mi consumo

- Conservar algunos contactos laborales.

- Inseguridad.
- Desconfianza familiar.
- Mala economía.
- Problemas con padres y hermanas.
- Menos productividad.
- Frustración.
- Enojos.
- Descontrol emocional.

Al concluir el análisis del Balance Decisional, el usuario reafirmó su decisión de abstenerse en su consumo, teniendo como principales razones el ya no tener problemas familiares, legales, el poder tener un estado emocional más estable y mejorar su salud. Después de descartar dudas por parte del usuario, se concertó la cita de la siguiente sesión.

SESIÓN 6. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

Objetivo: Explorar los disparadores específicos actuales para el consumo, establecimiento de la meta terapéutica y entrega del auto-monitoreo del consumo.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas, expresar empatía, hacer resúmenes.

Se inició la sesión con el comentario del usuario de que había tenido una fiesta familiar el fin de semana pero que se sentía muy contento porque había podido estar en la fiesta pasándola bien y manteniéndose abstinentes. Al preguntarle sobre qué estrategias había utilizado para lograrlo AS señaló que había llegado tarde, platicó con sus sobrinos, rechazó el consumo (“no gracias, mejor tomémonos una foto”), y bailó. Señaló que una parte de su familia estaban desconfiados de que él se mantuviera abstinentes y que en ocasiones verificaban que no estuviera bebiendo, pero otros si confían en que él podría y lo motivaban a seguir adelante (“se me hace raro que no tomes, pero si es lo que quieres pues a echarle ganas”). También se mostró contento de que un sobrino le pidió fuera padrino de bautizo de su hijo para el siguiente año. Se le señaló que era muy importante que se mantuviera en su objetivo de abstenerse y que contara con el apoyo de algunos familiares, pero que también podía ver la diferencia entre cómo se sentía intoxicado y cómo abstemio, a lo que él respondió que se sentía mucho mejor abstemio pues le gustaba el poder amanecer sin tener las consecuencias de haber dicho algo indebido o haber golpeado a alguien, y que había despertado contento recordando que bien se la había pasado, análisis que se le reconoció.

En seguida se le explicó que, debido a sus características, el programa más conveniente sería el PEREU, procediendo a explicárselo y se le entregó el

consentimiento informado para que lo leyera y firmara, en el caso de estar de acuerdo con el, junto con el terapeuta.

Después se le explicaron a AS cada una de las destrezas que abarcan el PEREU para proceder a determinar (junto con él) las destrezas más convenientes con base a la evaluación. Las destrezas recomendadas fueron: Rechazo del Alcohol y otras drogas, Manejo del enojo, Relajación, Enfrentamiento de la ansiedad, Asertividad, Manejo del malestar físico, y Solución de problemas.

En seguida se le preguntó al usuario si estaba de acuerdo con este plan de tratamiento o si le interesaba alguna otra destreza para integrarla, a lo que AS señaló estar interesado en la de incremento del apoyo social; por lo que se acordó integrarla.

Para concluir la sesión, se le explicó que durante el tratamiento se requeriría que registrara su consumo; lo cual ayudaría a conocer más los disparadores y consecuencias de su consumo, así como ir monitoreando los cambios logrados en su forma de beber, por lo que se le proporcionó y explicó el formato de auto-registro. Después de cerciorarse la terapeuta que no había dudas en el llenado de dicho formato se concertó la siguiente cita.

FASE DE INICIACIÓN

SESIÓN 7. SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO

Objetivo: Identificar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol más frecuentes del usuario.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, expresar empatía, preguntas abiertas, escucha reflexiva, realizar preguntas evocadoras, análisis funcional, resumir.

La sesión se inició preguntándole a AS cómo había estado durante la semana, comentando él que bien, pero que en ocasiones le seguía dando ganas de beber pero que pensaba que no le convenía por todo lo que ya le había pasado. Se le comentó que eran importante los cambios que implementaba y que, para apoyar su cambio de conducta, la sesión estaría enfocada en analizar sus disparadores de consumo, para así poder lograr un mayor control de la conducta al poder incidir en las causas del consumo, a lo que se mostró interesado.

En seguida se revisó el formato de identificación de las situaciones de riesgo de consumo. Se identificaron las situaciones de Probar auto-control personal como las más frecuentes, seguidas de las relacionadas con Emociones desagradables (principalmente enojo), y las de Presión social.

Los análisis de las situaciones que se obtuvieron fueron los siguientes:

1. Probando auto-control personal.

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En el trabajo. Me llamaron por teléfono para invitarme a consumir. Pensé que sólo iría por 1 copa para acompañarlos pero después de beber 3 copas los amigos se fueron y seguí bebiendo. Pensó “todavía me siento bien, puedo seguir bebiendo otro poco”.

¿Estaba alguien más presente? Amigos consumidores.

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? Si, pero sólo estaban

bebiendo.

¿Cómo se estaba sintiendo? Bien, contento.

¿Qué estaba pensando? Que iba a tomar sólo un poco.

Describa lo que pasó para que su uso se disparara:

Iba en la tercer cerveza, me sentía bien y pensé que podía seguir consumiendo; por lo que llamé a mi casa para decir que no llegaría, se molestaron y yo me enojé, y comencé a tomar una tras otra.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?
Evitando esas amistades y no yendo.

2. Emociones desagradables.

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En casa, de regreso de la boda de un sobrino. Estaba muy sentido pues mi hermana me negó poder quedarme en su casa pues a su esposo no le agradaba porque ya había bebido mucho.

¿Estaba alguien más presente? Familiares, sobrinos, amigos.

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? Sólo bebiendo.

¿Cómo se estaba sintiendo? Sentido, molesto, “acorralado” (puesto que varios familiares me decían que me fuera ya a casa porque estaba ya muy tomado).

¿Qué estaba pensando? “Es pura hipocresía, mi hermana no me quiere”.

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: El que, ya intoxicado, mi hermana me negara su casa y que, al ponerme necio, un hermano me golpeará.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?
Alejarme del lugar desde que me empecé a sentir molesto, buscar otro lugar dónde quedarme a dormir y ya sobrio hablar con mi hermana.

3. Presión social.

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En el trabajo.

¿Estaba alguien más presente? Los demás compañeros de trabajo.

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? Si (alcohol y drogas).

¿Cómo se estaba sintiendo? Incómodo al sentirme presionado para beber.

¿Qué estaba pensando? “Si no tomo se van a molestar”.

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: Estaban bebiendo y de repente dijeron que llevaban “otras cosas” y sentí que no encajaba ahí; por lo que empecé a beber más rápido y de forma descontrolada.

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?
Dejar de ir a esas reuniones.

Después de revisar las situaciones, analizar con el usuario los disparadores de cada situación, y ver la importancia de poder cambiarlos para evitar el consumo y sus consecuencias, se le comentó que, para evitar futuras ocasiones de riesgo de consumo, se harían planes para enfrentar las posibles ocasiones de consumo

cada semana, con la finalidad de que él estuviera preparado para dichas situaciones, a lo que AS aceptó y se procedió a realizar el plan semanal de la fase de iniciación.

Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.

Usted puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

Que mi familia me recriminara alguna cosa y me enojara. Me molestaría mucho y también discutiría. Pensaría que no lo entienden y que no tienen razón en lo que dicen. Seguramente me saldría de mi casa para evitar seguir oyéndolos.

Trataría de oír lo que me comentaran y daría mi opinión sin alterarme y, en el caso de hacerlo, me subiría a mi cuarto y oiría música mientras me tranquilizara. Pensaría que es verdad que he cometido errores, pero que estoy haciendo lo que puedo para no volver a hacerlos. Buscaría retomar el tema con mi familia y platicaría tranquilamente.

El usuario señaló una confianza de 60% de lograr mantener su meta de abstinencia durante la semana.

Se le comentó a AS que implementara dicho plan si se presentaba esa situación y comentaríamos los resultados la siguiente sesión. Se dio por concluida la sesión, recordándole continuara con su auto-monitoreo, programándose la siguiente cita.

SESIÓN 8. ANÁLISIS FUNCIONAL

Objetivo: Identificar los disparadores y consecuencias del consumo de alcohol del usuario.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, expresar empatía, resumir, provocar afirmaciones auto-motivadoras, preguntas motivadoras, análisis funcional de la conducta de consumo.

Esta sesión se inició indagando sobre cómo había estado durante la semana el usuario, observándose que había tenido una semana bastante ocupada por el trabajo pero que AS se sentía bien y no había tenido alguna situación de riesgo de consumo, así como que no había necesitado implementar el plan de acción semanal.

En seguida se le comentó que la reunión estaría enfocada a identificar su nivel de auto-eficacia de no consumir ante las diferentes situaciones de riesgo y hacer un análisis de su conducta de consumo con la finalidad de conocer más sobre sus disparadores.

Después de la aplicación de dicho instrumento, se procedió a realizar el Análisis funcional de la conducta de consumo del usuario. Se le explicó que dicho análisis permitiría entender el funcionamiento de su consumo de alcohol, identificando los precipitadores y consecuencias de dicha conducta y así poder desarrollar estrategias alternas para evitar futuras ocasiones de consumo.

Los datos recabados fueron los siguientes:

<p style="text-align: center;">A ANTECEDENTES</p>	<p>Era la boda de mi sobrino y yo llegué pensando en divertirme y pasar un muy buen rato en familia, saludé a todos, después me fui a sentar con mis sobrinos con quienes solía beber. Ya ahí empecé a beber y bailar. Al verme ya mal algunos familiares me dijeron que ya no bebiera y eso me molestó aún más y comencé a beber más.</p>
<p style="text-align: center;">B CONDUCTA</p>	<p>Tomé 48 copas estándar de cerveza en total.</p>
<p style="text-align: center;">C CONSECUENCIAS</p>	<p>Disfruté el beber y echar relajo con mis sobrinos. Me enojé porque me negaron más bebida, por negarme hospedaje mi hermana. Insultos y golpes con mi familia. Que mi madre me golpeará. Apenado con mi familia al otro día. Una resaca muy dura. Culpa por haber golpeado a mi hermano y hermana. Pena con mi familia y vecinos que se enteraron.</p>

Se le comentó al usuario que, como podía ver en el análisis, su conducta de consumo no se presentaba en vacío, sino que siempre estaba precedida por un disparador (pensamiento, emoción, lugar, persona, etc.) y que dicha conducta generalmente no solía resolver la necesidad original (divertirse, pasar un muy buen rato en familia, etc.) y que aunque su consumo solía presentarle, a corto plazo, consecuencias agradables (ponerse eufórico, disfrutar de un sabor más grato, convivir con familiares o amigos, etc.), también le había traído consecuencias desagradables (peleas familiares, desconfianza por parte de familiares y conocidos, enojo, frustración, pena por lo sucedido, etc.); pero que dichas consecuencias se podían evitar atacando los disparadores y enfrentándolos adecuadamente para poder satisfacer la necesidad original, evitándose así el consumo y las consecuencias de dicha conducta. El usuario señaló que eso era cierto, que muchas veces el consumo sólo le había traído

problemas y que la mejor manera de evitarlos era no consumiéndolo y haciendo lo correcto, lo cual se afirmó.

Antes de concluir la sesión, se realizó el plan semanal de la fase de iniciación.

<p>Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?</p>	<p>Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</p> <p>Usted puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.</p>
<p>Que amigos, con quien bebía, me llamen para invitarme a algún bar o antro para ir a beber. Me sentiría inquieto, pensaría que podría ir y sólo acompañarlos.</p>	<p>Les diría que si voy pero que los alcanzo allá y los dejaría plantados. Pensaría que no me vendría bien el consumir porque ya había tenido muchos problemas. Trataría de hacer algo para distraerme (oír música, ir al cine, avanzar trabajo).</p>
<p>El usuario señaló una confianza de 70% de lograr mantener su meta de abstinencia durante la semana.</p>	

Se le recordó al usuario aplicar el plan (en caso de ser necesario) y que continuara su auto-monitoreo, concluyendo la sesión programando la siguiente cita.

FASE DE MANTENIMIENTO

SESIÓN 9. RECHAZO DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Objetivo: Aprender a anticipar las situaciones en las que otros pueden ofrecer consumir y planear cómo reaccionar en estas situaciones para evitar una recaída.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer análisis funcional, resúmenes, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

La sesión se inició con el comentario de AS de que había cambiado de trabajo y que ahora estaba como arquitecto en una obra y señaló que esa semana se había sentido mal porque había tenido una posible ocasión de consumo cuando los trabajadores le habían ofrecido una cerveza para convivir; AS señaló que le preocupaban estas situaciones debido a que en su trabajo se solía beber para cerrar contratos, o convivir con subordinados, lo cual le molestaba por no poder establecer “relaciones adecuadas” (es decir, sin que dependieran del consumo de alcohol), aunque señaló que sería algo que tendría que aprender a hacer; a lo que se le comentó que si sería una destreza que tendría que afinarse puesto que, por lo comentado en otras ocasiones, si contaba con destrezas de rechazo de consumo pero probablemente se tendría que adecuar a las situaciones y ajustarlas para obtener el resultado deseado, a lo que se mostró interesado.

En seguida fue revisado el auto-registro, encontrándose abstinencia, pero AS señaló un deseo de consumo en la ocasión señalada anteriormente, logrando la abstinencia recordando las consecuencias de su consumo y los logros que había tenido en el tiempo en que no había bebido; a lo que se le reforzó por buscar mantenerse en su meta y utilizar estrategias adecuadas para lograrlo.

También comentó que tenía temor porque tendría unos XV años de su sobrina y deseaba ir pero temía recaer pues no se sentía seguro; a lo que se le planteó que podríamos realizar un plan para esa situación, a lo que AS respondió que ya había pensado en algo: invitar a alguien para mantenerse ocupado y evitar a dos sobrinos (E. y R.) pues eran con quienes solía consumir y no eran muy fáciles de rechazar; por lo que se le felicitó por buscar estrategias para mantener su meta, pero que sería importante poder contemplar cómo actuar ante “situaciones difíciles” que pudieran ocurrir, por lo que se le fue instruyendo qué hacer para superarlas (que no pudiera ir alguien con él, que E. y R. le presionaran para beber, alguna ocasión en que se molestara), concluyéndose así el plan.

Con el afán de satisfacer esta necesidad, se decidió abordar la destreza de rechazo. Se le explicó al usuario que cuando se deja de usar sustancias una de las situaciones más riesgosas era cuando alguien ofreciera o instigara al consumo, y que el aprender a rechazar era de gran utilidad pero que esa destreza requería de práctica. Se le explicó y modeló los aspectos verbales y no verbales de la destreza, para posteriormente realizar ensayos conductuales para afinarla. Cabe señalar que el usuario ya implementaba algunas estrategias de rechazo (negarse y alejarse de la situación) pero requerían ser ajustadas a algunas situaciones y ampliarse las formas de rechazo.

Debido a que AS presentaba como uno de los principales disparadores tener pensamientos de consumo o enojo, se consideró importante también trabajar sobre cambiar estos pensamientos a unos positivos que le permitieran mantenerse abstinentes. Se le explicó el procedimiento para reestructurar su pensamiento y se realizaron algunos ensayos para asegurar que AS lo realizara adecuadamente. Finalmente le quedó de tarea el realizar ejercicios de cambios de pensamientos. Cabe señalar que el PEREU no cuenta con dicho componente, por lo que se integró esta destreza del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

A continuación se realizaron los planes semanales, previendo lo siguiente:

<p>Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia</p>	<p>Reporte de resultados</p>
<p>Describe la situación disparadora <u>Fiesta familiar por los XV años de su sobrina.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>El sábado.</u></p> <p>¿Dónde? <u>Casa de hermana.</u></p> <p>¿Quién estará presente? <u>Familiares y amigos.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <u>Diré que si voy, pero que los alcanzaré allá porque iría por mi acompañante, para así poder llegar más tarde. Pensaría que no me vendría bien el consumir porque ya había tenido muchos problemas. Al llegar saludaría a todos y me</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>Si.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si.</u></p> <p>Comentarios: <u>Me sentí muy bien despertando bien al otro día y sabiendo que disfruté del evento sin necesitar consumir.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? <u>Repetiría lo mismo porque me sirvió.</u></p>

sentaría lo más retirado que pudiera de mis sobrinos E. y R. (con quienes solía beber hasta la intoxicación). Rechazaría tragos y buscaría hacer algo para distraerme en ese mismo momento (bailar, platicar de cómo han estado durante ese tiempo, decir que voy con otro familiar). Planearía salir temprano con el pretexto de ir a dejar a su casa a mi acompañante.

Se concluyó la sesión confirmando que el usuario no tenía duda sobre los temas abordados y se concertó la siguiente cita una semana después.

SESIÓN 10. MANEJO DEL ENOJO

Objetivo: Que el usuario aprenda a manejar el enojo al identificar las señales físicas que presenta cuando se enoja, analizar cómo reaccionar ante esta situación, y a buscar alternativas de cómo puede manejar situaciones similares en el futuro.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, análisis funcional, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

Al iniciar la sesión e indagar sobre el consumo del usuario durante la semana, AS reportó estar muy contento de seguir abstinentemente a pesar de haber ido a una fiesta a parte de los XV años de su sobrina, pero que había tenido problemas con su hermana y mamá debido a que no había avisado y ellas habían asumido

que nuevamente se había ido a beber como antes lo hacía, por lo que se le señaló que seguramente para él era muy incómodo que dudaran de sus esfuerzos para abstenerse, pero que era normal que su familia reaccione así puesto que era lo más frecuente cuando bebía y que se requerirían cambiar varios aspectos para demostrar que las circunstancias relacionadas con su consumo ya habían cambiado; a lo que AS señaló que sí, que no podía pedirles que ellos cambien si él no iniciaba cambiando aspectos tan sencillos como el llamar para avisar y que su familia viera que podía salir y divertirse sin que llegara intoxicado.

En seguida se revisaron los ejercicios de rechazo y cambio de pensamiento.

¿En qué situaciones anticipará el ofrecimiento de una bebida?

1. Cuando me encuentre con mis sobrinos que toman.
2. Cuando se me acerquen con una bebida extra.
3. Cuando insistan.

¿Qué hará, pensará o dirá en cada una de estas situaciones?

1. Comentaría otra cosa como: ¿a qué hora es el vals?, ¿vienes del trabajo, qué tal te ha ido?, ¿cómo van las cosas aquí?, fijate que ahora estoy haciendo...
2. Ahorita vengo, voy a bailar; perdón es que me hablan (y alejarse sin aceptarla).
3. Negarse diciendo: no quiero; no tengo ganas; me siento mal de la garganta y ando tomando medicamento.

En cuanto al cambio de pensamiento, se observó que el usuario logró realizarlo adecuadamente y sin mayor dificultad.

PENSAMIENTO NEGATIVO	PENSAMIENTO POSITIVO
1. "Me siento muy molesto, estoy muy desesperado, necesito un trago."	Me siento muy molesto y algo desesperado, necesito decir mi molestia de buena manera
2. "No puedo hacer nada bien, soy un tonto, voy a beber para sentirme mejor."	Yo sé que no he hecho todas las cosas bien pero me voy a demostrar a mi mismo y a los demás que lo puedo lograr.
3. "Todo esta mal, nadie me quiere, necesito un trago."	Realmente no todo está mal, y realmente mi familia no me ha abandonado, eso significa que me quiere.
4. "Creo que esto es muy divertido tal vez me puedo tomar sólo una copa."	Últimamente he estado divertido en todos lados y no he tomado.
5. "Estoy muy aburrido, voy a hablarle a mis amigos para que nos tomemos una copa."	Estoy aburrido, voy a hablarles a unos amigos para ir a Río frío y montar a caballo.
6. "Estoy muy solo, será mejor que me vaya a un bar para ver si conozco a alguien."	Estoy solo en este momento pero ya llegará el momento y la persona indicada para dejar de estarlo y será en el lugar menos esperado.

FUENTE: Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al., 2006).

Al comentarle al usuario que había logrado el cambio de los pensamientos de forma adecuada, AS señaló que consideraba que esa destreza le serviría de mucho y que mucho dependía del "cristal con que se ven las cosas".

También comentó que había ido a visitar a un amigo con el que solía beber, ya que lo habían hospitalizado por problemas de cirrosis, por lo que señaló estar

feliz de haber decidido alejarse del alcohol y evitar estar en una situación similar, aspecto que se le reforzó.

Incluso AS dijo que el alcohol hacía cambiar a las personas, pues las hacía más violentas y luego ya ni se les reconoce. Que él, por ejemplo, había ocasiones en que se molestaba o enojaba y que llegaba al extremo de que su familia no lo reconocía o que las personas se alejaban de él por cómo se ponía; a lo que se le explicó que el enojo es una emoción natural que indica que algo no está bien, pero que puede causar problemas cuando no sabemos manejarla adecuadamente; comentario que dio pie a la explicación de la destreza de Manejo del enojo, señalándole a AS que se abordaría esta destreza debido a que esa emoción desagradable era uno de sus principales disparadores de consumo, por lo que se buscaría dotarlo de destrezas para manejarlo adecuadamente y evitar el consumo, a lo que él se mostró interesado

Se le explicó que las maneras en que expresamos el enojo pueden tener consecuencias negativas tanto para nosotros como para los demás (el no pensar claramente y hacer cosas que después nos arrepentimos, agredir verbal o físicamente a alguien); y que muchas veces podemos recurrir al consumo para manejar esta emoción, por lo que era importante saber manejarlo adecuadamente. También se le explicaron los diferentes estilos de expresar el enojo (pasivo, agresivo y asertivo). En seguida, la terapeuta modeló al usuario la aplicación de la destreza ante la situación de una discusión familiar para posteriormente moldear la ejecución de la destreza por parte de AS.

Con la finalidad de prevenir posibles ocasiones de consumo durante la semana, se realizaron los siguientes planes de acción:

<p>Asignación de tarea para la CASA</p> <p>Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia</p>	<p>Reporte de resultados</p>
<p>Describe la situación disparadora</p> <p><u>Que examigos consumidores me invitaran a consumir. Me sentiría inquieto, pensaría que podría ir y sólo acompañarlos.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>El viernes o sábado.</u></p> <p>¿Dónde? <u>Un bar.</u></p> <p>¿Quién estará presente?</p> <p><u>Amigos con quienes antes consumía.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)</p> <p><u>Decirles que si voy pero que los alcanzaría allá para poder llegar más tarde. Asistiría acompañado. Pensaría que no me vendría bien el consumir porque ya había tenido muchos problemas. Analizaría que realmente me costaría mucho estar viendo que</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea?</p> <p><u>Si.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si.</u></p> <p>Comentarios:</p> <p><u>El encontrar a estas personas en el antro, aunque no fuera planeado, me incomodó, razón por la cual decidí irme del lugar y acordé no volver a ese lugar pues ya no me sentí en el mismo ambiente y preferí a mis nuevas amistades que no me presionan a beber.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</p> <p><u>Recordar que ya no soy el mismo que consumía con esas amistades y que .estoy avanzando en mi meta.</u></p>

ellos consumieran y yo no, lo cual me sería incómodo y muy probablemente consumiría para evitar la presión. Trataría de hacer algo para distraerme (oír música, bailar, platicar de cómo han estado durante ese tiempo). Planearía salir temprano con el pretexto de ir a dejar a su casa a mi acompañante.

Después de verificar que el usuario no tenía dudas sobre la destreza, se concertó la siguiente cita.

SESIÓN 11. RELAJACIÓN

Objetivo: Aprender estrategias de relajación, al identificar qué parte de su cuerpo se tensa cuando se estresa o desea consumir, qué cambios logra cuando se relaja y a que determine qué le ayuda a recordar relajarse.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, análisis funcional, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales.

Se inició la sesión preguntándole al usuario lo ocurrido durante la semana, contestando que había ido a un antro y se había encontrado a una persona que lo conocía cuando bebía más y comentó que eso le incomodó, razón por la cual decidió irse del lugar y acordó no volver a ese antro pues ya no tenía las mismas amistades que antes, que se sentía más seguro en ambientes donde antes no había consumido y que se sentía muy orgulloso de mantenerse abstinentes; a lo

que se le felicitó por la manera en que había manejado la situación y por mantenerse firme en su decisión.

En seguida se revisaron los ejercicios referentes al manejo del enojo, obteniéndose los siguientes datos:

1. Describa una situación reciente dónde ha sentido enojo.

Era el 24 de septiembre y teníamos que entregar una obra y el subsector del plantel vio el material sobrante amontonado y puso "el grito en el cielo" por que estaba ahí y empezó la famosa cadena de regaños en donde todos somos culpables menos los jefes y a mi jefe le tocó la mayor parte y me molesté y fue entonces cuando pensé: "en el camino estamos" y vi de qué manera se la regresaría.

2. ¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo? (por ejemplo, los músculos tensos).

Tensé los músculos y cerré los puños.

3. ¿Cómo reaccionó en esta situación?

Regañé a la gente a mi cargo para que limpiaran y terminaran rápido.

4. ¿Qué " estilo " de enojo expresó?

Pasivo, ya que no lo mostré hasta que se dio una oportunidad.

5. ¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro? (sea específico).

Con serenidad (reflexionando y aceptando mis errores) y diplomacia (diciendo lo que pienso sin agredir). Tratando de calmarme.

En seguida se procedió a explicar la importancia de saber relajarnos puesto que era una de las razones por las que AS solía beber.

Se señaló que hay diferentes maneras de cómo relajarnos: por respiración diafragmática, tensando y destensando los músculos o por imaginar escenas relajantes.

Se inició explicando y modelando la respiración diafragmática, aspecto que no costó trabajo que realizara el usuario puesto que ya sabía realizarla debido a que en la vocacional había jugado americano y les habían enseñado a hacerla.

Después de checar que AS realizara adecuadamente la respiración, se le explicó y modeló la técnica de tensión-distensión, siguiendo la secuencia de pies a cabeza. Al verificar que el usuario aplicaba adecuadamente la técnica y no tenía duda en cómo realizarla, se dio por concluida la sesión y se le pidió que practicara estas dos técnicas durante la semana, así como el redactar una posible escena que pudiera ser utilizada para relajarse (imaginaría).

Para cerrar la sesión, se planeó la exposición semanal, quedando de la siguiente manera:

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
Describe la situación disparadora <u>Enojarme por algún reclamo que me hiciera mi familia por las consecuencias que había tenido por mis anteriores consumos.</u>	¿Intentó hacer la tarea? <u>No se presentó la situación.</u> ¿Fue exitoso el intento? <u>No se sabe, debido a que no se implementó.</u>

Experiencia planeada:

¿Cuándo? Cualquier día de la semana, generalmente en las noches cuando llego del trabajo.

¿Dónde? Sala o comedor de la casa.

¿Quién estará presente?

Papás.

Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)

Escucharé lo que me digan hasta que no me sienta molesto (y en tal caso, explicar cómo me siento y proponer hablar eso más tarde cuando esté más tranquilo y mientras relajarme).

Dar mi punto de vista de forma asertiva y haciéndome responsable de mis actos. Cambiar mis pensamientos para no incrementar mi enojo y pensar que estoy haciendo lo posible para cambiar mi conducta y evitar más eventos como los que me señalaban.

Tratar de distraerme oyendo música, viendo algo en la TV .

Comentarios:

Me sentí a gusto debido a que no se ha presentado la situación, pero ya sé cómo enfrentarla.

¿Usted usó? No.

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Llevar adecuadamente el plan cuando se dé la situación.

Para concluir, se concertó la siguiente cita y se acompañó al usuario a la salida.

SESIÓN 12. RELAJACIÓN Y ENFRENTAR LA ANSIEDAD

Objetivo: El usuario aprenda a identificar pensamientos automáticos que disparen su consumo cuando se encuentre estresado y planee qué cosas podría decirse en un futuro para reemplazar esos pensamientos negativos por aquellos que le permitan mantener su meta.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, análisis funcional, hacer resúmenes, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva, fomentar la auto-eficacia.

Se inició la sesión explorando el consumo, encontrándose un mantenimiento de la abstinencia del usuario, comentando el usuario que cada vez se sentía más seguro al no consumir. Comentó que se había sentido muy bien con los ejercicios de respiración, que había sentido más calor en las piernas y manos, hormigueo, sintiéndose mejor con la respiración que con la tensión-distensión.

En seguida se revisó el ejercicio referente a relajación.

Sea consciente de su tensión. ¿Qué parte de su cuerpo se pone tensa cuándo se estresa o está deseoso de drogas o alcohol?

El cuello y los hombros.

Pruebe una de las técnicas. ¿Qué cambios nota en la tensión muscular o respiración?

Ya no están tan tensos los músculos, están más relajados, se siente soltura.

Practique las técnicas diariamente. ¿Cuál es la que le funciona mejor?

La de inhalar y exhalar lentamente (respiración diafragmática).

¿Qué es lo que le ayudaría a recordar el empleo de estas técnicas (por ejemplo, cuando nota que la tensión va incrementando, o usar las técnicas en un cierto momento del día)?

Sería aplicarla cuando me encuentre en una situación estresante y/o diario para poner un horario y respetarlo (entre las 11 am y las 2 pm que estoy menos ocupado). Me alejaría de la oficina diciéndome: "Tienes que hacer tu ejercicio, tienes que irte", apagaría el cel y caminaría mientras lo hago.

Se le felicitó a AS por la planeación que hizo para relajarse y se le invitó a que lo lleve a cabo para lograrlo ante los primeros síntomas de tensión y evitar un mayor malestar.

En seguida se procedió a explicarle al usuario el componente de Enfrentar la ansiedad, comentándole que era normal que las personas sientan ansiedad ante situaciones novedosas, pero en ocasiones podemos experimentar niveles que nos son incómodos, por lo que muchas personas se les hace más fácil evitar dichas situaciones estresantes, o consumir alguna sustancia para reducir su ansiedad.

Pero muchas veces el nivel de ansiedad que sentimos se ve afectado por lo que pensamos o nos decimos a nosotros mismos y al hacerlo constantemente estos pensamientos se vuelven "automáticos". El hacernos conscientes de estos pensamientos y desafiarlos, podemos ayudarnos a disminuir nuestra ansiedad y así evitar el recurrir al consumo; así como el realizar algunas conductas que disminuyan aún más dicha sensación. Se modeló la aplicación al usuario y se le pidió realizar una ejemplificación para moldear su ejecución, lográndose adecuadamente. Para terminar, se le proporcionan los ejercicios correspondientes a la destreza.

En seguida se realizó el plan semanal:

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
<p>Describe la situación disparadora <u>Que se me antoje tomar algo.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Cualquier día.</u></p> <p>¿Dónde? <u>Durante el trabajo o en casa.</u></p> <p>¿Quién estará presente? <u>Compañero del trabajo o familia.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <u>Al identificar que se me está antojando beber pensaría en lo que perdería si lo hago (confianza de parte de mi familia, empeoraría mi economía, perdería confianza en mi mismo, me sentiría triste y decepcionado, echaría a abajo todo lo que he avanzado en este tiempo en el que he estado abstinentes). Buscaría ocuparme en algo que no me</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>Si.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si</u></p> <p>Comentarios: <u>Pude controlarlo yo solo sin requerir la ayuda de mi hermana.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? <u>Lo repetiría y buscaría otras opciones de actividades dependiendo de dónde esté.</u></p>

permita pensar en consumir (avanzar trabajo, platicar con alguien, ver algún programa en la TV). Si me siento muy angustiado haría mis ejercicios para relajarme y, de ser necesario, comentaría a mi hermana cómo me siento para que me ayude.

Se finalizó la sesión y se concertó la siguiente cita.

SESIÓN 13. ASERTIVIDAD

Objetivo: Que el usuario aprenda estrategias para comportarse asertivamente y a identificar qué cosas podría hacer para manejarse de esta manera y lograr un resultado positivo.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, análisis funcional, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

Se inició revisando el auto-monitoreo de consumo del usuario, observándose abstinencia en el consumo, lográndolo estando ocupado en actividades de su trabajo y clases de baile.

Se prosiguió a revisar los ejercicios referentes a la destreza del enfrentamiento de la ansiedad, observándose lo siguiente:

Parte 1.

¿Puede pensar en cualquier otro ejemplo de pensamientos automáticos?

Sólo para esto sirvo, no tengo otra cosa mejor que hacer.

Describa una situación en la que se ha sentido estresado o ansioso y utilizó el alcohol u otras drogas para enfrentarla:

Era un viernes y venía trabajando sin descansar porque teníamos que entregar una obra pero no creíamos terminarla, estaba yo muy tenso. Después de entregar fuimos a comer con mi jefe y vi que llevaban unas cervezas a una mesa y pensé “al rato me voy a tomar unas chelas para relajarme”. Al salir le marqué a un cuate que vivía por el lugar pero no pudo, marqué a otros dos y fue lo mismo; me harté y ya iba a casa pero al pasar por Polanco recordé que por ahí trabajaba mi hermano, le marqué y no contestó, me molesté y pensé “voy a ir con los cuates de la colonia” y ya a minutos de mi casa sonó mi celular y era mi hermano, le comenté y me mandó a mi casa, le dije “has de querer algo en un momento” y mi hermano accedió, me bajé del micro y me fui en taxi a su casa. Me la amanecí.

Parte 2.

Enliste las consecuencias de beber o de usar droga (tanto positivas como negativas, y tanto a corto como a largo plazo):

Consecuencias positivas a corto plazo: Poder relajarme después de entregar la obra y quedar bien con otros (hermano, amigos, o familiares) al invitarlos.

Consecuencias positivas a largo plazo: Conocer a personas, oportunidades de trabajo, a quién recurrir cuando quiera pasarla bien.

Consecuencias negativas a corto plazo: Mala economía, problemas con la familia, problemas externos, agresividad y mal aspecto físico.

Consecuencias negativas a largo plazo: Menos oportunidades de trabajo, perder

todo por nada, mala salud, pérdida de seres queridos, pérdida de libertad y de productividad.

Enliste los "pensamientos automáticos" que acompañan a esta situación:

"Porqué no toman conmigo, porqué no valoran mi trabajo, total si soy un borrachote, siempre hago mal las cosas, seré mala influencia para otros."

¿Cómo se siente a consecuencia de estos pensamientos?

Inseguro, desequilibrado emocionalmente, ansioso.

¿Cuáles son algunas de las cosas que podría decirse a sí mismo en el futuro para reemplazar los pensamientos negativos descritos anteriormente?

La perfección no se alcanza, se crea con esfuerzo y dedicación.

Se le felicitó al usuario por su tarea y por buscar siempre analizar sus acciones y pensamientos, lo cual le ayudaría mucho a poder cambiar sus pensamientos automáticos a unos más realistas y así poder mantener su meta.

A continuación se explicó la destreza de asertividad, comentándole que la asertividad es una destreza que nos permite decir a otros cómo nos sentimos sin hacerlos sentir mal; esto nos permite sentirnos bien con nosotros mismos, pero no a costa de otros; a diferencia de una persona que se muestra pasiva (que no expresa lo que quiere y suelen sobrepasar sus derechos, provocando insatisfacción y rencor) o una agresiva (que somete a los demás con tal de lograr lo que quiere pero suele provocar problemas y rencores). El aprender a comunicarnos asertivamente nos permite hacerlo de una manera más eficiente y así evitar el consumo, pero requiere de práctica para realizarla de manera natural.

Se le explicó que para lograr una conducta asertiva se requería cuidar tanto aspectos de comunicación verbal como no verbal, explicándole los respectivos componentes. En seguida se le modeló la aplicación de la destreza ante una situación de mal entendido laboral, y posteriormente se le pidió la ejecutara para moldearla hasta que la realizó adecuadamente.

A continuación se realizó el plan semanal, quedando de la siguiente manera:

<p>Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia</p>	<p>Reporte de resultados</p>
<p>Describe la situación disparadora <u>Sentirme presionado por la carga de trabajo.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Cualquier día de la semana.</u></p> <p>¿Dónde? <u>En la obra.</u></p> <p>¿Quién estará presente? <u>Compañeros y subordinados de la obra.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <u>Tratar de darme unos minutos para distraerme (viendo el paisaje, jugando</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>Si.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si.</u></p> <p>Comentarios: <u>Me sentí más tranquilo.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? <u>En caso de que se presente un deseo de consumir recordaría todo lo que me ha pasado por beber.</u></p>

algo en la compu, haciendo alguna broma con los compañeros para “relajar el ambiente”) y caminar unos minutos para “estirar las piernas”.

Después de verificar que el usuario no tuviera dudas sobre los ejercicios correspondientes a la destreza revisada, y que no quisiera comentar algo más, se concertó la cita de la siguiente semana, concluyéndose así la sesión.

SESIÓN 14. ENFRENTAR LOS DESEOS INTENSOS

Objetivo: Que el usuario aprenda estrategias cognitivas y conductuales que le permita planear cómo manejar sus deseos intensos y tentaciones de consumir.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, análisis funcional, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

La sesión se comenzó analizando el auto-monitoreo del usuario, encontrándose abstinencia debida a implementar como estrategias el mantenerse ocupado para evitar pensar en consumir, relajarse cuando estaba enojado, cambiar sus pensamientos, y rechazar ofrecimientos de consumo. AS señaló que cada vez se sentía más seguro y le era más fácil no consumir; a lo que se le felicitó por mantener su meta y sobre todo por estar poniendo adecuadamente en práctica las destrezas aprendidas.

Después se revisó el ejercicio referente a la destreza de asertividad.

1. Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año dónde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.

Describa una de esas situaciones:

¿Dónde estaba? En una junta de trabajo donde íbamos a platicar sobre avances de la obra pero el sobrino del dueño no había hecho nada y me iban a querer echar el relajo a mí y no se me hacía justo.

¿Quién estaba presente? El dueño de la empresa, su sobrino, el contratista, el residente del contratista, la administración y yo.

¿Qué estaba pensando? “Voy a decir como son las cosas realmente”, “me van a regañar”, “me van a decir que para qué quieren a alguien que no les da resultados”, “a mi no me van a quemar de que no hago mi trabajo”.

¿Qué estaba sintiendo? Molestia, coraje, e impotencia por no poder aclarar la situación por miedo de reprimendas por parte del jefe (ya que el jefe no quería problemas con el dueño).

¿Cuál fue el resultado? Frustración y coraje conmigo mismo.

2. Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo):

(1) Decir las cosas como son pero de buena manera.

(2) Tranquilizarme para hablar adecuadamente, no ser agresivo o hiriente, y explicar la situación.

(3) Analizar sus comentarios y hablar adecuadamente para poder resolver las cosas dando soluciones.

Durante la revisión del ejercicio se le hizo ver a AS que es importante poder trabajar en cuanto a los pensamientos de enojo que se presentaban puesto que estos podrían dar pauta a no poder comunicarse asertivamente, además de que era importante observar las diferencia en los resultados si nos comportamos pasiva, agresiva o asertivamente.

En seguida se explicó la destreza de enfrentar los deseos intensos. Se inició explicándole al usuario que cuando se deja de beber es probable que surjan algunos deseos intensos, especialmente en las situaciones de alto riesgo. El aprender a manejar estos impulsos y tentaciones era una parte muy importante de prevenir la recaída, así como recordar que estos deseos no durarían para siempre pues disminuirán con el tiempo en número y fuerza, por lo que era importante que no solamente se cambiara lo que se piensa, sino también el hacer un cambio de conducta en esos momentos. Se ejemplificó la aplicación retomando una situación de deseo durante el trabajo, se le pidió a AS ensayara la destreza ante esa situación y se moldeó su ejecución hasta que la realizó adecuadamente.

Posteriormente se realizó el plan semanal, quedando de la siguiente forma:

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
Describe la situación disparadora <u>Que los trabajadores de la obra me</u>	¿Intentó hacer la tarea? <u>Si, pero no se dio la situación.</u>

<p><u>inviten una cerveza.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Sábado.</u></p> <p>¿Dónde? <u>En la obra, mientras ellos comen.</u></p> <p>¿Quién estará presente? <u>Los trabajadores y probablemente el jefe o compañeros del trabajo.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <u>Decirles que muchas gracias pero que no bebo, que mejor les acepto un taco mientras convivimos, y jalar un refresco para tomarlo. Pensar que si se las acepto puedo echar a bajo lo que ya he avanzado.</u></p>	<p>¿Fue exitoso el intento? <u>No se sabe, porque no se presentó la situación.</u></p> <p>Comentarios: <u>Aunque no se dio la situación, me siento tranquilo de saber cómo enfrentar esta situación que es muy probable que suceda.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? <u>Aplicar lo planeado cuando pase.</u></p>
--	--

Se averiguó si había dudas sobre la destreza o los ejercicios correspondientes, y al no encontrarlas se concertó la siguiente cita.

SESIÓN 15. APOYO SOCIAL

Objetivo: Que el usuario aprenda a construir una red de apoyo que le permita satisfacer una variedad de sus necesidades.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, análisis funcional, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

La sesión comenzó revisando el consumo del usuario durante la semana anterior, observándose abstinencia al seguir ocupando las destrezas que había estado utilizando. Se le volvió a felicitar por mantener sus avances y seguir practicando sus destrezas dependiendo de las situaciones.

A continuación se revisó el ejercicio de la destreza de enfrentar los deseos intensos.

Ahora nos gustaría que usted propusiera su propio plan para tratar con los impulsos y las tentaciones del uso. Sea específico.

Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso.

Era viernes, oí por el radio que iba a presentarse La Arrolladora en el Rodeo Santa Fe y era el cumple de un amigo (M) y pensé que lo llamaría para ir a festejar allá y tomarnos unas chelas. Le llamé a él y a otros amigos y aceptaron; quedamos de vernos en “La cabaña” (un bar) y pensé “cuando llegue a la cabaña me tomaré una chela de barril”. Al salir de la oficina mande un mensaje avisando que no llegaría a casa. En el trayecto al bar estaba pensando un buen en beber, al grado de hasta bajarme a una tienda para comprar unos dulces y vi a un lado el refri lleno de cervezas y estuve a punto de comprarme una, pero dije “mejor llego allá y me la tomo bien fría, para que en el rodeo compre otras y saliendo comprar unas botellas de brandy para seguirla en la casa de M”. En el bar me dispuse a pedir una bola de cerveza de barril y de ahí me tomé otras 7 más. Después nos fuimos al Rodeo a conseguir los boletos, ya adentro llamé al

mesero y le dije que trajera un cartón de cervezas y consumimos 4 cartones esa noche. Al salir dije “a dónde le vamos a seguir” y varios se fueron y sólo quedamos tres. Nos fuimos a un bar en donde conocían bien a uno de ellos y al llegar pedimos dos Torres 10, nos las acabamos y ya eran como las 8 am y M pidió otra botella, nos la acabamos y salimos de ahí como a las 10 am.

Usando su ejemplo anterior, planea formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.

Primero comer algo, pensaré en las ocasiones en que la pasé bien sin estar intoxicado, pensaré en ir a otro lado (ir por un café), analizar lo bueno y malo de la situación (hacer un balance).

¿En quién va a buscar apoyo? En mi hermana E. y amigo R.

¿Qué hará para distraerse?

Pensar en que el no consumir me ayudaría a estar seguro y a mantener mi integridad como persona, trataré de hacer algún ejercicio, platicar con alguien en un lugar seguro (con mi hermana E o amigo R, en su casa).

¿Qué mensajes (auto-declaraciones positivas) se proporcionará?

“Estas alegre sin tomar, Para qué tomar si se puede disfrutar de mil formas más”.

¿Qué más puede hacer en esta situación?

Ir a oír al grupo pero con otras personas que no beban (H y hermano de ella) y en verdad disfrutar a la banda.

Se le señaló a AS que era importante que cuando se presentara un deseo se frene lo más pronto posible para poder evitar el consumo, puesto que si se deja avanzar más suele ser más difícil su manejo (aunque no imposible). También se le comentó que importante era estar siempre alerta y tomar en cuenta que cada

vez estos deseos serían menos intensos y cada vez los manejaría de la mejor manera, a lo que el usuario se mostró muy satisfecho puesto que ya había pasado algunas ocasiones que había superado favorablemente y eso le daba mayor seguridad.

Puesto que al realizar el plan de tratamiento AS pidió integrar la destreza de Apoyo Social, se dio la explicación de la misma, señalando que era importante tener una red de personas que fueran un apoyo y con quien pudiéramos discutir nuestros sentimientos y experiencias de manera segura; ya que esto nos permitiría sentirnos más capaces de enfrentar los problemas. Aunque ya contamos con algunas personas, si ampliamos nuestra red de apoyo podríamos tener una mayor satisfacción de una variedad de necesidades (emocional, moral, instrumental, recreacional o un mentor).

AS comentó que afortunadamente contaba con algunos apoyos pero que si sentía que requería reforzar otros, lo cual le emocionaba bastante; a lo que se le comentó que esa postura era muy buena y que analizara adecuadamente a las personas que le rodeaban para reforzar su red social y así seguir manteniendo su meta de abstinencia. Después de plantear qué apoyos buscaría, se ensayó el pedirles a esas personas su apoyo.

A continuación se realizó el plan semanal:

<p>Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia</p>	<p>Reporte de resultados</p>
<p>Describe la situación disparadora <u>Que en el trabajo me quisieran echar la culpa de algún problema que no fuera mío.</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>No se presentó la situación.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>No se pudo</u></p>

<p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Cualquier día.</u></p> <p>¿Dónde? <u>Reunión en el trabajo.</u></p> <p>¿Quién estará presente? <u>Jefe, compañeros de trabajo, y contratista.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <u>Escuchar lo que me digan y tratar de respirar profundamente para poder tranquilizarme. Pensar que lo que están diciendo no es cierto y que entre más tranquilo me encuentre mejor podré manejar la situación. Cuando me lo permitieran explicaría asertivamente la situación, buscaría aclararla y encontrar soluciones.</u></p>	<p><u>aplicar.</u></p> <p>Comentarios: <u>Aunque no se presentó la situación tal cual, me agrada el tener ya la forma en que podría reaccionar.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? <u>Aplicar el plan en futuras ocasiones.</u></p>
---	---

Debido a que no hubo dudas sobre las tareas asignadas, se concluyó concertando la siguiente cita.

SESIÓN 16. MANEJO DEL MALESTAR FÍSICO

Objetivo: Que el usuario aprenda técnicas generales para mejorar su bienestar físico, a identificar qué malestares físicos disparan su consumo y planear qué estrategias usar ante dichas situaciones.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, análisis funcional, provocar afirmaciones auto-motivadoras, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva.

Al iniciar la sesión, AS comentó sentirse muy bien en el trabajo pero que consideraba que iba a cambiar de trabajo porque quería algo más estable. También señaló que había hablado con su padre referente a su consumo y que, para su sorpresa, su padre le había dicho que si requería que fuera a sus terapias iría aunque él no creía en esas cosas, pero que contaba con su apoyo, situación que motivó mucho al usuario mostrándose muy contento por dicho comentario.

AS comentó que quería festejar su cumpleaños, pero que sus hermanos querían ir a la marquesa a comer y tomarse algo, pero que como no quería arriesgarse a una posible situación de consumo buscaría cambiar el festejo a su casa y así poder estar en un lugar más seguro y seguir manteniendo su meta; a lo que se le felicitó por dicho plan y por aplicar ya más automáticamente las destrezas para seguir con su meta.

A continuación se revisó el ejercicio que quedó de tarea, encontrando lo siguiente:

Tomemos unos minutos para observar su sistema de apoyo. Pregúntese las siguientes cuestiones:

1. ¿Quién es mi apoyo actualmente? (sea específico)

Mi hermana M. (con quien tengo más confianza y suelo apoyarme), Hermana G. (me dice las cosas más claras), mamá (en general), y amiga M (trabajo).

2. ¿Qué necesidades son satisfechas en las relaciones con estos individuos? (Vea anteriormente).

Emocional, moral, instrumental y trabajo.

3. ¿Qué necesidades no han sido satisfechas?

Mentor y recreativo (sin consumo).

4. ¿Cómo yo puedo incrementar mi red de apoyo?

¿Qué problemas tengo que necesitan apoyo?	¿A quién me puedo acercar por ayuda?	¿Cómo haría o llevaría a cabo el plan? (sea específico).
1. Una persona que me guíe o dé un consejo cuando no sepa que decir o hacer.	Hermanos F. y J. (en ese orden).	Ir a su casa y platicarles lo que me pasa, o si no hablarle por teléfono. Tratar de hacerlo a solas para evitar chismes.
2. Compartir el tiempo libre.	Amigas I, M, y G (que comprenden mi situación laboral y no beben).	Invitarlas a cine, teatro, café o exposiciones (aspectos que suelen gustarnos a todos).

Se le felicitó al usuario por considerar situaciones “difíciles” (situación con sus hermanos) y el planear su tiempo libre de forma tal que favoreciera su meta, además de ampliar su red a amistades y no sólo en su familia cercana.

Para continuar con la sesión, se le explicó la destreza de Manejo de malestar físico, comentándole que el uso de la sustancia era una manera rápida de aliviar el malestar o quitar un sentimiento desagradable, pero que reducía la habilidad de nuestro cuerpo de responder natural y eficazmente al dolor cotidiano y malestar que nosotros podíamos experimentar. Que, ahora que había logrado un mantenimiento de su abstinencia, era importante que también mantuviera un bienestar físico, por lo que se le enlistaron algunos tips y se le pidió los aplicara. Al oírlos AS señaló que algunos ya los había implementado pero que otros se le hacían importantes de utilizar (como el equilibrar las horas de trabajo).

El plan semanal se organizó de la siguiente manera, debido al próximo festejo por el cumpleaños del usuario:

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
<p>Describa la situación disparadora <u>Festejo por cumpleaños.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Fin de semana (sábado o domingo).</u></p> <p>¿Dónde? <u>En la marquesa.</u></p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>Si.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si.</u></p> <p>Comentarios: <u>Aunque no se realizó en el lugar original, pude realizar la actividad y la disfruté sin alcohol. Tuve que manejar mi enojo (cambiando mis</u></p>

¿Quién estará presente?

Hermanos, sobrinos, y papás.

Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)

Llevaría pelota para poder jugar con la familia. Trataría de apoyar en actividades de la comida para mantenerme ocupado y así evitar pensar en alcohol. Rechazar alguna invitación de consumir ("no, gracias, mejor un poco de refresco o agua"). Recordar lo que he ganado desde que dejé de beber y pensar que si sigo así podría disfrutar más cumpleaños que si festejo bebiendo.

pensamientos, relajándome, y buscando solución a las situaciones problema) debido a la mala organización del evento.

¿Usted usó? No.

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Organizar mejor el festejo.

Viendo que no había dudas sobre los ejercicios asignados, se dio por concluida la sesión acordando la siguiente cita.

SESIÓN 17. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS; TARJETA DE ALERTA; SI YO FUERA A RECAER

Objetivos: que el usuario aprenda un modelo de solución de problemas que le permita dar una solución adecuada a sus problemáticas; Realizar planes de enfrentamiento para anticipar una posible situación de recaída.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, análisis funcional, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia,

modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva, solución de problemas.

Se inició la sesión felicitando al usuario por su cumpleaños, mostrándose muy contento y comentó que la había pasado muy bien y que habían cambiado los planes pues habían festejado en su casa y que se había sentido muy contento de festejar sin haber consumo (de lo cual se sentía muy orgulloso). Se le comentó que era una muy buena manera de iniciar una nueva etapa en su vida y que ese sentimiento sólo era resultado de sus esfuerzos y que se le felicitaba por ello.

A continuación se revisó el ejercicio del malestar físico, encontrándose lo siguiente:

¿Qué tipo de malestar físico dispara su uso de alcohol o drogas (por ejemplo, tensión, los dolores de cabeza, la dificultad para dormir, el síndrome de abstinencia)?

Dolor de cabeza, cansancio.

¿Qué estrategias puede usar para enfrentar estos disparadores?

Relajarme, hacer actividades físicas, reposar.

Se le mencionó al usuario que era importante que se mantuviera atento a esos malestares para poder manejarlos adecuadamente si se llegaran a presentar; a lo que AS comentó que muy rara vez le sucedían y que si había estado aplicando algunas de estas destrezas conforme las fue aprendiendo.

Después se le señaló que en esa sesión se explicaría la destreza de Solución de problemas y que también platicaríamos sobre 2 ejercicios que le apoyarían ante una recaída (la tarjeta de alerta y el ejercicio “si yo fuera a recaer”).

Se inició explicándole al usuario que el aprender a resolver los problemas de una manera efectiva era una destreza, la cual podíamos utilizar tanto con el consumo de alcohol como con otros problemas de la vida diaria. El contar con dicha destreza nos ayudaría a poder enfrentar, de mejor manera, situaciones difíciles y así reducir los riesgos de consumir. Se le explicaron y modelaron los pasos generales para resolver un problema, se verificó que AS no tuviera dudas en la ejecución y se explicó el ejercicio de tarea correspondiente.

Concluida la explicación de la destreza, se explicó el ejercicio de la Tarjeta de alerta, señalándole al usuario que sería importante que trajera siempre a la mano dicha tarjeta, ya que podía apoyarle en los momentos donde se sintiera en riesgo de consumo, puesto que en ella él escribiría estrategias y acciones que pudiera implementar en esos momentos ya que era probable que en esos instantes no tuviera tanta claridad para realizarlos y la tarjeta podría ser su “acordeón” También se le comentó que para ser de mayor ayuda, la tarjeta debía incluir alguna moneda, boleto del metro o metrobús con la cantidad necesaria para poder trasladarse a un lugar seguro, pero que dicho dinero no podía ser utilizado para otras ocasiones y que si se ocupaba en una “situación de emergencia de consumo” se requerirá volver a tenerlo disponible. El usuario comentó que le quedaba clara la actividad y le parecía muy buena idea, pero que si podría adaptarla para que le fuera más práctica, a lo que se le comentó que si y que tenía completa libertad para modificar el formato siempre y cuando tuviera la información requerida.

Para concluir la explicación de las tareas de la sesión, se le explicó a AS que otro ejercicio que le apoyaría era la actividad de planear cómo actuar ante una recaída, para así contar con un plan de acción en esa situación. Se le explicó el ejercicio y se verificó que quedara claro.

En seguida se le comentó a AS que en la siguiente sesión concluiría el tratamiento, quedando solamente pendientes los seguimientos; a lo que el

usuario señaló que consideraba que el tratamiento le había beneficiado mucho en cuanto a su comunicación, aprender a ser asertivo, saber negociar y aprender a ceder, tener mayor seguridad en si mismo, ser más tranquilo, aprender a convivir con otras personas que no beben, aprender a defender lo que quería (su meta); laboralmente le había ayudado a tomar mejores decisiones, no pelearse tanto, saber solucionar problemas, buscar otras opciones de trabajo puesto que sabía que podía lograr más; mantener su salud más tiempo; realizar lo que planea y no dejarlo como antes; económicamente ya casi había pagado todas sus deudas (causadas principalmente por su consumo) y ya no gastaba tanto como antes cuando salía. Se le felicitó por los cambios logrados, se le motivó a que los mantuviera y a que se planteara nuevas metas en su nuevo estilo de vida.

El último plan semanal se estructuró de la siguiente manera:

Asignación de tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
<p>Describe la situación disparadora <u>Asistir a alguna reunión familiar o de amigos.</u></p> <p>Experiencia planeada:</p> <p>¿Cuándo? <u>Fin de semana, generalmente sábado.</u></p> <p>¿Dónde? <u>En casa de alguno de ellos.</u></p> <p>¿Quién estará presente?</p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <u>Si, fue una reunión familiar.</u></p> <p>¿Fue exitoso el intento? <u>Si.</u></p> <p>Comentarios: <u>La pasé bien y me siento más seguro en mi manejo.</u></p> <p>¿Usted usó? <u>No.</u></p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la</p>

<p><u>Familiares o amigos.</u></p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)</p> <p><u>Primero buscaría ir acompañado de alguna amiga, trataría de llegar algo avanzada la reunión para evitar estar mucho tiempo, trataría de ocuparme (platicando, bailando, comiendo), rechazaría alguna invitación, y pensaría en las consecuencias que me podría traer un consumo a estas alturas.</u></p>	<p>próxima vez?</p> <p><u>Adecuaría las actividades dependiendo de dónde fuera la reunión, si fuera en casa podría apoyar en algunas cosas y platicar con más gente.</u></p>
---	--

Después de verificar que no hubiera dudas sobre lo visto durante la sesión y los ejercicios asignados, se concertó la última sesión de tratamiento.

SESIÓN 18. CIERRE DEL TRATAMIENTO

Objetivo: Conocer los cambios logrados durante y por la intervención.

Estrategias utilizadas: Reforzamiento positivo, preguntas abiertas y evocadoras, expresión de empatía, escucha reflexiva, provocar afirmaciones auto-motivadoras, análisis funcional, hacer resúmenes, fomentar la auto-eficacia, modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales, reestructuración cognitiva, solución de problemas.

La sesión comenzó preguntándole a AS cómo había estado su semana y si había novedades en cuanto a su consumo, a lo que el usuario comentó que su semana había estado bien y que no había consumido.

Comentó que aunque en alguna ocasión pasó por su mente el dejar el tratamiento, recapacitó al ver que le estaba ayudando y le había servido para conocerse mejor y que había aprendido herramientas que le ayudaban mucho en la actualidad (como la asertividad y relajación), y que si las hubiera conocido y aplicado en otros tiempos las cosas hubieran sido diferentes; a lo que se le señaló que era muy grato saber que el tratamiento le había servido, no sólo respecto al consumo, sino también en otras áreas de su vida.

Para continuar con la sesión, se revisaron los ejercicios asignados la sesión anterior, comenzando por el referente a la destreza de solución de problemas.

Era el día de la boda de un sobrino y tenía que moverme del trabajo a mi casa para arreglarme. Al llegar me senté con unos sobrinos y me la pasé entre bailando y bebiendo. Varios me decían que ya no bebiera. Al ver que ya no había que tomar en la mesa le pedí a mi cuñado que me regalara unas chelas y me las negó, me mandaron a dormir y le pedí quedarme en su casa a mi hermana E. pero me dijo que no entraba, eso me molestó y entre que me decían que no tomara y entre que varios me golpearan mientras peleábamos yo sólo quería irme lejos de ahí pero otro cuñado les dijo que no me trataran así y que me quedara en su casa, que reflexionara sobre lo sucedido ya que estuviera sobrio.

a. No llegar y sentarme con mis sobrinos con quien siempre bebía (no beber).

Pros: Evitar enojarme, estar en mis cinco sentidos, estar más a gusto conmigo mismo y los demás.

Contras: Enojarme, no estar en mis cinco sentidos, no estar a gusto, tener muchas molestias.

b. Beber sólo un poco y no ponerme necio.

Pros: Sería más razonable, evitaría molestias y problemas a terceros.

Contras: Tendría problemas por beber.

c. Alejarme en cuanto me moleste.

Pros: No sería hiriente, me sentiría mejor, no me enojaría así, no golpearía a mi familia ni me agredaría.

Contras: No estaría en todo el evento.

Opción seleccionada: La a, debido a que las otras incluirían consumo y ya no quiero.

Se le felicitó al usuario por haber logrado un análisis adecuado y haber elegido la opción que más le beneficiaría y que apoyaba más su meta. Que era importante que siempre buscara esa combinación para mantener su cambio el mayor tiempo posible.

Con respecto al ejercicio de la Tarjeta de alerta se observó que AS la imprimió en un papel plastificado para evitar que se mojara y borrara la información y además comentó que la sellaría con diurex para evitar que se saliera el billete que pondría para trasladarse. La información que contenía la tarjeta era la siguiente:

Mi plan para lo inesperado es:

Reconocer que tengo un antojo.

Relajarme mediante la respiración profunda, alejarme de donde estoy, recordar las consecuencias que tuve o tendría si consumiera, si saliera sugerir otro lugar o actividad que no tuviera que ver con beber.

Recordar buenos momentos que he pasado sin tener un consumo.

Imaginar que estoy en el estudio recostado en el sofá, escuchando música que me relaja (caifanes).

Me comunicaría con hermana E. y/o hermano F.

Pensaría que “no necesito alcohol en mi cuerpo para sentirme bien”, “que disfruto más de la vida desde que dejé de beber”.

Se le felicitó al usuario por la elaboración de la tarjeta, a lo que se el usuario se mostró muy satisfecho en su ejercicio y señaló que la podría en su cartera para no olvidarla.

Por último, se comentó el ejercicio “Si yo fuera a recaer”, encontrando la siguiente información:

Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación: (Describa dónde, quién estaría probablemente con usted, lo que estaría haciendo, lo que estaría sintiendo y pensando antes de que recayera).

En un bar bebiendo con el G. por habernos encontrado casualmente. Me sentiría nervioso y ansioso por pensar que se molestaría conmigo por no beber con él.

¿Qué estrategia de enfrentamiento podría yo usar para evitar esta recaída?(Enliste de 8 a 10 estrategias que usted usaría)

1. Respirar profundamente para relajarme.

2. Imaginar que estoy en el estudio para relajarme.
3. Alejarme del lugar.
4. Llamar a alguien (hermanos).
5. Cambiar mis pensamientos.
6. Reconocer que es un antojo y manejarlo.
7. Recordar las consecuencias.
8. Negociación (ir a otro lugar a hacer otra actividad).

Se le recordó al usuario que este plan era sólo para prevenir alguna ocasión de recaída pero que no necesariamente se tenía que presentar dicha situación.

También se le preguntó al usuario sobre si consideraba ya contar con las destrezas necesarias para mantener su meta, puesto que, como se le había comentado la sesión anterior, esa sería la última sesión de tratamiento y que sólo quedarían pendientes los seguimientos, pero que si requería alguna ayuda podía contactarnos y vernos. El usuario comentó que consideraba que si podría darse por concluido el tratamiento pues había visto que si había podido mantenerse abstinente aplicando lo visto durante las sesiones y que confiaba que podría seguir así y que se comprometía a ponerse en contacto si requería ayuda; razón por la cual se le pidió contestara el CSU, el ISCD-A-50 y el CCC-A-50 para conocer su opinión sobre el tratamiento y checar los avances logrados tanto en sus situaciones de riesgo y auto-eficacia.

Para concluir, se le felicitó por sus esfuerzos y compromiso durante el tratamiento. Se le invitó a mantenerse siempre alerta para evitar situaciones de riesgo de consumo como lo había estado haciendo y que, para reconocer y que él recordara sus esfuerzos, se le entregó un diploma por haber concluido su tratamiento. El usuario se mostró muy motivado por el reconocimiento y comentó que lo podría en el estudio para verlo cada vez que se sintiera algo desmotivado para mantener su meta, a lo que se le felicitó por dicho plan y se le invitó a no

desistir de los logros ya alcanzados. Se finalizó acordando la cita para el primer seguimiento (un mes posterior).

3.5. RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos durante el tratamiento se observó, con respecto a las situaciones de riesgo de consumo, una disminución muy significativa en todas las subescalas al concluir el tratamiento; siendo las disminuciones más importantes las de Probando auto-control, Emociones desagradables y la Presión social (disminución de 53%, 43%, y 40% respectivamente) (ver figura 25).

Al comparar el nivel de auto-eficacia reportado en el CCC-A-50 antes y después del tratamiento, se observó un incremento en la mayoría de las subescalas, siendo las de mayor cambio las de Probando auto-control, Momentos agradables con otros, e Impulsos y tentación (45%, 38% y 35% respectivamente) (ver figura 26).

Con respecto al Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSC), AS calificó al programa como muy favorable en general, ya que señaló como excelente la calidad del servicio; indicó que definitivamente obtuvo el servicio que quería; que casi todas sus necesidades fueron satisfechas por el programa. Dijo que si un amigo tuviera necesidad de una ayuda similar definitivamente le recomendaría el programa; que los servicios le habían ayudado a manejar eficazmente sus problemas; indicó que en general se sentía muy satisfecho con el servicio que había recibido; que si fuera nuevamente a buscar ayuda definitivamente regresaría al programa. Consideró como lo más útil del programa las técnicas de asertividad y solución de problemas. Con respecto a qué aspectos mejoraría del servicio, señaló que recomendaba hacerle mayor difusión por medio de folletos o páginas de internet.

En cuanto a la utilidad de las asignaturas de tareas, todas fueron calificadas como muy útiles.

Debido a que el usuario se ha mantenido abstinentemente un año después de concluida la intervención por la adecuada aplicación de las destrezas, se puede afirmar que el usuario tiene un pronóstico muy favorable.

3.6. SEGUIMIENTOS

A) PRIMER SEGUIMIENTO

Esta reunión, a un mes de haber concluido la intervención, se inició dándole la bienvenida al usuario y preguntándole cómo le había ido. El usuario inicia comentando que había recibido una invitación de amigos con quienes bebía antes para consumir y que les comentó que él ya no bebía, no le habían creído y que habían ido a una cantina. A pesar de que sus amigos le habían invitado a consumir alcohol, él había rechazado el consumo y pidió refresco y jugo. El usuario se mostró muy contento por haber superado esa situación de riesgo (la cual él consideraba como de posible recaída) y comentó que aprendió que lo importante era qué tan firme decía las cosas. También señaló que en su nuevo trabajo también lo habían invitado a salir pero que también les había dicho que ya no bebía, que ahora se divertía de otras maneras y que afortunadamente no les había molestado y que ya había salido en varias ocasiones y no había tenido problemas. Se le felicitó por mantener su meta y poner en práctica las destrezas de forma adecuada.

Dijo que le preocupaba un poco el hecho de que su jefe lo invitara a beber con algunos compañeros pues no creía poder rechazar el consumo. Al analizar la situación, se llegó a la opción de decirle que ya no bebía, acompañar un rato al grupo y después retirarse.

Al explorar el patrón de consumo del usuario, se observó un mantenimiento de la abstinencia (ver figura 24).

Al realizar la Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU), AS señaló estar muy satisfecho en su estilo de vida, que debido a seguir en abstinencia no había presentado consecuencias negativas. Las estrategias o técnicas que había utilizado durante este periodo eran: Cambiar de amistades, establecimiento de meta, estrategias de cambio en el estilo de vida, balance decisional, solución de problemas, detenerse y pensar, auto-monitoreo, identificar los factores que inician el consumo, tips de control del consumo.

Antes de concluir la sesión, AS comentó muy emocionado que ya tenía novia desde hace un par de semanas, señaló que se sentía bien y que había recibido mucho apoyo de su parte con respecto a su meta de consumo; se le felicitó por la relación y se le señaló que era otro de los beneficios que había logrado del cambio en su estilo de vida y se le motivó a mantenerlo.

Sin haber mayor cuestión que tratar, se concertó la cita para el siguiente seguimiento, recordándole que podríamos reunirnos en caso de alguna eventualidad.

B) SEGUNDO SEGUIMIENTO

El segundo seguimiento, 3 meses después de concluir la intervención, se inició preguntándole al usuario cómo había estado durante este periodo, comentando este que había estado bien, que cada vez sentía más confianza y estaba recuperando cada vez más la confianza de su familia. Se le comentó que esas consecuencias eran el resultado de sus esfuerzos y que se le felicitaba por ello.

El usuario señaló que durante este tiempo había tenido algunas situaciones de riesgo. Una de ellas había sido el haber sido invitado por unos amigos a una

cantina, él aceptó y les dijo que si los acompaña pero que él ya no bebía y que aunque no lo presionaron para consumir, si le interrogaron sobre porque ya no lo hacía. El usuario señaló que se había dedicado a bailar y tomar refresco o jugos. La otra situación fue en una reunión con los amigos de su novia; en donde le llevaron una copa para ofrecérsela, comentó que la tomó pero que pensó en las consecuencias que tendría (que perdería credibilidad, echaría a bajo los esfuerzos que había realizado, que si llegara tomado a su casa habría muchos problemas) y decidió regresar la bebida diciéndole que ya no bebía pero que le agradecía la invitación; dice AS que su novia le felicitó por hacerlo. Se le felicitó por haber logrado abstenerse bajo esas circunstancias y se le recalcó el hecho de que en él estaba la decisión de consumir o abstenerse al poner en práctica sus destrezas.

Al explorar, por medio de la LIBARE-A, el patrón de consumo del usuario, se volvió a observar el mantenimiento de la abstinencia (ver figura 24).

Durante la Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU), AS reiteró estar muy satisfecho en su estilo de vida, que debido a seguir en abstinencia no había presentado consecuencias negativas. Las estrategias o técnicas que había utilizado durante este periodo eran: Auto-monitoreo, solución de problemas, identificar los factores que inician el consumo, estrategias de cambio en el estilo de vida, detenerse y pensar, balance decisonal, tips para el control del consumo, y cambiar de amistades.

C) TERCER SEGUIMIENTO

La reunión se inició preguntándole al usuario cómo le había ido durante este periodo, comentando él que había estado bastante bien en general, ya que en el trabajo había ido avanzando y había podido sacar las licitaciones que le habían pedido, que con su pareja todo iba bien y seguía apoyándole, con su familia seguían los avances aunque su mamá se encelaba por su nueva relación.

También comentó que aunque se había mantenido sin consumir si había tenido antojos, siendo el más importante uno donde estaba en un día caluroso y había pensado que si aún tomara se bebería una cerveza bien fría, señalando que en seguida había cambiado su pensamiento a “no, por una vas a perder muchas cosas, has ganado mucho para ahora perderlo” y enseguida se puso a sacar pendientes del trabajo para distraerse. Se le felicitó por mantener los cambios, y se le dijo que también era importante mantenerse alerta de posibles deseos de consumo o situaciones de riesgo para enfrentarlas adecuadamente y así mantenerse abstinentes.

Al explorar su patrón de consumo, por medio de la LIBARE-A, se encontró un mantenimiento de la abstinencia (ver figura 24).

Al explorar el nivel de auto-eficacia del usuario en ese periodo, por medio del CCC-A-50, se observó un incremento general, siendo los más importantes el de Momentos agradables con otros (12%), Emociones desagradables (9%), Presión social (8%). Cabe señalar que el porcentaje en lo relativo a las Emociones desagradables se mantuvo en 100% (ver figura 26).

Con respecto a las situaciones de riesgo de consumo, evaluado por medio del ISCD-A-50, se observó que los cambios logrados durante la intervención se mantuvieron hasta este seguimiento, manteniéndose el 0% en todas las situaciones en ambas mediciones; esto debido a que el usuario ha podido superarlas favorablemente.

El usuario comentó, durante la Entrevista de Seguimiento del Usuario, que seguía sintiéndose muy satisfecho con su estilo de vida pues seguía absteniéndose, por lo que no había presentado problemas. También reportó utilizar durante este periodo las destrezas del auto-monitoreo, solución de problemas, relajación (respiración diafragmática), alejarse de las situaciones, rechazo del consumo, cambios de pensamientos, tener amistades que no

consumen o que no tuvieran problemas con que él no consumiera, identificar los factores que inician el consumo, detenerse y pensar, y realizar su balance decisional.

D) CUARTO SEGUIMIENTO

El cuarto seguimiento, 12 meses después de concluir la intervención, se inició dándole la bienvenida al usuario y preguntándole las novedades que se habían presentado desde nuestra última sesión.

El usuario señaló que había mucho que contar puesto que lo habían tenido que operar de pancreatitis hacía 4 meses, pero que se había sentido decepcionado porque uno de su hermano había dicho que seguramente le había pasado porque seguía bebiendo y que su mamá si había dudado de su abstinencia; AS señaló que al inicio si se había molestado mucho pero que después de relajarse y pensar mejor las cosas había hablado con su mamá y le había dicho que él seguía sin consumir, que inclusive los doctores le habían hecho un antidoping y había salido limpio, por lo que le pedía confianza y valoraran sus esfuerzos. AS señaló que si le había dolido que dudaran de él, en especial su mamá, pero que había concluido que su cambio no dependería de si los demás le creían o no, sino porque era algo importante para él. Se le comentó que aunque fue un periodo difícil debido a su operación, él había podido superarla favorablemente y que había llegado a una importante conclusión puesto que el cambio de su consumo dependía en general de él.

Además AS comentó que para el siguiente año planeaba cambiar de trabajo, puesto que en el que estaba sentía que ya no podía crecer y que ya no se sentía a gusto pues estaban haciendo cosas que a él no le parecía adecuado e inclusive había injusticias (como el cobrar retardos pero no pagarle las horas extras).

También comentó que había tenido dificultades con su novia pues en ocasiones ella no quiere negociar las soluciones a los proyectos personales de ambos y eso no le agradaba; que si no quería negociar eso qué pasaría si estuvieran decidiendo algo más importante, se mostró dudoso en cuanto a lo que sucedería en su relación pero señaló que tenía claro que en el caso de que terminara no recurriría a beber pues perdería todo lo que había avanzado y que cuando buscara nuevamente pareja se fijaría más en qué tan madura fuera para tomar decisiones. Se le comentó que era importante que tuviera claras sus prioridades y buscarlas, pero que también había que negociar (aspecto que se le reconoció que había hecho adecuadamente); pero también se le felicitó de que tenía claro que en caso de terminar su relación no encontraría la salida adecuada consumiendo nuevamente; a lo que él contestó que si, que mejor se dedicaría a sus proyectos personales (como estudiar una maestría).

Al evaluar el patrón de consumo por medio de la LIBARE-A, se siguió observando la abstinencia del usuario (ver figura 24).

Con respecto a las situaciones de riesgo de consumo, evaluado por medio del ISCD-A-50, se volvió a observar el mantenimiento de los cambios logrados durante el tratamiento (presentándose 0% de riesgo en las situaciones tanto en la post evaluación y la medición del cuarto seguimiento) (ver figura 25).

Al aplicar el CCC-A-50 para explorar el nivel de auto-eficacia del usuario en este periodo, se observó un nivel de auto-eficacia del usuario del 100% en todas las subescalas; esto debido a que había podido mantenerse abstinente aún en situaciones de riesgo (ver figura 26).

Durante la Entrevista de Seguimiento del Usuario, AS comentó seguir muy satisfecho con su estilo de vida a pesar de las situaciones que le habían sucedido, que el hecho de seguir abstinente le hacía seguir considerando su situación de consumo no problemática.

Dentro de las estrategias más utilizadas por AS durante este periodo fueron el ver su avance y conocer sus disparadores por medio de su auto-monitoreo, hacer el balance antes de decidir consumir, manejar su enojo, relajarse por medio de la respiración diafragmática, el rechazar consumir (cambiando la actividad, consumiendo bebidas sin alcohol), comunicarse asertivamente, seguir las estrategias de solución de problemas, alejarse de las situaciones que le alteran cuando se enoja o se sentía con deseos de consumir.

El usuario comentó que algo que le ayudó mucho para mantenerse abstinentes fue el ya no asumir como suyas las responsabilidades de los demás, pues eso le estresaba mucho, el platicar con su familia y la entrevista de seguimiento que se había tenido con su hermana (lo cual se relata más adelante) Se le señaló que era muy grato ver que lo trabajado le había sido de utilidad no solamente en lo referente a su consumo, sino que lo había podido generalizar a otros aspectos de su vida y que era importante que siguiera aplicando sus destrezas y no confiarse con respecto a su consumo.

E) QUINTO SEGUIMIENTO

El último seguimiento, 24 meses después de concluir la intervención, se inició dándole la bienvenida al usuario y preguntándole las novedades que se habían presentado desde que se tuvo el último seguimiento un año antes.

El usuario comentó sentirse muy bien manteniéndose abstinentes y logrando muchos cambios favorables en su vida.

En lo referente a lo laboral, señaló sentirse muy contento en la compañía en que había ingresado desde hacía 7 meses pues le permitía crecer profesionalmente y aprender nuevas técnicas de construcción.

Con respecto a su familia, comentó estar un ambiente inestable, pues no aceptaban a su pareja presentándose discusiones por ello. También comentó que su familia dudaba de su abstinencia en algunas ocasiones, narrando que en el brindis del festejo de año nuevo previo, su madre lo vio con una copa con jugo y ella pensó que era sidra, razón por la cual le dijo que “ya había vuelto a tomar”, aspecto que le molestó al usuario pues señaló sentirse triste por la desconfianza hacia él, pero en seguida buscó resolver la situación retirándose para poder relajarse y cambiar su pensamiento al de “yo quiero seguir así aunque otros duden. “Me agrada festejar así y disfrutar estando lúcido”. Ya tranquilo, buscó poder comentar el suceso con su madre, señalándole que seguía sin consumir y que el hecho de que dudara de su esfuerzo le hacía sentirse mal, pero que a pesar de ello seguiría manteniéndose sin consumir pues era una meta personal muy importante.

En cuanto al aspecto de pareja, señaló no sentirse bien debido a que observaba que no tenían metas en común y que le preocupaba su pareja pues, como ya había solicitado orientación unos meses antes con la terapeuta, solía tener episodios de ansiedad frecuentes que terminaban en discusiones pues ella no aceptaba recibir ayuda profesional y estos episodios habían dado pauta a problemas con la familia del usuario.

También comentó que en su nuevo trabajo coincidió con un ex amigo con el que solía intoxicarse anteriormente, pero que ya le comentó que no desea beber, al igual que a sus demás compañeros de trabajo, pudiendo convivir con ellos sin ningún problema y que inclusive solía pasarles sus copas de cortesía.

Al evaluar el patrón de consumo por medio de la LIBARE-A, se siguió observando la abstinencia del usuario (ver figura 24).

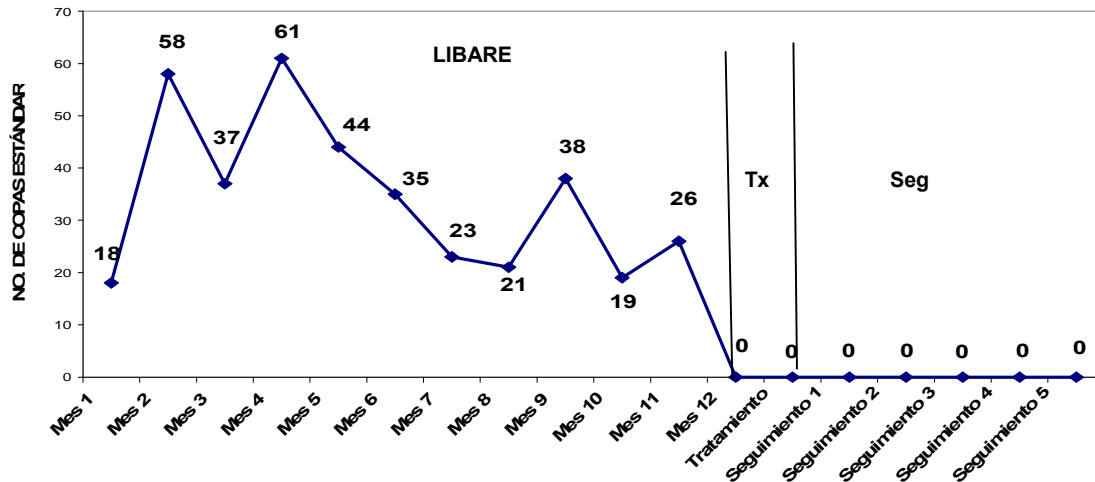


Figura 24. Patrón de consumo del usuario antes, durante el tratamiento y a los 24 meses de seguimiento

Con respecto a las situaciones de riesgo de consumo, evaluado por medio del ISCD-A-50, se observó el mantenimiento de los cambios logrados durante el tratamiento (presentándose 0% de riesgo en las situaciones tanto en la post evaluación y la medición del último seguimiento a los 24 meses) (ver figura 25).

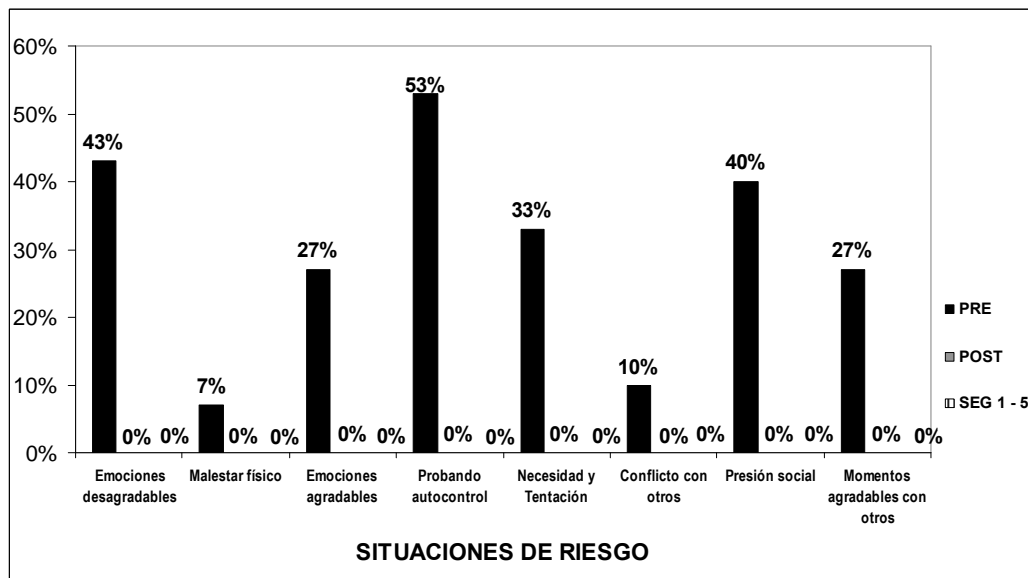


Figura 25. Situaciones de riesgo de consumo de alcohol del usuario al final del tratamiento y al seguimiento de 24 meses

Al aplicar el CCC-A-50 para explorar el nivel de auto-eficacia de AS en este periodo, se observó un nivel de auto-eficacia del usuario del 100% en todas las subescalas; debido al mantenimiento de su abstinencia ante situaciones de riesgo (ver figura 26).

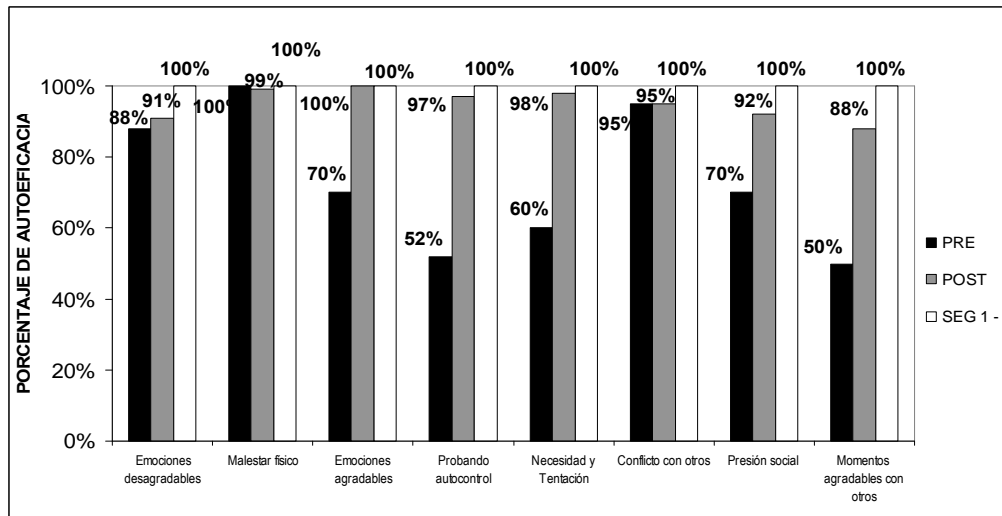


Figura 26. Nivel de autoeficacia del usuario al final del tratamiento y al seguimiento de 24 meses

Durante la Entrevista de Seguimiento del Usuario, AS comentó seguir muy satisfecho con su estilo de vida puesto que había podido seguir abstinerente y que inclusive ya estaba acabando de pagar las deudas que había generado por su consumo; además, el estar en un nuevo empleo le motivaba mucho, ya que estaba innovando en las formas de trabajo.

De las estrategias más utilizadas por AS durante este periodo destacan el de ver su avance y conocer sus disparadores por medio de su auto-monitoreo, las estrategias para manejar su enojo, relajarse por medio de la respiración diafragmática, el rechazar consumir (cambiando la actividad, consumiendo bebidas sin alcohol o cambiar el tema de la conversación), y el comunicarse asertivamente.

También comentó el usuario que el contacto telefónico que había tenido con la terapeuta le ayudó mucho, pues le permitió tranquilizarse y poder tener opciones de cómo resolver su situación y la de su pareja.

El usuario comentó que planeaba terminar su relación debido a que no coincidían en intereses ni proyectos, y que se enfocaría en mejorar su desempeño laboral, tomar cursos sobre temas relacionados a su área, para el siguiente año ingresar a una maestría que le interesa, a lo cual se le felicitó por buscar su crecimiento profesional y se le motivó a seguir abstinente para poder incrementar los logros obtenidos en las diferentes áreas de su vida.

3.7. ENTREVISTA CON EL COLATERAL

Con la finalidad de conocer el impacto de la intervención, se realizó una entrevista con la hermana mayor del usuario 3 meses después de concluido el tratamiento. Cabe señalar que se seleccionó a esta colateral pues era un apoyo muy importante para AS y estaba en contacto diario con el usuario, puesto que vivían en la misma casa.

Se inició la entrevista agradeciéndole su asistencia y se le explicó que se buscaba conocer el impacto que había tenido la intervención con su hermano, para lo que se le pediría algunos datos, a lo que ella se mostró muy accesible.

Se inició la sesión recabando sus datos generales, para seguir indagando sobre los datos de consumo del usuario, señalando que estaba segura de que su hermano no había consumido alcohol durante ese tiempo, por lo que considera que ya no existía un problema de alcohol.

La hermana señaló que había visto, al igual que su familia, muchas mejorías en la forma de ser del usuario; tales como el ser más tolerante, ya no enojarse tan fácilmente y cuando lo hacía ya no reaccionaba tan bruscamente pues

reflexionaba más sobre la situación, también había mejorado su forma de comunicarse (avisaba si no llegaba, platicar más con ellos), haber hecho cambios en su forma de ser (hacer más ejercicio, comer menos, ser más entusiasta, y ya estar más estable laboralmente pues no había renunciado en un arrebatado de enojo). Comentó que también había notado que cada vez le costaba menos no consumir (como en reuniones familiares) y que aunque consideraba que era probable que encontrara situaciones de riesgo de consumo, podría superarlas pues lo pensaría y reflexionaría.

Se le explicó que, como ella había comentado, su hermano había logrado muchos avances pero que con la práctica iría dominando más situaciones, lo que le ayudaría a sentirse más seguro. También se le comentó que era importante que ellos se fueran familiarizando con sus cambios y poder acostumbrarse a la nueva forma de ser de AS, ayudándole al confiar en él o señalarle algún cambio desfavorable que pudiera darles algún indicio de riesgo de consumo de una forma no agresiva.

Para finalizar la reunión, se le agradeció su colaboración al proporcionar la información que se necesitaba, lo que ella agradeció mucho por la ayuda que se le había proporcionado a su hermano pues había cambiado favorablemente y lo veía muy feliz. Se le agradeció el comentario aclarándole que en la intervención sólo se le habían proporcionado algunas herramientas que le apoyaban para lograr su cambio, pero que el cambio era fruto de los esfuerzos de parte de AS.

Para concluir, cabe señalar que los resultados logrados en este caso se debieron a que el Programa PEREU le proporcionó las destrezas necesarias para afrontar las situaciones de riesgo de AS (en especial el manejo del enojo y el cambio de pensamientos); a que el usuario se encontraba en un estadio de acción hacia el cambio, por lo que se mostró muy comprometido durante toda la intervención, e inclusive a que la terapeuta tuviera una edad cercana a la de AS, lo que permitía una mejor comprensión de la situación general del usuario.

Dentro de las características del usuario que apoyaron para lograr estos resultados fueron la capacidad cognitiva del usuario (la cual permitió que realizara los análisis requeridos para identificar los disparadores y situaciones de riesgo de consumo, así como la planeación de la forma de afrontar dichas situaciones aplicando las destrezas adecuadas), así como la capacidad de socializar de AS (la cual le apoyó para poder interactuar socialmente sin consumir alcohol).

Un aspecto que ayudó mucho en el cambio de conducta de AS fue el apoyo que recibía el usuario de parte de su familia; ya fuera oyéndolo sobre su situación, ayudándole a evitar situaciones de riesgo de consumo, confiando en las decisiones que tomaba AS, y ofreciéndole ayuda cuando lo necesitara.

Por último, se considera que una posible situación de riesgo de recaída podría ser la posible ruptura con su actual pareja, ya que se tiene el antecedente de AS ha afrontado esa situación consumiendo, aunque el usuario señaló que ya no pensaría en beber bajo esa situación y cambiaría sus pensamientos y se enfocaría en realizar metas personales (estudiar una maestría, estar con su familia y poner algún negocio propio).

CONCLUSIÓN GENERAL

El abuso y dependencia a sustancias o drogas (tanto legales como ilegales) son un problema de salud grave, de gran importancia y magnitud en el mundo, que afecta no solo al consumidor en diferentes áreas de su vida, sino también a las personas cercanas a ella (pareja, familiares y amigos) y a la sociedad en la que vive; causando por su consumo una mayor inseguridad, incrementándose tanto los actos violentos, como los accidentes automovilísticos, originándose también con esto un aumento en los gastos del presupuesto del sector Salud, en el rubro a lo destinado a la atención de enfermedades relacionadas (como cáncer, enfermedades respiratorias, problemas gastrointestinales, dificultades cerebrovasculares y cardíacas, entre otras), y a la vez afectando el ingreso económico de los países al ser causa de defunciones e invalidez de personas en edad económicamente activa.

Ya que los problemas de consumo de sustancias afectan los aspectos psicológicos, biológicos y sociales de los usuarios es necesario, y de vital importancia, contar con programas terapéuticos enfocados a la atención de estos aspectos de manera eficaz, como han demostrado serlo los de corte Cognitivo-Conductual, que también integran aspectos de la Entrevista Motivacional; ya que ayudan a los consumidores a lograr cambiar su consumo, logrando la abstinencia o la moderación, y poder mantener dicho cambio. Dentro de éste grupo de intervenciones terapéuticas más eficaces destacan las Intervenciones y Tratamientos Breves, las cuales están sustentadas en información científica confiable, aspecto por el cual han sido adaptadas a la población mexicana, para ser frente a los problemas de consumo que se presentan en nuestro país.

Es por lo expuesto hasta este momento que considero importante contar con recursos (tanto instrumentales, como humanos) para prevenir y tratar, de forma oportuna y profesional, las adicciones, y así no sólo disminuir la incidencia del

consumo en nuestro país y reducir las consecuencias asociados a los problemas de consumo de sustancias, sino también mejorar la calidad de vida de dichos usuarios y de las personas cercanas a éstos.

El haber tenido la oportunidad de estudiar la Maestría con Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM fue de gran trascendencia en mi formación profesional, ya que durante el desarrollo de la misma me fueron dadas las bases teórico-prácticas del conocimiento científico necesarios para desarrollar e instrumentar programas de atención (tanto preventivos como terapéuticos) profesionales y oportunos, con un enfoque ético, para proporcionar una atención de calidad a los usuarios con problemas de abuso o dependencia de sustancias, contribuyendo con esto a un manejo efectivo de su consumo, abuso o dependencia, en busca de su abstinencia o moderación, y con ello contribuir a hacer frente al problema de las adicciones en nuestro país.

REFERENCIAS

- Abrams, D. B. & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. En: Blane HT, Leonard KE, editors. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- Alba, L. H. (2007). Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11(4), 250-257.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Arelláñez, J., Díaz, B., Wagner, F., y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. Porrúa y Facultad de Psicología, México.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths.

American Psychologist, 37, 747-755.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. En M. G. Rumsey, C. B. Walker & J. H. Harris (Eds.), *Personnel Selection and Classification*. Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum Associates.

Barragán T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., Martínez, R. M. A., Ayala, V. H., y Reild, M. L (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.

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

Barragán, T. L., Flores, M. M., Medina-Mora, M. E., y Ayala, V. H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30 (3), 29- 38.

Becoña, E. y Lozano, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos efectivos para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.

Becoña, E., y Míguez, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16, 91-96.

- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, J., Fernández-Hermida, J., y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: a review. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19(1), 1-10.
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Universidad de Compostela. Madrid. España.
- Becoña, I. E. (2007). Bases Psicológicas de la Prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Belsasso, G., Juárez, H., y Pontón, P. (2007). Trastorno por déficit de atención y comorbilidad con adicciones en una cohorte de niños, adolescentes y adultos. *Anales de Medicina*, 52(4), 165-173.
- Benda, B. B. (2005). The robustness of selfcontrol in relation to form of delinquency. *Youth y Society*, 36, 418-444.
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M.W. & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *The Journal of adolescent health*, 35(1), 3-16.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-32.
- Brailowsky, S. (2006). *La sustancia de los sueños. Neuropsicofarmacología*. 3a. Ed. 2a. Reimpresión. Fondo de Cultura Económica. México.

- Brody, G., Cleveland, M., Gerrard, M., Gibbons, F. & Pormery, E. (2005). Families and Risk: Prospective Analyses of Familial Influences on Adolescents Substance Use. *Journal of Family Psychology, 19*(4), 560-570.
- Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 11*(5), 381–390.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Errasti, J. M., y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema, 16*(4), 674-679.
- Castillo F., P. I., y Gutiérrez L., A. D. (2007). *Estudio epidemiológico del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en el segundo semestre de 2006*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 07-07, México.
- Chabrol, H., Massot, E. & Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive behaviors, 29*(5), 929-933.
- Chassin, L., Hussong, A. M., Barrera, M., Molina, B.S.G., Trim, R. & Ritter, J. (2004). Adolescent substance use. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed.) (pp. 665-696). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Merrill Publishing Company; Columbus, Ohio.
- Díaz, B., y García, R. (2004). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 223-232.
- DiFranza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., Weitzman, M., Hipple, B. J. & Winickoff, J. P. (2006). Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*, 117(6), 1237-48.
- Donovan, J. (2004). Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 7-18.
- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J. & Lovelady, E. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163- 178.
- East, P. & Khoo, S. (2005). Longitudinal Pathways Linking Family Factors and Sibling Relationship Qualities to Adolescent Substance Use and Sexual Behaviors. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 571-580.
- Eftekhari, A. F., Turner, A. P. & Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive Behaviors*, 29, 1001-1008.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980.

- Engels, R., Vitaro, F., Blokland, E., De Kemp, R. & Scholte, R. (2004) Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behaviors: the role of parental smoking. *Journal of Adolescence*, 27(5), 531-544.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W. & Botvin, G. J. (2000). Role of general and specific competence skills in alcohol use among inner-city adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 379-86.
- Faggiano, F., & Vigna-Taglianti, F. (2008). Drugs, illicit – Primary Prevention Strategies. *International Encyclopedia of Public Health*, 2, 249-265.
- Felipe, E., León, B., Gonzalo, M., y Muñoz, B. (2004). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, 9, 30-44.
- Flórez, L. (2007). Diagnóstico e Intervención del Consumo Excesivo de Alcohol en Ambientes Educativos. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3(2).
- Fok, M. S. & Tsang, W. Y. (2005). Development of an instrument measuring Chinese adolescent beliefs and attitudes towards substance abuse. *Journal of clinical nursing*, 14(8), 986-994.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C. & Wills, A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress and coping in high risk youth. *Journal of youth and adolescence*, 32, 243-258.
- Gantiva, C., y Flórez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2).

- Gil, J. (2008) Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 346, Mayo-agosto. 291-313.
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M.E., y Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood L. J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: Results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*. May-Jun, 38(3), 295-304.
- Graña, G. J., y Carrobles, J. A. (1991). Condicionamiento Clásico de la Adicción. *Psicothema*, 3(1), 87-96.
- Griesler, P. C., Hu, M., Schaffran, Ch. & Kandel, D.K. (2011). Comorbid Psychiatric Disorders and Nicotine Dependence in Adolescence. *Addiction*, 106(5), 1010–1020.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Epstein, J. A. & Doyle, M. M. (2002). Personal competence skills, Distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prevention Science*, 3(1), 23-33.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976.

Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Alati, R. & Bor, W. (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *Journal of the American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 46(3), 408–417.

Henry, K., Slater, M. & Oetting, E. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends Alcohol Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66(2), 257-283.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Toxicomanías*, 52, 3-24.

Huebner, A. J., Shettler, L., Matheson, J. L., Meszaros, P. S. Piercy, F. P. & Davis, S. D. (2005). Factors associated with former smokers among female adolescents in rural Virginia. *Addictive Behaviors*, 30, 167-173.

Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D., y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academic Press.

- Jessor, R., Costa, F. M., Krueger, P. M. & Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 86-94.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: El rol mediador de la autoestima. *Internacional Journal of Clinic and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Kelly, E., Darke, S. & Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review*, 23(3), 319-344.
- Kollins, S. H., McClernon, F. J. & Fuemmeler, B. F. (2005) Association between smoking and attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms in a populationbased sample of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1142-7.
- Lawton, B. K. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP). Serie 34.* Center for Substance Abuse Treatment. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services. Substance Abuse and Mental Health services Administration. U.S.A.
- Liang, L., Chaloupka, F., Nichter, M. & Clayton, R. (2003). Prices, policies and youth smoking. *Addiction*, 98(1), 105-22.
- Lila, M., y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17(1), 107-111.

- Lira, M. J., González, B. F., Carrascoza, V. C. A., Ayala, V. H., y Cruz, M. S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental, 32(1)*, enero-febrero, 35-41.
- Lira, M. J., González, B. F., Cuevas, A. E., y Reidl, M. L. M. (2007). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores: Manual de aplicación*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.
- Llorente Del pozo, J. M., y Iraurgi-Castillo, E. I. (2008). Tratamiento Cognitivo Conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos, 10(4)*, 252-274.
- López, C., y Freixinós, M. A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología, 17(2)* (diciembre), 177-188.
- López, S., y Rodríguez-Arias J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema, 22(4)*, 568-573.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. Oppenkowski T., Stokes-Lampard H. & Smith, D. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet, 363*, 1579-1588.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

- Marmorstein, N. R. & Lacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 225-233.
- Martínez, M. K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M., y Barrientos, C. V. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Pedrosa, C. F. J., Ruiz, T. G. M., y Ayala, V. H. (2008). Resultados preliminares de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31(2) (marzo-abril), 119-127.
- Mckeganey, N., McIntosh, J. & Macdonald, F. (2003). Young people's experience of illegal drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(2), 169-184.
- Miller, K. (2005). Adolescent Exposure to Magazine Alcohol Advertising. *American Family Physician*, 71(9), 1792.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Edit. Paidós. Barcelona. España.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd. Ed.). The Guilford Press. New York.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

- Musitu, G., y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 13(1), 285-306.
- Musitu, G., Jiménez, T., y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49(1), enero-febrero, 3-10.
- National Institute of Drug Abuse. (2006). Diferentes enfoques de tratamiento para la drogadicción. *InfoFacts*. October.
- National Institute of Drug Abuse. (2007). Comorbid Drug Abuse and Mental Illness. *Topics in brief*. October.
- National Institute of Drug Abuse. (2011). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales *Tópicos en breve*. Mayo.
- Ohlmeier, M.D., Peters, K., Wildt, B.T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H.M. & Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías*, 58, 12-18.
- Orford, J., Oppenheimer, E. & Edwards, G. (1976). Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 409-418.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir el riesgo y promover una vida sana*. Ginebra. Suiza.
- Parke, R. D. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 365-399.

- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325, 1195–1198.
- Pentz, M. A. (2000). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal Community Psychol*, 28(3), 257-70.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pilatti, A., Cassola, I., Godoy, J., y Brussino, S. (2005). Validez factorial del “Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol”. En J. Vivas (Ed.), *Las ciencias del comportamiento en los albores del siglo XXI*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Pullen, L. M. (1994). The relationships among alcohol abuse in collage students and selected psychological/demographic variables. *Journal of Alcohol Drug Education*, 40(1), 36-50.
- Quiroga, A. H (2008). *Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol*. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, A. H., y Vital, C. M. (Trads.) (2003). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua

- inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 1-210). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Quiroga, A. H., Vital, C. M., y Cabrera, A. T. (2010). PEREU: Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Problemas de alcohol: Resultados a tres años. En *Memorias Revista Mexicana de Psicología. Número Especial*, 369-370. Octubre.
- Randolph, K. A., Gerend, M. A. & Miller, B. A. (2006). Measuring alcohol expectancies in youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 939-948.
- Rodney, H. E. & Rodney, L. (1996). An exploratory study of African American collegiate adult children of alcoholics. *Journal of American College Health*, 44, 267-272.
- Rodriguez, D. & Audrain-McGovern, J. (2005). Physical activity, global physical self-concept, and adolescent smoking. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 251-9.
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A. & Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30, 629-641.
- Samet, J. M. (2002). Los Riesgos del Tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44(1),144-159.
- Sargent, J. D., Beach, M. L., Adachi-Mejia, A. M., Gibson, J. J., Titus-Ernstoff, L. T., Carusi, C. P., Swain, S. D., Heatherton, T. F. & Dalton, M. A. (2005).

- Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics*, 116(5), 1183-91.
- Schepis, T. S. & Rao, U. (2005). Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Current Opinion in Pediatric*, 17(5), 607-12.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Editado Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. México. Cuernavaca.
- Shoal, G. D., Castaneda, J. O. & Giancola, P. R. (2005). Worry moderates the relation between negative affectivity and affect-related substance use in adolescent males: A prospective study of maladaptive emotional self-regulation. *Personality & Individual Differences*, 38, 475-485.
- Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M. & Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*, 111, 699-705.
- Silberg, J., Rutter, M., D'Onofrio, B. & Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology*, 44, 664-676.

- Sim, T., Jordan-Green, L., Lee, J., Wolfman, J. & Jahangiri, A. (2005). Psychosocial correlates of recreational ecstasy use among college students. *Journal of American College Health, 54*, 25-34.
- Stenbacka, M. (2003). Problematic alcohol and cannabis use in adolescence-risk of serious adult substance abuse? *Drug and Alcohol Reviews, 22*, 277-286.
- Stylianou, S. (2004). The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use. *International Journal of Offender Therapy y Comparative Criminology, 48*(4) 429-448.
- Sussman, S., McCuller, W. J. & Dent, C. W. (2003). The associations of social selfcontrol, personality disorders, and demographics with drug use among highrisk youth. *Addictive Behaviors, 28*(6), 1159 - 1167.
- Sussman, S., Unger, J. B. & Dent, C. W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(1), 9-25.
- Taylor, J. & Carroll, T. (2002). Youth alcohol consumption: experiences and expectation. En Williams P. (ed) Young persons and violence. Australian Institute of Criminology 20. *Research and Public Policy Series, 35*, Camberre.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*(4), 275-336.

- Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E., y Tovar, J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45.
- Vargas, C., y Trujillo, H.M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología Conductual*, 14, 41-62.
- Vega, F. (2005). Estadísticas Menores, con fácil acceso a las drogas. (Obtenido desde El Tiempo/ Red Interamericana para la Prevención de las Drogas. <http://www.ripred.or>. Recuperado el 8 de mayo del 2007).
- Villarreal, M. E., Musitu, G., Sánchez-Sosa, J. C., y Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M. & Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: A test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of addictive*, 17(4), 312-323.
- Wilson, J. J. & Levin, F. R. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset substance use disorder. *Journal of Children and Adolescents Psychopharmacology*, 15(5), 751-763.
- Wittchen, H. U., Frohlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), S60–S70.

Wu, N., Lu, Y., Sterling, S. & Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent population. *Clinical Pediatrics*, 43, 323-333.

Young, R., Sweeting, H. & West, P. (2008). A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. *Alcohol and Alcoholism*, 43(2), 204-214.

Zumiga, M., y Farias, X. (2002). Manía en niños y adolescentes. *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*, 40(1), 31-40.