



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA LA
DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Lic. Diana Mejía Cruz

TUTORA: Dra. Lydia Barragán Torres

REVISOR: Dra. Silvia Morales Chainé

Comité Tutoral: Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dr. Cesar Carrascoza Venegas
Dra. Judith Marina Menez Díaz



MÉXICO D.F.

MAYO, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Eso queda el reluciente camafeo de todo lo que fuimos y creímos cuando niños, de todo cuanto brillaba en nuestros ojos, aún cuando estábamos perdidos y el viento soplabá de noche.

Pon distancia y trata de mantener la sonrisa. Sintoniza un rock and roll en la radio y ve hacia toda la vida que existe con todo el valor que puedas reunir y toda la fe que logres invocar. Sé leal, sé valiente, aguanta.

El resto es oscuridad.

S.KING 1986

A Dios por darme la dicha de existir.

A mi abuela quien desde su estrella me sigue amando, te amo abuela.

A mi madre Isabel por su infinito cariño y paciencia, gracias por todo tu apoyo, sin ti nada de esto existiría.

A mi segunda madre María, gracias por tu cariño y cuidado.

A Carlos Serrano, por su lealtad, cariño y paciencia, gracias por estos años.

A Frida y Skinner quienes desde su llegada han llenado mi vida de alegría.

A Stephen King, por ser el faro en mi oscuridad por más de diez años.

Agradecimientos

Al programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT por apoyar mi formación profesional dentro del Posgrado en Psicología de la UNAM.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitir mi desarrollo académico dentro de sus aulas una vez más.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría, por permitirme llevar a cabo mi actividad profesional.

A mi tutora, la Dra. Lydia Barragán Torres por su constante supervisión y apoyo en mi formación profesional, gracias por su amistad, y por trasmitirme la consistencia y la disciplina en cada una de mis actividades académicas.

A la Dra. Silvia Morales Chainé, por su supervisión y retroalimentación constante en mi actividad profesional dentro de la maestría y en el presente reporte. Gracias por toda la motivación que has depositado en mí.

A la Dra. Marina Menez Díaz, por su apoyo en mi formación profesional como docente y por su valiosa retroalimentación.

A los miembros del comité académico, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas y al Dr. Cesar Carrascoza Venegas por su acertados comentarios al presente reporte.

A mis profesores y supervisores, la Mtra. Leticia Echeverría, Dr. Raúl Ávila, Dr. Cesar Carrascoza, Dra. Mariana Gutiérrez, Dra. Sara Cruz y Dr. Agustín Vélez por su acompañamiento y supervisión durante estos dos años de maestría.

Al Dr. Ricardo Nanni Alvarado, por depositar su confianza en mí y permitirme trabajar este proyecto dentro de la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Al Dr. Rodrigo Marín Navarrete, quien con su motivación y supervisión me permitió dar origen a este proyecto así como finalizarlo, gracias por su constante apoyo.

A mi gran amigo René Fernández, diseñador del Instituto Nacional de Psiquiatría, quien con su apoyo y retroalimentación, ayudo a que este proyecto luciera mejor.

A mis amigos compañeros de la maestría, Liliana Hernández, Luis Barrera, Mariana Reyes, Faribia López, Tania Gordillo, Melina Chávez, Lizet Zamora, Violeta Cervantes, Domingo Castillo, Luis Villalobos y Omar del Valle, gracias por la críticas constructivas y los gratos momentos de convivencia.

A mis amigos Angélica, Carlos Martínez, Brenda, Jonathan, Fernando y Jorge, por su paciencia y amistad en todos estos años, los quiero chicos.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I	
<i>Análisis de la Problemática, Desarrollo y Tratamiento de las Adicciones en México</i>	3
1. Epidemiología del alcohol: Registro Internacional.	4
1.1. Epidemiología del alcohol: Registro Nacional.	7
1.1.1. Epidemiología del alcohol: Registro Estatal del Distrito Federal y Estado de México.	9
1.2. Datos demostrativos de la eficacia y costo eficacia de las intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol.	10
1.3. Acciones Nacionales contra el uso nocivo del alcohol.	11
1.4. Factores de riesgo y de protección para el uso de drogas.	12
1.5. Consecuencias del consumo de drogas.	14
1.5.1. Fases del proceso adictivo.	15
1.5.2. Daños y riesgos asociados al consumo de drogas y alcohol.	16
1.6. Tratamientos cognitivo-conductuales e intervenciones breves para las adicciones.	17
1.6.1. Programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas	20
CAPITULO II	
<i>Formulación de programas</i>	24
2. Formulación de Programas	
2.1 Tratamiento de conductas adictivas.	25
2.1.1. Método.	25
2.1.2. Resultados.	31
2.1.3. Discusiones y conclusiones generales.	36
2.2. Construcción de la Escala de determinantes en la recaída al consumo de alcohol.	38
2.2.1. Método.	38
2.2.2. Resultados y Discusiones.	39
2.3. Validación del Cuestionario del Craving de Cocaína (CCQ-G) en Población Mexicana.	40
2.2.1. Método.	41
2.2.2. Resultados y Discusiones	41
CAPITULO III	
<i>Reporte de Investigación</i>	44
3.1. Efectividad de una Intervención Grupal para la Dependencia al Alcohol en Pacientes con Diagnostico Dual.	45

3.2. Planteamiento del Problema.	49
3.3. Método.	51
3.4. Resultados.	55
3.5. Discusiones.	67
Referencias.	69
Anexo 1	81
Anexo 2	83
Anexo 3	88
Anexo 4	90
Anexo 5	95
Anexo 6	101
Anexo 7	104
Anexo 8	107
Anexo 9	112
Anexo 10	114
Anexo 11	117
Anexo 12	127
Anexo 13	133
Anexo 14	137
Anexo 15	141

Resumen

En México el 12% de la población ya presenta características de abuso y dependencia al alcohol, este tipo de problemática ha ido en aumento, más de cuatro millones de mexicanos cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres. De este porcentaje diversos estudios demuestran una alta prevalencia de las alteraciones por uso de sustancias en pacientes con trastornos psiquiátricos.

El objetivo primordial de este trabajo es describir las acciones de tratamiento e investigación realizadas durante la Residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la UNAM. El presente reporte está organizado en tres capítulos. En el primer capítulo se analiza la problemática, desarrollo y tratamiento de las adicciones en México. En el segundo capítulo se describen la serie de casos atendidos bajo programas con evidencia científica y de corte cognitivo-conductual que son instrumentados en la presente residencia. Finalmente en el tercer capítulo se describe el reporte de investigación sobre la efectividad de una intervención grupal para la dependencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual.

Los resultados del capítulo II muestran la disminución del consumo de drogas en cuatro usuarios, mediante la aplicación de los programas. Así mismo se muestra la disminución de síntomas de estrés y cambio de estrategias de enfrentamiento en un usuario familiar de un consumidor de drogas.

El objetivo primordial de la investigación reportada en el tercer capítulo es conocer la efectividad de una intervención grupal a tres meses, que favorezca la reducción en el consumo de alcohol, disminuya la sintomatología del diagnóstico dual, aumente la autoeficacia para resistirse al consumo, disminuya los determinantes de recaída al consumo de alcohol y aumente la percepción de satisfacción personal. Los resultados de la investigación muestran que los tres participantes que finalizaron la intervención disminuyeron su consumo de alcohol, aumentaron autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo, disminuyeron sintomatología psiquiátrica, redujeron su riesgo de recaída y aumentaron su satisfacción general. Estos cambios se mantuvieron a dos meses de seguimiento. Se presentan sus evaluaciones en cada variable de análisis a través de gráficas con estadística descriptiva para denotar los cambios obtenidos durante el tratamiento.

Palabras clave: Dependencia al Alcohol, Diagnóstico Dual, Intervención Grupal

Introducción

La importancia de brindar tratamiento para el abuso y la dependencia al alcohol en nuestro país se hace claro al observar diversos indicadores como el número de enfermedades crónicas, altos índices de mortalidad, la pérdida de años de vida productivos, los accidentes de tránsito, el ausentismo laboral, las lesiones, los gastos en seguros, deserción escolar, desintegración en las familias, violencia y altos costos en la utilización de los servicios de salud, entre otros, derivados de dicho abuso y dependencia. A éstos, se asocian diversas enfermedades entre las que destacan la cirrosis hepática, los daños en el corazón, el hígado, el estómago y el sistema nervioso; causa desnutrición y anemia, en el hombre puede causar disfunción sexual y la mujer el consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar daños irreversibles en el producto.

En México existen escasos informes sobre la efectividad de los tratamientos otorgados a este tipo de población, en parte debido a la poca importancia que los investigadores han dado al proceso de evaluación de los programas y a los limitados recursos para promover estudios de seguimiento.

Este trabajo tiene como objetivo presentar una gama de intervenciones basadas en evidencia científica para el tratamiento de las adicciones en diferentes tipos de usuarios de drogas. Esta serie de intervenciones son aprendidas en su conceptualización teórica y práctica a lo largo del programa de maestría con residencia en adicciones de la UNAM.

Asimismo se presenta el diseño y evaluación piloto de una Intervención Grupal para la Dependencia al Alcohol en Pacientes con Diagnostico Dual, es decir comorbilidad psiquiátrica entre un trastorno adictivo al alcohol y otro trastornos psiquiátrico.

En el primer capítulo se presenta un análisis de la problemática del consumo de alcohol a nivel internacional, nacional y estatal como un marco que justifica el desarrollo de la intervención grupal para la dependencia al alcohol. Así mismo se recapitulan las diversas estrategias políticas para el control del uso nocivo de alcohol a nivel internacional y nacional. En este mismo capítulo se analizan los diversos factores de riesgo y de protección para el uso de drogas; las consecuencias que el consumo de drogas genera en la población consumidora; fases del proceso adictivo; y tratamientos e intervención breve para las adicciones de corte cognitivo- conductual que cuentan con evidencia científica de su efectividad.

En el segundo capítulo se presenta la implementación de cuatro intervenciones breves para la atención de usuarios de drogas y sus familiares. Se fundamentan las intervenciones en su marco teórico, se explica su metodología y finalmente se discuten los resultados obtenidos de su aplicación.

El tercer capítulo es la descripción detallada del desarrollo y evaluación piloto de la Intervención Grupal para la Dependencia al Alcohol en Pacientes con Diagnostico Dual. La intervención consta de 12 sesiones de entrenamiento en habilidades de apego al medicamento psiquiátrico; control del diagnostico dual; análisis funcional de la conducta de consumo; control del deseo de consumo; rehusarse al consumo de alcohol; control de enojo y celos; control de depresión y ansiedad; metas de vida; solución de problemas; habilidades de comunicación; y prevención de recaídas. El tratamiento se elaboró bajo el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, él cual tomo como base en sus técnicas a los siguientes programas ya validados: Programa de Satisfactores Cotidianos; Community Reinforcement Approach to Alcoholism; y en el Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual.

En este capítulo se analiza la aplicación de la intervención, en tres hombres adultos que cumplían los criterios de inclusión, que terminaron el tratamiento y sus seguimientos de acuerdo al protocolo. Los usuarios fueron atendidos en la unidad de atención en la clínica de trastornos adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría.

En el último capítulo también se incluye el informe de un artículo publicado, él cual se desarrolla como parte de las acciones de investigación en residencia dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría.

CAPITULO I

Análisis de la Problemática, Desarrollo y Tratamiento De las Adicciones en México

1. Epidemiología del Alcohol: Registro Internacional

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que en el 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior (UNODC, 2009). No obstante, estas cifras elevadas incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año. Es importante, pues, también disponer de estimaciones del número de personas que son *consumidores “problemáticos” de drogas* o grandes consumidores. Según las estimaciones de la UNODC en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas entre 15 y 64 años.

El consumo de diferentes drogas plantea problemas dispora las diversas regiones. Por ejemplo, en África y Oceanía, se presentaron para tratamiento más personas debido a problemas causados por el cannabis que por ninguna otra droga (63% en África; 47% en Australia y Nueva Zelanda). En cambio, los opiáceos fueron la principal droga tratada en Asia y Europa (65% y 60%, respectivamente). La cocaína fue más prominente en América del Norte (34%) y América del Sur (52%) que en las demás regiones; y los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) estuvieron más generalizados en Asia (18%), América del Norte (18%) y Oceanía (20%). El cannabis sigue ocupando un lugar cada vez más importante en el tratamiento de la toxicomanía en Europa, América del Sur y Oceanía desde fines del decenio de 1990; y actualmente los ETA representan una mayor proporción de los tratamientos por consumo de drogas en América del Norte y del Sur que en el pasado (UNODC, 2009).

Con relación al alcohol, la organización mundial de la salud (OMS, 2004) estima que hay cerca de 2 billones de personas a nivel mundial, quienes consumen alcohol de manera problemática y 76.3 millones con diagnóstico de trastornos por uso de alcohol. Desde la perspectiva de salud pública, se considera al consumo de alcohol un problema de salud, en términos de morbilidad y mortalidad, en la mayor parte del mundo (ver tabla 1). El consumo de alcohol tiene consecuencias para la salud y para la sociedad, ya sea por intoxicación o por la dependencia a la droga. Ante esto se sabe que el alcohol no solo daña a bebedores crónicos, sino a jóvenes con episodios agudos de consumo que los lleva a tener accidentes que les pueden ocasionar la muerte o secuelas que los incapaciten de alguna manera.

Se estima que el alcohol es responsable aproximadamente del 20 % de muertes debido a accidentes de automóvil, el 30 % de muertes debido al cáncer de esófago y de hígado, convulsiones epilépticas, homicidios, y el 50 % de muertes debido a la cirrosis de hígado (OMS, 2009a). En total, se estiman ocho diferentes causas de muerte relacionadas con el consumo de alcohol; cuatro causas son clasificadas a un uso crónico: cirrosis hepática y enfermedad del hígado; cáncer de labio, cavidad bucal y de faringe; y enfermedades isquémicas del corazón. Las otras cuatro causas muestran consecuencias más agudas relacionadas con la intoxicación: accidentes vehículo motor; homicidios y heridas involuntarias o intencionales: caídas y envenenamientos.

Tabla 1
Clasificación de factores de riesgo: Las 10 principales causas de riesgo de muerte por grupo de ingreso, 2004

Factor de Riesgo	Millones de muertes	Porcentaje total	Factor de Riesgo	Millones de muertes	Porcentaje total
Mundial			Países con bajos ingresos		
1.-Hipertensión	7.5	12.8	1.- Desnutrición Infantil	2.0	7.8
2.-Uso de tabaco	5.1	8.7	2.-Hipertensión	2.0	7.5
3.-Glucosa alta en sangre	3.4	5.8	3.- Sexo inseguro	1.7	6.6
4.-Inactividad física	3.2	5.5	4.-Agua insegura, saneamiento, higiene	1.6	6.1
5.-Sobrepeso y obesidad	2.8	4.8	5.- Glucosa alta en sangre	1.3	4.9
6.-Colesterol alto	2.6	4.5	6.- Humo de interior de combustibles sólidos	1.3	4.8
7.-Sexo inseguro	2.4	4.0	7.- Uso de tabaco	1.0	3.9
8.-Uso de Alcohol	2.3	3.8	8.- Inactividad física	1.0	3.8
9.-Desnutrición Infantil	2.2	3.8	9.-Amamantamiento subóptimo	1.0	3.7
10.- Humo de interior de combustibles sólidos	2.0	3.3	10.- Colesterol alto	0.9	3.4
Países con medianos ingresos			Países con altos ingresos		
1.- Hipertensión	4.2	17.2	1.- Uso de tabaco	1.5	17.9
2.- Uso de tabaco	2.6	10.8	2.- Hipertensión	1.4	16.8
3.- Sobrepeso y obesidad	1.6	6.7	3.- Sobrepeso y obesidad	0.7	8.4
4.- Inactividad física	1.6	6.6	4.- Inactividad física	0.6	7.7
5.- Uso de Alcohol	1.6	6.4	5.- Glucosa alta en sangre	0.6	7.0
6.- Glucosa alta en sangre	1.5	6.3	6.- Colesterol alto	0.5	5.8
7.- Colesterol alto	1.3	5.2	7.- Entrada baja de frutas y verduras	0.2	2.5
8.- Entrada baja de frutas y verduras	0.9	3.9	8.-Contaminación atmosférica urbana exterior	0.2	2.5
9.- Humo de interior de combustibles sólidos	0.7	2.8	9.- Uso de Alcohol	0.1	1.6
10.-Contaminación atmosférica urbana exterior	0.7	2.8	10.-Riesgos Ocupacionales	0.1	1.1

Fuente WHO (2009): Países agrupados por total de ingresos per cápita – bajo ingreso (US\$825 o menos), altos ingresos (US\$ 10066 o más).

El alcohol causa aproximadamente 1.8 millones de muertes (3.2 del total de muertes a nivel mundial) y una pérdida de 58.3 millones (4% del total mundial) de discapacidad ajustada en años de vida (DALY). En cuanto a lesiones no intencionales se cuenta cerca de un tercio de 1.8 millones de muertes, mientras que la cuenta por condiciones de alteraciones neuro-psiquiátricas está cerca del 40% de los 58.3 millones de DALYs (ver tabla 2). Del número total de muertes atribuibles al alcohol, el 32.0 % es por heridas involuntarias, y el 13.7 % por heridas intencionales (OMS, 2004).

El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y se encuentra dentro de los 10 principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial (ver tabla 2). Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, aun teniendo en cuenta el pequeño efecto protector del consumo bajo de alcohol, especialmente contra la cardiopatía coronaria, en algunas personas de más de 40 años (OMS, 2009a).

Tabla 2
Clasificación de factores de riesgo seleccionados: Los 10 principales causas de riesgo de DALYS por grupo de ingreso, 2004

Factor de Riesgo	Millones de DALYs	Porcentaje total	Factor de Riesgo	Millones de DALYs	Porcentaje total
Mundial			Países con bajos ingresos		
1.- Desnutrición Infantil	97	5.9	1.- Desnutrición Infantil	82	9.9
2.- Sexo inseguro	71	4.6	2.- Agua insegura, saneamiento, higiene	53	6.3
3.- Uso de Alcohol	69	4.5	3.- Sexo inseguro	52	6.2
4.- Agua insegura, saneamiento, higiene	64	4.2	4.- Amamantamiento subóptimo	34	4.1
5.- Hipertensión	57	3.7	5.- Humo de interior de combustibles sólidos	33	4.0
6.- Uso de tabaco	57	3.7	6.- Deficiencia en vitamina A	20	2.4
7.- Amamantamiento subóptimo	44	2.9	7.- Hipertensión	18	2.2
8.- Glucosa alta en sangre	41	2.7	8.- Uso de Alcohol	18	2.1
9.- Humo de interior de combustibles sólidos	41	2.7	9.- Glucosa alta en sangre	16	1.9
10.- Sobre peso y obesidad	36	2.3	10.- Deficiencia en ZINC	14	1.7
Países con medianos ingresos			Países con altos ingresos		
1.- Uso de Alcohol	44	7.6	1.- Uso de tabaco	13	10.7
2.- Hipertensión	31	5.4	2.- Uso de Alcohol	8	6.7
3.- Uso de tabaco	31	5.4	3.- Sobre peso y obesidad	8	6.5
4.- Sobre peso y obesidad	21	3.6	4.- Hipertensión	7	6.1
5.- Glucosa alta en sangre	20	3.4	5.- Glucosa alta en sangre	6	4.9
6.- Sexo inseguro	17	3.0	6.- Inactividad física	5	4.1
7.- Inactividad física	16	2.7	7.- Colesterol alto	4	3.4
8.- Colesterol alto	14	2.5	8.- Drogas ilícitas	3	2.1
9.- Riesgos Ocupacionales	14	2.3	9.- Riesgos Ocupacionales	2	1.5
10.- Agua insegura, saneamiento, higiene	11	2.0	10.- Entrada baja de frutas y verduras	2	1.3

Fuente WHO (2009): Países agrupados por total de ingresos per cápita – bajo ingreso (US\$825 o menos), altos ingresos (US\$ 10066 o más).

La problemática no se distribuye igual entre los países. Para países en desarrollo el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para enfermedades asociadas pero en mortalidad es bajo, para países desarrollados es el octavo factor de riesgo. Tan solo en Europa durante 1999, el consumo de alcohol fue responsable de cerca de 55 000 muertes de gente joven con edades entre los 15- 29 años (Rehm y Eschmann, 2002). Los niveles de consumo en algunos países europeos están alrededor de 2.5 veces más altos que el promedio global de 6.2 litros de alcohol puro por año. A excepción de algunos países, los niveles de consumo más bajos están en África y Mediterráneo Oriental. Las regiones con las dimensiones más altas de muertes atribuidas al alcohol son Europa Oriental (1 de cada 10 muertes), y América Latina (1 de cada 12 muertes) (OMS, 2009a).

A nivel mundial el alcohol causa más daño a hombres (el 6.0 % de muertes, el 7.4 % de DALYS) que a mujeres (el 1.1 % de muertes, el 1.4 % de DALYS) diferencias relacionadas a la cantidad y frecuencia en sus patrones de consumo (OMS, 2009a).

1.1. Epidemiología del Alcohol: Registro Nacional

Los datos de la encuesta nacional de adicciones del 2008 muestran que el patrón de consumo típico a nivel nacional es de grandes cantidades por ocasión de consumo (ENA, 2008). En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con estas características y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

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 después conforme aumenta la edad. Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta. A continuación se muestran la tendencia de consumo de alcohol a nivel nacional a partir de 1998 al 2008 en población masculina, donde se observa un aumento en la proporción de hombres en la categoría de abuso/dependencia, una disminución en la categoría de uso consuetudinario y una proporción estable con respecto a la categoría de consumo alto.

En la población femenina se observa un alto incremento en la categoría de bebedores altos, así mismo se observa que las mujeres han aumentado a lo largo de los años en consumo consuetudinario; y en la categoría de abuso y dependencia.

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres.

Se ha notado un notable incremento de la población con este criterio diagnóstico de abuso/dependencia, en adolescentes varones un 3%, en adolescentes femeninas 1.9%, en hombres adultos 1.5% y en mujeres adultas del 0.6%, a continuación se presenta una gráfica con la tendencia de este criterio a partir de 1998 a 2008 (ver figura 1).

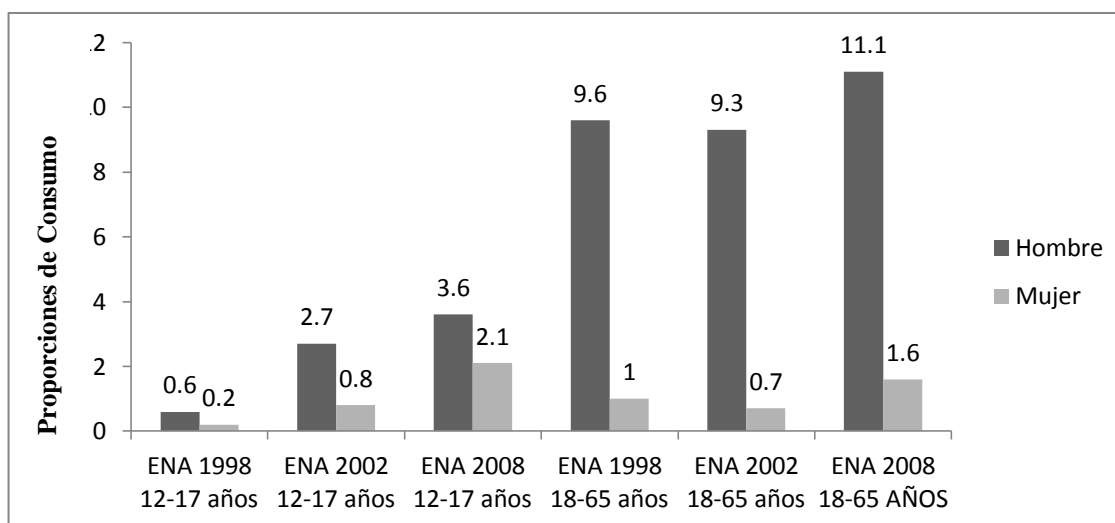


Figura 1. Tendencias abuso/dependencia en población Urbana ENA 2008

Esta forma de beber se asocia a una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aún menor los problemas derivaron en la pérdida

del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia 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 (ver figura 2).

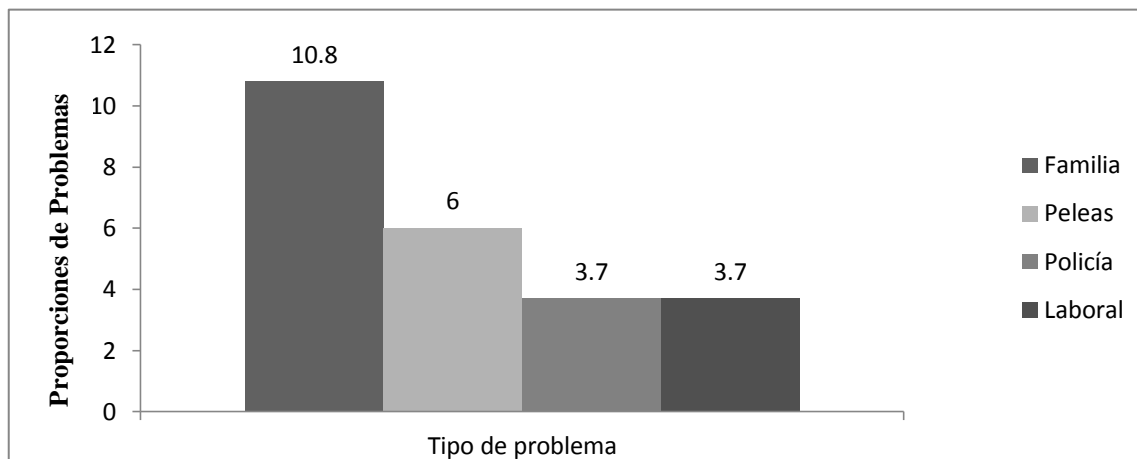


Figura 2. Problemas asociados al consumo de alcohol ENA 2008

En México, la cirrosis de hígado es una de las 10 primeras causas de muerte de la población, y esta es la causa más común de muerte para hombres entre 35 y 54 años. El índice de mortalidad debido al alcohol ha aumentado de 7.8/100 000 personas en 1970 a 12/100 000 personas en 1995 dentro de la población mayor de 15 años (Medina-Mora, Borges y Villatoro, 2000).

En cuanto a los índices de problemas de accidentes por el uso de alcohol, diversas investigaciones reportan los siguientes resultados: Un estudio divulgó que el 24.1 % de hombres y el 5.6 % de las mujeres que beben diariamente han estado implicados en un accidente de coche. Esto es también significativo para el 21.2 % y el 2.5 % respectivamente de hombres y mujeres que beben semanalmente altas cantidades de alcohol (Medina-Mora, Villatoro, Caraveo y Colmenares, 2001).

Un estudio con 112 pacientes encontró que quienes asisten a salas de urgencias debido a heridas causadas por accidentes de auto, el 13.4 % de los pacientes tenía concentraciones de alcohol positivas en sangre, y el 14.6 % de los casos admitió que ellos habían consumido el alcohol seis horas antes del accidente (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora y Cherpitel, 2001).

En el 2002, se realizó un estudio con seguimiento a 705 pacientes heridos que acudieron a un servicio de urgencias en un hospital de la Ciudad de México, encontrándose un mayor riesgo de sufrir heridas para los pacientes que informaron haber consumido alcohol seis horas previas al accidente (el 17 % de la muestra). Este aumento del riesgo relativo se concentró en las dos primeras horas después de beber; y existe también una asociación proporcional de riesgo creciente conforme aumenta el número de tragos consumidos (Borges, et al., 2004).

Sobre la misma línea de investigaciones en servicios de urgencia, un estudio conducido en pacientes que asisten a una sala de urgencias en un hospital de salud pública en Pachuca, se encontró que el consumo de alcohol era más alto en aquellos pacientes atendidos por accidentes o violencia. Los niveles de alcohol en sangre fueron encontrados en el 17.7 % de pacientes heridos y en el 15.8 % el consumo de alcohol fue seis horas previas al accidente. De acuerdo al CAGE, el 9.2 % de los pacientes eran dependientes de alcohol y el 10.9 % eran bebedores fuertes de acuerdo al AUDIT (Borges, et al., 1999).

Finalmente una muestra de mujeres mayores de 18 años, fueron entrevistadas en servicios de urgencias en Pachuca-Hidalgo. Se encontró que treinta y seis mujeres (el 5.2 %) de un total de

717 mujeres fueron encontradas como bebedoras excesivas según la escala TWEAK. Este grupo de mujeres tenía 2.3 veces más riesgo de deprimirse, 2.87 veces más riesgo de usar otras drogas, 1.95 veces más probabilidades de haber sido sexualmente abusadas y 1.57 veces más riesgo de mostrar la ideación suicida (Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges, 2001).

1.1.1. Epidemiología del Alcohol: Registro Estatal del Distrito Federal y Estado de México

Para el presente reporte, es de interés conocer cómo se desarrolla la problemática de consumo de alcohol a nivel de dos entidades federativas, el Estado de México y el Distrito Federal. Para el primero de estos la problemática se manifiesta de la siguiente manera; el consumo diario de alcohol, en los hombres (0.6%) se encuentran por debajo del promedio nacional. Y las mujeres (0.3%) están dentro del promedio nacional.

En cuanto al consumo alto, en los hombres (38.0%) está debajo del promedio y en las mujeres (16.3%) está ligeramente arriba del promedio nacional.

Para el consumo consuetudinario, en los hombres (7.9%) se observa un consumo debajo del promedio nacional y en el caso de las mujeres (1.4%) su consumo está dentro del promedio. Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado se encuentra que para los hombres (9.7%) el porcentaje es igual al promedio nacional y en las mujeres (2.2%) el abuso/dependencia es nuevamente mayor que el promedio nacional, igual que en el consumo alto. Lo cual indica la necesidad de trabajar prevención indicada con componente de género para la población que está siendo impactada con el consumo de alcohol.

De acuerdo al sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED) 2006, se estimo que en el Estado de México se presentaron 2454 muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, así como 1940 defunciones por enfermedad alcohólica del hígado (ENA, 2008).

En el Estado de México las tendencias de consumo de alcohol se han incrementado drásticamente, tanto para droga de inicio como para droga de impacto de acuerdo a los reportes de los centros de integración Juvenil.

En el **Distrito Federal** el número de defunciones debido al consumo de alcohol es de 942 habitantes, cifra que corresponde al 6.5% del total de muertes registradas en el país. Asimismo, las defunciones ocasionadas por la enfermedad alcohólica del hígado fueron 566 que equivalen al 7% del total de muertes (SEED, 2006).

Para el Distrito Federal el tabaco (53.5% hombres y 63.2% mujeres) y el alcohol (31.3% hombres y 27% mujeres) son las principales drogas de inicio en ambos sexos. En cuanto a la droga de impacto, en los hombres fue la cocaína (32.6%) y en las mujeres el alcohol (21%).

En cuanto al consumo diario de alcohol, tanto en los hombres (0.6%) como en las mujeres (0.1%) está por debajo del promedio nacional. Respecto al consumo alto, los hombres y las mujeres se encuentran por arriba de la media nacional (42.0% y 23.5% respectivamente).

Para el consumo consuetudinario, en los hombres (6.9%) se observa un consumo menor al nacional y ocurre lo contrario en el caso de las mujeres (2.3%), ya que su consumo es mayor al promedio, de manera similar al Estado de México. En relación con el abuso/dependencia, se encuentra que el porcentaje para los hombres (8.3%) está debajo y para las mujeres (3.2%) está por arriba del promedio nacional.

Al igual que en el Estado de México, en el Distrito Federal se observa un incremento en la tendencia de consumo de alcohol. Continua siendo la droga de inicio más frecuente, sin embargo como droga de impacto ha disminuido a partir de 1997, cediendo el liderazgo a la cocaína y para el 2007 el crack es la droga de mayor impacto seguida del alcohol (ENA, 2008).

Los anteriores resultados muestran la necesidad de establecer políticas preventivas de acuerdo a la problemática manifestada por cada una de las entidades federativas, lo cual requiere un compromiso estatal y federal para que realmente se dé un impacto significativo.

1.2. Datos demostrativos de la eficacia y costo-eficacia de las intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol

En los últimos años se han acumulado conocimientos sobre la viabilidad, la eficacia y costo eficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol. La mayor parte de esos datos proceden de países de altos ingresos, aunque el número de estudios referentes a los países de bajos y medios ingresos no cesa de crecer. A continuación se resumen brevemente las conclusiones principales de las investigaciones que podrán servir de base para la elaboración de políticas y programas destinados a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

Existe un amplio acervo de datos, procedentes de un gran número de exámenes sistemáticos realizados en diversos contextos sanitarios de diferentes países, sobre la utilidad de la identificación temprana y el asesoramiento breve de quienes hacen un uso nocivo del alcohol. Según esos datos, el asesoramiento más intensivo no parece ser más eficaz que el menos intensivo (OMS, 2009b).

Un componente importante de los programas de acción comunitaria, que se ha demostrado que modifican la pauta de consumo de alcohol de los jóvenes e incide en los daños relacionados con el alcohol como los accidentes de tránsito y los actos de violencia, es la promoción en los medios de comunicación (OMS, 2009b).

Hay sólidos datos que respaldan la conclusión de que un límite suficientemente bajo de la concentración de alcohol en sangre (0,02% a 0,05%) es eficaz para reducir el número de víctimas a causa de la conducción bajo los efectos del alcohol. Tanto las pruebas de alcoholemia aleatorias realizadas en forma intensiva, en las cuales la policía detiene sistemáticamente a los conductores al azar para controlar su concentración de alcohol en sangre, como las selectivas, en las cuales se detiene a los vehículos y se somete a una prueba de alcoholemia a los conductores sospechosos de conducir bajo los efectos del alcohol, permiten reducir los traumatismos y defunciones relacionados con el alcohol. Hay pruebas de que tienen cierta eficacia medidas como la fijación de límites más bajos de las concentraciones de alcohol en sangre (incluido el nivel cero) para los conductores jóvenes, la suspensión administrativa del permiso de conducir en caso de constatarse una concentración de alcohol en sangre superior al límite establecido, el asesoramiento o el tratamiento obligatorio de los trastornos relacionados con el alcohol, y el uso de dispositivos de bloqueo del arranque en el caso de conductores ebrios reincidentes. Una actuación policial firme, acompañada de pruebas de alcoholemias aleatorias o selectivas, seguidas en su caso de sanciones eficaces, es una medida fundamental que debería ser apoyada mediante campañas sostenidas de publicidad y concienciación (OMS, 2009b).

La evidencia obtenida en diversos entornos demuestra que es importante que exista un marco jurídico para reducir la disponibilidad física de alcohol, que incluya restricciones tanto de la venta como del servicio de alcohol. Contar con un régimen de licencias para la venta de alcohol permite ejercer un control, ya que la infracción de la ley se puede sancionar mediante la revocación de la licencia.

La aplicación de leyes que establecen una edad mínima para la compra de alcohol redundan en una clara disminución del número de víctimas debidas al alcohol al volante y otros daños relacionados con el alcohol. El medio más efectivo de hacer cumplir la ley es centrarse en los vendedores, que tienen un interés comercial en conservar el derecho a vender alcohol. El aumento de la densidad de los puntos de venta de alcohol se asocia con el incremento de los niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes. Por lo que la limitación del horario o los días de venta de bebidas alcohólicas permite reducir el número de problemas relacionados con el alcohol (OMS, 2009b).

Cuanto más asequible es el alcohol – ya sea porque su precio es más bajo o porque la gente tiene más ingresos disponibles – más se consume y mayor es la magnitud de los daños conexos tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos. El modelo de ajuste en aumento de dinero muestra que cuando se fija un precio mínimo por gramo de alcohol se reduce el consumo y los daños relacionados. Se estima que tanto el aumento del precio como la fijación de un precio

mínimo tienen un impacto mucho mayor en los bebedores que consumen más que en aquellos que consumen menos. Los experimentos naturales consecutivos a tratados económicos han demostrado que a medida que se han reducido los impuestos y rebajado los precios del alcohol para contrarrestar el comercio transfronterizo, también la venta y el consumo de alcohol así como los daños relacionados con éste, por lo general, han aumentado (OMS, 2009b).

El enfoque de reducción de daños se puede apoyar en una promoción más enérgica de productos que tengan una concentración más baja de alcohol, junto con advertencias sanitarias obligatorias en los envases de los productos alcohólicos (OMS, 2009b).

Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar las medidas nacionales, regionales e internacionales apropiadas. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su activo cumplimiento de la ley. Las medidas de control deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad.

1.3. Acciones Nacionales contra el uso nocivo del alcohol

Desde finales de los años sesenta e inicios de los setenta de dicho siglo, surgieron instituciones y programas gubernamentales, así como algunos organismos privados que atendieron los problemas de adicciones. Fue relevante el surgimiento de los Centros de Integración Juvenil y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, transformado luego en Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, y que después daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, convertido en el actual Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” (Programa de Acción Específico 2007-2012).

Importante fue también el Programa de Atención de la Farmacodependencia (ADEFAR) de la Procuraduría General de la República (PGR), así como distintos esfuerzos de la Secretaría de Educación Pública para incidir en la prevención. En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, por primera vez se reconoció este problema como un asunto de Salubridad General y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se estructuró el primer Programa contra las Adicciones, dando lugar a la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones en 1986. También de los años ochenta data el establecimiento de los Programas Nacionales para el Control de Drogas, coordinados por la PGR y que agrupan a diversas instituciones que trabajan en dos vertientes: 1) la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento a las personas afectadas, y 2) el combate al narcotráfico (Programa de Acción Específico 2007-2012).

A finales de la administración 1994-2000, el CONADIC fue dotado de mayor jerarquía al ubicar a su titular con la figura de Comisionado, con rango administrativo de Subsecretario. Sin embargo, a mediados de la administración 2000-2006 se redujo el nivel alcanzado en el organigrama de la Administración Pública Federal, para quedar nuevamente con una estructura similar a una Dirección General, lo que restringió su margen de acción.

La tendencia al incremento en el consumo de las diversas drogas fue generando una demanda creciente de servicios especializados para su atención, ante la cual hasta ahora nuestro país no había contado con una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales. Se estima que actualmente existen unas 20,000 camas para brindar tratamiento residencial, pero de ellas, sólo en cerca de 4,000 se observa la aplicación de la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Por otra parte, a las 101 unidades operativas de Centros de Integración Juvenil (CIJ) se añaden algunas unidades especializadas del Sector Salud y numerosas clínicas privadas, hasta totalizar alrededor de 1,730 centros de atención. No obstante, muchas de estas clínicas operan heterogéneamente y de manera desarticulada.

Cabe destacar el importante papel y la numerosa cobertura de los cerca de 15 mil grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, los cuales cada vez más precisan de la ayuda de profesionales para brindar sus servicios a la población.

Por lo tanto, el mayor avance alcanzado en la materia, promovido por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, es la consolidación de una Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, con la cual se están impulsando políticas claras para brindar una atención oportuna y de alta calidad para todos los sectores de la población.

En ella se inscribe poner en marcha una Red de 310 UNEMES Centros “Nueva Vida”, que deberán operar en puntos estratégicos del país, para ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación (Programa de Acción Específico 2007-2012).

Actualmente, la legislación nacional en materia de adicciones está enfocada hacia: El fortalecimiento y consolidación de programas preventivos basados en las mejores prácticas; La disminución del uso inadecuado de medicamentos, y la reducción en el consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes; El fomento de la investigación y la formación de recursos humanos especializados, para garantizar el mejoramiento de políticas de rehabilitación y reinserción social; Y las disposiciones vigentes que regulan en materia del uso nocivo de alcohol son las siguientes.

Este último punto incluye la regulación del control sanitario de la producción, manufactura y etiquetado en productos de tabaco y en bebidas alcohólicas; la obligatoriedad de incluir leyendas precautorias en los empaques de productos del tabaco y de bebidas alcohólicas; la prohibición del uso de tabaco, alcohol y drogas en edificios públicos, medios de transporte colectivo, en centros escolares; la prohibición del uso de tabaco, alcohol y drogas en el ámbito laboral; la regulación de la publicidad y venta de tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos de uso controlado, a través de los medios de comunicación; la obligatoriedad de realizar campañas y acciones universales, selectivas y específicas de prevención, por medio de la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludable, con base en el entrenamiento en habilidades para la vida dirigido a grupos de población con distintos niveles de riesgo; y las sanciones y multas para quienes infrinjan las leyes y normas en la materia

Si las intervenciones breves han demostrado ser útiles y factibles, y los modelos actuales han sido desarrollados y probados en nuestro contexto, el reto a superar será incluirlas en los programas de salud del primer nivel de atención, en hospitales, salas de urgencia y en ámbitos laborales, además de aplicarlas en familiares de los consumidores. Para ello es primordial aumentar los recursos asignados a fin de lograr una mejor cobertura y garantizar la sustentabilidad de los programas, ya que sólo los esfuerzos continuos han demostrado alcanzar resultados a largo plazo.

1.4. Factores de riesgo y de protección para el uso de drogas

Las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas han tratado de determinar cómo comienza y avanza el abuso de drogas, aunque no es viable definir una sola causa. La conducta asociada a su consumo obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas. Los factores de riesgo son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección inhiben, atenúan o reducen esta posibilidad (Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg, 2011).

En la literatura internacional sobre el tema de las adicciones, se reporta que los problemas escolares, prácticas sexuales de riesgo, conducta antisocial y algunas consecuencias físicas y cognitivas, están relacionadas con el abuso de sustancias en la adolescencia (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002).

En la actualidad se considera que los factores de riesgo y protección son multicausales; pudiendo ser intrapersonales, interpersonales y del contexto familiar, escolar y comunitario. Uno de los modelos multicausales es el Modelo de Desarrollo Social (SDM por el acrónimo inglés)

(Catalano y Hawkins, 1996). Hawkins y cols. (2002), a partir de investigaciones que iniciaron en los 80 concluyeron que el consumo de drogas se relacionaba con factores de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela, el individuo y los pares.

Son factores de riesgo de la comunidad, la desorganización comunitaria; leyes y normas favorables al consumo de drogas; y disponibilidad percibida de drogas y armas.

Son factores de la familia, la historia familiar de comportamiento antisocial; conflicto familiar; actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas; escasa disciplina y supervisión; y escaso apego familiar.

Son factores escolares, el fracaso escolar y escaso compromiso con la escuela.

Son factores individuales y de los pares, las actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas; comienzo temprano de los comportamientos problemáticos; consumo de drogas de los amigos; interacción con pares antisociales; escasa percepción del riesgo de consumir; recompensas por el comportamiento antisocial; rebeldía; y búsqueda de sensaciones.

Las investigaciones que se han realizado, considerando parcialmente algunos factores de riesgo y protección o siguiendo el SDM, coinciden en señalar el papel de la edad, de modo que hay diferencias entre los adolescentes jóvenes y mayores tanto en los consumos como en los efectos de los factores de riesgo y protección (Cava et al., 2008; Hawkins et al., 1992).

Además de la edad, hay claras diferencias en los patrones de consumo de acuerdo al género, por lo que los factores de riesgo y protección actúan de modo distinto (Schinke, Fang y Cole, 2008).

Los factores de protección y de riesgo pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva; por ejemplo, en los niños se pueden modificar o prevenir riesgos durante los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a propiciar que los niños desarrollen conductas proactivas. Si no son tratados, los comportamientos disruptivos pueden llevar a riesgos adicionales, como el fracaso académico y problemas sociales, los cuales aumentan las posibilidades de que se abuse de las drogas en el futuro (Morales, Martínez y Vázquez, 2007).

Como se mencionó, ambos tipos de factores aumentan o disminuyen la posibilidad de que una persona abuse de alguna droga (Cava, Murgui, y Musitu, 2008). A continuación, y tomando en cuenta lo propuesto por diversos autores, se muestra detalladamente tanto los factores de riesgo como los de protección que se presenten en diferentes ambientes.

Tabla 3
Compendio de Factores de Riesgo y de Protección

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Individuales	
Características temperamentales	
Aislamiento	Adecuado desarrollo o madurez
Enfado y actitud apática	Tendencia al acercamiento
Excesiva sensación de control	Actitud positiva
Falta de orientación y metas en la vida	Autocontrol
Confusión de valores	Ideas y proyecto de vida
Características cognitivas y afectivas	
Atraso en las habilidades del desarrollo: trastorno por déficit de atención, problemas de lectura, etc.	Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones
Baja tolerancia a la frustración	Empatía
Apatía	Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción
Excesiva o baja autoestima	Adecuada autoestima
Inseguridad	Planificación del tiempo libre
Baja satisfacción o capacidad de divertirse	Autonomía e independencia
Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas.	Habilidades de afrontamiento
Familiares	
Deseo de salir de la casa.	Ambiente cálido.
Aislamiento y marginalidad en la casa.	Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen.
Relaciones tensas o violentas en el hogar.	Comunicación asertiva
Mala relación con los padres o entre los hermanos.	Buena relación con padres y hermanos.
Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los	

cuidadores. Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. Desinterés en la educación de los hijos. Crianza poco efectiva. Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos. Ausencia de responsabilidad dentro del hogar y entre sus miembros. Mala comunicación entre padres e hijos. Padre o cuidador que consume drogas. Eventos estresantes en la vida familiar. Desorganización familiar.	Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. Límites claros y una disciplina aplicada constantemente. Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos. Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. Tiempo de calidad en la familia. Responsabilidad establecida. Compartir intereses y tiempo libre. Promoción de hábitos sanos.
--	--

Sociales

Escuela

Ausencia de compromiso en la escuela.
Fracaso académico.
Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente.
Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela.

Buenas relaciones con los compañeros.
Fomento de actividades extracurriculares y deportivas.
Promoción de actividades de servicio social y comunitario.
Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela.
Fomento de trabajo en equipo

Compañeros

Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas.
Rechazo del círculo inmediato de compañeros.
Búsqueda de la identidad a través del grupo.
Presión hacia el consumo de drogas.

Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas de salud y sociales.
Relación con diversos grupos.
Buscar la independencia personal en relación con el grupo.

Comunidad

Normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.
Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo.
Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad.
Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas.
Falta de información sobre los efectos de las drogas.
Publicidad de drogas legales.

Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.
Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones.
Promoción de actividades de ocio y tiempo libre.
Áreas que favorezcan la convivencia.

Fuente: Cava y cols. (2008)

Dado lo anterior, resulta importante desarrollar estrategias preventivas para esta población con el objetivo de evitar los riesgos y daños asociados al consumo de adolescentes. Los factores protectores, aplicados a programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo; están orientados hacia el logro de estilos de vida saludables (promoción de salud), que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de factores de riesgo (Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg, 2011).

De esta manera los profesionales que se dedican a la investigación y tratamiento del abuso de drogas en adolescentes necesitan disponer de instrumentos y procedimientos fiables y válidos para explorar y tratar de manera confiable la problemática. Por lo que no se debe perder de vista lo siguiente: identificar oportunamente a los adolescentes que potencialmente están implicados en el uso y abuso de drogas; evaluar el espectro de problemas asociados al uso de drogas que requieren intervención y tratamiento; planificar las intervenciones adecuadas a estas necesidades y evaluar la efectividad de las intervenciones.

1.5. Consecuencias del consumo de drogas

En 1982, la OMS (2009a) intento delimitar cuales eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”.

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones: que introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones de éste; inducen a las

personas que las toman a repetir su auto- administración, por el placer que generan; no tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, puede utilizarse con fines no terapéuticos.

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación. En el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de sustancia. Por otro lado el abuso se caracteriza por: el consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico, físico, persistente o recurrente, provocado por la droga; y el consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado.

El agnóstico se establece solo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o bien han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado, y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etc.).

Por otro lado, la adicción es la dependencia psicológica y/o física a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964 (OMS, 2009a), como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes (OMS, 2009a).

1.5.1. Fases del proceso adictivo

Actualmente se reconoce el hecho de que no toda la población que bebe en exceso y usa sustancias psicoactivas presenta necesariamente síntomas de dependencia, por el contrario, los problemas relacionados al abuso en el consumo de alcohol y drogas se manifiestan en un amplio rango de consecuencias: médicas, psicológicas y sociales.

Los datos epidemiológicos obtenidos a través de encuestas en hogares, indican que el alcohol no causa problemas a la mayoría de la población adulta de nuestro país, aproximadamente 42% de la población de 18 a 65 años de edad o más son abstemios, 27% son bebedores ocasionales, y otro 24% o más son bebedores de moderados a fuertes (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2008).

En la figura 3, se resalta que sólo un reducido número de personas muestra mayor número de síntomas de dependencia al alcohol de acuerdo a los criterios definidos por la CIE-10, que representa un porcentaje bajo de la población. Se estima que en México esta proporción es de 9%. Comúnmente son denominados "alcohólicos" y hasta la fecha han sido el centro de atención en el ámbito del diagnóstico y tratamiento. Para la ENA 2008 se estima 58% de la población tiene un consumo moderado (1 y 4 tragos estándar), un 31.6% para consumo excesivo (entre 5 y 10 tragos estándar) y el 10.3% un consumo muy excesivo (arriba de 10 tragos).

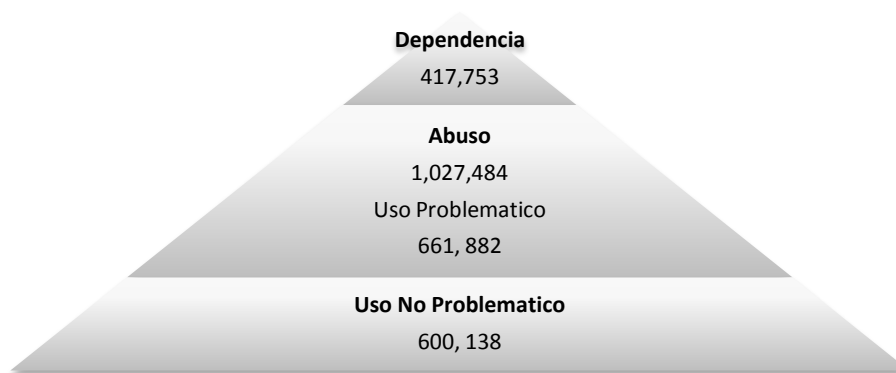


Figura 3. Calculado con datos de la Encuesta de Adicciones 2006 en el D.F. aplicada sobre el Censo de Población y Vivienda 2005.

Tradicionalmente, los esfuerzos de la profesión médica se han centrado en atender a los “alcohólicos”, mientras que ha dedicado escasa atención a los programas de intervención temprana. Mucha gente que bebe en forma riesgosa no busca tratamiento para sus problemas de consumo de alcohol. Más aún, este tipo de problemas con frecuencia no se detectan en los hospitales o en la práctica médica, a pesar de que los pacientes que los presentan utilizan los servicios de salud con regularidad (Echeverría, et al., 2008).

Algunas investigaciones han demostrado que la población más afectada, puede mejorar significativamente disminuyendo el número y severidad de los problemas que presentan, a través de programas breves de reeducación o de aprendizaje de nuevas conductas (Sobell, 1987).

1.5.2. Daños y riesgos asociados al consumo de drogas y alcohol

Por lo general, la mayor parte de los efectos que ocasiona la ingestión de sustancias psicoactivas (aquellas que estimulan y/o deprimen el sistema nervioso central) pasan inadvertidos para el consumidor, ya que pueden variar desde un leve estado de euforia hasta el aturdimiento (WHO, 1999). El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación. Sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. En este sentido, el estado emocional del individuo en el momento del consumo, factores como sexo, peso, talla y edad; la frecuencia, las ocasiones y las circunstancias en las que ocurre, así como las expectativas de las personas que rodean al consumidor, determinan que los efectos de las drogas sean más o menos graves (OMS, 2009a).

En nuestro país, el patrón más riesgoso es el del bebedor moderado (quien en el último mes o año consumió más de 5 copas por ocasión), este patrón es más común en los hombres, ya que 24.1% de ellos reporta beber más de cinco copas por ocasión, sin embargo la ENA (2008) nos dice que hay un incremento de mujeres adolescentes entre 12 y 17 años que siguen ya este patrón. Lo que provoca la aparición más temprana de problemas derivados del abuso de esta sustancia.

El consumo frecuente de alcohol puede tener importantes consecuencias, como por ejemplo la dependencia y los padecimientos del hígado que se presentan aún sin que se llegue a una intoxicación evidente.

Las consecuencias sociales, por su parte, son diversas, dependiendo de la situación; es decir, varían según la cantidad ingerida, si se llega a la intoxicación o incluso si dicho consumo es regular o no.

La intoxicación aguda es también un factor de riesgo importante, pues puede provocar accidentes y violencia, así como problemas económicos, estos últimos provocados por ausentismo laboral y disminución de la productividad, además de que los adictos utilizan sus ingresos en la compra de droga.

Existen otros tipos de consecuencias que inciden en los ámbitos individual, familiar y social, en seguida se describen en la siguiente tabla (Ver tabla 4):

Tabla 4

Consecuencias individuales según el patrón de consumo	
Consumo excesivo en episodios agudos Accidentes y violencia. Problemas legales. Intoxicación.	Consumo excesivo crónico Incremento de la mortalidad prematura por diversas causas. Es un factor de riesgo de hipertensión (presión arterial alta), diversos tipos de cáncer, cirrosis hepática, complicación de otras enfermedades como diabetes y padecimientos gastrointestinales.
Consecuencias sociales según patrón de consumo	
Episodios de consumo agudo Accidentes de tránsito. Hechos violentos. Daños a la salud de otros individuos. Daños a los bienes y a la propiedad.	Consumo excesivo crónico Ausentismo laboral. Accidentes. Bajo rendimiento y productividad. Disolución del núcleo familiar. Violencia intrafamiliar Trastornos de conducta, maduración y desarrollo de los hijos. Deserción escolar de los hijos. Rechazo al consumidor y a su familia. Incremento de los problemas de salud de los hijos y del cónyuge. Problemas económicos y laborales. Tratamiento y rehabilitación de consumidores de drogas (disminución de recursos para otros servicios médicos). Gasto en instituciones de asistencia social.

Fuente: Información extraída ENA (2008).

1.6. Tratamientos cognitivo-conductuales e intervenciones breves para las adicciones.

Debido a que el fenómeno de la adicción tiene tantas dimensiones y trastorna tantos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento para este padecimiento nunca es sencillo. Los programas efectivos de tratamiento para el abuso y la adicción a las drogas típicamente incorporan muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular del padecimiento y sus consecuencias. Existen por lo mismo una multiplicidad de enfoques de tratamiento para abordar el consumo de drogas que abarcan desde aproximaciones meramente farmacológicas, hasta los enfoques psicológicos con orientaciones psicodinámicas, humanistas, terapias individuales y de grupo, grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos, tratamientos cognitivo-conductuales y tratamientos integrales.

Los tratamientos conductuales fueron desarrollados inicialmente en la década de 1950 cuando los principios experimentales de la conducta fueron aplicados a la modificación de la misma, pero no fue hasta las últimas tres décadas que estos tratamientos se posicionaron, debido a grandes avances en el desarrollo y conceptualización de los principios que guían la intervención. Para la década de 1970 los procesos cognitivos también fueron reconocidos como un importante dominio de los padecimientos psicológicos. Como resultado, las técnicas cognitivas fueron desarrolladas y eventualmente integradas a los enfoques conductuales para formar los tratamientos cognitivo-conductuales (Carroll, 1999).

Los tratamientos cognitivo-conductuales están basados en principios y técnicas derivados del condicionamiento clásico, condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje cognitivo social y la teoría cognitiva (Carroll, 1999). Los tratamientos psicológicos desarrollados dentro de este modelo entienden la adicción como una conducta aprendida, de forma que la persona tiene

responsabilidad sobre la situación en la que se encuentra y sobre su solución. Asimismo, han demostrado ser efectivos para el tratamiento de la adicción (Bickel, DeGranpre, y Higgins, 1993).

Algunas de las técnicas más utilizadas y que caracterizan el enfoque cognitivo-conductual son: la identificación de situaciones de alto riesgo para la prevención de recaídas, juegos de roles para el afrontamiento de situaciones de riesgo, auto-monitoreo, análisis funcional del consumo de drogas, solución de problemas, planes de acción, discriminación y control de estímulos y balance decisional (Caroll, 1999).

Desde esta perspectiva se han desarrollado numerosos programas de tratamiento, dentro de los que destacan, el manejo de contingencias (Higgins, 1997) y el programa de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), como aquellos que han demostrado ser eficaces en el logro de la abstinencia (Caroll, 1999).

En el manejo de contingencias los usuarios reciben incentivos o recompensas por el logro de una meta en específico, por ejemplo, la entrega de un anti-doping negativo. Dentro de este enfoque, el manejo de pagarés o comprobantes (*vouchers*) ha mostrado ser efectivo en el apego al tratamiento y el logro de la abstinencia en usuarios de opioides (Bickel, DeGranpre y Higgins, 1993).

El enfoque de prevención de recaídas, está caracterizado por su: 1) énfasis en el análisis funcional del consumo de drogas enfocándose en el contexto del consumo, y 2) entrenamiento en habilidades por medio de las cuales el individuo aprende a reconocer las situaciones o estados en los cuales tiene más vulnerabilidad de consumir, evitar situaciones de alto riesgo, y el uso de un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente de manera efectiva a aquellas situaciones que el usuario ha asociado al consumo (Allen, Litten y Fertig, 1995).

Diversos estudios basados en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales reportan resultados favorables en la disminución del comportamiento adictivo (Allen, Litten y Fertig, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997; Botvin, Barker, Dusenbury, Botvin y Díaz, 1995; Eggert, Thompson, Herting, Nicholas y Dicker, 1994; O'Donnell, Hawkins, Catalano, Abott y Day, 1995; Pentz, et al., 1989). El comportamiento adictivo se explica desde esta perspectiva como una conducta aprendida maladaptativa; los constructos que las teorías del aprendizaje social y de la economía conductual utilizan para explicar el cambio del uso experimental y recreativo de la sustancia adictiva son el modelamiento (Caudill, y Marlatt, 1975); el género (Cooper, Waterhouse y Sobell, 1979); la historia previa de consumo (Lied y Marlatt, 1979); la interacción con compañeros consumidores (Collins, Parks y Marlatt, 1985); el grado de control y de capacidad que el individuo percibe tener; las habilidades alternativas de afrontamiento; las expectativas frente a los efectos del consumo (Marlatt y Gordon, 1985); la historia de reforzamiento del individuo que en estos individuos generalmente se caracteriza por la obtención de reforzadores asociados al consumo (Bickel, DeGranpre y Higgins, 1993; De Granpre y Bickel, 1996; Epstein, Bulik, Perkins, Caggiula y Rodefer, 1991; Epstein, Smith, Vara y Rodefer, 1991); la disponibilidad y aceptación social de la sustancia de consumo, así como el precio y el costo de oportunidad (Vuchinich y Tucker, 1988).

Otros modelos terapéuticos importantes utilizadas en el contexto de los tratamientos cognitivo-conductuales para el consumo de sustancias son:

La Entrevista Motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (2002) es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del proceso de cambio.

Las Etapas del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) son un modelo que consiste de cinco etapas que representan el proceso por el que la gente pasa cuando piensa en cambiar su manera consumir sustancias. El trabajo del terapeuta consiste en ubicar la etapa en la que se encuentra el usuario y aplicar las estrategias apropiadas para facilitar el cambio.

Otra característica importante de los enfoques Cognitivo-Conductuales consiste en el empleo de estrategias de intervención breve, ampliamente recomendadas por la OMS para la

reducción del daño y la prevención de problemas de salud de mayor complejidad. Estas estrategias pueden aplicarse tanto a nivel individual como comunitario (Carrascoza, 2007).

Al hablar de intervenciones breves se hace referencia a una categoría muy amplia de actividades cuyo rasgo común es ser llevada a cabo por médicos y demás personal sanitario como parte habitual de su trabajo. Las intervenciones breves engloban desde una información de 5 a 10 minutos o una consulta con un médico de familia, hasta 2 o 3 sesiones de entrevistas motivacionales u otra forma de asesoramiento ofrecido dentro de un hospital general por una enfermera especialmente preparada para ello; no obstante, las intervenciones breves también están diseñadas para ser administradas por personal sanitario que no está especializado en el tratamiento de las adicciones, pudiendo ser llevadas a cabo en una diversidad de escenarios más allá de los hospitales o centros de salud (Allen, Litten y Fertig, 1995).

Las intervenciones breves o mínimas en el tratamiento del consumo de sustancias, han sido reportadas desde hace por lo menos 25 años, principalmente en el área del abuso y dependencia del alcohol (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Varios autores han trazado las siguientes características de las intervenciones breves (Allen, Litten y Fertig, 1995; Heather, 1989): Requieren de menos inversión de tiempo por parte del especialista y del paciente que el requerido en un tratamiento más intensivo o para personas con un nivel de dependencia severa, generalmente incluyen una o dos sesiones de evaluación y un consejo breve o retroalimentación de 5 a 30 minutos por sesión, por lo que están diseñadas para aquellas personas que tienen un nivel de dependencia bajo o moderado al alcohol, razón por la cual la meta de tratamiento está orientada hacia la abstinencia o hacia la moderación. Generalmente son desarrolladas por especialistas para ser administradas por otro grupo de profesionistas quienes trabajan con los pacientes con problemas de consumo.

Cualquier intervención breve que intente inducir un cambio en el patrón de consumo del usuario incluye los siguientes elementos propuestos por Miller (1992) y que son conocidas con el acrónimo de "FRAMES": a) proporcionar *retroalimentación (feedback)* al usuario en relación a su consumo y el daño que éste le pueda ocasionar; b) señalar que la *responsabilidad (responsibility)* del cambio corresponde al usuario; c) la *asesoría (advice)* es proporcionada por el terapeuta; d) ofrecer al usuario un *menú (menú)* de alternativas u opciones de tratamiento, e) utilizar un estilo *empático (empathy)*; y f) promover en el usuario la *auto-eficacia (self-efficacy)*.

En uno de los primeros artículos de revisión, Bien, Miller y Tonigan (1993), consideraron 32 estudios controlados que involucraron cerca de 6,000 pacientes, considerados como bebedores problema, donde se reporta que las intervenciones breves resultaron ser igual de efectivas que los tratamientos más intensivos, debido a que estaban dirigidas a una población específica y con cierto nivel cognitivo.

Kristenson, Ohlin, Hulten- Nosslin, Trelly y Hood, (1983), hicieron una revisión de 11 ensayos de intervenciones breves y concluyeron que el impacto en la salud pública de este tipo de intervenciones sería enorme, debido a la efectividad de las intervenciones breves y a la mínima cantidad de tiempo y esfuerzo que se requiere para su aplicación.

Por otra parte Wallace, Cutler y Haines (1988) en una revisión de 12 ensayos clínicos aleatorizados concluyeron que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más propensos a reducir su consumo en el curso de los 6 a los 12 meses que aquellos bebedores que no recibieron ninguna intervención.

En México este tipo de intervenciones se comenzaron a desarrollar en el campo de la atención a usuarios de alcohol (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997). El *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* se deriva del programa de *Auto-Cambio Dirigido*, el cual fue desarrollado por Sobell y Sobell (1987) de la *Addiction Research Foundation*, de Toronto, Canadá. Este modelo ha servido de base para estructurar modelos de atención a usuarios de tabaco y adolescentes que inician el consumo de drogas y alcohol (Lira, González, Carrascoza, Ayala y Cruz, 2009; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2004).

Las características principales de estas aproximaciones son: Evitar calificar o etiquetar a las personas; No confrontar, sino escuchar en forma reflexiva y analizar la información, a fin de que el usuario se concientice sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de consumo excesivo de alcohol; Proporcionar retroalimentación objetiva no amenazante a los usuarios para evitar la resistencia; Informar y orientar a los usuarios acerca de cómo es posible el cambio de sus hábitos; permite a los usuarios intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento; se enfoca en ayudarlos a identificar las situaciones en las cuales tienen mayor posibilidad de consumir; y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2008).

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, se enfoca en la atención de bebedores problema, los cuales son definidos como aquella persona que tiene problemas identificables cuando consume alcohol, pero quien todavía no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia al alcohol. Este tipo de bebedores existe en número superior a los bebedores quienes ya padecen de una dependencia severa. (Calahan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich, et al., 1981; Vaillant, 1983).

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo; y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo. Está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior.

El Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores se basa una serie de tareas relacionadas con el proceso de cambio. Sus bases teóricas surgen de la Entrevista motivacional (Miller, 1985), el manejo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), Identificación de etapas de cambio (Prochaska y Di Clemente, 1982), Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (Cooper, Waterhouse y Sobell, 1979).

El modelo de Tratamiento integral pre-abstinencia contra el tabaquismo (Moreno y Medina-Mora, 2008) se deriva del Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBMF) elaborado por Lira-Mandujano (2009), aunque tiene menos sesiones, ha mostrado ser efectivo en la reducción del patrón de consumo.

1.6.1. Programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas

Las familias que tienen problemas de consumo excesivo de alcohol y/o drogas viven en un ambiente de tensión constante, misma que a veces se denomina “estrés”. Tensión se refiere a las situaciones que resultan contradictorias u opuestas en la vida de una persona, las cuales se perciben como amenazantes y alteran su bienestar tanto emocional como físico (Natera, Tiburcio y Mora, 1998).

En el caso de las adicciones, la tensión se origina a partir de ciertas experiencias desagradables que enfrenta la familia y que son consecuencia de vivir de cerca los efectos producidos por el consumo de alcohol y/o drogas en un familiar cercano, por ejemplo las preocupaciones por la salud y el desarrollo del usuario; las dificultades económicas, los sentimientos que se asocian a este tipo de experiencia, tales como: enojo, preocupación, culpa, tristeza, y los síntomas físicos por ejemplo: el cansancio, falta de apetito, dolor de cabeza, etc. (Orford, et al., 2005).

Los principales estresores que experimentan las familias, que son de muy diversa índole incluyen algunos muy importantes como: el enojo por vivir con el usuario por los abusos y amenazas de éste; preocupación por la salud del usuario; problemas económicos; alteraciones en las rutinas familiares; involucramiento de otros miembros de la comunidad como la policía, la escuela, vecinos; preocupación por el patrón de consumo: tipo de droga, frecuencia, cantidad e incremento; frecuentes desapariciones del usuario (Orford, et al., 1998).

Ante toda esta tensión, el familiar presenta alteraciones en sus sentimientos, estilo de vida, malestares emocionales y síntomas físicos que se generan debido a la tensión (ver tabla 5). Muchas de estas reacciones se producen porque el familiar padece las consecuencias de las adicciones sin recibir ningún tipo de atención (Natera, et al., 1998).

Tabla 5

Tensión para los miembros de la familia	
Sentimientos negativos	Ansiedad, preocupación, indefensión, desesperación, desilusión, depresión, infelicidad, pensamientos suicidas, culpa, devaluación, enojo, resentimiento.
Estilo de vida	Alteración del sueño, uso de tabaco y alcohol, alteración en la alimentación y peso.
Síntomas físicos y salud en general	Síntomas físicos y estado de salud pobre.

Fuente: Natera, Tiburcio y Mora (1998).

La magnitud de la tensión que experimentan los integrantes de la familia (padres, hijos, hermanos, etc.) depende de diversas causas, entre ellas se encuentran la relación familiar que se tiene con el usuario, las características del consumo, por ejemplo, el tipo de sustancia que se consume, la cantidad y la frecuencia de uso.

Las drogas producen diferentes efectos dependiendo del tipo de sustancia que el usuario utilice. Algunas personas se muestran más preocupadas por el consumo de mariguana o inhalables que por el de alcohol; a otras les preocupa más la cantidad: a mayor consumo, mayor tensión para el familiar; otras se encuentran angustiadas porque el usuario se empieza a drogar con más frecuencia, ya sea con los amigos o solo en casa.

El grado de preocupación del familiar depende en gran medida de la relación que tiene con el usuario. Los familiares directos como son los padres y cónyuges del usuario suelen involucrarse más ante un problema de adicciones en comparación con otros miembros de la familia como hermanos, cuñados y primos, entre otros (Orford, et al., 2005).

El familiar percibe al medio ambiente social como el principal agente que promueve el consumo del usuario: uso de drogas en la escuela, en la colonia o el barrio, invitaciones de familiares y de compañeros de trabajo, así como por parte del círculo de amistades que acostumbran reunirse para "beber" en fiestas donde se "toma", así como los problemas familiares, económicos, de educación, etc. (Orford, et al., 1998).

Por lo anterior, no es necesario llegar a determinar con exactitud qué tanto sabe el familiar respecto a la forma en que está consumiendo el usuario, por ejemplo, cantidades específicas, tipos de drogas y frecuencia de consumo. Lo importante es que el orientador o terapeuta dirija su atención al problema tal y como es percibido por el familiar, más que en profundizar sobre los detalles del consumo, lo más relevante es que el orientador esté en posibilidad de identificar qué tan severo es el problema de consumo para brindar información veraz y útil al familiar.

Ante todas estas problemáticas que viven las personas cercanas al consumidor, se diseñó el programa de apoyo para familias que tiene como principal herramienta el identificar el estilo de enfrentamiento que tiene el familiar y con esto apoyarlo para que elija cambiarlo por uno que le genere menos estrés (Natera, et al., 1998). Los estilos de enfrentamiento estudiados y tipificados se muestran en la siguiente tabla (Ver tabla 6).

Tabla 6
Estilos de enfrentamiento

Formas de Enfrentamiento	Ventajas	Desventajas
Emocional	<p>El familiar actúa de manera natural y expresa lo que siente en ese momento</p> <p>El familiar puede sentir alivio porque ello le permite liberar la tensión que le produce toda la situación</p> <p>Ejemplo: “Ya no aguanto verte consumiendo, me siento muy enojada y frustrada por ver cómo te estás matando tomando esa porquería”.</p>	<p>El familiar se siente culpable, al pensar que él mismo con sus reacciones propicia el consumo del usuario</p> <p>Desgaste emocional del familiar</p> <p>Con este tipo de reacciones los familiares pueden obtener resultados contrarios a lo que se esperaba y pueden generar mayor violencia tanto en el usuario como en otros miembros de la familia involucrados en ese momento.</p> <p>En el enfrentamiento emocional los sentimientos que se vinculan con estas actitudes son: el enojo, sentirse lastimado, herido, confundido y/o perturbado</p> <p>El familiar puede sentir que abusan de él.</p>
Enfrentamiento Tolerante	<p>Se evitan discusiones; la vida familiar es aparentemente menos tensa.</p> <p>Puede ayudar a crear ambientes sin conflicto aparente para el resto de la familia.</p> <p>Ejemplo: “Llegaste muy tarde, cierra bien la puerta por favor”.</p>	<p>Los familiares pueden sentir que no están enfrentando el problema y que contribuyen a mantener el consumo excesivo.</p> <p>Los sentimientos dominantes en esta forma de enfrentamiento son los de: impotencia, preocupación y culpabilidad.</p>
Enfrentamiento Evitativo	<p>Puede ayudar a los familiares a sentir menos tensión</p> <p>Puede hacer sentir a los familiares que tienen más control.</p> <p>Ejemplo: “Ahí está otra vez todo drogado mejor me voy a dar una vuelta y regreso cuando este dormido”.</p>	<p>El usuario se puede sentir aislado.</p> <p>En lugar de ayudar a reducir el consumo del usuario, éste se puede agravar y contribuir a obtener una sensación de desunión familiar.</p> <p>Los sentimientos presentes en este tipo de enfrentamiento son: dolor, amargura, rencor, tristeza.</p>
Enfrentamiento Controlador	<p>Ayuda a que el familiar sienta que hace algo positivo.</p> <p>Ayuda a que el familiar sienta que hay esperanzas de cambio.</p> <p>Ejemplo: “ya vine por ti a la fiesta porque si no vengo seguro te vas a consumir, a ver dame tu mochila para revisar que traes”.</p>	<p>Puede causar resentimiento en el usuario y puede no ser eficaz para controlar el consumo. Tratar de controlar la conducta del usuario puede ser muy estresante para el familiar y muy frustrante cuando sus esfuerzos no funcionan.</p> <p>Los sentimientos que se relacionan con estas actitudes son: preocupación, sentirse responsable del otro, desesperado y/o exhausto</p>
Enfrentamiento Inactivo	<p>Puede ser una forma de enfrentar más realista que otras.</p> <p>Puede ayudar a los familiares a ser más independientes.</p> <p>Ejemplo: “Se que se droga pero no entiende, no me escucha”.</p>	<p>Los familiares siguen sintiéndose descontentos por la situación.</p> <p>Los familiares pueden sentir que no hacen nada por ayudar a cambiar la situación.</p> <p>Los sentimientos que se identifican en este tipo de respuestas son: sentirse perturbado, confundido, atemorizado, desesperanzado y/o indiferente.</p>
Enfrentamiento Confrontativo o asertivo	<p>Da a los familiares la sensación de que no se resignan a la situación y que no se dejan manipular.</p> <p>Es un método más eficaz para ayudar al usuario a cambiar, que el hecho de intentar controlar su consumo o intentar un control directo.</p> <p>Ejemplo: “Se que sabes el daño que te hace el consumo de alcohol porque yo misma te he dado hasta información e incluso me has dicho que quieres ayuda pero no veo interés de tu parte, no vas a tus citas con el terapeuta, dime ¿qué sucede?”.</p>	<p>El usuario no siempre reacciona favorablemente.</p> <p>El familiar puede sentir que corre el riesgo de alejar al usuario o de perderlo todo.</p> <p>Los sentimientos más importantes en este tipo de respuesta son: sentirse fuerte, tranquilo.</p>
Enfrentamiento de apoyo al usuario	<p>Puede ser una ayuda más eficaz para que el usuario cambie, ello en lugar de los intentos directos que se realizan para</p>	<p>Es difícil que los familiares sepan cuándo apoyan y cuándo están siendo protectores y tolerantes en exceso.</p>

Enfrentamiento Independiente	<p>controlar su consumo. Hace sentir a los familiares que no rechazan al usuario. Ejemplo: “Sabes que te quiero mucho y me preocupas por eso te acompaño a tus terapias”.</p> <p>Puede ayudar al familiar a manejar la tensión y la ansiedad. Puede proteger a otros miembros de la familia, al evitar que sean absorbidos por la preocupación de cambiar el consumo del usuario. Ejemplo: “Sé que mi hijo se droga pero ya hable con él y es un adulto así en lugar de preocuparme mejor me voy a mis clases de yoga y de manualidades”.</p>	<p>Si el usuario no responde, los familiares pueden sentir que pierden el tiempo. Los sentimientos que se encuentran en este tipo de respuestas son: sentir amor por el usuario(a), optimismo.</p> <p>Los familiares pueden sentir que están rechazando o excluyendo al usuario. Los familiares pueden sentir que no hacen todo lo posible por ayudar al usuario para cambiar. Los sentimientos que están asociados con esta forma de actuar son: autoconfianza, alta autoestima, respeto y afecto hacia el usuario y hacia sí misma(o).</p>
-------------------------------------	---	---

Fuente: Natera y cols. (1998).

Este modelo contribuye a generar bienestar a la familia, contempla cinco sesiones: en la primera sesión se ofrece una escucha empática y reflexiva que muchas familias necesitan para abrirse a comentar su problema, se le aclaran los objetivos de la intervención y se aplica una pequeña batería de cuestionarios; en la segunda sesión se da una reflexión sobre las formas de enfrentamiento usuales ante esta problemática, lo cual permite dilucidar las ventajas y desventajas de llevar a cabo determinadas acciones y se aclaran dudas a la familia con respecto a las adicciones lo cual reduce el estrés generado por todas estas incógnitas; en la tercera sesión se analiza un plan de acción donde se dé un cambio en el estilo de enfrentamiento a la problemática mediante el análisis de ventajas y desventajas de su actual estilo de enfrentamiento comparado con el análisis de otro posible estilo de enfrentamiento; en la cuarta sesión se fortalecen o fomentan las redes de apoyo con las cuales la familia puede hacer frente ante esta problemática, además de evaluar el plan de acción realizado en la sesión anterior; y en la quinta sesión se da la canalización pertinente para recibir la ayuda especializada adecuada y se vuelven a evaluar sus planes de acción. Los servicios de canalización son a centros de atención en adicciones, centros de atención a familiares incluyendo grupos de autoayuda AL-ANON y centros de atención psicológica o psiquiátrica.

CAPITULO II

Formulación de programas

2. Formulación de Programas

En esta segunda parte del reporte de experiencia profesional se describen las actividades de residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones, relacionadas con el tratamiento de consumo de drogas dentro del Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA), y las validaciones psicométricas de dos escalas que se pilotearon dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría como parte de las actividades de residencia dentro de la misma.

2.1. Tratamiento de conductas adictivas

A continuación se presentan la serie de casos atendidos con los modelos de intervención, que ya han sido explicados en su conceptualización teórica previamente. Estos casos fueron atendidos dentro de CEPREA, el cual es un centro perteneciente a la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y es sede de residencia de la maestría en psicología de las adicciones.

El objetivo de las intervenciones fueron la reducción del consumo de alcohol y drogas; índice de autoeficacia para resistirse al consumo de drogas e índice de situaciones de consumo.

2.1.1. Método

Participantes

Se atendió a cinco usuarios, dos consumidores de alcohol, un consumidor de marihuana, una consumidora de tabaco y una familiar de un consumidor de inhalables (ver tabla 7).

Tabla 7

Usuario	Sexo	Edad	Estado Civil	Ocupación
Usuario 1	Masculino	18	Soltero	Estudiante
Usuario 2	Masculino	16	Soltero	Estudiante
Usuario 3	Masculino	17	Soltero	Estudiante
Usuaría 4	Femenino	52	Soltero	Docente
Usuaría 5	Femenino	36	Casada	Ama de casa

Características generales de los usuarios.

En la entrevista inicial se observaron las siguientes características de los usuarios:

El usuario 1 mostraba un patrón excesivo de consumo de alcohol; en el año anterior bebió un total de 51 tragos, correspondiendo a un promedio semanal de 5.6 tragos y 4.6 tragos por ocasión, a pesar de mostrar un consumo promediado en estándares normales presentaba también varias ocasiones con un consumo excesivo arriba de 10 tragos por ocasión. Se presentó consumo de marihuana en tres ocasiones, con un consumo de 1 cigarro por ocasión cada 15 días. En los últimos seis meses había tenido problemas por su consumo de alcohol con su familia por llegar tarde a casa y su desempeño escolar había disminuido.

Usuario 2, se contemplo una línea base de su patrón a seis meses y la droga de impacto era el alcohol. Su promedio mensual de consumo fueron 17 tragos, por ocasión consumía 6 tragos y una frecuencia de una vez por semana. Llevaba seis meses presentado problemas con sus padres por su forma de beber, ya que llegaba muy tarde y su desempeño escolar había disminuido.

Usuario 3, presentó una línea base de su patrón a seis meses y la droga de impacto era el alcohol. Su promedio mensual de consumo fueron 17 tragos, por ocasión consumía 5 tragos, en los últimos seis meses no reportaba tener problemas con su consumo. Este usuario también consumía marihuana, reportaba 3.5 cigarros en promedio mensual, por ocasión un cigarrillo y con frecuencia mensual. En los últimos seis meses presentaba problemas serios con el uso de marihuana como expulsión de la escuela por consumir dentro de ella.

Usuaria 4, antes de iniciar el tratamiento presentaba un patrón de consumo de 6 cigarros diarios, este patrón lo lleva presentando desde hace 10 años. Lleva seis meses presentando problemas de salud, ya que se percibía con más fatiga y cansancio.

Usuaria 5, acude al centro de prevención y atención en adicciones, para llevar a su hijo mayor de 17 años quien desde hace dos años inicio con el consumo de inhalables. Se decidió dentro del centro que ella recibiera atención también a la par que su hijo.

La siguiente tabla muestra las características del patrón de consumo de cuatro usuarios de drogas atendidos (ver tabla 8).

Tabla 8

Usuario	Sustancia	Tiempo de consumo	Tiempo de consumo problemático	Lugar de consumo	Percepción del problema
Usuario 1	Alcohol	5 años	6 meses	Privado	Un problema menor
Usuario 2	Alcohol	2 años	6 meses	Privado	Un problema menor
Usuario 3	Marihuana	2 años	6 meses	Publico	Un problema menor
Usuaría 4	Tabaco	20 años	6 meses	Privado/ público	Un problema menor

Características del patrón de consumo.

Instrumentos

A continuación se muestran las diversas pruebas psicológicas que acompañan las evaluaciones de los siguientes modelos:

Entrevista conductual: Se obtienen datos socios demográficos, historia de consumo de alcohol y drogas, patrón de consumo, tratamientos anteriores, consecuencias adversas del consumo de sustancias (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT): instrumento de tamizaje que evalúa aquellos usuarios con probables problemas en su consumo de alcohol, por medio de 10 preguntas acerca de la frecuencia y cantidad de consumo, dependencia y problemas psicosociales asociados. En México el instrumento mostró una confiabilidad de 0.812 por consistencia interna, los puntos de corte de 0–2 vs. 3 o más y 0–4 vs. 5 o más para clasificarlos en consumo bajo o moderado, consumo en riesgo y consumo peligroso. El coeficiente de Alfa no estandarizado fue de 0.785 para las tres primeras preguntas; 0.449 para las preguntas 4 a 6 y 0.701 para las preguntas 7 a 10; la pregunta 4 mostró el menor coeficiente de alfa de todas las preguntas 0.24 (Villamil, Valencia, Medina-Mora, y Juárez, 2009).

Subescalas A y B de la prueba pistas: Prueba neurológica que permite retomada de la batería Halsted-Reitan, es posible revisar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol (Echeverría, et al., 2008).

Cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina: Su objetivo es identificar, por medio de indicadores relacionados con la frecuencia de consumo (número de cigarros por día), la periodicidad y la cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse y el control del consumo, si una persona presenta una dependencia a la nicotina. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0.56 a 0.64. El instrumento obtuvo un coeficiente de correlación intraclases (CCI) de 0.88. Los coeficientes de correlación de Pearson, obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, cotinina metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, que oscilaron entre el 0.25 a 0.40. Con el número de años de fumador se obtuvo una $r = 0.52$. (Wellman, et al., 2004).

Inventarios de Ansiedad de Beck: Consta de 21 reactivos, es auto aplicable y su objetivo es valorar si existe sintomatología psiquiátrica ansiosa (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). El instrumento fue estandarizado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos obteniendo una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos en la versión original

en inglés: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test- retest de $r=0.75$ y una validación de criterio adecuada con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) con una $p<.05$.

Inventario de Depresión de Beck: Consta de 21 reactivos, es auto aplicable y su objetivo es valorar si existe sintomatología psiquiátrica depresiva (Beck, Steer y Garbin, 1988). La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. (1998), se obtuvo una confiabilidad de 0.87, su análisis factorial arrojó los mismos factores que la versión en inglés: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento se realizó con la Escala de Zung en una muestra de 120 personas en edades entre 17 y 72 años con diagnóstico de depresión arrojó una correlación de $r=0.70$, con una probabilidad menor que .001.

Cuestionario de confianza Situacional (CCS): Permite conocer el nivel de autoeficacia de los usuarios para resistir no consumir ante ocho categorías situacionales: 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol, 5) Necesidad física, 6) Conflicto con otros, 7) Presión social, y 8) Momentos agradables con otros. El instrumento fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres. Para su adaptación a población adolescente se aplicó el instrumento a una muestra de 150 jóvenes usuarios de alcohol y otras drogas entre los 14 y 19 años de edad, la consistencia interna del instrumento que fue de 0.977 (Echeverría y Ayala, 1977).

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA): Se obtiene información sobre las principales situaciones de riesgo asociadas al consumo, es un instrumento auto aplicable se agrupan en 8 categorías, las cuales a su vez se subdividen en dos: Situaciones personales: 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico, 3) Emociones agradables, 4) Probando autocontrol y Necesidad física. Y Situaciones que involucran a terceras personas y se subdividen en: 6) Conflictos con otros, 7) Presión social y 8) Momentos agradables con otros. Las 8 subescalas demostraron una validez de contenido adecuada y se considera que representan adecuadamente el universo de situaciones de recaída (Echeverría, et al., 2008).

El ISCA no sólo demostró su utilidad para medir frecuencia de consumo excesivo, sino también para identificar situaciones específicas de personas con patrones de consumo excesivo. Se encontró que cada una de las 8 subescalas tenían confiabilidad para individuos que buscaban tratamiento por ser bebedores problema (Echeverría, et al., 2008).

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISCDA): Este cuestionario tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas en cuatro categorías: emociones agradables, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros. El inventario fue adaptado para población adolescente en una muestra de 380 jóvenes usuarios de drogas entre los 14 y 19 años de edad. La confiabilidad del instrumento fue de 0.92. (Martínez, et al., 2007).

Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función del número total de días de consumo y de la cantidad de la droga consumida. Permite identificar datos como días/meses de mayor consumo y la frecuencia de consumo. 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, et al., 2008).

Autoregistro de consumo: es un instrumento semiestructurado de lápiz y papel, su objetivo es que el usuario registre su consumo diario señalando frecuencia, duración y forma de consumo durante y después de la aplicación del tratamiento (Echeverría, et al., 2008).

Cuestionario de enfrentamientos (CQ): Indaga la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia (emoción, control, tolerancia, inacción,

evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia), así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses. El CQ tiene una estructura de 27 reactivos distribuidos en tres factores que explicaron 41.6% de la varianza (23.6%, 10.5% y 7.4%, respectivamente). El primero de ellos se denominó *Involucramiento asertivo*, incluye 11 reactivos y tiene una confiabilidad de .81. El segundo factor se nombró *involucramiento emocional*, consta de 12 reactivos, con una confiabilidad de .8411. El tercer factor se compone de cuatro reactivos que refieren acciones de *búsqueda de independencia* con una confiabilidad de .6689. El alpha de Cronbach para la escala global fue de .8707. (Tiburcio y Natera, 2007)

Cuestionario de Síntomas (SRT): Evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. El SRT está integrado por 29 reactivos, se obtuvieron dos factores que explican 32.5% de la varianza total (26.3% y 6.2%, respectivamente). El primero de ellos está integrado por 17 reactivos que exploran la salud física; el nivel de confiabilidad de esta subescala es de .8557. El segundo factor consta de 12 reactivos que indagan aspectos de tipo psicológico y en conjunto obtuvieron una confiabilidad de .8222. La confiabilidad de la escala de 29 reactivos fue de .9012 (Tiburcio y Natera, 2007).

Procedimiento

Se aplicaron cuatro programas de tratamiento, el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, et al., 2008); Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, et al., 2004); Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, et al., 2009); y Programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas (Natera, et al., 1998) en un diseño de investigación N=1, AB con seguimientos. En general los programas tuvieron una duración aproximada de dos meses con seguimientos hasta seis meses. Las sesiones de tratamiento se proporcionaron una vez por semana, cada sesión con una duración de 60 minutos. A continuación se describe la aplicación de los programas organizada en cuatro fases: I) Evaluación, II) Tratamiento, III) Post evaluación y IV) Seguimientos.

Fase I. Evaluación

En esta fase se aplicaron diversos instrumentos con la finalidad de conocer el patrón de consumo, identificar problemas asociados y determinar de acuerdo a las características de los usuarios que tipo de tratamiento es idóneo para ellos. Los instrumentos aplicados fueron:

Modelo Alcohol: Entrevista conductual, Sub escalas pistas, BEDA, LIBARE, ISCA, CCS.

Modelo adolescentes: Entrevista conductual, POSIT, LIBARE, ISCA, CCS, ISCDA.

Modelo Tabaco: Entrevista conductual, Cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina, Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck

Modelo Familia: Cuestionarios CO y SRT.

Al final de esta fase se identificó que los usuarios eran candidatos para estos modelos, ya que cumplían con todos los criterios de inclusión (ver tabla 9). Los usuarios firmaron carta compromiso para participar en los programas.

Tabla 9

	Modelo de intervención
Usuario 1	Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
Usuario 2	Programa de Intervención Breve para Adolescentes
Usuario 3	Programa de Intervención Breve para Adolescentes
Usuaría 4	Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores
Usuaría 5	Programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas

Tipo de intervención de los usuarios.

Fase II. Tratamiento

A continuación se muestran las diferentes técnicas utilizadas para los cuatro usuarios de acuerdo a los modelos de intervención que se les otorgo.

Componentes del modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Este modelo consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. De manera general en las seis sesiones del Modelo se consideran los siguientes aspectos:

A) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas. En este ejercicio se analizan los pros y contras de un cambio en la conducta de consumo; así mismo se reflexiona sobre continuar con el consumo en sus pros y contras, esto con la intención de aumentar la discrepancia que le ayude a resolver su ambivalencia con el cambio.

B) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol. En este paso el usuario analiza sus ocasiones de consumo para identificar cuáles son los eventos que precipitan su consumo.

C) Paso 3: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol. En este paso el usuario estructura planes de acción para enfrentar de una forma diferente a los disparadores de su consumo.

D) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas. Finalmente el usuario reflexiona sobre como mantendrá su cambio, por lo que estructura un plan que le permita seguir enfrentando las situaciones de riesgo sin llegar a consumir.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario registra su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo semanal (abstinencia o moderación), identifica situaciones de riesgo al consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2008).

Componentes del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA)

El programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo:

A) Inducción al tratamiento. Promover el ingreso al tratamiento mediante el empleo de técnicas propuestas por la Entrevista motivacional, donde se le retroalimentan los resultados obtenidos en la sesión evaluación, además de proporcionarle información de las consecuencias del uso de drogas y alcohol a corto, mediano y largo plazos.

B) Tratamiento. . Las principales estrategias utilizadas durante las sesiones fueron técnicas de auto-control y prevención de recaídas. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión. Este programa sigue los cuatro pasos del modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

Componentes del Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores

Durante las tres sesiones de tratamiento se realizan las siguientes técnicas: Análisis funcional de la conducta de consumo, técnicas de entrevista motivacional, Modelo de prevención de recaídas, restablecimiento de metas con respecto al consumo y Ensayos conductuales. Se agrega una reducción del consumo de tabaco en un 40, 40 y 20 por ciento durante cada sesión.

Componentes del Programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas

Este programa se basa en cinco pasos que proporcionan la orientación adecuada a las familias, contemplan una escucha reflexiva y empática, así como un análisis de toda la problemática

para fomentar nuevas estrategias de afrontamiento que le ayuden al familiar a reducir su estrés y finalmente se ofrece la canalización pertinente para recibir la ayuda especializada adecuada. Agrego que este modelo aporta información oportuna con respecto a las adicciones para aclarar dudas y a su vez fomenta o fortalece las redes de apoyo con las cuales la familia puede hacer frente a su problemática.

Durante la primera sesión se recopila información sobre la estructura familiar, la historia del consumo, los efectos del consumo en los integrantes de la familia y las expectativas con respecto al programa de intervención. Durante esta primera sesión se le aclararon los objetivos de la intervención, los cuales no consisten en lograr que el familiar deje de drogarse, sino en analizar la manera en que el familiar ha respondido al consumo para buscar otras formas más benéficas y lograr un mejor nivel de bienestar a pesar de que el familiar siga consumiendo.

Al final de la sesión se le aplican tres cuestionarios que tienen la intención de valorar la sintomatología asociada al problema del usuario con respecto al familiar.

En la Sesión dos se exploran las formas de enfrentamiento y fuentes de apoyo social, esta información es obtenida a través de una entrevista que el mismo modelo sugiere en preguntas que trabajar durante la sesión. En esta sesión se da información general sobre lo que es una adicción y cuáles son las consecuencias de consumir drogas tanto a corto y largo plazo. Se explican los ocho estilos de enfrentamiento.

Durante la tercera sesión se llevó a cabo un Análisis de las formas de enfrentar la situación para así implementar un plan de acción que ayude a los usuarios a mejorar esta situación. Para el análisis de las formas de enfrentamiento se emplearon las láminas que integran el folleto de orientación para familias que enfrentan problemas de consumo excesivo de sustancias en los hogares.

Durante la cuarta Sesión se estructura un plan de acción a partir de la información recopilada con anterioridad, se plantea como meta de la sesión la estructuración de un plan de acción.

En la quinta sesión el objetivo es la canalización a otras fuentes de apoyo. En esta última sesión se examina la puesta en práctica del plan de acción estructurado en la sesión previa. Al final de la sesión se aplican los tres cuestionarios que se habían aplicado al principio del trabajo de orientación.

Fase III. Post evaluación

En esta fase se aplican nuevamente los instrumentos utilizados en la primera fase de evaluación con el objetivo de hacer comparación de los resultados obtenidos Pre tratamiento y Post tratamiento, la cual controla efectos de acarreo con el paso del tiempo, es decir post evaluación a los seis meses. De los cuatro modelos aplicados solo el programa de apoyo a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas contempla este tipo de evaluaciones con el Cuestionario de enfrentamientos (CQ) y Cuestionario de Síntomas (SRT), esto con la intención de evaluar los cambios en estilos de enfrentamientos, síntomas asociados al estrés y síntomas depresivos.

Fase IV. Seguimientos

Para los usuarios 1, 2, 3 y 4, esta fase contempla tres sesiones al mes, tres meses y seis meses después de terminado el tratamiento. El objetivo es evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento tras haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúa a los usuarios a través del auto-reporte sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas. A los seis meses, se evalúa por última ocasión a través del auto-reporte, el Cuestionario de Confianza situacional (CCS), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas en Adolescentes (ISCD), Test de

Fagerström, Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. A través de los instrumentos se revisó el patrón de consumo, nivel de autoeficacia para resistirse al consumo y situaciones de riesgo asociadas al consumo.

En cada sesión de seguimiento se implementó prevención de recaídas, reforzamiento de actividades de no consumo y revisión de metas propuestas por los usuarios durante el tratamiento.

2.1.2. Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación de los tratamientos a los usuarios 1, 2, 3 y 4 en las variables patrón de consumo, índice de situaciones de consumo e índice de auto-eficacia, sintomatología depresiva y ansiosa. Para la usuaria 5 se muestran únicamente sus cambios en las variables estilos de enfrentamientos, síntomas asociados al estrés. La siguiente tabla muestra el total de mediciones con instrumentos que tuvieron los usuarios durante todo el proceso, las cuales se determinaron de esa manera debido a las estructuras de cada programa de tratamiento (ver tabla 10).

Tabla 10

Usuarios	Sustancia	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses	Seguimiento 6 meses
Usuario 1	Alcohol	Evaluado	Sin evaluar	Sin evaluar	Sin evaluar	Evaluado
Usuario 2	Alcohol	Evaluado	Sin evaluar	Sin evaluar	Sin evaluar	Evaluado
Usuario 3	Marihuana	Evaluado	Sin evaluar	Sin evaluar	Sin evaluar	Evaluado
Usuaría 4	Tabaco	Evaluado	Sin evaluar	Sin evaluar	Sin evaluar	Evaluado
Usuaría 5	Familiar	Evaluado	Evaluado	Sin evaluar	Sin evaluar	Sin evaluar

Etapas de tratamiento y evaluaciones de los usuarios.

1) Patrón de consumo

Usuario 1

A continuación se muestran los tragos estándar por ocasión de consumo y el consumo de marihuana mensual durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso (ver figura 4).

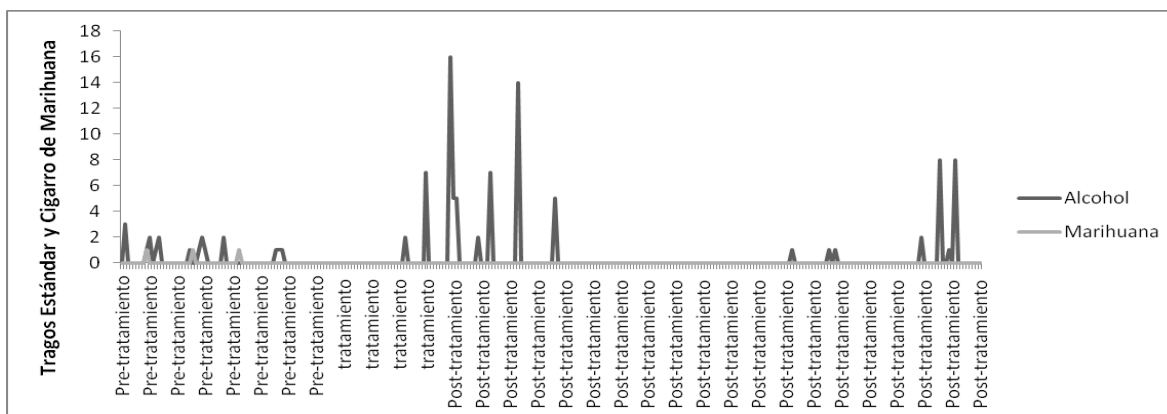


Figura 4. Patrón de consumo de alcohol y marihuana durante Pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento.

Usuarios 2 y 3

En la figura 5 se muestra el patrón de consumo de los usuarios adolescentes 2 y 3 con respecto al consumo de alcohol y marihuana mensual durante las tres fases pre-intervención, tratamiento y post-tratamiento para visualizar como ha sido su patrón de consumo durante todo el proceso (ver figura 5).

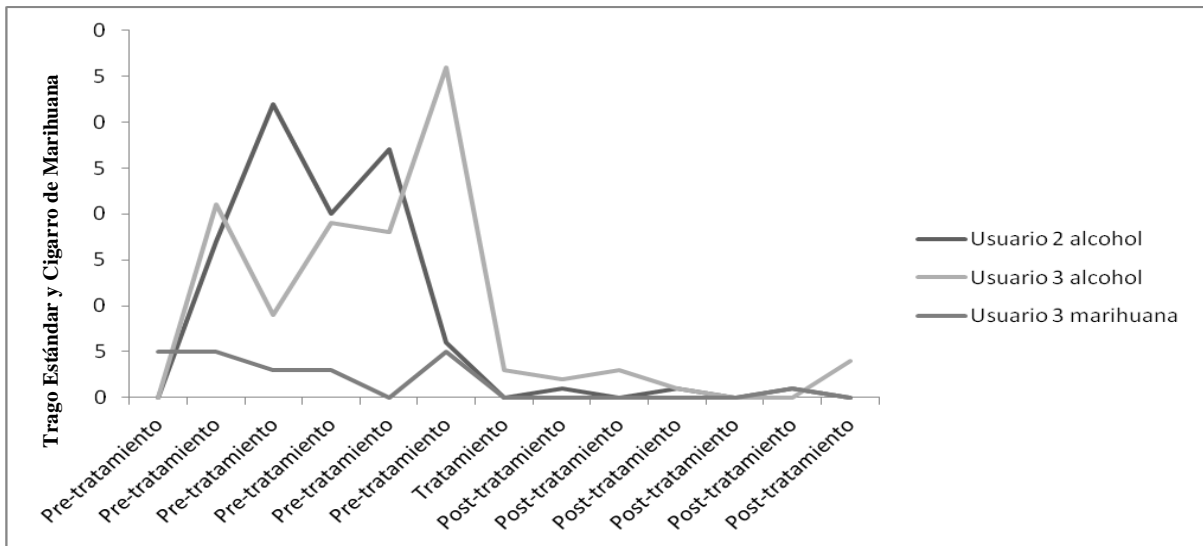


Figura 5. Patrón de consumo de alcohol y marihuana durante Pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento.

Usuaría 4

En el usuario 4 el programa trabajó una reducción gradual del consumo de tabaco, la siguiente figura (ver figura 6) muestra los cambios observados en el promedio de consumo semanal, a lo largo del tratamiento y durante los seguimientos. Se observa un cambio importante en este promedio ya que la usuaria logró la abstinencia.

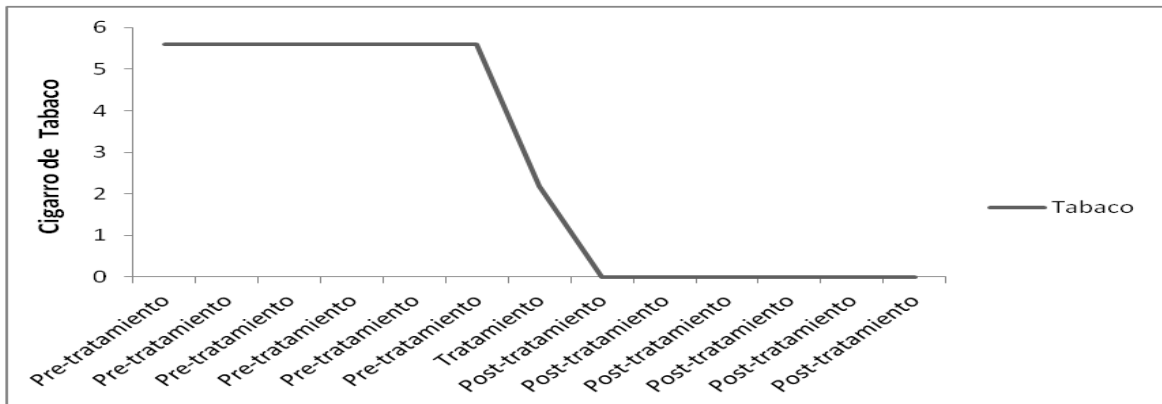


Figura 6. Promedio de consumo mensual pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

2) Índice de Situaciones de Consumo

Usuario 1

Con respecto al Inventario de situaciones de consumo de alcohol la siguiente gráfica muestra los cambios pre- tratamiento y seguimiento a seis meses (ver figura 7). Donde se observa un cambio en las situaciones de riesgo, ya que disminuye el porcentaje de riesgo para las emociones desagradables, malestar físico, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros. Sin embargo en las categoría de probando mi autocontrol, necesidad física y momentos agradables con otros se muestra un incremento, lo cual puede relacionarse a que los contextos de más riesgo se asocian a salidas con amigos que insisten en el consumo, donde él mismo pone a prueba su moderación.

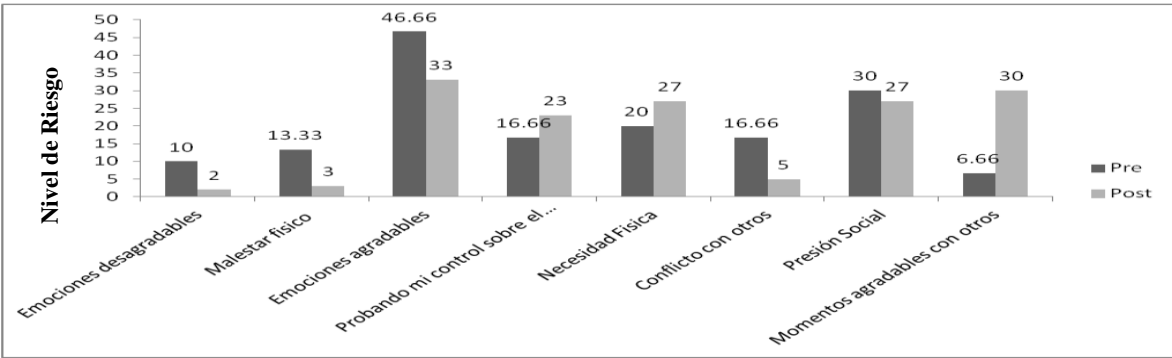


Figura 7. Cambios Pre-Post en la escala Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

Usuarios 2 y 3

La figura 8 muestra los cambios observados en el Inventario de Situaciones de Riesgo. Se observa en general una disminución de las situaciones de riesgo lo cual es indicativo de que los usuarios ha adquirido más estrategias de enfrentamiento para evitar el consumo excesivo de alcohol.

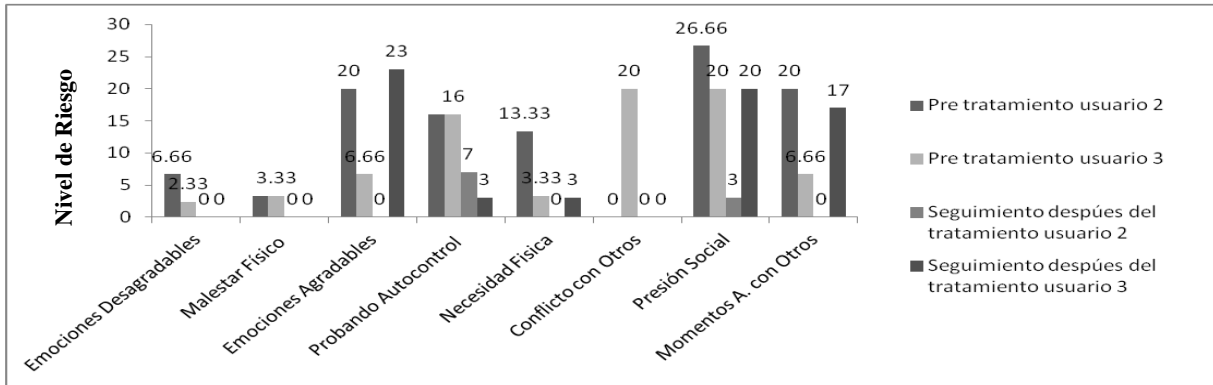


Figura 8. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA, comparando pre tratamiento y post tratamiento.

El usuario 3 se le aplicó el instrumento ISCA por tener consumo de marihuana como sustancia de impacto, con las situaciones de riesgo para el consumo de marihuana, en la figura 9 se muestra los cambios obtenidos posterior al tratamiento. Los resultados indican una disminución importante de las situaciones de riesgo, a lo cual se concluye que el programa le brindó estrategias al usuario para enfrentar el riesgo de consumo de marihuana.

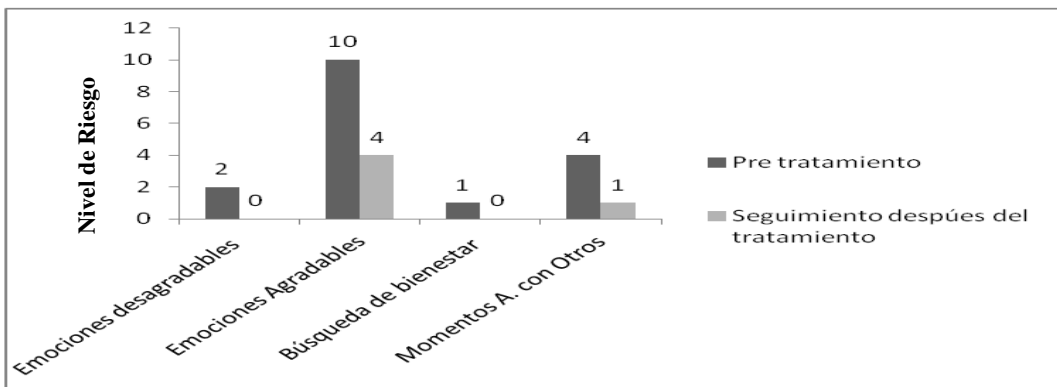


Figura 9. Cambios en las situaciones de riesgo, medido a través del Inventario de Situaciones de Drogas para Adolescentes ISDC-A, comparando pre tratamiento y post tratamiento.

3) Índice de Autoeficacia

Usuario 1

En comparación con sus puntuaciones previas la siguiente gráfica muestra los cambios en el nivel de autoeficacia (ver figura 10). Se observa que esta variable también ha cambiado por las nuevas estrategias de enfrentamiento aplicadas que le han funcionado al usuario, las áreas que aumentaron son emociones agradables, necesidad física y momentos agradables con otros.

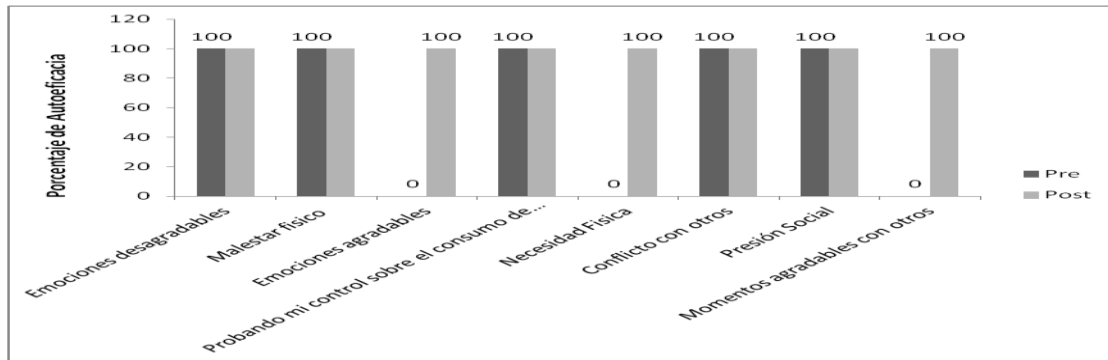


Figura 10. Cambios Pre-Post en la escala Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS).

Usuarios 2 y 3

La figura 11 muestra los cambios pre- post observados en el cuestionario de confianza situacional de estos usuarios. Se observa en general un aumento en la percepción de auto eficacia para resistirse a no beber en exceso alcohol, principalmente en las áreas emociones desagradables, emociones agradables, probando autocontrol y presión social.

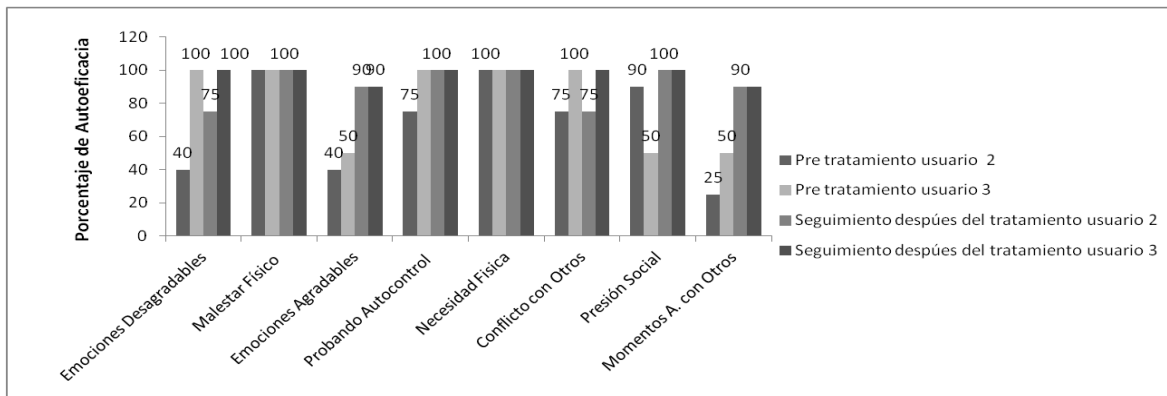


Figura 11. Cambios en la percepción de auto eficacia, medido a través del Cuestionario de Confianza Situacional CCS comparando pre tratamiento y post tratamiento.

4) Nivel de sintomatología depresiva y ansiosa

Usuaría 4

Durante el tratamiento se monitoreo el nivel de sintomatología depresiva- ansiosa de la usuaria, por las características de su programa de intervención. Se observó que no la presentaba previa al tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos. Lo cual era indicativo de que la usuaria no presentó sintomatología del síndrome de abstinencia al dejar su consumo al no presentar molestias físicas de ansiedad que pudieran reflejar su necesidad por el consumo. En la siguiente gráfica (ver figura 12) se muestran los puntajes obtenidos en los Inventarios de Beck a lo largo del tratamiento. En la primera fase de evaluación la usuaria muestra en el inventario de depresión de

Beck un puntaje de cero, lo cual implica que no hay sintomatología depresiva. En el inventario de Ansiedad la usuaria muestra un puntaje de 1, lo cual implica un nivel de ansiedad mínimo.

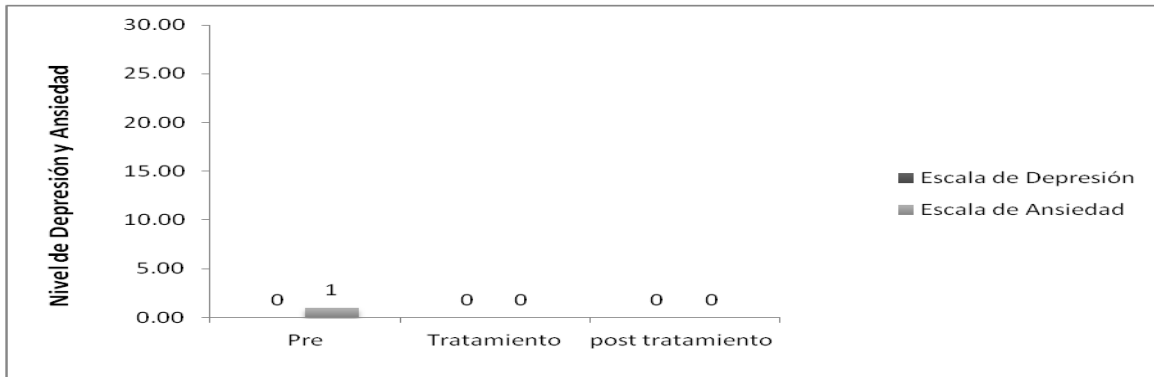


Figura 12. Puntajes en los inventarios de Beck en pre tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

5) Estilos de afrontamiento

Usuaría 5

Tanto el reporte verbal de la usuaria como los datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados demuestran que hubo cambios tanto en el malestar percibido como en las formas de enfrentar. En cuanto a las formas de enfrentar, se observan cambios en relación con los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas (ver figura 13), esto sugiere la adopción de una posición de retirada frente al usuario, lo cual concuerda con que ella se está involucrando en más actividades que la distraigan del problema y le ayuden a sentirse mejor. La tolerancia disminuye porque ya no soporta tanto el consumo de su hijo como antes, por lo cual estableció más límites en su casa con respecto a la hora de llegada o al notar que se encuentra bajo el consumo se vaya lejos de la casa. Sin embargo sigue involucrado en la rehabilitación de su hijo, apoyándolo llevándolo a su terapia, lo cual nos indica que el sentido de involucramiento y apoyo se ha mantenido.

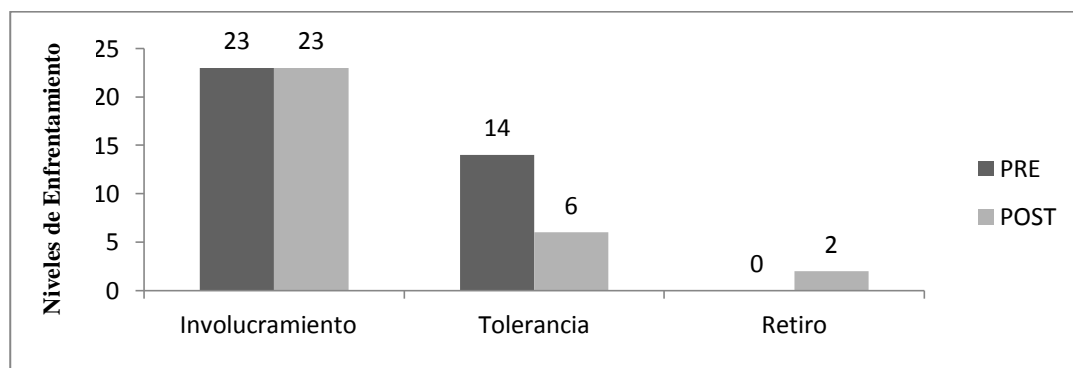


Figura 13. Formas de enfrentar antes y después de la intervención

6) Nivel de sintomatología asociado al estrés

Usuaría 5

Los resultados de la Escala de Síntomas muestran que hubo una disminución en el número de síntomas físicos (Ver gráfica 14) y psicológicos (Ver gráfica 15) reportados, así como en la frecuencia con que éstos se experimentan. En la figura 14 se observa la disminución de los síntomas físicos (poco apetito, palpitaciones, dolor de pecho y temblores) la mayoría de los síntomas disminuyeron mientras que otros permanecieron estables pero no aumentaron.

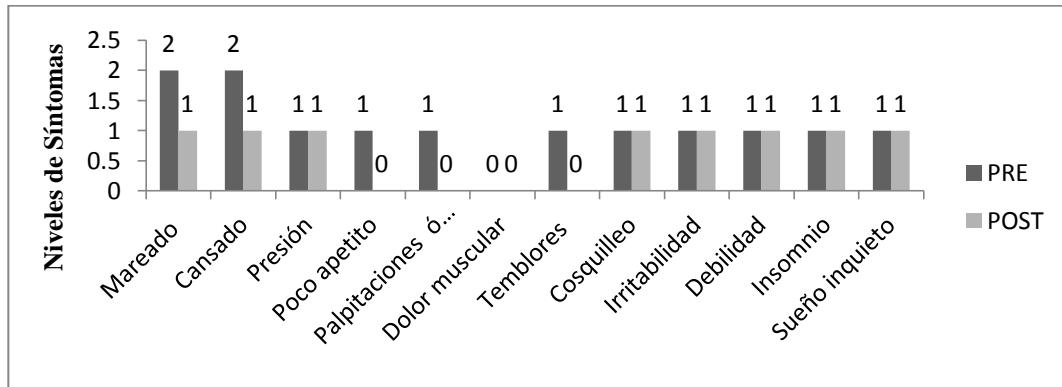


Figura 14. Sub-escala de síntomas físicos antes y después de la intervención.

La figura 15 muestra la disminución de los síntomas psicológicos, la mayoría de los síntomas disminuyeron (pensamientos de desesperanza, poca memoria, culpa, sensación de valer menos, tensión e inferioridad) mientras que otros permanecieron estables pero no aumentaron.

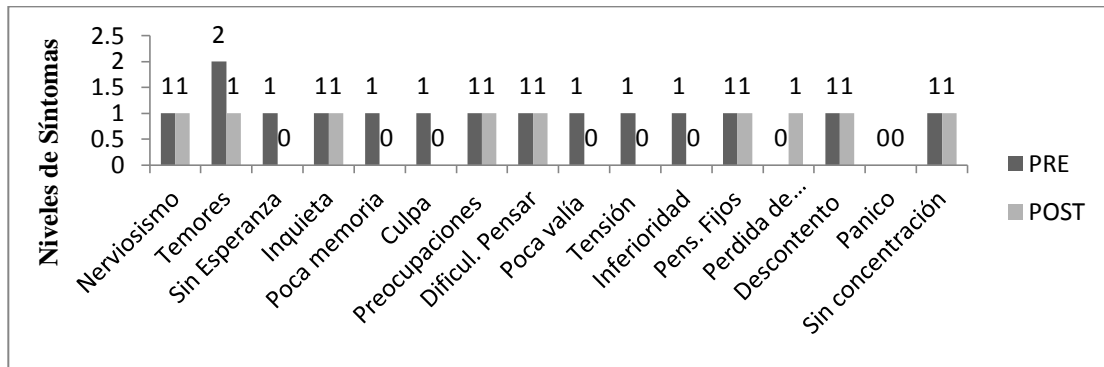


Figura 15. Subescala de síntomas psicológicos antes y después de la intervención

2.1.3. Discusiones y conclusiones generales de los programas de tratamiento

En cuanto al *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, considero que de acuerdo a sus criterios de inclusión bien delimitados, el programa funciona mostrando cambios en el patrón de consumo y en el mantenimiento de estrategias de enfrentamiento a las situaciones de riesgo. Sin embargo el programa debería ser adaptado a otro tipo de poblaciones que también presentan un patrón de consumo excesivo sin llegar a tener características de dependencia. La población indígena de diferentes estados de la república como hemos notado en los datos aportados por las recientes encuestas de adicciones está incrementando su consumo de alcohol y drogas, por lo que se necesitan programas orientados para ellos en lenguaje y técnicas de explicación de los conceptos de moderación.

Considero también, que el modelo es flexible a un aumento en sesiones de intervención, ya que las cuatro sesiones pueden ser insuficientes para algunos casos que presentan un consumo muy excesivo (arriba de 10 tragos por ocasión) y con una frecuencia de dos o tres veces por semana, además de que a la tercera sesión del modelo no logren alcanzar su meta de moderación. En el caso expuesto con este modelo se observó la enseñanza de habilidades como el control de enojo y manejo de la ansiedad, las cuales no son contempladas dentro del modelo sin embargo se le dieron ya que el usuario las requería como ayuda para sus estrategias de enfrentamiento, por lo cual

considero que los profesionales capacitados con este modelo deben tener un bagaje de otras técnicas cognitivo- conductuales que puedan beneficiar a los usuarios en su tratamiento.

El modelo debe mejorarse también en el diseño de contenidos, ya que las lecturas pueden manejarse en folletos más prácticos, con imágenes que resulten más atractivas a la vista y dependiendo la población a la que va dirigida adaptar el lenguaje de la lectura. En esta misma línea los auto registros pueden hacerse más prácticos y atractivos visualmente, con lo cual los usuarios tengan más facilidad para contestarlo, sugiero pueda hacerse un folleto donde ya se incluyan las cuatro sesiones de tratamiento.

Los resultados muestran que el *Programa de Intervención Breve para Adolescentes*, permitió la reducción del patrón de consumo de los adolescentes consumidores de alcohol y marihuana. Se encontró en los análisis de las pruebas ISCA y CCS cambios importantes que sugieren que el programa no sólo fue efectivo en la reducción del patrón de consumo, sino también en la percepción de eficacia para enfrentar situaciones de riesgo, así como diversas estrategias para mantener la moderación con respecto al consumo de alcohol y la abstinencia con la marihuana. El cambio logrado se mantuvo hasta seis meses después de concluido el tratamiento. También se observó una reducción del número de problemas asociados a éste.

Una característica de ambos casos es que el resultado no se limitó a lograr la abstinencia en el consumo de alcohol y marihuana, sino que la meta que los adolescentes eligieron fue el consumo responsable. Al respecto ambos adolescentes redujeron su consumo de manera importante ubicándose en un rango no problemático. Es importante aclarar que la abstinencia es considerada por muchos investigadores y personal del área de la salud como la meta ideal de cambio en los adolescentes por varias razones, entre ellas: 1) la abstinencia es la meta de la mayoría de los programas de tratamiento en adultos, 2) cualquier uso de drogas por menores de edad es ilegal, y 3) el uso de drogas por los menores de edad es generalmente inaceptable entre los adultos. Sin embargo, se reconoce que cualquier cambio en la conducta que reduce el daño puede ser considerado como un cambio positivo para el sujeto debido a la disminución de los problemas relacionados por el consumo.

Los resultados y limitaciones de esta intervención me permiten proponer investigaciones que ayuden a identificar las características de los adolescentes para los cuales es efectivo el tratamiento, lo que hace necesario evaluar en futuras investigaciones nuevas conductas problema (comorbilidad) que puedan afectar los resultados del tratamiento.

Otro punto importante a desarrollar es la adaptación del modelo a población indígena y comunidades rurales, ya que aún se carece de datos que demuestren que el programa es efectivo para entornos donde el trabajo dentro de sesión implique técnicas más lúdicas.

Finalmente, es importante desarrollar estrategias de detección oportuna a los adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, además se requieren criterios válidos y confiables para diferenciar el abuso y la dependencia entre los adultos y los adolescentes. Por lo anterior resulta fundamental desarrollar pruebas psicológicas validadas y confiables para población adolescente.

El Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores mostró efectos específicos en el patrón de consumo de la usuaria atendida. Este programa enfatiza el fortalecimiento de la autoeficacia y el modelo de prevención de recaídas que proporcionen estrategias que le permitan hacer frente a sus situaciones de riesgo y así mantener su abstinencia.

Es importante para este tipo de intervenciones realizar seguimientos que muestren a largo plazo los cambios conductuales a largo plazo: a los 12 meses o más después del tratamiento, además de emplear marcadores biológicos (monóxido de carbono en el aire espirado, niveles de cotinina en orina o plasma) que se correlacionen con los auto reportes de los usuarios y con esto tener mayor validez en los resultados del programa.

El programa ha mostrado ser efectivo en pacientes con dependencia baja para el logro de la meta de abstinencia, sin embargo en dependencia severa ha mostrado ser efectivo en la reducción en el patrón de consumo, por tal motivo considero que el programa debería de pilotarse en

combinación con Terapias de Reemplazo Nicotínico para observar si de esta manera se logra llegar a la meta de abstinencia en usuarios crónicos. Además de realizar ensayos clínicos aleatorizados que permitan hacer transportable esta innovación terapéutica a otros contextos del país.

En cuanto al *programa de apoyo a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas*, sería importante agregar al modelo alguna escala que nos indique que tan satisfecho se siente el usuario con el tratamiento, donde incluso nos pueda retroalimentar sobre cómo mejorar la intervención.

Así mismo se sugieren sesiones de seguimiento para el programa, en las que se pueda evaluar qué tanto le ha servido al usuario la intervención, por lo menos tres meses después de terminada la intervención lo cual podría dar varios datos referentes al mantenimiento.

La estructura de las sesiones no está definida claramente en cuanto a la secuencia de pasos a seguir durante las sesiones, así como a la realización de estrategias para enfrentar los problemas actuales, sugeriría listas de chequeo sobre las actividades a realizar.

En cuanto al material de trabajo dentro de la sesión considero importante formular folletos para los usuarios ya que solo hay material para el orientador. Estos ayudarían mucho al usuario a repasar la información vista y a que pueda recordar los contenidos al paso del tiempo, además de que estos materiales pueden contener técnicas de relajación y una serie de pasos que le permitan al usuario tranquilizarse si presenta algún problema con su familiar.

2.2. Construcción de la Escala de determinantes en la recaída al consumo de alcohol

Algunos estudios de seguimientos longitudinales en otros países indican que la recaídas ocurren en el 50% de los pacientes en los primeros tres meses del tratamiento, mientras que a los seis meses la tasa alcanza el 80% (Moos, Finney y Cronkite, 1990).

La recaída ha sido definida de varias formas, entre ellas, como reanudación del uso de drogas después de un período de abstinencia, donde hay un retorno a los niveles previos de uso, como una reanudación de la adicción (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980).

Actualmente Witkiewitz y Marlatt (2004) propone que los determinantes son dinámicos y multidimensionales. El uso de una respuesta de enfrentamiento efectiva puede no garantizar un incremento en la autoeficacia y continuar en la abstinencia, aunque en conjunción con apoyo social funcional y negativas expectativas de consumo, esto puede incrementar en gran medida la probabilidad de mantenimiento. Así mismo cambios insignificantes en un factor de riesgo, por ejemplo reducción de autoeficacia, puede incrementar el craving, tener expectativas positivas de consumo e intensificar estados emocionales negativos. Estos pequeños cambios pueden resultar en una recaída, iniciada por un factor de riesgo.

Desde este marco conceptual se inicio la construcción de una escala que permitiría identificar el riesgo de recaída contemplando una serie de constructos con los que teóricamente se relaciona este proceso. La realización de esta escala formó parte de las actividades de residencia dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría en su Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF).

2.2.1. Método

Se diseñó un cuestionario con 14 preguntas abiertas, que permitiera indagar los determinantes de recaídas propuestos por Witkiewitz y Marlatt (2004) en población mexicana.

El cuestionario se aplicó a 55 personas, 11 mujeres y 36 hombres, que acudían a tratamiento al CAAF y se aplicó a 8 hombres que asistían a un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), ubicado en el Estado de México.

Al finalizar esta tarea se continuó con el análisis de contenido de la información obteniendo como primera prueba de instrumento, una escala pictórica tipo Likert con cinco

opciones de respuesta. Se utilizó este tipo de escala por su claridad, objetividad y comprensión de la

Dimensiones	Determinantes Intrapersonales	Determinantes Interpersonales
<i>Cognitivo</i>	Craving: 5 reactivos Expectativas de consumo: 5 reactivos Autoeficacia: 5 reactivos Motivación: 5 reactivos	Influencia social: 5 reactivos Influencia social: 5 reactivos Influencia social: 5 reactivos Influencia social: 5 reactivos
<i>Emocional</i> <i>Conductual</i>	Estado emocional: 5 reactivos Estrategias de enfrentamiento: 5 reactivos	Influencia social: 5 reactivos Influencia social: 5 reactivos

tarea para los participantes (ver tabla 11).

Tabla 11

Participantes

En esta segunda fase se trabajó con 300 participantes que acudían o se encontraban anexados en diferentes grupos de AA del Estado de México y Distrito Federal. El 87% de la muestra eran hombres y 12% mujeres. El 78% de la muestra no presentaba consumo en el último mes y el 13% comentaba haber consumido en el último mes. La muestra comprendía edades entre 18 y 70 años.

Instrumentos

Se trabajó con el instrumento de “Determinantes de recaídas al consumo de alcohol” constituido por 60 reactivos, con cinco opciones de respuesta, cuyos indicadores iban de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Procedimiento

Las aplicaciones se llevaron a cabo de forma grupal dentro de los espacios donde sesionan los grupos de hora y media de AA en el Estado de México y en los espacios de juntas en tres anexos de AA del Distrito Federal. Se decidió acudir a estos grupos por la posibilidad de abarcar una N de 300 ya que se reúnen aproximadamente entre 10 y 20 personas en estos grupos.

El tamaño de la N se necesitaba dadas las características del instrumento, ya que eran 60 reactivos con cinco opciones de respuesta.

Se les dieron 20 minutos para contestarlo. En cada caso el aplicador dictó las instrucciones, proporcionó un ejemplo, se aclararon dudas y se procedió a la aplicación del instrumento.

Análisis

Se realizó un procedimiento estadístico para la validación psicométrica del instrumento a través de nueve pasos. Se analizaron las frecuencias observando la distribución de cada reactivo, se realizó un análisis de correlación para verificar la independencia de los reactivos entre sí y obtener un índice de confiabilidad de la escala completa. Para corroborar la validez de constructo se procedió un análisis factorial con una rotación ortogonal (Varimax).

2.2.2 Resultados y Discusiones

Se obtuvo una adecuada consistencia interna (alpha de .92), la cual no aumentaba de manera significativa al eliminar determinados reactivos. Al realizar el análisis factorial, se obtuvo una solución de cuatro factores, los cuales fueron nombrados como: precipitadores de consumo (PC), apoyo familiar (AF), expectativas de consumo (EC) y estrategias de enfrentamiento (EE). Respecto

a los índices de consistencia interna de los cuatro factores y del instrumento total se encontró que estos fueron altos y significativos en todos los casos, dado que el más bajo de ellos fue el observado en el factor Estrategias de Enfrentamiento (alfa= .711). La dispersión encontrada entre los reactivos tanto por factor como en el instrumento total fue baja, por lo tanto, la integración y claridad conceptual obtenida fue adecuada (ver tabla 12).

Tabla 12

Subescalas	Numero de reactivos	Confiabilidad
Precipitadores de Consumo	20	.789
Apoyo Familiar	4	.829
Expectativas de Consumo	3	.711
Estrategias de Enfrentamiento	4	.963
Determinantes de recaídas total	31	.929

Índices de consistencia interna de los nuevos reactivos por subescala

La propuesta de recaídas al consumo de drogas de Witkiewitz y Marlatt (2004) contempla siete determinantes, por lo que se esperaba encontrar esos determinantes dentro de los factores de la escala. Sin embargo se obtuvieron cuatro: precipitadores de consumo (PC), apoyo familiar (AF), expectativas de consumo (EC) y estrategias de enfrentamiento (EE), para observar la escala revise el anexo 8).

Dentro del factor precipitadores de consumo se encuentran incluidos reactivos de estados emocionales y situaciones generadoras de craving. Aquí dos determinantes teóricos se unieron y los otros tres factores conforman un determinante teórico. Por otro lado los determinantes teóricos de autoeficacia y motivación, no parecieron ser significativos para la población en que se aplicó la prueba.

A partir de los resultados obtenidos se observa que el instrumento desarrollado en esta investigación es válido, a nivel de constructo. Sin embargo debe aplicarse nuevamente para determinar una adecuada direccionalidad, y también contrastar los factores obtenidos con la teoría, en una población más representativa de personas dependientes al alcohol en proceso de remisión del consumo y considerar mediciones paralelas con constructos teóricamente relacionados para obtener una validación de criterio.

En esta segunda aplicación se deberá tener en cuenta una N más grande, una muestra más representativa donde no solo se contemplen personas anexadas o adscritas a grupos de Alcohólicos Anónimos sino población que acude a centros de tratamiento con modalidad psiquiátrica y psicológica. Se sugiere indagar si los dos determinantes teóricos que no se mostraron en esta escala (autoeficacia y motivación) realmente no son representativos en el fenómeno de la recaída para población mexicana. Así como observar la vinculación existente en esta escala, entre los estados emocionales y situaciones generadores de craving que terminaron agrupándose como un solo factor.

2.3. Validación del Cuestionario del Craving de Cocaína (CCQ-G) en Población Mexicana

Uno de los elementos que más ha llamado la atención en materia de adicciones es el *craving*, que en general ha sido definido como el deseo compulsivo de consumir la droga, sin embargo se ha propuesto en la última década una definición multidimensional del craving, donde se conjugan expectativas de uso, intención de uso, impulsividad y cognición (Tiffany, 1999). El estudio del *craving* tiene el objetivo de comprender mejor la dependencia a las drogas, asimismo se ha propuesto como un elemento fundamental para la planeación de estrategias de control del deseo de consumo dentro del tratamiento del consumo de drogas, siendo abordado desde distintas perspectivas teóricas.

La importancia de tener un instrumento clinimétrico para medir el craving es que permitirá la realización de investigaciones y un manejo más práctico del fenómeno en los pacientes con trastornos adictivos. La relevancia social de este instrumento es que actualmente el consumo de

cocaína es una de las principales drogas de abuso en el mundo, siendo la segunda droga de preferencia en México, sólo después de la marihuana. Ambas sustancias han mostrados incrementos importantes en la incidencia de consumo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008).

El artículo de validación del cuestionario del craving de cocaína (CCQ-G) en población mexicana fue desarrollado dentro del programa de residencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Se publicó en la revista mexicana Salud Mental, volumen 34 número 6 año 2011. El trabajo realizado en este estudio consistió en la obtención de la muestra, vaciado de datos, análisis estadístico de los datos; y redacción de la metodología y de los resultados. Su redacción se llevó a cabo en el idioma inglés por lo cual se presenta con la redacción en la que fue publicado en los anexos.

Este proyecto surge como parte de un protocolo farmacológico que buscaba la reducción del craving. Por lo tanto se decide diseñar una escala de autoreporte que acompañe la serie de mediciones de la investigación farmacológica.

2.3.1. Método

Participantes

La muestra se constituyo de 233 participantes varones, que se encontraban anexados entre su cuarta y doceava semana en cinco diferentes centros de tratamiento para adicciones. Se identificó que los participantes no cursaban con algún diagnóstico psicótico, bipolar en fase maniaca aguda, ni daño cognoscitivo que incapacitara la correcta contestación del instrumento. Los participantes cumplían con los criterios diagnósticos para abuso y dependencia a cocaína de acuerdo al DSMIV-TR.

Procedimiento

El proceso de validación consistió en tres etapas, la primera fue la traducción del Cocaíne Craving Questionarie (CCQ-G) (Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993), bajo seis jueces expertos en el área de las adicciones. En la segunda etapa se contactaron centros de tratamiento para el consumo de drogas con el fin de solicitar la participación de los usuarios de cocaína en internamiento, con ayuda del personal de los centros se identificaron a los consumidores.

Se llevó a cabo el proceso de entrevista para identificar que se cumplieran con los criterios de inclusión con el apoyo de psiquiatras residentes que realizaban prácticas profesionales en los centros. Los criterios implicaban que los usuarios solo fueran usuarios de cocaína, que no estuvieran en síndrome de abstinencia, que no presentaran psicosis, que no estuvieran en una fase activa de un episodio maniaco y que no tuvieran algún daño cognoscitivo.

A los participantes que cumplieron con los criterios se les dio breve información sobre el estudio y se les dio una solicitud de consentimiento de participación a los usuarios y a sus tutores legales.

En la tercera etapa se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de medición de craving CCQ-G y cuestionario de historia de consumo y datos demográficos. Una vez recabada la información, Se realizó el análisis de la confiabilidad del instrumento y verificación de la validez por medio de análisis factoriales.

2.3.2. Resultados y Discusiones

Para determinar si los datos eran apropiados para un análisis factorial, se examinó la muestra de adecuación de Kaiser (1974), obteniendo un índice MSA de .853. Este dato cae dentro de los valores óptimos de la muestra de acuerdo a Kaiser (1974). Se obtuvo una adecuada consistencia interna ya que se obtuvo un alpha estandarizada de .872.

Se realizó un análisis factorial con rotación varimax, se obtuvo una estructura de tres factores. De los 45 reactivos que fueron sometidos, se seleccionaron doce reactivos que mostraron adecuadas cargas factoriales iguales o mayores a 0.40 (ver tabla 13).

Tabla 13

Reactivos		Cargas factoriales
Factor 1: Intención de uso de cocaína		
(Intention to use Cocaine) ($\alpha=0.84$)		
6	Si me ofrecieran coca, la consumiría inmediatamente (If I were offered some "coke", I would use it immediately).	0.68
16	Haría cualquier cosa por cocaína (I would do almost anything for cocaine now).	0.51
31	Habría consumido cocaína, tan pronto como hubiera tenido la oportunidad (I will have used cocaine as soon as I get the chance).	0.83
34	Nada sería mejor que consumir coca (Nothing would be better than using "coke").	0.40
37	Habría consumido cocaína lo más pronto posible (I am going to use cocaine as soon as possible).	0.72
	Varianza (%)	44%
Factor 2: Deseos de Consumo de cocaína		
(Desire for cocaine consumption) ($\alpha = .82$)		
9	Tengo intensos deseos de usar "coca" ahora (I crave "coke" right now).	0.50
21	Sentí urgencia de consumir cocaína (I have an urge for cocaine).	0.55
26	Todo lo que quería consumir era cocaína (All I wanted to use was cocaine).	0.83
33	Quise tanto la cocaína que casi pude saborearla (I wanted cocaine so bad I could almost taste it).	0.56
	Varianza (%)	13%
Factor 3: Expectativas Positivas de consumo de cocaína		
(Positive expectancies for cocaine consumption) ($\alpha = .67$)		
7	Consumir cocaína me habría hecho sentir menos deprimido (Using cocaine would have made me feel less depressed).	0.42
25	Me habría sentido energético si hubiera consumido cocaína (I would feel energetic if I used cocaine).	0.65
40	Consumir coca me habría hecho sentir menos cansado (Using "coke" right now would make me feel less tired).	0.81
	Varianza (%)	8%

Estructura factorial de la escala con Cargas factoriales y coeficientes alfas

Los coeficientes de confiabilidad de los tres factores y la consistencia interna general fueron altos y significativos. La dispersión encontrada entre factores y en el instrumento general fue baja, por lo tanto, la integración y la claridad conceptual obtenida fue adecuada, lo cual se observa gráficamente con la siguiente figura (ver figura 16).

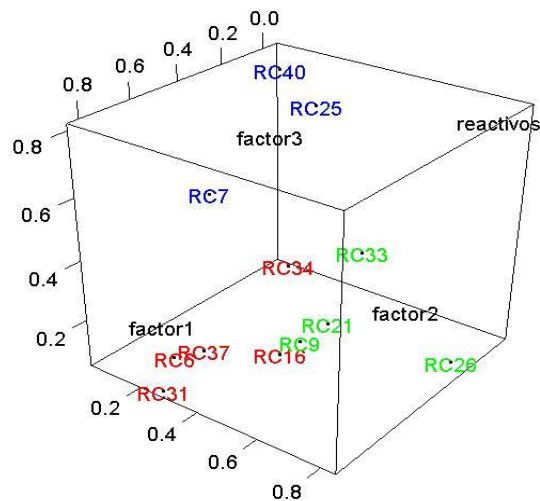


Figura 16. Espacio Geométrico del Análisis Factorial

El objetivo de este estudio fue traducir y validar el CCQ-G (Tiffany, et al., 1993) para ser utilizado en la población mexicana. Los resultados encontrados indican que las características psicométricas de la versión mexicana son buenas. Se encontraron 3 factores que son similares a las señaladas por Tiffany y cols. (1993). Los cuales fueron nombrados de la siguiente manera: intención de consumir cocaína, deseo de consumo de la cocaína y expectativas positivas del consumo de cocaína. Estos tres factores describen una parte de las cinco dimensiones que constituyen la prueba original: (1) deseo de consumir cocaína, (2) la anticipación de los resultados positivos del uso de la cocaína, (3) anticipación de alivio de los síntomas de abstinencia de cocaína (4) la intención de uso de cocaína, (5) pérdida de control sobre el uso de cocaína. Estos tres factores son también similares a los encontrados en la versión breve española (Muñoz, Martínez, Tejero y Cepeda-Benito, 2008).

Las limitaciones de este estudio incluyen la falta de mujeres en la muestra, así como la falta de un proceso de validación de criterio. Los estudios futuros deben incluir una variable relacionada con craving, para demostrar la validez.

CAPITULO III

Reporte de Investigación

3.1. Efectividad de una Intervención Grupal para la Dependencia al Alcohol en Pacientes con Diagnostico Dual

Introducción:

Diversos estudios han evaluado la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en pacientes quienes reciben tratamiento por otros trastornos mentales. Entre los diversos estudios que analizan específicamente la comorbilidad psiquiátrica en pacientes que reciben tratamiento por su trastorno asociado al uso de sustancias hay que mencionar el estudio de Ross y cols. (1988), en el que se evaluó la prevalencia actual y a lo largo de la vida de trastornos mentales comórbidos, a partir de criterios DSM-III y mediante el DIS, en 501 pacientes que habían acudido a tratamiento por problemas con el alcohol u otras sustancias, en Canadá. Se observó que el 78% de los pacientes cumplían criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida y el 65% de un trastorno psiquiátrico actual asociado a su trastorno por uso de sustancias. Los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno antisocial de la personalidad, las fobias, las disfunciones sexuales, la depresión mayor y la distimia.

Posteriormente, Tomason y Vagium (1995), en un estudio de seguimiento realizado en Islandia, evaluaron la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de 351 pacientes dependientes al alcohol y otras sustancias. Por la reducida demografía del país, la muestra es representativa de la población adicta de Islandia. El 70% de los pacientes dependientes solamente al alcohol y el 90% de los sujetos poli usuarios presentaban un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (65%), seguidos por los trastornos afectivos (33%), el trastorno antisocial de la personalidad (28%) y las disfunciones sexuales (20%).

Es importante destacar la importante asociación entre depresión y trastorno por uso de sustancias. Múltiples estudios coinciden en describir que hasta el 70% de los pacientes dependientes al alcohol o a otras sustancias presentan un trastorno depresivo al iniciar el tratamiento de desintoxicación o en las etapas iniciales de la abstinencia (Renner y Ciraulo, 1994). Sin embargo, durante las 4 semanas posteriores al último consumo, las tasas de depresión entre pacientes con un trastorno por uso de sustancias descienden por debajo del 20%, lo que sugiere la naturaleza orgánica y el carácter transitorio de la sintomatología afectiva en estos casos, así como la interrelación entre ambos trastornos psiquiátricos. Especial mención merece la relación entre depresión y dependencia a nicotina. No sólo la prevalencia de depresión es prácticamente el doble en pacientes dependientes de nicotina que en no fumadores, sino que además la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo se correlaciona con el número de cigarrillos fumados. Se ha observado que la existencia de antecedentes de depresión mayor aumenta el riesgo de progresión del fumador ocasional al fumador dependiente de nicotina, mientras que el consumo diario de cigarrillos aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor (Quatrocki, Baird y Yurgelun-Todd, 2000).

Otro diagnóstico psiquiátrico que merece atención especial es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se han documentado la frecuente presencia de un trastorno por uso de sustancias en personas con antecedentes de un acontecimientos traumáticos grave, como abuso sexual en la infancia (Martínez-Raga et al., 2002). De hecho, se ha descrito que hasta el 75% de los pacientes veteranos de guerra con diagnóstico de TEPT cumplían criterios de abuso o dependencia al alcohol (Regier, et al., 1990). La naturaleza de esta asociación parece compleja, tal como sucede con el resto de las patologías duales. Por una parte, se ha postulado que los pacientes con TEPT recurrirían al alcohol o a otras sustancias en un intento de automedicación para aliviar los recuerdos dolorosos, la disforia persistente, la baja autoestima o los altos niveles de ansiedad.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es otro diagnóstico que a menudo se asocia con el trastorno por uso de sustancias. De hecho, no sólo los niños y adolescentes con TDAH presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias, sino que la

existencia de TDAH se asocia con un inicio más precoz de la dependencia de sustancias (Biedernab, Wilens, Mick, Faraone y Spencer, 1998). En concreto, la relación entre TDAH y trastorno por uso de sustancias es particularmente evidente en el caso de las sustancias psicoestimulantes. Mientras que en el caso del alcohol los datos epidemiológicos sobre esta comorbilidad son poco consistentes, en adultos con TDAH la prevalencia de dependencia a nicotina es casi un 60% superior a la de la población general. Asimismo, hasta el 35% de los pacientes con un trastorno por uso de cocaína han presentado un TDAH en la infancia o adolescencia, asociándose este trastorno comórbido con una edad más temprana de inicio en el consumo de cocaína y con una mayor intensidad y frecuencia del consumo. Sin embargo, también en pacientes dependientes a opiáceos se ha observado que la prevalencia de TDAH a lo largo de la vida se sitúa alrededor del 20%.

En términos generales, la OMS (2009a), estima que dos tercios de la población consumidora de sustancias cursa con algún grado de Psicopatología; un tercio de la población psiquiátrica consume sustancias psicoactivas y para el año 2025 será de *dos tercios*; y el abuso de drogas no está especialmente asociado a un trastorno psiquiátrico específico.

El incremento en los índices de trastornos adictivos derivados del alcohol en nuestro país y la alta prevalencia de diagnóstico dual nos remiten a la importancia de integrar o combinar intervenciones psicosociales para su rehabilitación. En México aún se carece de tratamientos integrales que se enfoquen a tratar este tipo de problemáticas (Rojas, Real, García-Silberman y Median-Mora, 2011).

La integración o la combinación de intervenciones psicosociales pueden ser útiles cuando los pacientes presentan consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos al mismo tiempo.

Existe diversa evidencia que respalda la terapia cognitivo-conductual grupal para pacientes con diagnóstico dual (con cualquier sustancia) y/o para pacientes duales únicamente con dependencia o consumo riesgoso de alcohol. En la literatura reciente se ha mostrado la efectividad de tratamientos cognitivos-conductuales en pacientes con los siguientes trastornos: trastorno bipolar (Weiss, et al., 2007; Brown, et al., 2009; Weiss, et al., 2009); depresión mayor o sintomatología depresiva (Kay-Lambkin, Baker, Lewin y Carr, 2009; Baker, et al., 2010; Pettinati, et al., 2010; Watkins, et al., 2011); esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos afectivos mayores (Bellak, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006; Barrowclough, et al., 2010); así como en juego patológico (Toneatto, Brands y Selby, 2009).

La duración de estos tratamientos varía, en algunos casos se ha utilizado: 7 (Toneatto, Brands y Selby, 2009), 12 (Weiss, et al., 2009), 20 (Weiss, et al., 2007), hasta llegar a 26 sesiones de tratamiento (Barrowclough, et al., 2010) mostrando efectividad en disminución de sintomatología psiquiátrica y reducción en el patrón de consumo, además de ser costo efectivos por la gran cantidad de usuarios atendidos con buenos resultados.

Algunos de los estudios mencionan que se eligió específicamente un enfoque de reducción de daños (Weiss, et al., 2007; Weiss, et al., 2009), sin embargo, muchos de los otros estudios no explicitan si utilizaban este enfoque o la abstinencia; en algunos casos se utilizaba un tratamiento basado en el manual del proyecto MATCH (Pettinati, et al., 2010; O'Malley, et al., 2007) adaptado para la patología en cuestión, ambos han mostrado ser eficaces en la disminución de sintomatología psiquiátrica y patrón de consumo, en uno de estos estudios la población presentaba trastorno depresivo mayor y dependencia al alcohol, la combinación farmacológica con sertralina y naltrexona más el tratamiento psicológico presentaba una reducción significativamente mayor de los síntomas de ambos trastornos en contraste a solo utilizar un fármaco para uno de los trastornos y la terapia únicamente (Pettinati, et al., 2010). Si bien en todos los tratamientos se utilizó un enfoque integrado (se abordaban los problemas de consumo, así como de la patología psiquiátrica) solamente un estudio hace comparaciones entre éste y la utilización de un solo enfoque, ya sea sobre el consumo o sobre la patología (Baker, et al., 2010). En el estudio realizado por Barrowclough (2010) se utilizó un tratamiento que mezclaba componentes de entrevista motivacional y cognitivo conductuales encontrando cambios en la cantidad de consumo por ocasión y frecuencia.

Además se encontró (Baker, et al., 2010) que cuando se utiliza un solo enfoque en el abordaje en pacientes con dependencia al alcohol y depresión mayor, los hombres reaccionan mejor cuando se aborda únicamente el consumo de alcohol, mientras que las mujeres tienen mejores resultados en patrón de consumo y sintomatología depresiva cuando se manejan los síntomas depresivos únicamente.

En uno de los estudios (O'Malley, et al., 2007), el manual de tratamiento no se había desarrollado *ex profeso* para abordar la sintomatología psiquiátrica y la dependencia a alcohol de manera integral, sino que los terapeutas utilizaron un manual desarrollado únicamente para problemas de consumo de alcohol y adaptaron su práctica para abordar los problemas relacionados con trastornos alimenticios, obteniendo resultados favorables en la reducción del consumo de alcohol y problemas de alimentación.

Uno de los modelos desarrollados para intervenir en la conducta de consumo dependiente es el *Community Reinforcement Approach (CRA)*, desarrollado por Hunt y Azrin en 1973. El objetivo de este programa era que los usuarios llegaran a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo. Este modelo se comparó con un modelo de tratamiento basado en la filosofía de los 12 pasos de AA; los usuarios que recibieron el tratamiento del CRA tuvieron mejores resultados que los usuarios que recibieron el tratamiento tradicional, ya que las personas que recibieron el CRA bebieron menos y con menor frecuencia, estuvieron menos días internados en alguna institución, se mantuvieron más días empleados y estuvieron mayor tiempo con la familia que los pacientes del modelo tradicional.

Esta terapia se reporta entre las más efectivas para el tratamiento del alcoholismo de acuerdo con tres metaanálisis (Finney y Monahan, 1996; Holder, Longbaugh, Miller y Rubonis, 1991; Wolfe y Meyers, 1999). Higgins y cols. (1998) demostraron la efectividad del CRA en combinación con la dirección de contingencias en el tratamiento del abuso de la cocaína y también lo reportan como un modelo de mayor eficacia para consumidores crónicos de sustancias adictivas, reconocido por el National Institute on Drug Abuse y el National Institute of Alcohol Abusers.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del CRA a población mexicana, este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad, para que el usuario logre su abstinencia de drogas ó la mantenga.

De manera general, el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. El Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro sociales deseados, en conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

El programa consiste en 12 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. Más que forzar al usuario a aceptar su problema de alcohol, el programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas el usuario recurriría inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora él decida enfrentar de manera diferente sus problemas favoreciendo la aplicación de nuevos hábitos.

El primer componente es el análisis funcional de la conducta de consumo, éste es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Se logran identificar situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y se analizan nuevas conductas de no consumo. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro – sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

El siguiente componente del programa, es la Muestra de Abstinencia. A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Un componente adicional, es el uso del Disulfiram (medicamento disuasivo del consumo del alcohol). Este componente se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. El Disulfiram se utiliza a partir del trabajo Interinstitucional al requerir el trabajo del psiquiatra especializado en la problemática del comportamiento adictivo y puede complementarse con el involucramiento de otras personas no consumidoras e importantes para el usuario. La pareja o un familiar monitorean este proceso.

El componente de Metas de Vida Cotidiana, involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. El objetivo principal en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo como una fuente de satisfacción.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones.

El componente de Prevención de Recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Adicionalmente se incluye un componente para el otro significativo en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo.

Es importante mencionar al terapeuta, que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. También, es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes van a ser usados; por ejemplo, si un usuario ya tuviera empleo y no tuviera problemas relacionados con éste, no requiere que el terapeuta imparta el componente de Búsqueda de Empleo.

Este modelo se instrumentó en un estudio piloto en 9 usuarios crónicos, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media y severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas, uno o más tratamientos o internamientos previos y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de vida cotidiana. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones y la duración de las sesiones fue de una hora y media a dos horas por semana. Se utilizó un diseño de caso único con réplicas y seguimientos. La adaptación del modelo original (CRA) incorporó los siguientes cambios: 1) inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de variables predictoras de recaídas: auto-eficacia y precipitadores, 3) se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. Los instrumentos de evaluación pre-post test fueron: línea base retrospectiva (LIBARE), auto-registro, cuestionario de confianza situacional y/o cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas, escala de satisfacción general, inventario de situaciones de consumo de alcohol y/o inventario de situaciones de consumo de drogas.

Los cambios significativos identificados en esta investigación constatan la efectividad del modelo en los nueve usuarios dependientes de sustancias adictivas: decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de auto-eficacia después del tratamiento y en seguimientos; y disminución de la cantidad de precipitadores al consumo después de la intervención

y en los seguimientos. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida más satisfactorio, al incluir actividades incompatibles con el consumo (Barragán, et al., 2005).

Otro modelo que ha mostrado cambios favorables en la rehabilitación de paciente con dependencia al alcohol, es el modelo elaborado por Monti, Abrams, Kadden y Cooney (1989). El Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual es una propuesta que ha sido utilizada en varios estudios mostrando su eficacia (Kadden, et al., 1989; Monti, et al., 1990; Rohsenow, et al., 1991; Cooney, et al., 1991). El tratamiento está compuesto por 22 sesiones, 8 requeridas como básicas para todos los pacientes en los que se aplicó el tratamiento; y catorce sesiones a elegir por el paciente de acuerdo a sus necesidades, de las cuales se elegían cuatro para cada paciente, por lo tanto los usuarios de este modelo recibían un total de 12 sesiones. La estructura de las sesiones del tratamiento están compuestas por: análisis del aprendizaje de las habilidades aprendidas en sesiones previas, realización de tareas sobre las habilidades, enseñanza de una nueva habilidad, Role playings, tareas de las habilidades y planes de acción para situaciones de riesgo.

3.2. Planteamiento del Problema

En México aún se carece de estudios basados en evidencia empírica sobre la efectividad de tratamientos para la atención de pacientes con diagnóstico dual, por tal motivo se elaboró un programa de tratamiento para la abstinencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual.

El objetivo primordial de este estudio es conocer la efectividad de una intervención grupal a tres meses, que favorezca la reducción en el consumo de alcohol, disminuya la sintomatología del diagnóstico dual, aumente la autoeficacia para resistirse al consumo, disminuya los determinantes de recaída al consumo de alcohol y aumente la percepción de satisfacción personal. Las preguntas de investigación que se pretenden responder son las siguientes: ¿La intervención grupal para la dependencia al alcohol disminuye el consumo de alcohol? ¿La intervención grupal para la dependencia al alcohol disminuye la sintomatología psiquiátrica? ¿La intervención grupal para la dependencia al alcohol aumenta la autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol? ¿La intervención grupal para la dependencia al alcohol disminuye los determinantes de recaída al consumo de alcohol?, ¿La intervención grupal para la dependencia al alcohol aumenta la percepción de satisfacción personal?

Para tales objetivos se elaboró una intervención grupal para la dependencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual; su efectividad se mide a través del patrón de consumo de alcohol medido con la línea base retrospectiva LIBARE (Sobell y Sobell, 1992); disminución de sintomatología psiquiátrica medida a través de la lista de chequeo de síntomas SCL90 (Derogatis, 1994); aumento de autoeficacia evaluada en el cuestionario de confianza situacional CCS (Echeverría y Ayala, 1977); disminución de los determinantes de recaídas del modelo propuesto por Witkiewitz y Marlatt (2004) en su modelo dinámico de la recaída los cuales son evaluados en la Escala de Determinantes de Recaídas (Mejía, 2010); y aumento de la satisfacción personal medido a través de la Escala de Satisfacción General (Barragán, et al., 2006).

Objetivos Específicos

Disminuir el patrón de consumo de alcohol en los usuarios que acuden al tratamiento.

Disminuir la sintomatología psiquiátrica en los usuarios que acuden al tratamiento.

Aumentarla autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol en los usuarios que acuden al tratamiento.

Disminuir los determinantes de recaída al consumo de alcohol en los usuarios que acuden al tratamiento.

Aumentar la percepción de satisfacción personal en los usuarios que acuden al tratamiento

Hipótesis

El presente protocolo presenta hipótesis causales multivariadas, cuenta con las siguientes hipótesis:

Hi: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol disminuirán su patrón de consumo. **Hi:** $\bar{X}_{1,1} > \bar{X}_{1,j}$ **J = 2...6**

Ho: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol no disminuyen su patrón de consumo. **Ho:** $\bar{X}_{1,1} = \bar{X}_{1,j}$ **J = 2...6**

Hi: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol disminuirán su sintomatología psiquiátrica. **Hi:** $\bar{X}_{2,1} > \bar{X}_{2,j}$ **J = 2...6**

Ho: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol no disminuyen su sintomatología psiquiátrica. **Ho:** $\bar{X}_{2,1} = \bar{X}_{2,j}$ **J = 2...6**

Hi: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol aumentaran su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol. **Hi:** $\bar{X}_{3,1} < \bar{X}_{3,j}$ **J = 2...6**

Ho: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol no aumentan su nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol. **Ho:** $\bar{X}_{3,1} = \bar{X}_{3,j}$ **J = 2...6**

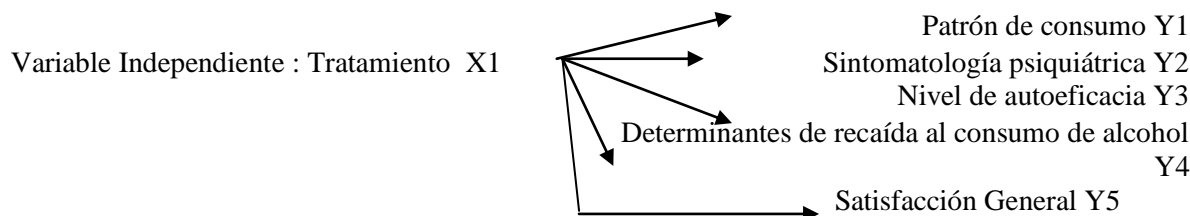
Hi: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol disminuirán sus determinantes de recaída al consumo de alcohol. **Hi:** $\bar{X}_{4,1} > \bar{X}_{4,j}$ **J = 2...6**

Ho: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol no disminuyen sus determinantes de recaída al consumo de alcohol. **Ho:** $\bar{X}_{4,1} = \bar{X}_{4,j}$ **J = 2...6**

Hi: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol aumentaran su nivel de satisfacción general personal. **Hi:** $\bar{X}_{5,1} < \bar{X}_{5,j}$ **J = 2...6**

Ho: Los pacientes que acuden al tratamiento integral para la dependencia al alcohol no aumentan su nivel de satisfacción general personal. **Ho:** $\bar{X}_{5,1} = \bar{X}_{5,j}$ **J = 2...6**

La participación en el tratamiento integral para la dependencia al alcohol es la variable independiente y las diversas variables dependientes son: patrón de consumo medido a través de la prueba LIBARE; Sintomatología psiquiátrica medido a través de la prueba SCL90; Autoeficacia medida a través de la prueba CCS; el determinante de recaída al consumo de alcohol medido a través de la escala EDRCA; y Satisfacción Personal con la escala de Satisfacción General.



3.3. Método

Diseño

Se trabajó con un diseño de series de tiempo (Hernández, 2003), ya que se busca medir la efectividad del programa a través de una serie de mediciones Pre- Post al tratamiento y en diversos seguimientos que permitan observar el mantenimiento de los cambios a través del tiempo:

O₁	X	O₂	O₃	O₄	O₅
Pre	Tratamiento	Post	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento
Tratamiento		Tratamiento	15 días	al mes	a 2 meses

Participantes

La muestra está constituida por 10 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría que fueron canalizados al servicio de la clínica de trastornos adictivos. Se decide utilizar una muestra no probabilística.

La colaboración de los participantes fue voluntaria y confidencial. Todos firmaron su consentimiento informado. De los 10 pacientes solo 3 pacientes han terminado el tratamiento de manera completa hasta el seguimiento a dos meses.

Instrumentos

Ficha Demográfica (ver anexo 1); Historia clínica de consumo (ver anexo 2); Breve Escala de Dependencia al alcohol BEDA (ver anexo 3); Lista de chequeo de síntomas SCL90 (ver anexo 4); Inventario de las Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA (ver anexo 5); Cuestionario de Confianza Situacional CCS (ver anexo 6); Línea Base retrospectiva LIBARE (ver anexo 7); Escala de Determinantes de Recaídas al consumo de alcohol EDRA (ver anexo 8); Escala de Satisfacción General ESG (ver anexo 9); y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario (Ver anexo 10).

Criterios de inclusión

- Sujetos de ambos sexos entre 18 y 65 años que deseen voluntariamente participar en el tratamiento.
- Sepan leer y escribir.
- Que cuenten con diagnóstico dual con abuso o dependencia al alcohol, otorgado por un psiquiatra residente del Instituto Nacional de Psiquiatría. Cuyo concepto se refiere a la comorbilidad, concurrencia o concomitancia de un diagnóstico psiquiátrico mayor (en el Eje I y/o Eje II, según el DSM-IV TR), con un trastorno adictivo, generalmente en el orden del abuso y dependencia.
- Puntaje en la Breve Escala de Dependencia al Alcohol arriba de 21 puntos.
- Cantidad de consumo por ocasión arriba de 14 tragos estándar si es Hombre, si es mujer arriba de 10 tragos estándar (datos obtenidos de la historia clínica del consumo).
- Consumo semanal arriba de 20 tragos estándar si es hombre y arriba de 15 tragos estándar si es mujer (datos obtenidos de la historia clínica del consumo).
- Recaídas o internamientos previos (datos obtenidos de la historia clínica del consumo).

- Al menos tres pérdidas o daños en alguna área de la vida del individuo: Físico, Laboral/académico, familiar, social, legal, psicológico, económico, personal (datos obtenidos de la historia clínica del consumo).
- Que aceptaran participar en el estudio firmando la carta compromiso (ver anexo 12).

Criterios de Exclusión

- Sujetos que cursen con algún diagnóstico psicótico (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico no especificado) o cognoscitivo que incapacite su participación en el tratamiento, reportado por un psiquiatra residente del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Sujetos que cursen con algún diagnóstico bipolar en fase maniaca aguda, reportado por un psiquiatra residente del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Que sea diagnosticado con trastorno por uso de sustancias diferentes al alcohol, reportado por un psiquiatra residente del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Que no acepten participar en el estudio, negándose a firmar la carta compromiso.

Criterios de Eliminación

- Participantes que solo acudan a cinco sesiones de tratamiento.
- Participantes que no deseen continuar con el tratamiento y se den de baja voluntaria.
- Participantes que no acudan a sus seguimientos.
- Participantes que acudan bajo el consumo de alcohol en tres sesiones diferentes a lo largo del tratamiento.

























Materiales

Laptop; cañón; Hojas de trabajo en sesión (ver anexo 12, Hojas de trabajo en sesión); folletos (ver anexo 13, Folletos de Sesión); presentaciones en power point (ver anexo 15); plumas, lápices; 6 tablillas de apoyo; y alcoholímetro CA2000 digital con sensor y boquillas, este aparato lleva una alarma incorporada que se dispara sobrepasando el límite de 0,5 gr/l por mil con una fiabilidad de un 99 %.

Procedimientos

El presente estudio se compone de varias fases, en *la primera fase* se inicio con el desarrollo de un programa de tratamiento denominado “Intervención Grupal Por Una Vida Satisfactoria”. La intervención se elaboró bajo el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, el cual tomó como base a los siguientes programas ya validados: Programa de Satisfactores Cotidianos; Community Reinforcement Approach to Alcoholism; y en el Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual. Los componentes del tratamiento se distribuyeron en 12 sesiones, manejando una habilidad diferente en cada una de ellas. Los nombres de los componentes se presentan en la siguiente tabla (ver tabla 14).

Tabla 14

 <p>1 SESIÓN</p>		<p>Importancia de tomar mi medicamento psiquiátrico</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes comprendan la importancia de usar sus medicamentos psiquiátricos como apoyo para alcanzar su meta de abstinencia y disminuir su sintomatología psiquiátrica comorbida.</p>
 <p>2 SESIÓN</p>		<p>¿Qué es el diagnóstico dual y cómo se maneja?</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes aprendan a apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para controlar los síntomas psiquiátricos que se les puedan presentar</p>
 <p>3 SESIÓN</p>		<p>¿Por qué se consume alcohol?</p>	<p>El objetivo de la sesión es analizar la conducta de consumo de los participantes y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad.</p>
 <p>4 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo controlar mi deseo de consumo?</p>	<p>El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes a identificar y a manejar el deseo de consumir alcohol.</p>
 <p>5 SESIÓN</p>		<p>Rehusarse al consumo</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes aprendan a enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de rehusarse al consumo.</p>
 <p>6 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo controlo mi enojo y mis celos?</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes aprendan las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.</p>
 <p>7 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo controlar mi Ansiedad?</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan el espectro de problemas que genera la ansiedad, como se clasifica esta psiquiátricamente, la importancia de apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para el control de la intensidad y la duración de la ansiedad.</p>
 <p>8 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo controlar mi depresión?</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan el espectro de problemas que genera la depresión, como se clasifica esta psiquiátricamente, la importancia de apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para el control de la tristeza</p>
 <p>9 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo hacer un plan de Vida?</p>	<p>El objetivo de la sesión es que los participantes adquieran habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución..</p>
 <p>10 SESIÓN</p>		<p>¿Cómo solucionar problemas?</p>	<p>El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su vida cotidiana.</p>
 <p>11 SESIÓN</p>		<p>Habilidades de comunicación</p>	<p>El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes una serie de habilidades que los ayuden a mejorar la comunicación entre él y las personas con las que convive.</p>
 <p>12 SESIÓN</p>		<p>Planes de emergencia y enfrentamiento de caídas al consumo</p>	<p>El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes a aprender a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro</p>

Nota: Esquema de sesiones con Objetivos

Por lo que el número total de sesiones de tratamiento es de 12 sesiones, una sesión cada semana con una duración de dos horas cada una. La estructura general de las sesiones era la siguiente: bienvenida, aplicación del alcoholímetro con el objetivo de verificar la abstinencia durante sesiones de tratamiento y sesiones de evaluación, y análisis de las situaciones de riesgo de la semana, 15 minutos aproximados para estas tres actividades; Enseñanza de las estrategias

conductuales 60 minutos aproximados; Trabajo grupal sobre las estrategias aprendidas 30 minutos aproximados; Resumen de la sesión y análisis de riesgos para la próxima semana 15 minutos aproximados (ver anexo 11 de procedimientos de sesión). En cada sesión se describía, enseñaba, explicaba la habilidad a través de presentaciones de power point (ver anexo 15) una vez explicada, en algunos casos, se modelaba la habilidad; se continuaba con las hojas de trabajo para sesión, para ejercitar la habilidad adquirida; la sesión finalizaba dándole a los usuarios folletos que contenían información sobre la habilidad adquirida. Finalmente, en cada sesión no había tareas que dejar por lo tanto no eran seriadas las sesiones lo cual implica que los pacientes podían incorporarse a cualquier sesión y no esperar a que se formara un grupo por lo cual recibían la atención sin esperar tanto tiempo. A la par, los participantes llenaban su folleto de autoregistro de consumo y durante la primera sesión posterior a su evaluación recibían su folleto de retroalimentación de resultados que le ayudaría a motivarse al cambio al observar la serie de consecuencias que traía su consumo (Ver tabla 15 y anexo 12). La siguiente tabla muestra los objetivos de estos materiales:

Tabla 15

<p>Material de Apoyo</p>		<p>Autorregistro de consumo</p>	<p>El objetivo de este material es darle a los participantes una herramienta de automonitoreo de su consumo, que los motive a continuar en abstinencia y a identificar riesgos de consumo.</p>
<p>Material de Apoyo</p>		<p>Retroalimentación de resultados</p>	<p>El objetivo de este material es darle a los participantes información de las principales situaciones de riesgo que lo llevan a consumir, así como un resumen del impacto que alcohol ha tenido en sus vidas. Esta información se recaba en la sesión de evaluación</p>

Nota: Objetivos de los materiales de apoyo.

Al finalizar las sesiones del tratamiento los participantes recibían un reconocimiento en papel por haber terminado su tratamiento, esto con la intención de obtener un reforzador social por parte de sus compañeros y de los terapeutas, que los motivará a continuar en su abstinencia o reduciendo su consumo.

En las sesiones de evaluaciones de la efectividad del tratamiento en seguimientos, se impartían de forma individual. Ellas se llevaban a cabo la aplicación de los instrumentos, así como un análisis de las estrategias aplicadas durante el lapso de tiempo que había transcurrido, se trabajaba prevención de recaídas, se reforzaba el estilo saludable que había adquirido y dependiendo el caso se analizaban las recaídas para elaborar nuevas estrategias de enfrentamiento a esa situación de riesgo.

Al final de cada sesión se llena la hoja de asistencia para llevar un control de las sesiones de tratamiento y las fechas de seguimiento (ver anexo 12).

En la fase dos se comenzaron a recabar a los participantes para el tratamiento a través del apoyo de los psiquiatras residentes de la clínica de trastornos adictivos, quienes explicaban brevemente en qué consistía el tratamiento además de otorgar volantes y folletos del programa. La clínica de trastornos adictivos también aceptó poner propaganda del tratamiento (ver anexo 14, Materiales de difusión).

En la fase tres ya se contaban con los participantes canalizados a la intervención, se iniciaba con una primera evaluación para valorar que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión. Para determinar lo anterior, a los participantes se les aplicaban las pruebas Lista de chequeo de síntomas SCL90, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, Ficha demográfica de datos y la historia clínica del consumo.

Una vez que los participantes cumplían con los criterios de inclusión (ver anexo 12), se llevaba a cabo la aplicación de las siguientes pruebas: Línea Base retrospectiva (LIBARE), para conocer el patrón de consumo; Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), para conocer el nivel de autoeficacia; Inventario de las Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) para conocer las situaciones de riesgo al consumo de alcohol; Escala de Determinantes de Recaídas al consumo de alcohol (EDRA) para conocer el riesgo de recaída y se aplicaba la Escala de Satisfacción General para conocer su satisfacción personal en 10 áreas de su vida.

Posterior a la evaluación inicial, se comienza la aplicación del programa de doce sesiones aplicado aproximadamente durante tres meses. Cabe agregar que los pacientes acuden a la par a su atención psiquiátrica para continuar con su tratamiento farmacológico durante toda la intervención psicológica.

La fase cuatro comenzó cuando finaliza la aplicación del programa, en esta fase se lleva a cabo una evaluación post- Intervención para medir la efectividad, se aplicaron las siguientes pruebas: LIBARE, SCL90, CCS, EDRA, y ESG.

Posterior a esta evaluación se citó a los participantes a los quince días de finalización, al mes y al siguiente mes. Se volvió a aplicar la batería de pruebas: LIBARE, SCL90, CCS, EDRA, y ESG.

En la *fase cinco* se capturaron los datos de las evaluaciones en un paquete estadístico para proseguir al análisis de datos que permitan dilucidar las preguntas de investigación.

3.4. Resultados

Los efectos de la aplicación del tratamiento se determinaron a partir del patrón de consumo, el nivel de autoeficacia, satisfacción general, nivel de riesgo de recaída y sintomatología psiquiátrica. Los cuales se compararon entre las diferentes fases.

Se entrevistaron a 21 personas de los cuales solo 14 cumplían con los criterios de inclusión, de estos solo 10 iniciaron sus sesiones de tratamiento, los otros cuatro se mostraban en una etapa de contemplación cuya ambivalencia en la sesión de evaluación fue tratada. A pesar de las indicaciones médicas por parte de los psiquiatras, estos usuarios decidieron que no deseaban tomar el tratamiento. De los diez participantes que iniciaron, tres cumplieron con seis sesiones y al obtener trabajo, decidieron abandonar el tratamiento. Se les ofrecieron sesiones de seguimiento sin embargo por la distancia del Instituto a sus hogares, éstos decidieron que no tenían tiempo para acudir a ningún tipo de evaluación.

Existió un caso con recaída fuerte dentro del tratamiento, el usuario llevaba ya ocho sesiones de tratamiento pero al ocurrir esta situación, decidió que no deseaba volver a incorporarse. Con él se manejó el concepto de recaída y análisis funcional de la recaída con lo cual logro minimizar su consumo y decidió irse a rehabilitar a otro estado de la república con sus familiares.

Solo tres usuarios terminaron el tratamiento de doce sesiones y han completado sus evaluaciones post test, seguimiento 1 y seguimiento 2., Se dará un reporte de los cambios obtenidos en estos casos. Cabe agregar que ninguno de los usuarios evaluados en este estudio dieron positivo a la prueba del alcoholímetro previa al inicio de evaluaciones y sesiones de tratamiento, con lo cual se verificó que los usuarios se encontraban en condiciones de aprender las habilidades y de ejecutar las evaluaciones respectivas.

Los participantes que finalizaron el tratamiento fueron varones entre 46 y 50 años de edad. A continuación, se presentaran sus evaluaciones en gráficas para denotar los cambios obtenidos durante el tratamiento, se presentará caso por caso debido a que la muestra es pequeña y de esta

manera se logran visualizar más los cambios, además de que aún no se emplean los análisis estadísticos inferenciales convenientes debido a la N. Cada caso se identifica con iniciales distintas, para mantener la confidencialidad de los participantes.

CASO UNO

El caso MF1 es un hombre de 48 años de edad, de profesión comerciante. Su historia de consumo de alcohol se inicia a los 15 años de edad, cuyo consumo se incrementa a partir de los 20 años, además de probar la marihuana y cocaína, drogas que no consume desde hace 8 años. Su consumo de alcohol aumentó paulatinamente hasta llegar a beber diario aproximadamente 25 tragos por ocasión en el último año, antes de ingresar a tratamiento. El promedio de consumo semanal era de 172 tragos, mensualmente 259 tragos. El 4.75% de las ocasiones lograba mantenerse en moderación contrastado con el 95.23% de proporción de consumo muy excesivo.

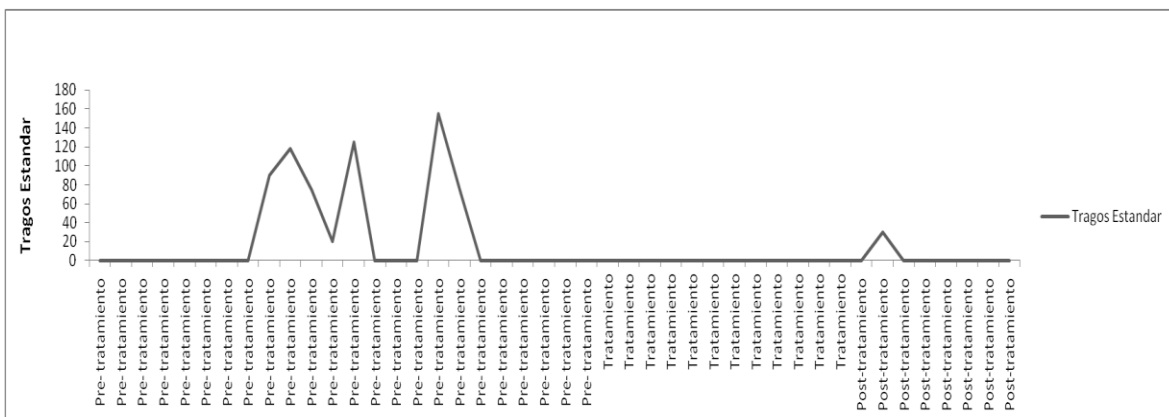
El usuario había sido anexado en una ocasión; visitado salas de emergencia por complicaciones por el consumo en cuatro ocasiones; también ha acudido a grupos de autoayuda y ha estado recibiendo apoyo psiquiátrico por un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Cuando el usuario llega a tratamiento se encontraba medicado con Sertralina y Valproato de magnesio.

Algunas pérdidas importantes que había padecido el usuario, debido a su consumo, eran separación con su esposa, pérdida de empleo, accidentes e incremento de su sintomatología psiquiátrica. En este caso reportaba un aumento de sus estados depresivos.

Durante las doce sesiones el participante planeó diversas estrategias que le ayudaban a mantener su abstinencia, ya que desde la sesión de evaluación había decidido que su meta era no consumir durante el tiempo en que estuviera en tratamiento.

Al finalizar sus doce sesiones el participante obtuvo las respectivas evaluaciones de acuerdo al diseño de evaluación, obteniendo los siguientes cambios, en las variables de evaluación del impacto del tratamiento.

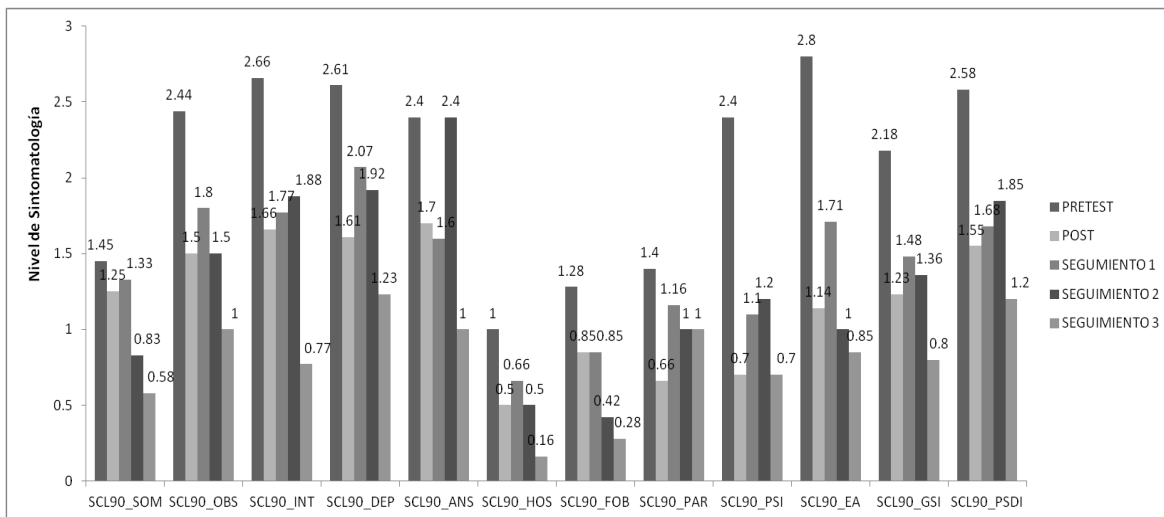
El patrón de consumo del participante se mantuvo en ceros hasta el seguimiento a los 15 días de finalizado el tratamiento, ya que tuvo una caída de dos días con un consumo por ocasión de 15 tragos cada día, la siguiente gráfica muestra el contraste de consumo del participante seis meses previos al tratamiento, tres meses de tratamiento y dos meses de seguimiento, donde el promedio de tragos semanales pre-tratamiento es 27.4 tragos, en tratamiento el promedio es 0 y en post-tratamiento 3.75 tragos (ver grafica 17).



Gráfica 17. Total de tragos semanales durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

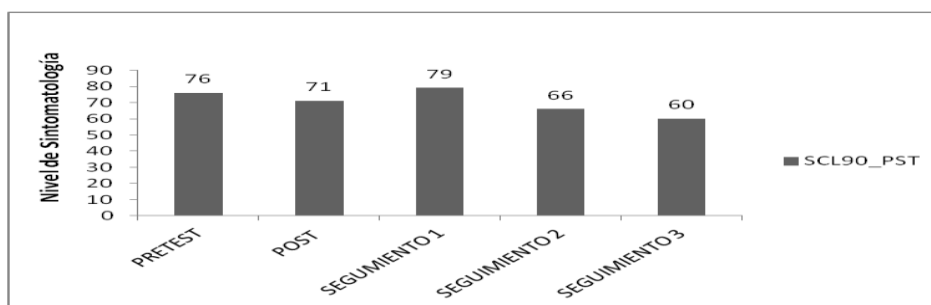
En la variable sintomatología psiquiátrica el instrumento SCL-90 arrojó cambios en los diferentes índices de sintomatología, no comparables con normas poblaciones porque aún la prueba carece de estos estudios, sin embargo se observan cambios durante el lapso del tratamiento y

seguimiento, favoreciendo una disminución de su sintomatología. Los índices que presentaban mayor problemática eran las escalas de depresión, escala adicional de melancolía, psicotismo, ansiedad y ¿trastorno? ¿Problema? obsesivo compulsivo. En la evaluación post- tratamiento se observa una disminución de la sintomatología, la cual aumenta ligeramente después de su caída y disminuye en los seguimientos posteriores, incluyendo los índices globales GSI y PSDI. Durante su caída comenta que no tomó su medicamento, ya que por falta de dinero no lo compró, lo cual indica lo indispensable de mantener el apego al tratamiento psiquiátrico, lo cual fue reforzado en la sesión de seguimiento 1 (ver grafica 18).



Grafica 18. Índices de sintomatología durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento. SOM: Somático; OBS: Obsesivo compulsivo; INT: Interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad Fobia; PAR: Ideación Paranoide; PSI: Psicotismo; EA: Escala Adicional; GSI: Índice de severidad global; PSDI: Indicador de la intensidad sintomática media.

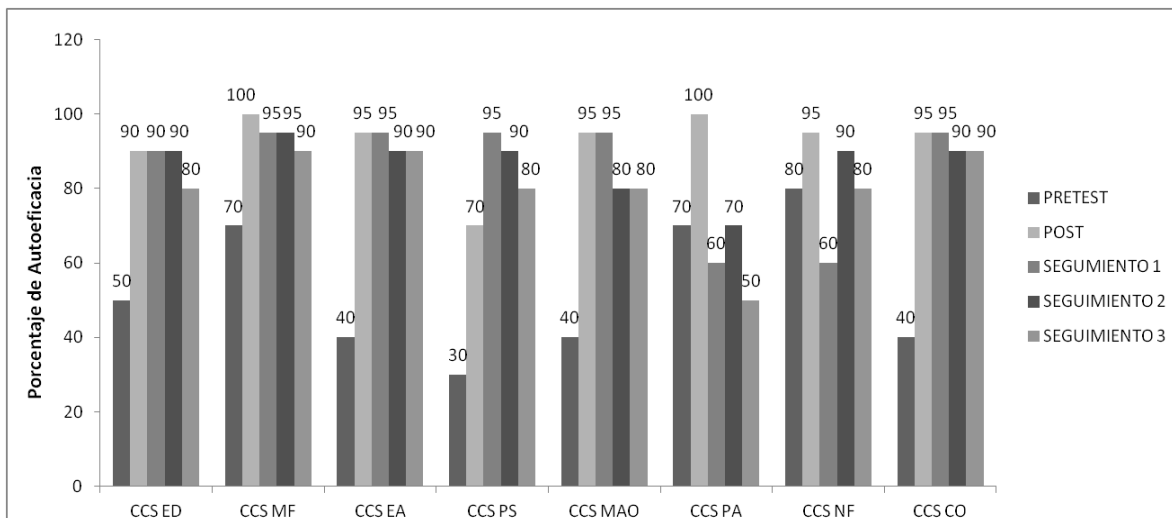
El índice PST (número total de respuestas mayores de cero indicativas de algún síntoma presente) disminuyó en las fases posteriores del tratamiento, con el leve incremento cuando sucede la recaída al consumo, lo cual indica que los componentes de manejo de depresión, ansiedad, patología dual y apego al tratamiento psiquiátrico ayudaron al participante con su patología dual (ver grafica 19).



Grafica 19. Cambios en proporciones de índices PST.

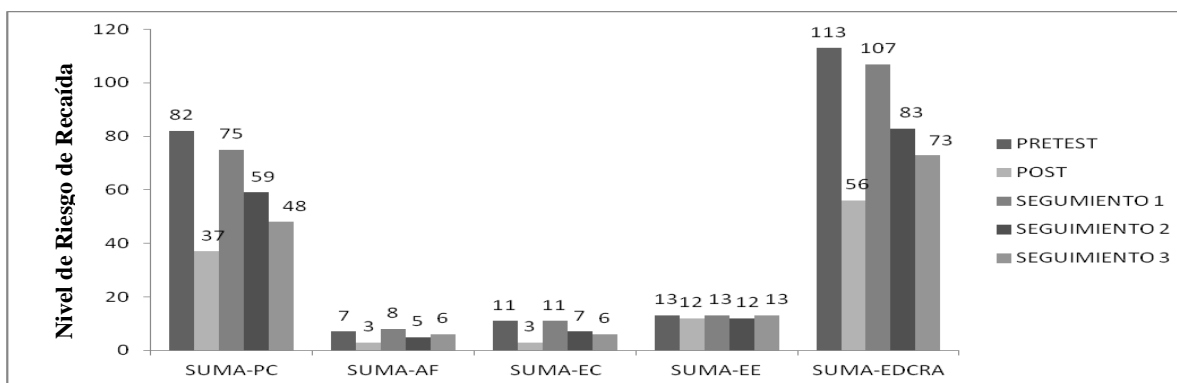
En la siguiente gráfica se observan los cambios en la variable autoeficacia a lo largo de las evaluaciones. Muestra un aumento del pre test al post test, sin embargo ésta disminuye en el seguimiento uno, debido a una caída al consumo. Se manejó la caída durante esa sesión, donde elaboró estrategias para controlar su tristeza ante problemas económicos, el usuario estableció el siguiente pensamiento para bloquear ver el uso de alcohol como una solución: “En mi trabajo hay altibajos y habrá épocas en las que disminuya el ingreso, por lo que tengo que ahorrar para no estar tan presionado en esas fechas y recordar que si consumo alcohol tendré más deudas”, a partir de

esta sesión el usuario volvió a aumentar su autoeficacia en sesiones posteriores. De manera general, el usuario aumenta su autoeficacia en siete de las subescalas del instrumento, sin embargo la situación de probar autocontrol sigue siendo un riesgo para él, lo cual se debe trabajar en cada seguimiento, estableciendo el pensamiento donde se recuerda así mismo que si bebe un trago, se seguirá con más tragos hasta sentir la sensación de embriaguez que le gusta sentir (ver grafica 20).



Grafica 20. Evaluaciones de la variable autoeficacia medido a través del CCS. ED: Emociones desagradables; MF: Malestar físico; EA: Emociones Agradables; PS: Presión Social; MAO: Momentos agradables con otros; PA: Probando autocontrol; NF: Necesidad Física; CO: Conflicto con otros.

En la variable riesgo de recaída el instrumento EDRCA muestra los siguientes cambios a través de las evaluaciones, se observa una disminución en tres de las cuatro escalas que componen el instrumento además del total general, lo cual indica que el riesgo disminuye, sin embargo posterior a su recaída en el seguimiento 1, se observa un incremento en las escalas. En la sub escala de estrategias de enfrentamiento no muestra cambios notorios lo cual indica dificultades para implementar algunas estrategias que le ayuden a rechazar invitaciones de consumo, ya que en su recaída, argumentó que no recordaba como rechazar la invitación de manera asertiva, e incluso ¿olvidó? ¿no pudo? confrontar a su amigo que le insistió en consumir (ver figura 21).



Grafica 21. Evaluaciones de la variable riesgo de recaída medido a través del EDRCA. PC: Precipitadores del consumo; AF: Apoyo Familiar; EC: Expectativas de Consumo; EE: Estrategias de enfrentamiento.

En cuanto a su satisfacción general el usuario muestra un aumento de satisfacción en diversas áreas de su vida, las cuales son: consumo, trabajo, dinero, recreación, emocional, comunicación y general. La cual se ha mantenido en los seguimientos, lo cual indica que los planes

generados para mejorar estas áreas de su vida durante el tratamiento le han dejado satisfacción (ver figura 22).

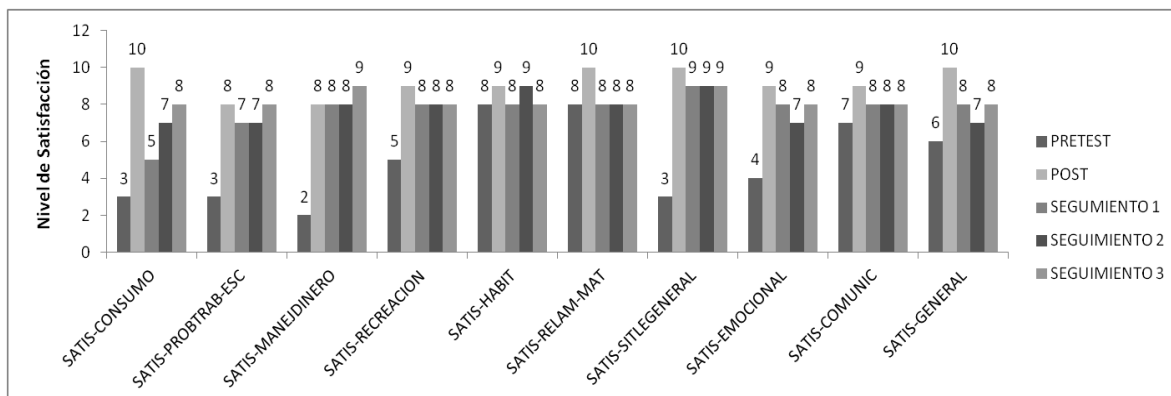


Figura 22. Niveles de satisfacción pre tratamiento, post tratamiento y seguimientos.

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento el caso MF1 se mostró muy satisfecho con la serie de habilidades adquiridas durante el tratamiento. En la siguiente grafica, se observan las puntuaciones en la escala de satisfacción con el tratamiento, donde el área con más baja satisfacción es con el autocontrol percibido para manejar situaciones de riesgo (ver grafica 23).

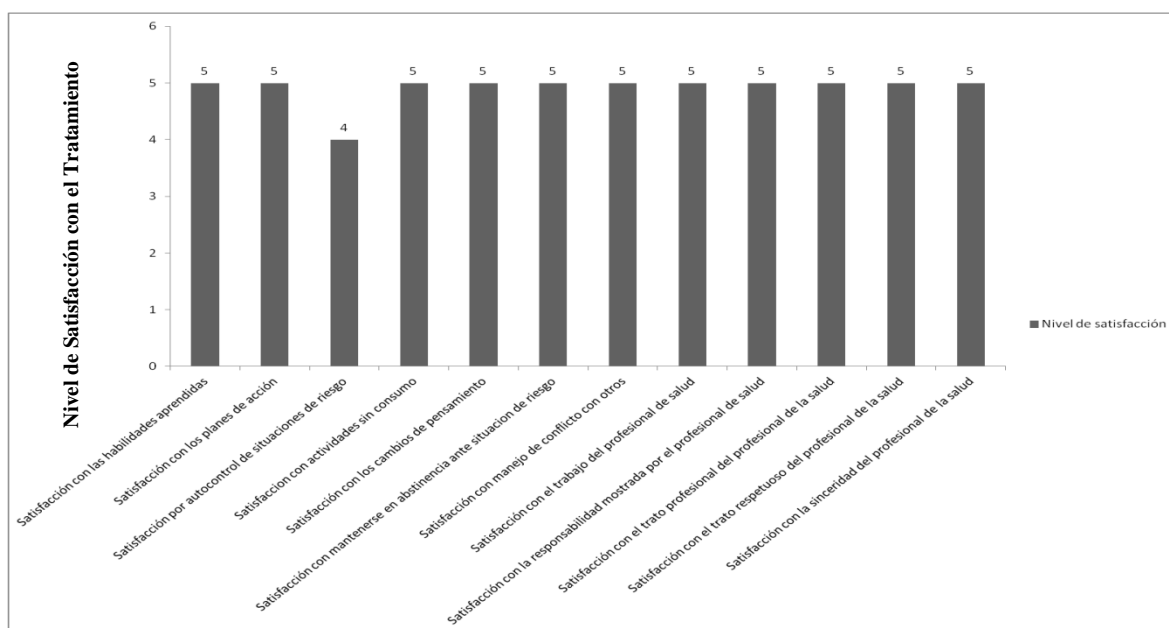


Figura 23. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Satisfacción del Usuario, donde el puntaje cinco implica mayor satisfacción en una escala likert de 0 a 5.

CASO DOS

El caso MF2 es un hombre de 50 años de edad, de profesión empleado. Su historia de consumo de alcohol se inicia a los 15 años de edad; el consumo se incrementa a partir de los 30 años, de manera paulatinamente hasta llegar a beber diario aproximadamente 12 tragos por ocasión en el último año antes de ingresar a tratamiento. El promedio de consumo semanal era de 73 tragos, mensualmente 319 tragos. El 38% de las ocasiones, su consumo era mayor a diez tragos y el 42% de las ocasiones, entre 5 y 9 tragos, no presentaba moderación.

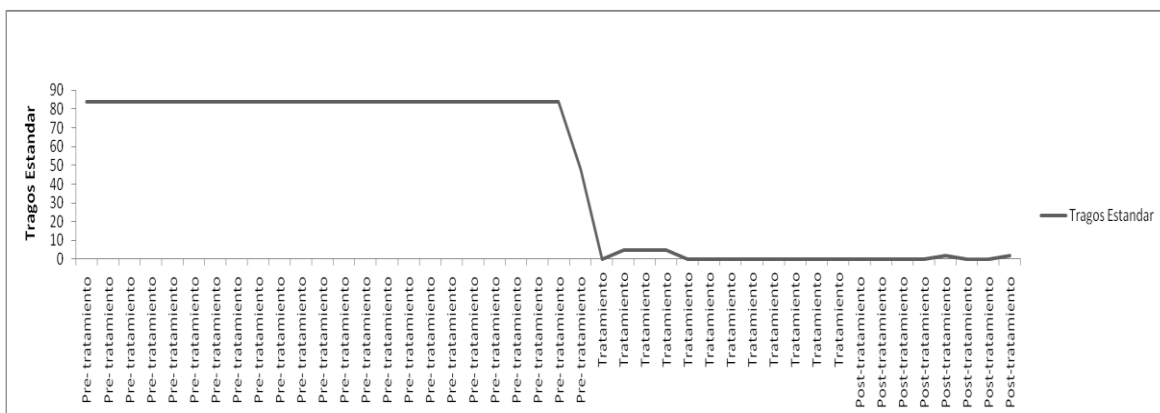
Es la primera vez que el usuario acude a tratamiento por su consumo de alcohol. El participante ha recibido tratamiento psiquiátrico por un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno por Déficit de Atención Residual. Cuando el usuario llega a tratamiento se encontraba medicado con Carbamazepina y Metilfenidato.

Algunas pérdidas importantes que había padecido el usuario debido a su consumo eran fuertes peleas con su esposa, dificultad para obtener empleo, incremento de su sintomatología psiquiátrica, reportaba un aumento de sus estados depresivos, dificultad de concentración y memoria.

Durante las doce sesiones, el participante planeó diversas estrategias para lograr su abstinencia, ya que no lo logró durante las cuatro primeras sesiones; sin embargo, al finalizar el segundo mes de tratamiento, logró una abstinencia que ha permanecido durante gran parte de sus seguimientos. A pesar de este importante logro, en cada seguimiento se trabaja prevención de recaídas, ya que el participante refirió sentir muchos deseos de consumo. Al final de su último seguimiento, comentó que a pesar de haber tenido una caída en dos ocasiones, su meta es mantenerse en abstinencia la mayor parte del tiempo.

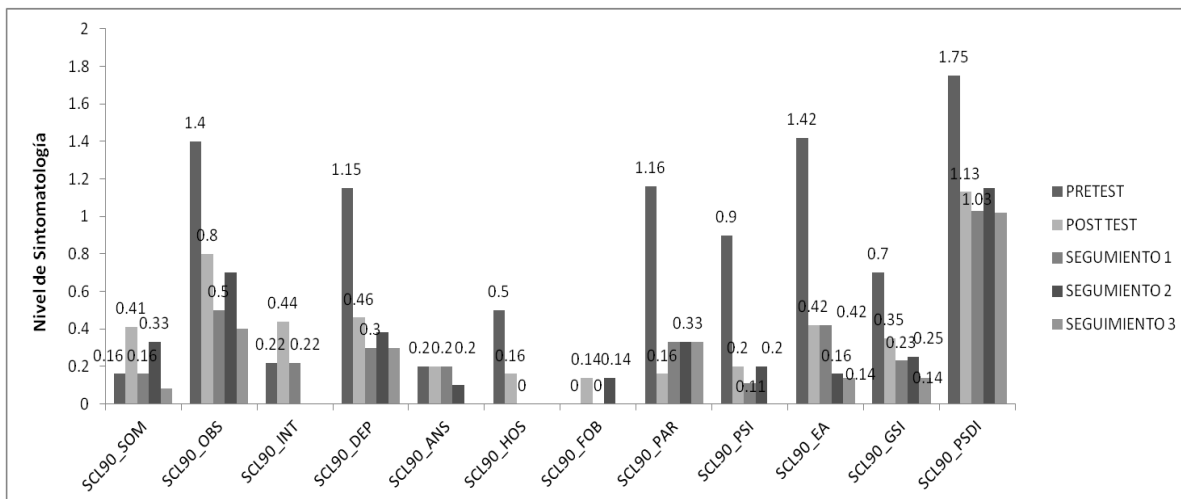
Al finalizar sus doce sesiones, el participante respondió, recibió, realizó las respectivas evaluaciones, obteniendo los siguientes cambios

La siguiente gráfica muestra el contraste en el patrón de consumo del participante seis meses previos al tratamiento, tres meses de tratamiento y dos meses de seguimiento, donde se observa un cambio contrastado con su patrón previo, así mismo su caída al consumo se muestra menos en cantidad de consumo por ocasión en comparación con su consumo en línea base, el promedio de tragos semanales pre-tratamiento es 82.5 tragos, en tratamiento el promedio es 1.25 y en post-tratamiento 0.5 tragos (ver grafica 24).



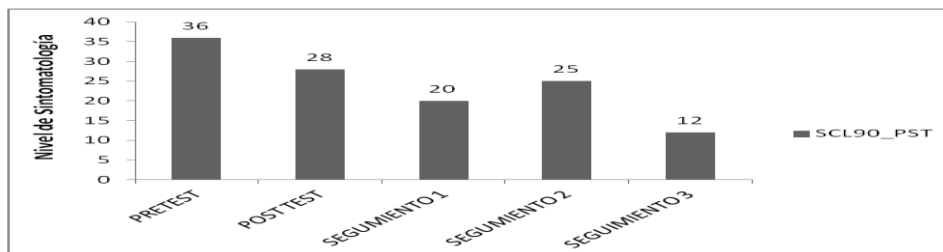
Grafica 24. Total de tragos semanales durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

En la variable sintomatología psiquiátrica, el instrumento SCL-90 arrojó cambios en los diferentes índices de sintomatología. Se observan cambios durante el lapso del tratamiento y seguimiento, con una disminución de su sintomatología, los índices que presentaban mayor problemática eran las escalas de obsesivo compulsivo, depresión, escala adicional de melancolía, ansiedad e ideación paranoide. En la evaluaciones post- tratamiento, se observa una disminución de la sintomatología incluyendo los índices globales GSI y PSDI (ver grafica 25).



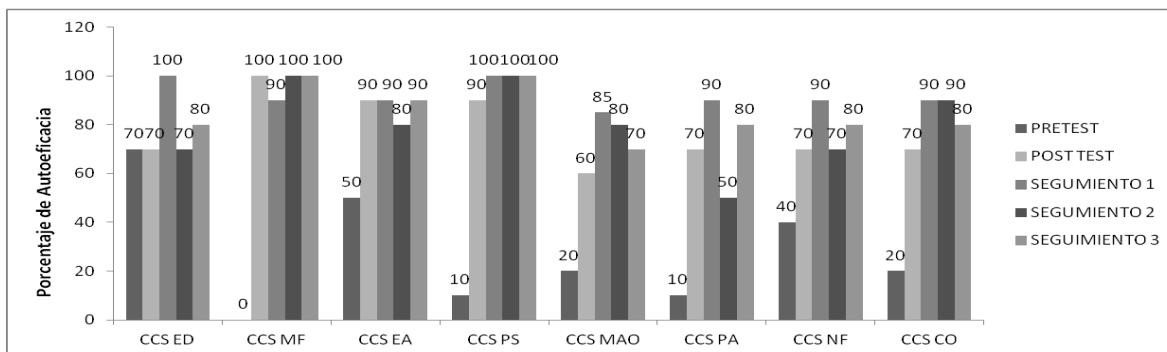
Grafica 25. Índices de sintomatología durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento. SOM: Somático; OBS: Obsesivo compulsivo; INT: Interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad Fobia; PAR: Ideación Paranoide; PSI: Psicotismo; EA: Escala Adicional; GSI: Índice de severidad global; PSDI: Indicador de la intensidad sintomática media.

El índice PST, indicador del número total de síntomas presentes, se observa disminuido en las fases posteriores del tratamiento, lo cual indica que los componentes de manejo de depresión, ansiedad, patología dual y apego al tratamiento psiquiátrico ayudaron al participante con su patología dual (ver grafica 26).



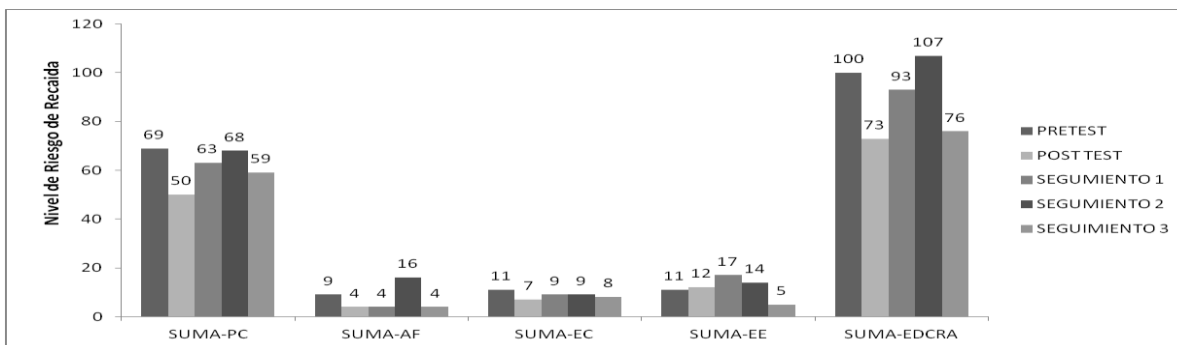
Grafica 26. Cambios en proporciones de índices PST.

En la siguiente gráfica, se observan los cambios en la variable autoeficacia a lo largo de las evaluaciones. Muestra un aumento paulatino de la evaluación inicial al seguimiento a un mes. De manera general, el usuario aumenta su autoeficacia en siete de las subescalas del instrumento, sin embargo la situación de emociones desagradables sigue siendo un riesgo para él, lo cual se debe trabajar en cada seguimiento (ver grafica 27).



Grafica 27. Evaluaciones de la variable autoeficacia medido a través del CCS. ED: Emociones desagradables; MF: Malestar físico; EA: Emociones Agradables; PS: Presión Social; MAO: Momentos agradables con otros; PA: Probando autocontrol; NF: Necesidad Física; CO: Conflicto con otros.

En la variable riesgo de recaída (EDRCA), se observaron los siguientes cambios: una disminución en tres de las cuatro escalas que componen el instrumento además del total general, lo cual indica que el riesgo de tener consumo disminuye; sin embargo, en el seguimiento 1 se observa un incremento en las escalas, el cual puede estar relacionado a un aumento de craving por el consumo que reporta el usuario en este seguimiento, lo anterior fue analizado para prevenir recaídas. En la sub escala de estrategias de enfrentamiento no hubo cambios notorios, lo cual puede indicar dificultades para implementar algunas estrategias que ayuden al usuario a rechazar invitaciones de consumo, además el apoyo familiar que recibe lo percibe como poco y sus expectativas positivas del consumo no han variado mucho., Se concluye que es indispensable monitorear al participante para evitar recaídas (ver figura 28).



Grafica 28. Evaluaciones de la variable riesgo de recaída medido a través del EDRCA. PC: Precipitadores del consumo; AF: Apoyo Familiar; EC: Expectativas de Consumo; EE: Estrategias de enfrentamiento.

En cuanto a su satisfacción general el usuario muestra un aumento de satisfacción en algunas áreas de su vida. Estas áreas fluctúan mucho por lo que no podemos aseverar que los cambios en ellas se deban de acuerdo al tratamiento ya que este participante al igual que los otros dos que han finalizado el tratamiento, pueden tener diversas interacciones ambientales que favorecieron a su recuperación incluyéndose el tratamiento como una de estas variables (ver figura 29).

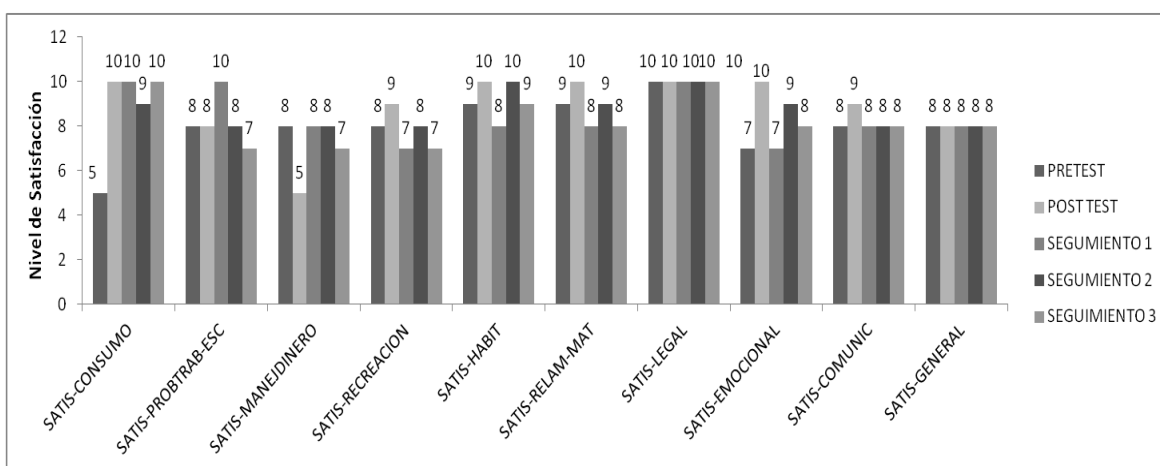


Figura 29. Niveles de satisfacción pre tratamiento, post tratamiento y seguimientos.

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento el caso MF2 se mostro muy satisfecho con la serie de habilidades adquiridas durante el tratamiento. En la siguiente grafica se observan sus puntuaciones en la escala de satisfacción con el tratamiento, las áreas percibidas con menor satisfacción son la satisfacción con las habilidades aprendidas y con el autocontrol del manejo de la situación de riesgo (ver grafica 30).

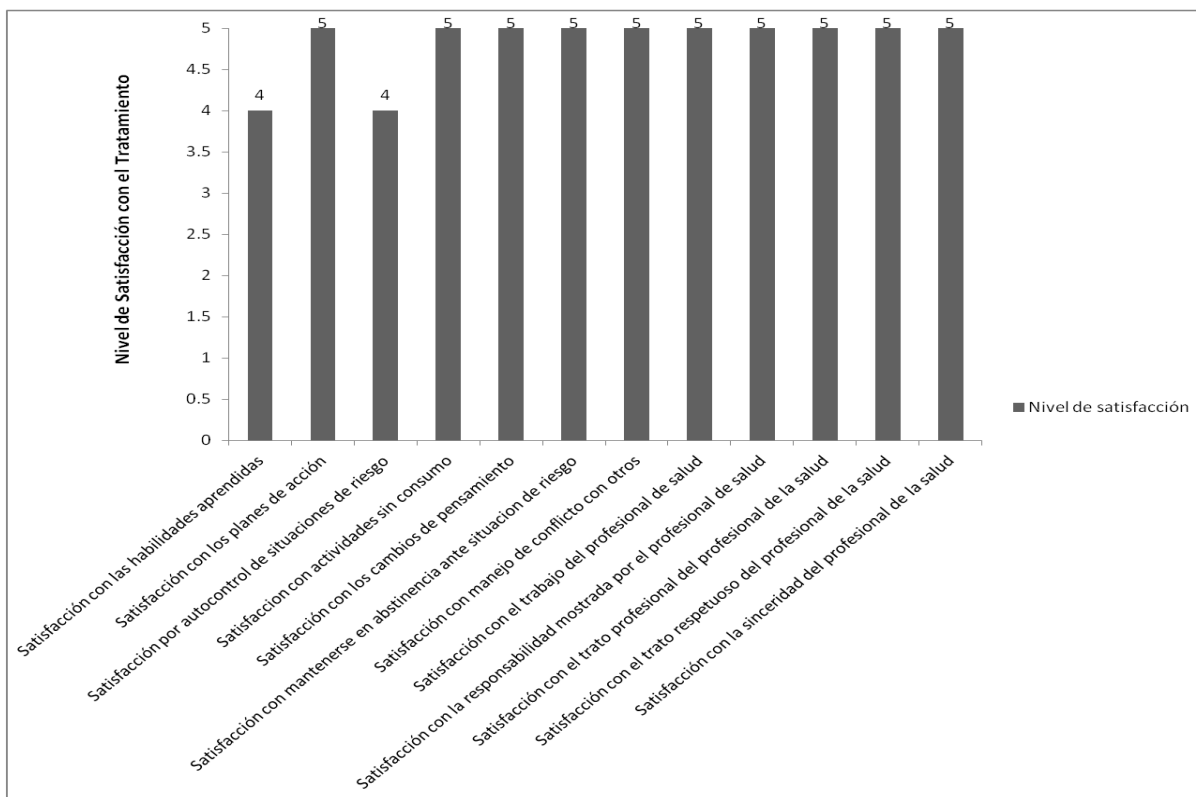


Figura 30. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Satisfacción del Usuario, donde el puntaje cinco implica mayor satisfacción en una escala likert de 0 a 5.

Caso tres

El caso MF3 es un hombre de 46 años de edad, actualmente desempleado, con un posgrado trunco. Su historia de consumo de alcohol se inicia a los 26 años de edad., El consumo se incrementa a partir de hace dos años, el cual resulta problemático a pesar de no ser tan frecuente, ya que su consumo por ocasión es aproximadamente 5 tragos en el último año, con episodios de consumo muy excesivo (arriba de 10 tragos) el 11.11% de las ocasiones. El promedio de consumo semanal era de 12 tragos y mensualmente 3.6 tragos.

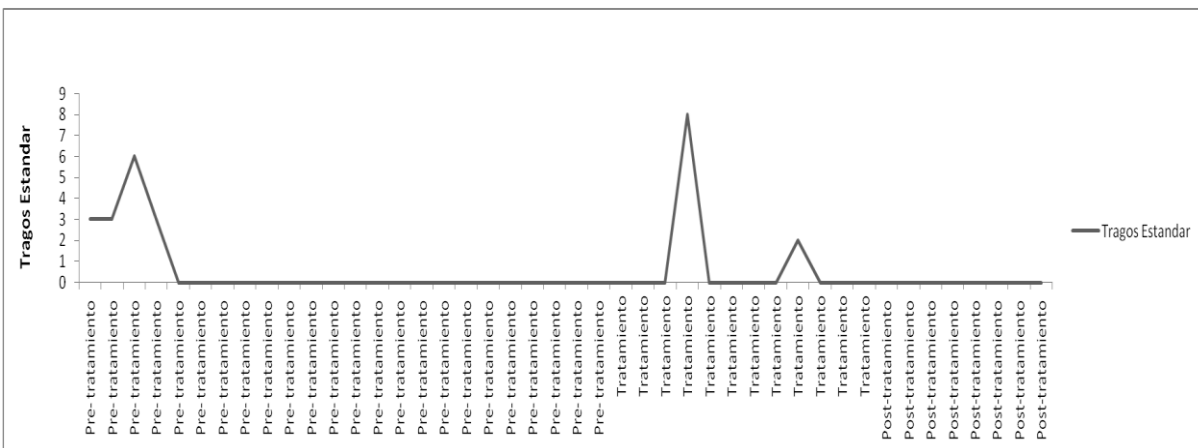
El usuario ya había acudido previamente a tratar su problema de consumo, incluyendo una clínica de rehabilitación y grupos de AA. La principal consecuencia que ha tenido este participante con su consumo de alcohol es el incremento de su sintomatología maniaca, ya que ha recibido tratamiento psiquiátrico por un diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo II durante dos años. Cuando el usuario llega a tratamiento se encontraba medicado con Valproato y Quetiapina.

Las principales consecuencias que ha padecido por el consumo son alteraciones de su estado de ánimo, dificultad de concentración, problemas pancreáticos ya que el participante padece diabetes, peleas familiares y agresión verbal hacia otras personas, lo cual ha originado que el usuario participe en diversas peleas callejeras.

El participante se planteó inicialmente la moderación en su consumo, meta que cambió con el tratamiento ya que finalmente se decidió probar la abstinencia durante un año, ya que su diabetes y problema de bipolaridad contra indicaban el consumo de alcohol por el tratamiento médico que recibía.

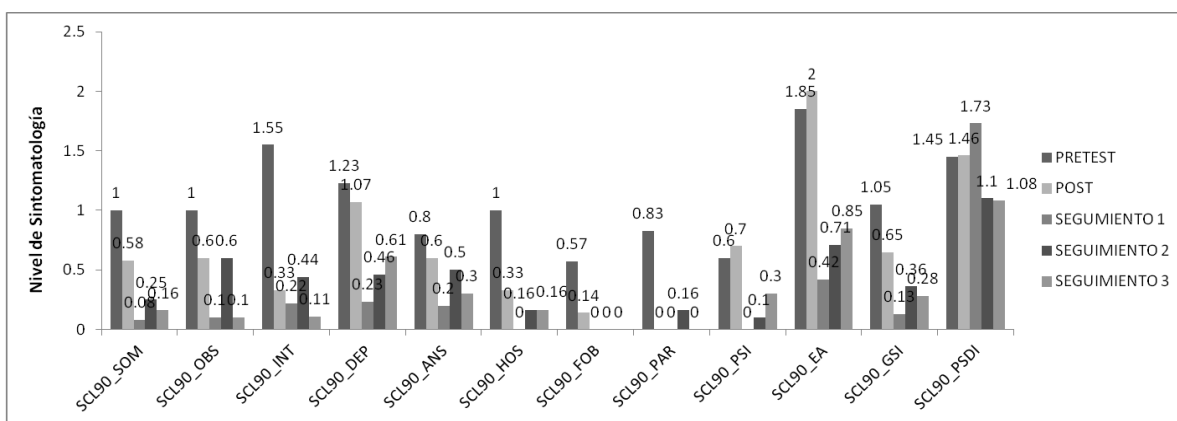
Al finalizar sus doce sesiones, el participante obtuvo las respectivas evaluaciones de acuerdo al diseño de evaluación, obteniendo los siguientes cambios, en las variables patrón de consumo, sintomatología psiquiátrica, autoeficacia, determinantes de recaída al consumo y satisfacción personal.

El patrón de consumo del participante se mantuvo moderado después de las primeras 4 sesiones de tratamiento, el participante comenta que desea dejar de consumir por lo pronto un año, su estado de determinación paso a contemplación con la meta de abstinencia, ya que a pesar de tener indicadores de dependencia severa a través del BEDA, su consumo moderado en ocasiones le lleva a plantearse una meta de reducción del daño la cual puede beneficiar al participante ya que su consumo suele ser explosivo, acompañado de periodos de prolongada abstinencia previa. La siguiente gráfica muestra el contraste de consumo del participante seis meses previos al tratamiento, tres meses de tratamiento y dos meses de seguimiento, el promedio de tragos semanales pre-tratamiento es 1.81 tragos, en tratamiento el promedio es 0.83 y en post-tratamiento 0 tragos (ver grafica 31).



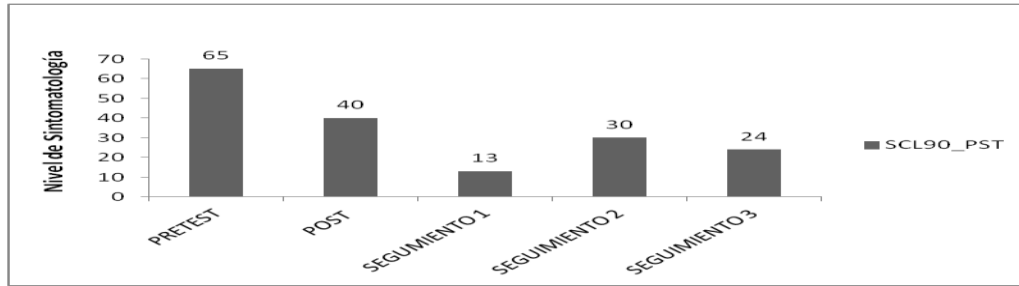
Grafica 31. Total de tragos semanales durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento.

En la variable sintomatología psiquiátrica el instrumento SCL-90 arrojó cambios en los diferentes índices de sintomatología., Se observan cambios durante el lapso pre y post tratamiento, favoreciendo una disminución de su sintomatología; los índices que presentaban mayor problemática eran las escalas de interpersonal, depresión y escala adicional de melancolía. Se observa una disminución de la sintomatología incluyendo los índices globales GSI y PSDI en la evaluaciones post- tratamiento (ver grafica 32).



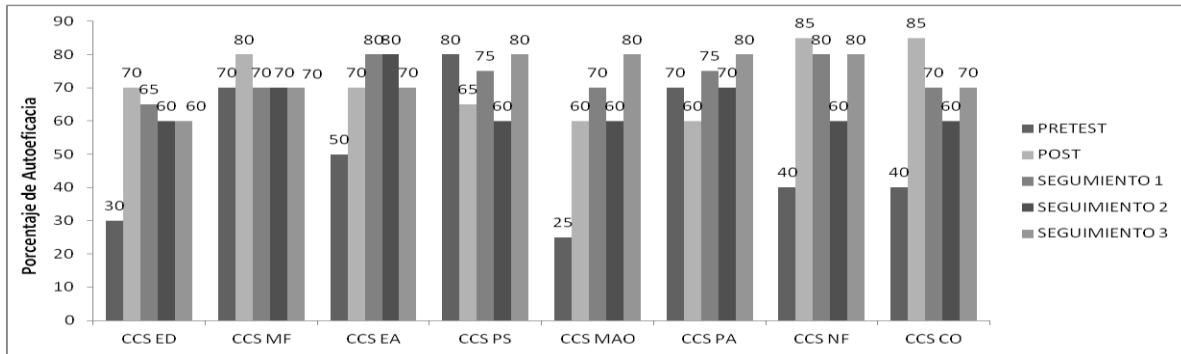
Grafica 32. Índices de sintomatología durante las etapas pre-tratamiento, tratamiento y post tratamiento. SOM: Somático; OBS: Obsesivo compulsivo; INT: Interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad Fobia; PAR: Ideación Paranoide; PSI: Psicotismo; EA: Escala Adicional; GSI: Índice de severidad global; PSDI: Indicador de la intensidad sintomática media.

El índice PST, indicador del número total de síntomas presentes, se observa disminuido en la fase posterior al tratamiento (ver grafica 33).



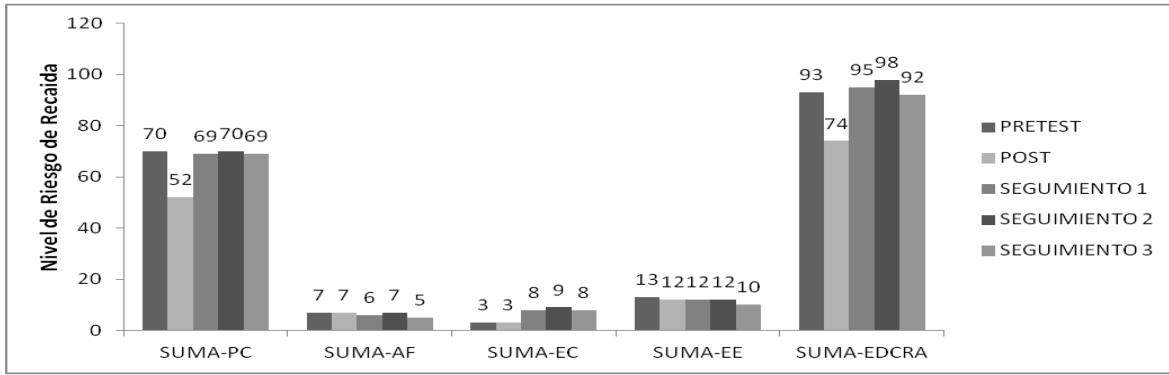
Grafica 33. Cambios en proporciones de índices PST.

En la siguiente gráfica se observan los cambios en la variable autoeficacia en evaluaciones Pre-Post tratamiento. Muestra un aumento general en las ocho sub escalas. De manera general, el usuario aumenta su autoeficacia en las ocho subescalas del instrumento, sin embargo la situación “probando autocontrol” sigue siendo un riesgo para él, lo cual se debe trabajar en cada seguimiento, haciendo énfasis en estrategias cognitivas de bloqueo del pensamiento de autocontrol y sustituirlo por un pensamiento realista donde se recuerde que no logra controlarse tomando pocos tragos (ver grafica 34).



Grafica 34. Evaluaciones de la variable autoeficacia medido a través del CCS. ED: Emociones desagradables; MF: Malestar físico; EA: Emociones Agradables; PS: Presión Social; MAO: Momentos agradables con otros; PA: Probando autocontrol; NF: Necesidad Física; CO: Conflicto con otros.

En la variable riesgo de recaída (EDRCA), se observaron los siguientes cambios: disminución en tres de las cuatro escalas que componen el instrumento además del total general, lo cual indica que el riesgo disminuye; sin embargo, no se observa cambio en la escala de apoyo familiar, lo cual puede estar relacionado a las constantes problemáticas que aún presenta con su madre por tener una comunicación que termina en conflicto. Esta situación de riesgo fue analizada para prevenir recaídas. En la sub escala de estrategias de enfrentamiento, no se observan cambios notorios, lo cual puede indicar dificultades para implementar algunas estrategias que le ayuden a rechazar invitaciones de consumo (ver figura 35).



Grafica 35. Evaluaciones de la variable riesgo de recaída medido a través del EDRCA. PC: Precipitadores del consumo; AF: Apoyo Familiar; EC: Expectativas de Consumo; EE: Estrategias de enfrentamiento.

En cuanto a su satisfacción general, el usuario muestra un aumento de satisfacción en algunas áreas de su vida. El área de relaciones familiares no parece cambiar, lo cual es congruente con la gráfica anterior al percibir poco apoyo familiar, lo cual una vez más es indicativo de ser una situación de riesgo que debe ser tratada en seguimientos posteriores reforzando el uso de habilidades de comunicación, con ensayos conductuales que permitan al usuario sentirse con más herramientas de establecer acuerdos con su madre (ver figura 36).

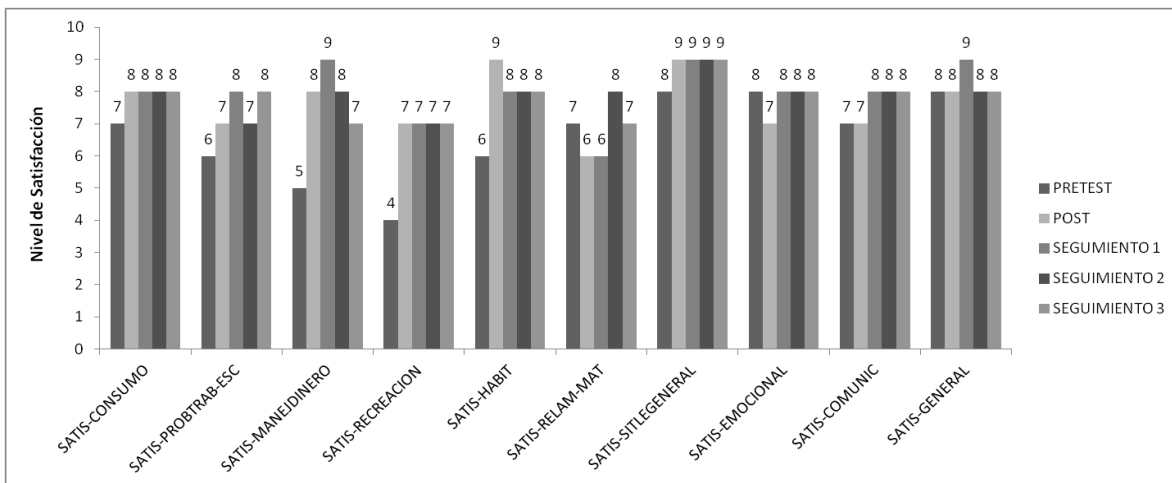


Figura 36. Niveles de satisfacción pre tratamiento y post tratamiento.

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento, el caso MF3 se mostró muy satisfecho con la serie de habilidades adquiridas durante el tratamiento. En la siguiente gráfica, se observan las puntuaciones en la escala de satisfacción con el tratamiento: las áreas percibidas con menor satisfacción son la satisfacción con el autocontrol del manejo de la situación de riesgo y en mantenerse en abstinencia ante situaciones de riesgo (ver grafica 37).

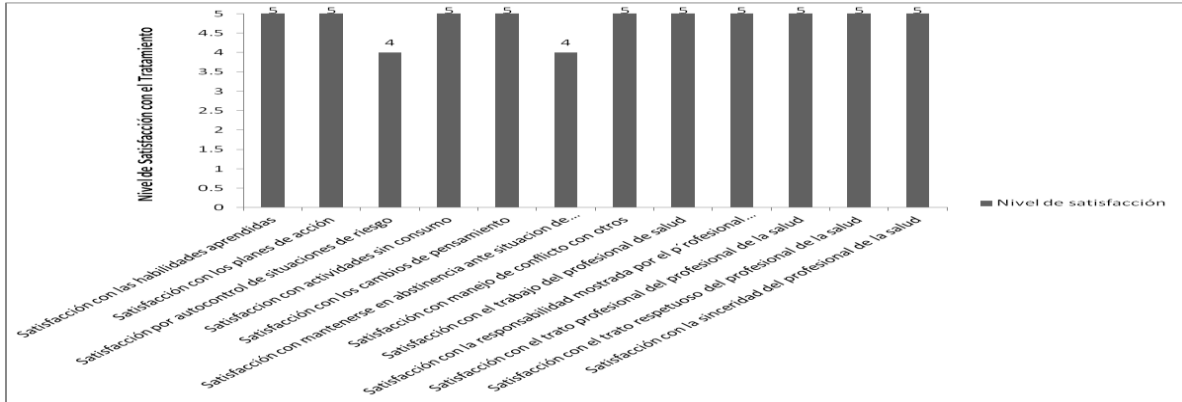


Figura 37. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Satisfacción del Usuario, donde el puntaje cinco implica mayor satisfacción en una escala likert de 0 a 5.

Los tres casos anteriormente descritos fueron evaluados en diferentes momentos de evaluación, lo cual es indicativo de que el proceso en el que llegaron a incorporarse al tratamiento, fue diferente. La variable de secuencia de habilidades en el presente resultado de los casos aún no está contemplada como una forma de explicación de los cambios en la variables ya que la N es muy pequeña para poder realizar análisis donde se pueda determinar qué tan eficaz es la intervención independientemente de la secuencia, o si es una secuencia de sesiones mejor que otra.

3.5. Discusiones

Los resultados de esta investigación muestran que *La intervención grupal para la Dependencia al Alcohol en pacientes con diagnostico dual "Por una vida satisfactoria"*, puede ser el responsable de la reducción del patrón de consumo, en el incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo, disminución de la sintomatología psiquiátrica, reducción del riesgo de recaída y aumento de la satisfacción general en los tres pacientes descritos previamente.

Estos resultados coinciden con los reportados por otros modelos de intervención cognoscitivo-conductual en población mexicana adulta: usuarios de cocaína (Oropeza, 2003a); bebedores problema (Ayala, Echeverria, Sobell y Sobell, 1998); y bebedores crónicos (Barragán, et al., 2005).

Los resultados de la intervención sugieren que ésta fue efectiva, aunque son bien conocidas las limitaciones de los diseños de caso único, por ejemplo, el hecho de que pueden existir muchas explicaciones alternativas a los resultados encontrados. Sin embargo, cuando el resultado se reproduce cierto número de veces, la información resultante es más convincente que la información obtenida de un caso individual. Además, uno de los criterios de una intervención validada empíricamente que utiliza diseño de caso único, es que el hallazgo se debe repetir en al menos 9 sujetos (Chambless, et al., 1998). El número de réplicas en esta investigación aún no es suficiente, por lo tanto debe continuar replicándose para determinar una significancia estadística del tratamiento. Sin embargo en los tres casos que se presentaron, se notan cambios en su percepción de autoeficacia, ya que esta incrementó. Esto se observa en el cuestionario de confianza situacional, además de su reporte dentro de sesiones, ya que logran enfrentar situaciones de riesgo (como invitaciones a consumo, enojos con familiares ó sentimientos de tristeza), con la aplicación de sus estrategias diseñadas dentro de las sesiones, entre las cuales se encuentra el incremento de actividades recreativas, aplicación de habilidades de comunicación con sus familiares más cercanos, reestructuración cognitiva contemplando mas consecuencias por el consumo cuando aparezca el deseo, técnicas de respiración profunda y relajación mental.

Otra área de cambio en los casos es el patrón de consumo, ya que a pesar de no mantenerse en ceros durante todo el proceso terapéutico, en algunos casos existió una disminución marcada que les ayudó a disminuir problemáticas asociadas y con esto mejorar la satisfacción que perciben en otras áreas de su vida. Por otro lado, la habilidad de prevención de recaídas influyó en su control en los episodios de caídas, ya que no regresaron al patrón de consumo previo al tratamiento.

Otra área importante de impacto y cambio en los usuarios, es la sintomatología psicósomática, con disminución de los síntomas, lo cual concuerda con el repertorio de estrategias aprendidas en las sesiones de manejo de depresión, enojo, ansiedad, disminución del diagnóstico dual, el apego al tratamiento farmacológico indicado por los psiquiatras. Los usuarios egresados mostraron incremento de técnicas de control de emociones ya que reportaban aplicarlas y sus sintomatología de tristeza ó ansiedad reportadas disminuía al aplicar las habilidades de los componentes lo cual se auto reportaba en los seguimientos y se observó en el inventario de 90 síntomas SCL-90.

La variable satisfacción aumentó, esto puede deberse a que los usuarios lograron involucrarse en actividades recreativas de no consumo, además de establecerse metas en diferentes áreas de su vida en su sesión de proyecto de vida y de mejorar algunos aspectos de su vida que les generaban incomodidad al aplicar su habilidad de solución de problemas.

Ante estos resultados, surge la pregunta acerca de la eficacia del programa de intervención: ¿cuál de los componentes del modelo fue el que logró un cambio en los sujetos? La investigación no tenía como objetivo probar y comparar la efectividad de cada una de las estrategias del programa. Sin embargo, se ha sugerido que el impacto de las intervenciones puede recaer en la motivación para el cambio, como lo mencionan Miller y Rollnick (1991). Es decir, una vez que el sujeto está motivado para cambiar se requiere de un mínimo de ayuda adicional para lograrlo. Por esta razón, los tres casos que han finalizado el programa se encontraban en una etapa de determinación que favorecía su apego al tratamiento.

La intervención grupal enfatiza el fortalecimiento de la autoeficacia y el modelo de prevención de recaídas que mantiene el cambio de la conducta de consumo del usuario durante y después de la intervención. Ante todo, el usuario aprende a conceptualizar la recaída como parte de un proceso de cambio y no como un fracaso o un comportamiento adictivo que nunca podrá cambiar (Marlatt y Gordon, 1985).

Los resultados y limitaciones de esta investigación nos permiten proponer lo siguiente para mejorar la intervención. La primera propuesta consiste en validar empíricamente este modelo mediante réplicas en un número mayor de usuarios, mediante ensayos clínicos aleatorios y con períodos de seguimiento más largos.

La segunda, consiste en identificar las características de los adultos para los cuales es efectivo el tratamiento, lo que hace necesario evaluar en futuras investigaciones nuevas variables o conductas problema (comorbilidad) que puedan afectar los resultados del tratamiento, para determinar, a través del tiempo, las variables psicosociales, demográficas, individuales y del tratamiento, y su interacción con la evolución del consumo de alcohol en adultos que asisten a la intervención.

La tercera propuesta se refiere a obtener la validez convergente del cambio en el patrón de consumo que reportan los participantes, con marcadores biológicos como pruebas de funcionamiento hepático, no sólo para incrementar la motivación al notar el contraste de su evaluación inicial, sino durante y después de la intervención para verificar el patrón de consumo reportado por los usuarios (Glasinovic, et al., 2001); Sin embargo, cabe agregar que el uso de estas pruebas en pacientes con diagnóstico dual pueden verse alteradas por el uso de los medicamentos psiquiátricos indicando así una disminución poco significativa en el funcionamiento hepático por el uso de los fármacos (Jousilahti, Ratenyte y Tuomilehto, 2000). Por todo lo anterior, la intervención grupal para la dependencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual es una alternativa efectiva para su adopción en instituciones de salud.

Referencias

- Allen, J., Litten, R. & Fertig, J. (1995). NIDA-NIAAA Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Psychopharmacology bulletin*, 301, 655-669.
- Amaro, H., Arevalo, S., González, G., Szapocznik, J. & Iguchi, M. (2006). Needs and scientific opportunities for research on substance abuse treatments among Hispanic adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, (1), 64-75.
- Anton RF. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health*, 23, 165-73.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell L. (1997). Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113- 127.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez M. (1998). *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México: Porrúa.
- Azrin, N. & Besale, L. (1980). *Job Club Counselor's Manual: A Behavioral Approach to Vocational Counseling*. Texas: PRO-ED.
- Azrin, N. (1976). *Improvements in the Community-Reinforcement Approach to alcoholism. Behavioral Research and Therapy*. Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Azrin, N., Naster, B. & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339-382.
- Ayala, H., Echeverria, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997) Autocontrol dirigido intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14,113-127.
- Baker, A., Kavanagh, D., Kay-Lambkin, F., Hunt, S., Lewin, T., Carr, V. & Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Adicction*, 105(1), 87-99.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, E. & Ayala, H. (2005) Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población Mexicana: Un estudio Piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, D., González, J. & Martínez, M. (2006). Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta tomo I y II. México: CONADIC.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Eisner, E., Lewis, S., Moring, J., Steel, C. & Tarrier, N. (en prensa). *Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomized controlled trial*. Manuscrito presentado para publicación.

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bellak, A., Bennett, M., Gearon, J., Brown, C. & Yang, Y. (2006). A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People with Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432.
- Bickel, W., DeGranpre, R. & Higgins, S. (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 173-192.
- Bien, T., Miller, W. & Tonigan, J. (1993). Brief Interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*, 88, 315-336.
- Bohn, M., Krahn, D. & Staeheler, B. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 19, 600-6.
- Borges, G., Medina-Mora, E., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L. & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41(1), 3-11.
- Borges, G., Cherpitel, C., Mondragon, L., Poznyak, V., Peden, M. & Gutierrez, I. (2004) Episodic alcohol use and risk of nonfatal injury. *American Journal of Epidemiology*, 159(6), 565-571.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. & Díaz, T. (1995). Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of The American Medical Association*, 273 (14), 1106-1112.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li S et al. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology Addictive Behaviors*, 16, 10-16.
- Brown, E., Carmody, T., Schmitz, J., Caetano, R., Adinoff, B., Swann, A. & Rush, A. (2009). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study of Naltrexone in Outpatients with Bipolar Disorder and Alcohol Dependence. *Alcohol Clinical Experience Research*; 33(11), 1863-1869.
- Cahalan, D., & Room, R. (1974). *Problem drinking among American men*. New Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Carroll, M. (1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. In: S. McCrady and E. Epstein (Eds). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press.
- Carrascoza V. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, E. & Cherpitel, C. (2001). El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental*, 24(5), 3–11.
- Catalano, R. & Hawkins, J. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed): *Delinquency and crime: Current theories*. New York: Cambridge University Press.
- Caudill, B. & Marlatt, G. (1975). Modeling influences in social drinking: an experimental analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 405-415.
- Cava, M., Mugui, S. & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395.
- Chambless, D., Baker M., Baucom, D. et al. (1998). An update on empirically validated therapies II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Collins, R. Parks, G. & Marlatt, G. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self administration of alcohol. *Journal of consulting & clinical psychology*, 53(2), 189-200.
- CONADIC. (2003). *Benchmarking: Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar*. México: Secretaría de Salud.
- Cooney, N., Kadden, R., Litt, M. & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 598-601.
- Cooper, A., Waterhouse, G. & Sobell, M. (1979). Influence of gender on drinking in a modeling situation. *Journal of studies on Alcohol*, 40, 1096-1142.
- Cummings, C., Gordon, J. & Marlatt, G. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W. Miller (Ed.), *The addictive behaviors* (pp. 291-321). Oxford: Pergamon Press.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., Macis, L. & Chávez, R. (2004). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1), 72- 81.
- De Granpre, R. & Bickel, W. (1996). Drug dependence and consumer demand. En L. Green & Kagel (Eds.), *Advances in Behavioral Economics* (pp.1-36). Norwood: Ablex.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90R Symptom Checklist. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Drummond, D. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96, 33–46.
- Dunn, C., Deroo, L., Rivara, F. (2001). The use of brief adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1977). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M. & Tiburcio, M. (2008). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: CONADIC.
- Eggert, L., Thompson, E., Herting, J., Nicholas, L. & Dicker, B. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school- based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8(3), 202-215.
- ENA (2002) Encuesta Nacional de Adicciones 2002, recuperado Noviembre 24, 2009, de Consejo Nacional contra las Adicciones, sitio web: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2002.html>
- ENA (2008). Encuesta Nacional de Adicciones. Recuperado Noviembre 24, 2009, de Consejo Nacional Contra las Adicciones, sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Epstein, L., Bulik, C., Perkins, K., Caggiula, A. & Rodefer, J. (1991). Behavioral economic analysis of smoking: money and food as alternatives. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 38, 715-721.
- Epstein, L., Smith, J., Vara, L. & Rodefer, J. (1991). Behavioral economic analysis of activity choice in obese children. *Health Psychology*, 10, 311- 316.
- Fillmore, K. M., & Midanik, L. (1984). Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (3), 228–236.
- Finnney, J. & Monahan, S. (1996). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57 (3), 229-243.
- Fulgencio, M. (1996) *Validación social de un programa eco-conductual para la prevención y tratamiento del maltrato infantil* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, D.F.
- Glasinovic J., Lobos x., Scrivanti M., Severín M., Quiroga T. & Moncada C. (2001) Transferrina carbohidrato-deficiente, gammaglutamil transferasa y volumen corpuscular medio en la evaluación de la ingesta alcohólica reciente de bebedores excesivos. *Revista Médica de Chile*, 129 (4), 375-381.
- Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, Trujols J, Tejero A, Suárez A, Martí A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica Barcelona*, 123, 211–6.
- Hawkins, J., Catalano, R. & Arthur, M. (2002). Promoting science based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. Risk (1992). Protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heather, N. (1989) Brief Intervention Strategies. In R. Hester and W. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives* (pp.89-100). Boston: Allyn and Bacon.

- Higgins, S. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 57, 419-427.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. & Rubonis, A. (1991). The cost- effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of studies on alcohol*, 52 (6): 517-540.
- Hunt, G. & Azrin, N. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior, Research Therapy*, 1, 91-104.
- Hunt, W., Barnett, L. & Branch, L. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455- 456.
- Iraurgi, I. & Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9–22.
- Jellinek, E. M. (1955). The "craving" for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, 35-38.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Schulenberg, J. (2011). *Monitoring the future: National Results on adolescent drug use "Overview of key findings, 2010*. USA: The University of Michigan Institute for Social Research.
- Jousilahti, P., Rastenyte, D. & Tuomilehto J. (2000) Serum Gamma-Glutamyl Transferase, Self Reported Alcohol Drinking and the Risk of Stroke. *Stroke Journal of the American Heart Association*, 31, 1851-1855.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R., (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kadden, R., Cooney, N., Getter, H. & Litt, M. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698-704.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kay-Lambkin, F., Baker, A., Lewin. T. & Carr, V. (2009). Computer-base psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388.
- Kristenson, Ohlin, Hulten- Nosslin, Trelle & Hood, (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle- aged men: Results and follow- up of 24-60 months of long- term study with randomized controls. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 7, 203-209.
- Lied, E. & Marlatt, G. (1979). Modeling as a determinant of alcohol consumption: Effect of subject sex and prior drinking history. *Addictive Behaviors*, 4, 47-54.

- Lira-Mandujano J. (2009). *Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores y Terapias de Sustitución con Nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado* (Tesis de doctorado). México: Facultad de Psicología UNAM, D.F.
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, V., Ayala, H. & Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41.
- Marlatt, A. & Dennis, M. (2005). *Relapse prevention maintenance strategies in treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., Parks, A., Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Seattle: University of Washington.
- Marlatt, G. & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. & Ayala, H. (2007). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: UNAM.
- Medina-Mora, E., Borges, G. & Villatoro, J. (2000). The measurement of drinking patterns and consequences in Mexico. *Journal of Substance Abuse*, 2000, 12(2),183–196.
- Medina-Mora, Villatoro, J., Caraveo, J. & Colmenares, E. (2001). Patterns of alcohol consumption and related problems in Mexico: Results from two general population surveys. In A. Demers, R. Room, C. Bourgault (Eds.), *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries* (pp. 50-60). Geneva: World Health Organization.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller W. (1992). Client/ treatment matching in addictive behaviors. *Behavior Therapist*, 15, 7-8.
- Miller, W. R., y Caddy, G. R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5), 986-1003.
- Miller, W. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Monti, P., Abrams, D., Binkoff, J., Zwick, W., Liepman, M., Nirenberg, T. & Rohsenow, D. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 263-270.
- Monti, P., Abrams, D., Kadden, R. & Cooney, N. (1989). *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. New York: Guilford Press.

- Morales, S., Martínez, M. & Vázquez, F. (2007) *Modulo de orientación para manejo de problemas en la infancia y la promoción en salud familiar*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Moreno, A. & Medina-Mora, E. (2008) Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31, 409-415.
- Moss, R., Finney, J. & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: context process and outcome*. New York: Oxford press.
- Muñoz, M., Martínez, J., Tejero, A. & Cepeda-Benito, A. (2008). Development of the brief Spanish Cocaine Craving Questionnaire-General. *Psicothema*, 20 (4), 545-550.
- Myers, M., Brown, S., Tate, S. et al. (2001). Toward brief interventions for adolescents with substance abuse prevention and comorbid psychiatric problems. In M. Monti, S. Colby and T. O'Leary (Eds). *Adolescents, alcohol, and substance abuse* (pp.200-220). New York: Guilford Press.
- Natera G., Orford J., Tiburcio M., Mora J. (1998) *Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el orientador*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Nathan, P. E. (1976) Alcoholism. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy* (pp. 3-44). New York: Appleton-Century-Crofts.
- O'Donnell, J., Hawkins, J., Catalano, R., Abbott, R. & Day, L. (1995). Preventing school failure, drug use and delinquency among low- income children: Long- term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (1), 87-100.
- O'Malley, S., Sinha, R., Grilo, C., Capone, C., Farren, C., McKee, S., Rousanville, B & Wu, R. (2007). Naltrexone and Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy for the Treatment of Alcohol Drinking and Eating Disorders Features in Alcohol-Dependent Women: A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 625-634.
- OMS (2004). Global Status Report on Alcohol 2004. Recuperado en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html.
- OMS (2009a). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Recuperado en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html.
- OMS (2009b) *Documento de trabajo para la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbwdsp.pdf.
- Orford J., Natera G., Davies J., Nava A., Mora J., Rigby K., Bradbury C., Copello A., Velleman R. (1998) Stress and strains for family members living with drinking or drug problems in England and México. *Salud Mental*, 21 (1), 1-13.

- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora J., Velleman, R., Crundall, I., Tiburcio, M., Templeton, L. & Walley G. (2005). *Coping with alcohol and drug problems; the experience of family members in three contrasting countries*. Nueva York: Routledge.
- Oropeza, R. (2003a). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína* (Tesis de doctorado). México: Facultad de Psicología UNAM, D.F.
- Oropeza, R. (2003b). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. México: UNAM.
- Pattison, E., & Mansell. (1977). Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3), 261-266.
- Pentz, M., Dwyer, J., Mackinnon, D., Flay, B., Hansen, W., Wang, E. & Johnson, C. (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Pettinati, H., Oslin, D., Kampman, K., Dundon, W., Xie, H., Gallis, T., Dackis, C. & O'Brien, C. (2010). A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Combining Sertraline and Naltrexone for Treating Co-Occurring Depression and Alcohol Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 668-675.
- Polich, J., Armor, D. & Baiker, H. (1981). *The course of alcoholism four years after treatment*. New York: Wiley.
- Prochaska J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J., Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Health Promotion Journal*, 12, 38-48.
- Programa de Acción Específico 2007-2012; Prevención y tratamiento de las adicciones (2008). México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Recuperado en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf
- Rehm, J. & Eschmann, S. (2002) Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Sozialund Präventivmedizin*, 47(1), 48-58.
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D. & Frick, U. (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9, 147-156.
- Reimers, M., Wacker, P. & Koepl, G. (1987) Acceptability of behavioral interventions: A review of the literature. *School Psychology Review*. 26, 212-227.
- Riggs, R., Hughes, J., Pillitteri, J. (2001). Two behavioral treatments for smoking reduction: a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*, 3: 71-76.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia 146 propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, (2), 211-218.
- Rohsenow, D., Monti, P., Binkoff, J., Liepman, M., Nirenberg, T. & Abrams, D. (1991). Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addictive Behaviors*, 16, 63-69.
- Roja, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento en adicciones. *Salud Mental*, 34, 351-365.
- Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, E. & Borges, G. (2001). Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems. *Salud Pública de México*, 43(6), 537-543.
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García, M. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública México*; 45, 140-152.
- Schinke, S., Fang, L. & Cole, K. (2008). Substance use Among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194.
- Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Informe Anual (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006). México: Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología. Recuperado en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>.
- Sobell, M., & Sobell, L. (1987). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. *Drugs & Society*. 1(3), 1-37.
- Sobell & Sobell (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. In J. Allen and R. Litten (Eds), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp. 65-90). New Jersey: Human Press.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Stacy, L. C. (2010). *The social validity manual a guide to subjective evaluation of behavior interventions*. USA: Elsevier.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586Findings). Rockville, MD.
- Tiffany, S. & Drobes, D. (1991). The development and initial validation of a questionnaire of smoking urges. *British Journal of Addiction*, 86, 1467-1476.
- Tiffany, S., Singleton, E., Haertzen, C. & Henningfield J. (1993). The development of a Cocaine Craving Questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Tiffany, S. (1999). Cognitive Concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, 23, 215-24.

- Tiffany, S., Carter, B. & Singleton, E. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, 95(2), 177-187.
- Toneatto, T., Brands, B. & Selby, P. (2009). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Naltrexone in the Treatment of Concurrent Alcohol Use Disorder and Pathological Gambling. *The American Journal on Addictions*, 18(3), 219-225.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *Informe Mundial Sobre Drogas, resumen Ejecutivo*. New York: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report 2010*. New York: United Nations.
- Vaillant, G. E. (1983). Natural history of male alcoholism: V. Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy?. *British Journal of Addiction*, 78(3), 17-326.
- Villamil, V., Valencia, M., Medina-Mora, M. & Juárez, F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283- 289.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M. (2005). Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28: 38-51.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Logan, J., Gatley, S., Hitzemann, R., Chen, A., Dewey, S. & Pappas, N. (1997). Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature*, 386(6627), 830–833, 1997.
- Vuchinich, R. & Tucker, J. (1988). Contributions from behavioral theories of choice as a framework to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181- 195.
- Wagner E, Brown S, Monti P et al.(1999). Innovations in adolescents substance abuse intervention. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 23, 236-249.
- Wallace, P., Cutler, S. & Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663-668.
- Watkins, K., Hunter, S., Hepner, K., Paddock, S., de la Cruz, E., Zhou, A. & Gilmore, J. (2011). An Effectiveness Trial of Group Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Persistent Depressive Symptoms in Substance Abuse Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 677-584.
- Weiss, R., Griffin, M., Jaffee, W., Bender, R., Graf, F., Gallop, R. & Fitzmaurice, G. (2009). A “community-friendly” version of Integrated Group Therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(3), 212-219.

- Weiss, R., Griffin, M., Kolodziej, M., Greenfield, S., Najavits, L., Daley, D., Doreau, H. & Hennen, J. (2007). A Randomized Trial of Integrated Group Therapy Versus Group Drug Counseling for Patients With Bipolar Disorder and Substance Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 100-107.
- Wellman, R., Savageau, J., Godiwala, S., Savageau, N., Friedman, K., Hazelton, J. & DiFranza, J. (2004). A comparison of the Hooked on Nicotine checklist and the Fagerström Test for Nicotine Dependence in Adult Somokers. *Nicotine and Tobacco Research*, 8(4): 575-580.
- West, R. & Schneider, N. (1987). Craving for cigarettes. *British Journal of Addiction*, 82, 407-415.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- Wolf, M. (1978) Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is fiding its heart. *Journal of applied behavior analysis*. 11, 203-214.
- Wolfe, B. & Meyers R. (1999) Cost- Effective alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach. *Cognitive Behavioral Practice*, 6, 105-109.

Anexos

ANEXO 1 Ficha Demográfica

dem 01	Nombre completo:									
dem 02	Edad:		dem 03	Sexo	H 1	M 2	Tel. Casa:			
dem 04	Nacionalidad		Mexicana 1		Extranjera 2		Tel. Celular:			
dem 05	Lugar de residencia (en los últimos 6 meses)		DF 09	Edo. Mex 15	Foráneo 999	dem 07	Delegación		Código	Código
dem 06	Ocupación				Código	Azcapotzalco		002	Álvaro Obregón	010
Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario)					1	Coyoacán		003	Tláhuac	011
Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.)					2	Cuajimalpa		004	Tlalpan	012
Director o propietario de empresa o negocio					3	Gustavo A. Madero		005	Xochimilco	013
Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea)					4	Iztacalco		006	Benito Juárez	014
Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales					5	Iztapalapa		007	Cuauhtémoc	015
Obrero calificado (obrero, mecánico, encuadernador, etc.)					6	Magdalena Contreras		008	Miguel Hidalgo	016
						Milpa Alta		009	Venustiano Carranza	017
Obrero no calificado con trabajo eventual, cabo, soldado raso, personal de servicios domésticos (chofer, mozo, jardinero), albañil, taxista					7	dem 08	Estado civil			Código
Agricultor					8	Casado(a)			1	
Campesino					9	Unión libre			2	
Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.)					10	Viudo (a)			3	
Estudiante					11	Divorciado (a)			4	
Ama de casa					12	Separado (a)			5	
Estudia y Trabaja					13	Soltero (a)			6	
Desempleado					14					
Otro (ESPECIFIQUE)					9999					

dem 09	Lugar de residencia	Código	dem 11	Nivel socioeconómico	Código
	Casa propia	1		Menos de \$1,000	1
	Departamento o casa rentada	2		De \$1,000 a \$2,500	2
	Pensión	3		De \$2,500 a \$4,000	3
	Sin dirección permanente	4		De \$4,000 a \$6,000	4
	Otra	9909		De \$6,000 a 10,000	5
dem 10	Escolaridad	Código		Más \$10,000	6
	Primaria incompleta (1 a 5 años)	1			Código
	Primaria completa (6 años)	2		Estudios Universitarios incompletos (1 a 3 años)	7
	Secundaria incompleta (1 a 2 años)	3		Estudios Universitarios completos (4 a 5 años)	8
	Secundaria completa (3 años)	4		Estudios de Posgrado (2 a 4 años)	9
	Bachillerato incompleto (1 a 2 años)	5		NO RESPONDE	9999
	Bachillerato completo (3 años)	6			

ANEXO 2

Ficha Clínica del Consumo

Número de Folio:

Nombre(s) de los Médico Tratante (Psiquiatras o Médicos):

Tratamientos previos (Indique el número de veces que ha recibido el tratamiento)

	Código	Número de veces		Código	Número de veces
Anexos	1		Sala de Emergencias (por intoxicación)	5	
Clínicas de Rehabilitación	2		Grupos de Ayuda Mutua	6	
Tratamiento Psiquiátrico para la dependencia	3		Tratamiento Psicológico para la dependencia	7	
Hospitalización Psiquiátrica	4		Otros (ESPECIFIQUE)	9999	

Principal Sustancia de Impacto Elegir la sustancia de mayor impacto de acuerdo al código que le corresponde a cada sustancia

Favor de llenar cada espacio de acuerdo a las sustancias que consume el paciente

SUSTANCIA (ver hoja de apoyo)	Código	Edad de Inicio de Consumo	Forma de consumo (ver tabla 1)	Frecuencia de consumo (ver tabla 2)	Cantidad consumida con mayor frecuencia por día (ver tabla 3)	Consumo en el último año	
						Si-1	No-2
Tabaco	1					Si-1	No-2
Alcohol	2					Si-1	No-2
Marihuana	3					Si-1	No-2
Cocaína	4					Si-1	No-2
Crack	5					Si-1	No-2
Inhalables	6					Si-1	No-2
Alucinógenos	7					Si-1	No-2
Estimulantes tipo anfetamínico	8					Si-1	No-2
Tranquilizantes o pastillas para dormir	9					Si-1	No-2
Opiáceos	10					Si-1	No-2
Heroína, opio	11					Si-1	No-2
Anfetaminas o estimulantes	12					Si-1	No-2
Otras drogas	9999					Si-1	No-2

¿Qué lo llevó a solicitar tratamiento en éste momento?

Por voluntad propia	1	Por órdenes de un médico o de un profesional de salud	3
Por órdenes de su familia o amigos	2	Por recomendación de una agencia del sistema judicial	4
		Por condicionamiento legal	5

Fecha de aplicación:	
Nombre del aplicador:	

Daño por el consumo de la sustancia (DCS)

INSTRUCCIONES: tache los siguientes cuadros refiriéndose a la sustancia consumida y a los problemas experimentados en los **ÚLTIMOS 6 MESES**

Droga consumida durante los últimos 6 meses	Categoría de calificación	Tabaco	Alcohol	Mariguana	Cocaína	Crack	Inhalables	Alucinógenos	Estimulantes de tipo amfetamínico	Tranquilizantes	Opiáceos	Heroína, Opio	Anfetaminas o Estimulantes	Otras drogas
		DCS 1-8	DCS 9-16	DCS 17-24	DCS 25-32	DCS 33-40	DCS 41-48	DCS 49-56	DCS 57-64	DCS 65-72	DCS 73-80	DCS 81-88	DCS 89-96	DCS 97-104
		SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1	SI-1
		NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2	NO-2
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis)	0= Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1=Aviso Preventivo del medico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2=Tratamiento médico por enfermedades o accidentes relacionado con el consumo de drogas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Daño Cognitivo (Agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento)	0=Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1= 5 o menos ocasiones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Mas de cinco ocasiones	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Daño Afectivo (Agudo o crónico, incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad)	0= Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1=Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Categoría de calificación		Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack	Inhalables	Alucinógenos	Estimulantes de tipo amfetamínico	Tranquilizantes	Opiáceos	Heroína, Opio	Anfetaminas o Estimulantes	Otras drogas
Problemas Interpersonales	0= Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1= Menor (Solamente discusiones)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Agresión	0= Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1= Abuso Verbal cuando está drogado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Violencia física cuando está drogado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Problemas legales	0= Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1= Solamente acusación (Tramite pendiente o sin cargos)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Convicto	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Problemas Financieros	0=Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1= Menos (gastos en exceso)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Mayor (fuertes deudas de dinero)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Hoja de Tablas

Código	Tabla 1. Forma de consumo
1	Fumada
2	Tomada, tragada o comida
3	Aspirada
4	Inhalada
5	Inyectada
6	Untada o frotada
7	Oftalmológica
8	Ótica
9	No sabe
0	No consume

Código	Tabla 2. Frecuencia de consumo
0	No consume
1	Una vez en la vida
2	Menos de una vez al año
3	Menos de una vez al mes
4	Mensualmente
5	Semanalmente
6	Casi diario
7	Diario

Tabla 3. Cantidad consumida con mayor frecuencia			
Tabaco	en cigarros	Estimulantes tipo anfetamínico	en comprimido
Alcohol	en trago estándar*	Tranquilizantes o pastillas para dormir	en gramos
Marihuana	en cigarros	Opiáceos	en gramos
Cocaína	en gramos	Heroína, opio	en gramos
Crack	en piedras	Anfetaminas o estimulantes	en comprimido/miligramos
Inhalables	en mona	Otras drogas	
Alucinógenos	en pieza		

*BEBIDA	EQUIVALE A:
1 cerveza (341 ml)	1 trago estándar
1 copa de vino de mesa (142 ml)	
1 copa de destilado (43 ml)	
1 litro de pulque/caguama	3 tragos
1 botella de vino de 750 ml	6 tragos
1 botella de destilados 340 ml	8 tragos
1 botella de destilados de 750 ml	17 tragos
Destilado = ron, tequila, mezcal, aguardiente, brandy, ginebra, vodka	

HOJA DE APOYO

Nombres comunes de las sustancias

Tabaco	Cigarrillo, puro, pipa, etc.
Alcohol	Cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, licores, destilados, mix, etc
Marihuana	Mota, cannabis, hierba, hashish, churro, cafe
Cocaína	Incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca", etc.
Crack	También llamado "piedra"
Inhalables	Como thinner, PVC, pegamento, cemento, resistol, pintura, gasolina, activo, sprays llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse
Alucinógenos	Como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip" o "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc.
Estimulantes de tipo anfetamínico	Drogas de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal
Tranquilizantes o pastillas para dormir	Para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar los músculos como librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodiacepina, flunitrazepam, tafil, lexotan, equanil, mandrax, sevenal, sopor, "faroles", "pastas", "roches", "reinas", "chochos"
Opiáceos	Para aliviar el dolor severo: nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, buprenorfina, morfina
Heroína, Opio	También llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball"
Anfetaminas o estimulantes	Para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía
Otras drogas	Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido

ANEXO 3

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL BEDA

La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que esta escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios (Echeverría, 2008).

Esta escala se diseñó como un instrumento de autoreporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada.

Las instrucciones que se dan son:

- Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea con cuidado cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto.
- Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más apropiada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.
- Cada uno de los 15 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos.

MARQUE: "NUNCA", si nunca ha estado en esa situación; "ALGUNAS VECES", si algunas veces ha estado en esa situación; "FRECUENTEMENTE", si ha estado en esa situación con frecuencia; "CASI SIEMPRE", si ha estado casi siempre en esa situación.

FORMA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA

Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de nunca = "0"
- una respuesta de algunas veces = "1"
- una respuesta de frecuentemente = "2"
- una respuesta de casi siempre = "3"

Se obtiene un sólo puntaje mediante la sumatoria total de los puntos asignados a cada uno de los reactivos y que puede ir de 0 a 45 puntos.

FORMA DE INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

- 1 - 10 = DEPENDENCIA BAJA
- 11 - 20 = DEPENDENCIA MEDIA
- 21 o + = DEPENDENCIA SEVERA

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ NOMBRE: _____

INTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar le qué bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en la manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
Autor: Raistrick, D. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.			Puntaje: _____	

FORMA DE INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

1 - 10 = DEPENDENCIA BAJA

11 - 20 = DEPENDENCIA MEDIA

21 o + = DEPENDENCIA SEVERA

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE LOS 90 SÍNTOMAS (SCL-90)

El Symptom Check List 90 o SCL- 90, evalúa el grado de distrés psicológico que experimenta el sujeto durante el periodo comprendido entre el día de la evolución y las semana anteriores a la aplicación, mediante 90 reactivos que se contestan en una escala Likert de cinco puntos de distrés, que van desde “no del todo” (cero) hasta “extremadamente” (cuatro).

Puede servir para evaluar a sujetos de la población general, así como a sujetos que padezcan distintos trastornos médicos (desde psiquiátricos hasta enfermedades crónicas). Es un instrumento auto aplicable con que se sugiere se evalúen individuos a partir de los 18 años de edad. El SCL- 90 se ha utilizado principalmente como: a) un instrumento de tamizaje útil en la identificación de posibles casos clínicos psiquiátricos que acuden a centros de primer nivel de atención o de sintomatología psiquiátrica específica (depresión post infarto); b) en el seguimiento del curso de distintos padecimientos crónicos (infarto cerebral, cáncer, dolor crónico) y c) en la valoración de la recuperación del paciente tras una intervención psicoterapéutica particular.

Para Derogatis (1994) la psicopatología del individuo se refleja en términos de nueve dimensiones de síntomas primarios y un Índice de Severidad Global (ISG). El contenido de los reactivos que componen las dimensiones de la SCL 90 se describe brevemente a continuación:

- I. Somatización. Reflejan un grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal.
- II. Obsesivo compulsivo. Reflejan conductas identificadas con el síndrome clínico de este nombre.
- III. Sensibilidad interaccional. Sentimientos de inadecuación personal e inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos.
- IV. Depresión. Refleja un índice representativo de la manifestación clínica de la depresión.
- V. Ansiedad. Comprende una serie de síntomas y conductas que con frecuencia se asocian clínicamente con una manifestación de exacerbada ansiedad.
- VI. Hostilidad. Refleja pensamientos, sentimientos o acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible.
- VII. Ansiedad Fóbica. Reflejan síntomas que se han observado sobre todo en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafobicos.
- VIII. Ideación paranoide, Esta dimensión se evalúa desde una perspectiva sindromática de la conducta paranoide, donde los fenómenos paranoides se conciben como un modo de pensamiento.
- IX. Psicoticismo. Esta dimensión se construyó basándose en la amplia gama de síntomas expresados en las diferentes conductas psicóticas. Se incluyen alucinaciones auditivas, pensamientos mesiánicos, control de pensamientos de un tercero e inserción de pensamientos externos.
- X. EA. Derogatis considera que, aunque son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión específica. Sin embargo constituye un claro referente de depresión melancólica.

- XI. Índice de severidad global (GSI). Es un indicador de la severidad de distrés del individuo y es el índice que se reporta con más frecuencia. Es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global.
- XII. PST. Contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología.
- XIII. PSDI. Relaciona el sufrimiento o distrés global con el número de síntomas y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media.

La validación SCL-90 en la población mexicana se realizó con 103 hombres y 115 mujeres (Cruz, López, Blas, Macis y Chávez, 2004). El valor del alfa de Cronbach de consistencia interna para 7 de las nueve dimensiones, así como el ISG, fue mayor que 0.7, en tanto que las restantes obtuvieron puntajes mayores que 0.66. Los valores de correlación de rango de Spearman mostraron que, con excepción de un reactivo, todos obtuvieron el valor mayor de correlación con su dimensión correspondiente: para 72% de los mismos, la correlación fue elevada ($r \geq 0.5$), en tanto que 26% mostró valores moderados ($r \geq 0.25$ y ≤ 0.5).

Para obtener el valor de cada dimensión sintomática concreta se obtiene dividiendo la suma total de valores asignados a cada ítem de la dimensión considerada por el número total de ítems que la componen.

CUESTIONARIO DE LOS 90 SÍNTOMAS (SCL-90)

Nombre completo _____

Fecha _____

A continuación encontrarás una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marca uno de los espacios de la derecha con una "X" que describa que tanto tuviste este problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy.

- 0 No
- 1 Un poco
- 2 Regular
- 3 Mucho
- 4 Muchísimo

Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?	0	1	2	3	4
1.-Dolores de cabeza					
2.-Nerviosismo o agitación interior					
3.-Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente					
4.-Sensaciones de desmayo o mareo					
5.-Pérdida de interés o placer sexual					
6.-Actitud de crítica hacia los demás					
7.-La idea de que otra persona puede controlar tus pensamientos					
8.-Crees que a otros se les debe culpar por tus problemas					
9.-Problemas para recordar las cosas					
10.-Preocupación por tu descuido o dejadez					
11.-Fácilmente molesto o irritado					
12.-Dolores en el corazón o en el pecho					
13.-Miedo en los espacios abiertos o en las calles					
14.-Sentimientos de falta de energía o lentitud					
15.-Pensamientos de acabar con tu vida					
16.-Oír voces que otras personas no oyen					
17.-Temblores					
18.-Sentimientos de que la mayoría de la gente no es de confianza					
19.-Poco apetito					
20.-Lloras fácilmente					
21.-Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto					
22.- Te sientes atrapado					
23.-Miedo de repente, sin razón					
24.-Explosiones temperamentales sin control					
25.-Miedo de salir solo de casa					
26.-Culparse a si mismo por las cosas					
27.-Dolores en la parte baja de la espalda					
28.-Te sientes bloqueado para terminar las cosas					
29.-Sentirte solo					
30.-Sentirte triste					
31.-Preocuparte demasiado por las cosas					
32.-No sentir interés en las cosas					

33.-Sentir miedo					
34.-Te sientes fácilmente herido en tus sentimientos					
35.-Que los demás están enterados de tus pensamientos privados					
36.-Sentimientos de que los demás no te entienden o que son indiferentes.					
37.-La impresión de que otras personas son poco amistosas o que no les gustas					
38.-Tener que hacer las cosas muy despacio para asegurarte que están bien Hechas					
39.-Sientes que el corazón te golpea o está acelerado					
40.-Nauseas o malestar en el estomago					
41.-Sentirte inferior a los demás					
42.-Dolores musculares					
43.-Sentimientos de que estás siendo observado y que los demás hablan de ti					
44.-Problemas para quedarte dormido					
45.-Tienes que comprobar lo que haces una o dos veces					
46.-Dificultad para tomar decisiones					
47.-Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren					
48.-Dificultad para respirar					
49.-Escalofrios, sentir calor o frío de repente					
50.-Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te dan miedo					
51.-Se te queda la mente en blanco					
52.-Entumecimiento u hormigueo en partes de tu cuerpo					
53.-Un nudo en la garganta					
54.-Sentirte sin esperanzas en el futuro					
55.-Dificultad para concentrarte					
56.-Sentir debilidad en partes de tu cuerpo					
57.-Sentirte tenso o con los nervios de punta					
58.-Pesadez en brazos o piernas					
59.-Pensamientos de muerte o el hecho de morir					
60.-Comer en exceso					
61.-Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla acerca de ti					
62.-Tener pensamientos que no son tuyos					
63.-Sentir el impulso de golpear, dañar o herir a alguien					
64.-Despertarte de madrugada					
65.-Tienes que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar					
66.-Sueño inquieto o agitado					
67.-Tener el impulso de romper o destrozar cosas					
68.-Tener ideas o creencias que los demás no comparten					
69.-Sentirte muy aconplejado con otras personas					
70.-Incomodidad en las multitudes como ir de compras o en el cine					
71.-Sentir que todo requiere un gran esfuerzo					
72.-Ataques de terror o pánico					
73.-Sentirte incómodo comiendo o bebiendo en público					
74.-Tener discusiones frecuentes					
75.-Sentirte nervioso cuando te quedas solo					
76.-El que otros no te reconozcan adecuadamente tus méritos					

77.-Sentirte solo aún cuando estás con otra gente					
78.-Sentirte tan intranquilo que no puedes quedarte quieto					
79.-Sentimientos de inutilidad					
80.-Sentir que las cosas conocidas son extrañas e irreales					
81.-Gritar o tirar cosas					
82.-Miedo a que puedas desmayarte en público					
83.-Sentir que los demás de aprovecharán de ti si les dejas					
84.-Tener pensamientos sobre sexo que te molestan mucho					
85.-La idea de que deberías ser castigado por tus pecados					
86.-Sentirte obligado a que las cosas estén hechas					
87.-La idea de que algo grave pasa en tu cuerpo					
88.-Sentirte siempre distante de otras personas					
89.-Sentimientos de culpa					
90.-La idea de que algo anda mal en tu mente					

ANEXO 5

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1) SITUACIONES PERSONALES, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando auto-control
- Necesidad o urgencia por consumir

2) SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS, que se subdividen en tres subcategorías que son:

- Conflicto en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos con otros
- Presión social
- Momentos agradables

La versión final del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol está integrada por 100 reactivos, seis de las ocho subescalas (Malestar físico, Emociones agradables, Probando Auto-control, Necesidad, y Momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (Emociones desagradables y Conflicto con otros) están representadas por 20 reactivos en cada categoría.

El ISCA puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado, y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 100 reactivos. 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.

Las instrucciones que se le deben dar al cliente son las siguientes:

- A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos
- Lea con cuidado cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con qué frecuencia consumió en exceso, ante diversas situaciones el año pasado
- Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos
- (0) Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación
- (1) Si "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación
- (2) Si "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación
- (3) Si "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación

La definición de "consumo excesivo" es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario, sobre lo que para ella significa "exceso".

FORMA DE CALIFICACIÓN

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de "0"
- una respuesta de "1"
- una respuesta de "2"
- una respuesta de "3"

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala.

Los subpuntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado "índice del problema", esto se hace dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala, y multiplicando por 100.

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Fecha: _____ Nombre: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

0. Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted "FRECUENTEMENTE" bebió en esa situación.
3. Si usted "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mi	0	1	2	3

18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que la bebida podía ser fresca y sabrosa	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	1	2	3	4
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	1	2	3	4
35. Cuando me sentía solo	1	2	3	4
36. Cuando me podría convencer que era una nueva persona que podría tomar unas cuantas copas	1	2	3	4
37. Cuando me estaba sintiendo "el dueño" del mundo	1	2	3	4
38. Cuando pensaba sobre dónde venden las bebidas	1	2	3	4
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	1	2	3	4
40. Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta	1	2	3	4
41. Cuando estaba cansado	1	2	3	4
42. Cuando tenía dolor físico	1	2	3	4
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	1	2	3	4

44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	1	2	3	4
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probará.	1	2	3	4
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	1	2	3	4
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	1	2	3	4
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise disfrutar más	1	2	3	4
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	1	2	3	4
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	1	2	3	4
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	1	2	3	4
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	1	2	3	4
53. Cuando me sentía muy presionado	1	2	3	4
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	1	2	3	4
55. Cuando parecía que nada de lo que hago	1	2	3	4
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	1	2	3	4
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	1	2	3	4
58. Cuando todo estaba saliendo bien	1	2	3	4
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	1	2	3	4
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	1	2	3	4
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	1	2	3	4
62. cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	1	2	3	4
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	1	2	3	4
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	1	2	3	4

65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	1	2	3	4
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	1	2	3	4
67. Cuando pasaba frente a un bar	1	2	3	4
68. Cuando me sentía vacío interiormente	1	2	3	4
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaba unas copas	1	2	3	4
70. Cuando me sentía muy cansado	1	2	3	4
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	1	2	3	4
72. Cuando quería celebrar con un amigo	1	2	3	4
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	1	2	3	4
74. Cuando me sentía culpable de algo	1	2	3	4
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	1	2	3	4
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	1	2	3	4
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	1	2	3	4
78- Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	1	2	3	4
79. Cuando me sentía contento con mi vida	1	2	3	4
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	1	2	3	4
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	1	2	3	4
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	1	2	3	4
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	1	2	3	4
84. Cuando me reunía con un amigo y sugería tomar una copa juntos	1	2	3	4
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	1	2	3	4
86. Cuando tenía dolor de cabeza	1	2	3	4

87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	1	2	3	4
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	1	2	3	4
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	1	2	3	4
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	1	2	3	4
91. Cuando quería probarme a mi mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	1	2	3	4
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	1	2	3	4
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	1	2	3	4
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	1	2	3	4
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo(a) y quería tener mayor intimidad	1	2	3	4
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	1	2	3	4
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	1	2	3	4
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	1	2	3	4
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	1	2	3	4
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	1	2	3	4

Autor: Annis, H.M. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

ANEXO 6

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL CCS

El Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída.

El *Cuestionario* está diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de auto-reporte integrado por 8 reactivos. Las situaciones en las que se consume alcohol, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt and Gordon, 1980), quienes encontraron que estas 100 situaciones podían agruparse:

- 1) Situaciones Personales, en donde el beber involucra la respuesta a un evento, que es de naturaleza psicológica o física, se subdivide en cinco categorías: Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando auto-control y Necesidad física o urgencia por consumir.
- 2) Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada, se subdividen en tres categorías: Conflicto con otros, Presión social y Momentos agradables.

El *Cuestionario de Confianza Situacional* fue diseñado para proporcionar una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso.

Los puntajes del CCS pueden ser interpretados desde dos perspectivas distintas:

1. Puntaje de confianza
2. Perfil del cliente

Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100% e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en una categoría indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente.

Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo de alcohol ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.

El terapeuta puede analizar cada una de las categorías, pero es mejor hacer un análisis de las ocho categorías en conjunto.

Una jerarquía de puntajes de confianza se puede formar ordenando las ocho categorías de acuerdo a los puntajes del cliente. Aquellas situaciones que tienen los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el paciente. Es decir, donde puede controlar su consumo.

El perfil del paciente se construye graficando los puntajes de las ocho categorías en una gráfica de barras

CUESIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL CCS

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: A Continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante lo que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagine que está en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga marcando con una "X" a lo largo de la línea: 0% si está INSEGURO ante esa situación o 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso

- **En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran...**

1. EMOCIONES DESAGRADABLES: (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

2. MALESTAR FÍSICO: (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

3. EMOCIONES AGRADABLES: (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS (Por ejemplo si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si sintiera que puedo fumar sólo un cigarro o que puedo controlar mi consumo de cigarros).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas; si sobre lo rico que es beber alcohol).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

6. CONFLICTO CON OTROS (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

7. PRESIÓN SOCIAL: (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara su casa y me ofreciera una copa droga).
Me siento...

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor).

0% _____ 100%
Inseguro Seguro

Autor: Annis, H.M. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

ANEXO 7

LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

La Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido, y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses.

Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia.

La LIBARE puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte. Es recomendable que antes de ser administrado, se aplique una prueba de contenido de alcohol en aliento, con el fin de asegurarse que el paciente no haya ingerido alcohol. Si la prueba resulta negativa se le entrega el calendario, y se le pide que recuerde su consumo diario en un período específico. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses.

A continuación se enumeran los apoyos del entrevistador para ayudar a las personas a recordar su consumo diario.

- Calendario: Es el principal apoyo para recordar el consumo
- Días clave: Fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc., que facilitan el recuerdo
- Tabla con la Conversión de Copa Estándar: Para reportar un promedio de consumo, una medida estándar
- Días de abstinencia y de consumo: Identificación de períodos regulares de abstinencia, de consumo fuerte o moderado
- Situaciones de riesgo: Situaciones como arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos, que se relacionan con consumir o con la abstinencia
- Límites de consumo: Identificar los límites superior e inferior de la cantidad consumida (al inicio de la entrevista se deberá preguntar sobre la mayor cantidad consumida durante el período y la menor cantidad consumida)
- Técnica de la exageración: Cuando el paciente tiene dificultad para establecer el límite superior e inferior de consumo. Esta técnica la usa el entrevistador para exagerar estos límites y ayudarlo a que estime sus límites

Los datos obtenidos en cada una de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- Número total de días de consumo durante el último año
- Número total anual de tragos estándar consumidos
- Promedio de tragos en un día de consumo
- Número máximo de tragos que tomó en un día en los últimos 90 días
- Porcentaje de días de abstinencia
- De bajo consumo
- De consumo moderado
- De consumo excesivo

LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

Nombre: _____ Fecha: _____ 2011

Septiembre 2010						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			
Octubre 2010						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
Noviembre 2010						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					
Diciembre 2010						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		
Enero 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						
Febrero 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						
Marzo 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			
Abril 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Mayo 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
		1				1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					
Junio 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			
Julio 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
Agosto 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
Septiembre 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		
Octubre 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						
Noviembre 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				
Diciembre 2011						
Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sa	Do
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ANEXO 8

DETERMINANTES EN LA RECAÍDA AL CONSUMO DE ALCOHOL EDRA

Witkiewitz y Marlatt (2004) propone que los determinantes se encuentran dinámicos y multidimensionales. El uso de una efectiva respuesta de enfrentamiento puede no garantizar un incremento en la autoeficacia y continuar en la abstinencia, aunque en conjunción con apoyo social funcional y negativas expectativas de consumo, esto puede en gran medida incrementar la probabilidad de mantenimiento. Así mismo cambios insignificantes en un factor de riesgo, por ejemplo reducción de autoeficacia, puede incrementar el craving, tener expectativas positivas de consumo e intensificar estados emocionales negativos. Estos pequeños cambios pueden resultar en una recaída, iniciada por un factor de riesgo. Las respuestas de los individuos pueden ser descritas como un sistema de autorganización, incorporando factores de riesgo distales (años de dependencia, historia familiar, soporte social y comorbilidad psiquiátrica) procesos cognitivos (autoeficacia, expectativas de consumo, craving, motivación) y cognitivo- conductual como habilidades de enfrentamiento. Este modelo dinámico de recaída permite varias configuraciones distales y proximales de riesgos de recaída

Se obtuvo una adecuada consistencia interna ya que se obtuvo un alpha de .92. Los determinantes de recaída que se obtuvieron en el análisis factorial de los reactivos son cuatro: precipitadores de consumo (PC), apoyo familiar (AF), expectativas de consumo (EC) y estrategias de enfrentamiento (EE).

Dentro del factor precipitadores de consumo se encuentran incluidos reactivos de estados emocionales y situaciones generadoras de craving. Aquí dos determinantes teóricos se unieron y los otros tres factores contemplan un determinante teórico.

A partir de los resultados obtenidos se observa que el instrumento desarrollado en esta investigación es válido, tanto a nivel de contenido como de constructo. Sin embargo debe aplicarse nuevamente para determinar una adecuada direccionalidad, y también contrastar los factores obtenidos con la teoría, en una población más representativa de personas dependientes al alcohol en proceso de remisión del consumo.

El instrumento está diseñado para interpretarse como a mayor puntaje mayor riesgo de recaídas.

Determinantes en la recaída al consumo de alcohol

Este cuestionario tiene como objetivo investigar que situaciones se relacionan con el proceso de recaída al consumo de alcohol y drogas. Esto con la finalidad de poder prevenir y atender de manera oportuna una posible caída al uso de alcohol y drogas.

A continuación se le presentan una serie de oraciones que usted usará para describir su situación actual, considerando que entre más grande sea el cuadro es porque está usted más de acuerdo con la oración y entre más pequeño sea el cuadro se encuentra usted más en desacuerdo con la oración.

Ejemplo:

Muy de acuerdo

Muy Desacuerdo

El alcohol daña mi salud

En el ejemplo puede ver que hay cinco cuadros después de la oración; debe marcar una X sobre el cuadro que lo represente mejor, si marca el cuadro más grande, indica que usted está muy de acuerdo con la oración. Si marca el cuadro más pequeño, indica que usted está en desacuerdo con la oración. El resto de los espacios indican diferentes grados de acuerdo que tenga usted, utilícelos para encontrar el punto adecuado de su opinión. Conteste de acuerdo a su consumo de alcohol u otras drogas, dependiendo su caso.

Conteste todos los renglones, dando una sola respuesta a cada renglón. Recuerde sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerde responder con toda sinceridad.

Oraciones	Muy de acuerdo	Muy Desacuerdo
1.-Siento ganas de tomar bebidas con alcohol cuando estoy solo (a) en mi casa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.-Cuando paso por un lugar donde venden alcohol siento muchas ganas de tomar bebidas con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.-Siento ganas de beber alcohol cuando camino por la calle donde solía tomar con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.-Ocupo mi tiempo libre en cosas que me distraigan de beber	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.-Los fines de semana siento ganas de tomar bebidas con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6.-Acudo a los grupos de autoayuda constantemente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.-Regularmente siento ganas de beber alcohol diario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.-Siento ganas de beber alcohol cuando tengo problemas con mi familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.-Cuando alguien cercano a mí bebe alcohol siento ganas de hacerlo también	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.-Cuando estoy en reuniones donde se bebe alcohol siento ganas de beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.-Pienso en hacer cosas que me gusten para evitar pensar en el alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.-Si tengo problemas en mi vida siento ganas de beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.-Cuando tengo ganas de beber alcohol pienso en hacer algo que me distraiga de beber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.-Siento ganas de beber alcohol cuando tengo problemas con mi pareja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.-Volver a tomar bebidas alcohólicas me ayudaría a relajarme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.-Pienso en beber alcohol cuando me enojo con mi pareja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.-Si yo vuelvo a beber alcohol dejaría de sentirme estresado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

18.-Pienso en beber alcohol cuando me enojo con mi familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.-Pienso en beber alcohol cuando me siento triste por pelear con mi familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20.-Pienso en beber alcohol cuando me siento triste por pelear con mi pareja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.-Si yo vuelvo a beber alcohol obtendría placer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22.-Pienso en beber alcohol Cuando me siento alegre por estar con mis amigos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.-Si me siento muy triste pienso en beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.-Si estoy muy enojado pienso en beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.-Si me siento preocupado pienso en tomar bebidas con alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26.-Cuando me siento muy alegre siento ganas de beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27.-Cuando me siento nervioso pienso en beber alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28.-Me siento capaz de mantenerme abstemio con el apoyo de mi familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29.-Sé que puedo recuperarme con el apoyo de mi familia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

30.-Soy capaz de dejar de beber alcohol con el apoyo de mi pareja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.-El apoyo de amigos me ayuda a ser capaz de dejar el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EDAD: _____ **Ha consumido alcohol en el último mes (Si) (No)**

Cuanto tiempo lleva sin consumir: _____meses_____años

Sexo: (Mujer) (Hombre)

Gracias por su colaboración

ANEXO 9

ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL

La escala de Satisfacción General es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de la vida cotidiana y fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son: 1) Consumo/sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales, 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General.

Este instrumento detecta el nivel de satisfacción general que identifica tener el individuo con su vida cotidiana, así como los diferentes niveles de satisfacción que percibe sentir en áreas específicas de funcionamiento. Por lo que el instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un promedio y medidas específicas de satisfacción.

Su aplicación va de cinco a diez minutos de duración, las instrucciones son “¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida?”. Establezca en una escala de 1 a 10 cómo se siente hoy, y evite que la calificación que asigne en un área afecte a otra. Los puntajes cercanos a uno reflejan insatisfacción y los más cercanos al diez reflejan insatisfacción.

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.

Escala de Satisfacción General

Nombre: _____

Pre- tratamiento () post- tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()
 3er seguimiento () 4to seguimiento ()

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponde al nivel de satisfacción que usted tiene al respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Conforme lea cada área pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida? Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

	Completamente insatisfecho					Completamente satisfecho				
1.Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.Vida social/recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.Habitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.Relaciones matrimoniales/familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.Vida emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 10

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La teoría de la validación social propuesta por Wolf en 1978, observa la necesidad de validar los resultados obtenidos con los programas analítico-conductuales, por parte de los usuarios. Para referirse a la validación social se han empleado varios términos tales como importancia social, relevancia social, significancia social, satisfacción del consumidor, importancia clínica, significancia clínica, relevancia educacional, entre otros. La terminología asociada con la validez social ha sido usada de varios modos que la hace sumamente confusa. Se ha empleado en campos de la ciencia social, así como los negocios, el marketing. Mientras la validez social puede ser asociada con varias disciplinas y definida de diferentes formas, el propósito en este caso particular es la validez social que fue desarrollada en el campo del análisis de conducta aplicada (Stacy, 2010).

Esto es necesario ya que los programas del tratamiento se desarrollan para resolver los problemas de los miembros de la sociedad y son ellos quienes deben decidir si los tratamientos son aceptables o no (Reimers et al., 1987). También se ha encontrado que la aceptación del tratamiento influye directamente en su probabilidad de éxito (Reimers et al., 1987).

Wolf (1978) indica que se deben desarrollar sistemas de medición para preguntar a la sociedad si el cambio en la conducta, y/o el proceso utilizado para modificarla tienen valor para la sociedad. Este mismo autor propone que se validen las intervenciones en cuanto a sus metas de tratamiento, procedimientos empleados y resultados como se presenta a continuación:

1. Validación de metas: Evalúa si las conductas meta son realmente lo que la sociedad quiere, así como establecer la satisfacción del consumidor con los objetivos del programa de intervención.
2. Validación de procedimientos: Si los usuarios consideran aceptables los procedimientos de tratamiento.
3. Validación de resultados: Evalúa si los usuarios están satisfechos con los resultados, incluyendo los no previstos.

También es importante, la validación social del personal, paciente o equipo de tratamiento, puede ayudar a cooperar en la implementación del tratamiento, a esto se le llama Competencia del personal, que se refiere entonces al grado en el que los individuos encargados pueden aplicar de manera correcta, confiable y práctica el procedimiento seleccionado (Fulgencio, 1996).

Otro punto importante es la eficiencia del tratamiento, que se refiere a la rapidez con que un procedimiento provocará un efecto deseado. Los tratamientos más eficientes son los más aceptados (Fulgencio, 1996). Es menester que el usuario haya pasado por el proceso del tratamiento para que la aceptación del mismo pueda ser evaluada (Fulgencio, 1996).

El cuestionario de Satisfacción del usuario se validó con 115 usuarios de un tratamiento psicológico. Se obtuvo una confiabilidad de 0.92 y con una rotación varimax se obtuvo un modelo de tres factores. Estas tres sub-escalas miden lo siguiente: Validación Social del Personal; Estrategias Aprendidas; y Situaciones de riesgo. El cuestionario está compuesto por 11 reactivos, en una escala tipo likert con cinco opciones de respuesta. La interpretación del instrumento implica que a mayor puntaje mayor satisfacción con el tratamiento.

Cuestionario de Satisfacción del Usuario

Nombre usuario: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: en la siguiente escala que va del 0 al 5, donde **0** es **Nada Satisfecho** y **5** es **Completamente Satisfecho**, marque con una "X" el número que se aproxime a su grado de satisfacción con respecto al tratamiento y las estrategias aprendidas.

Por ejemplo:

Si usted se encuentra sumamente **insatisfecho** con su calidad de vida, **marque 0**, si sólo está **un poco insatisfecho**, marque el **1** y así sucesivamente, si usted se encuentra **satisfecho** con su vida, marque el **4** y si está **completamente satisfecho** con su vida, marque el **5**.

EJEMPLO	Muy insatisfecho						Muy satisfecho
1. Se encuentra satisfecho actualmente con su calidad de vida	0	1	2	3	<u>3</u>	4	5

	Muy insatisfecho						Muy satisfecho
1. ¿Qué tan satisfecho se encontró con las habilidades que aprendió durante su tratamiento?	0	1	2	3	4	5	
Qué tan satisfecho se SINTIÓ con la utilidad de los planes de acción para:							
2. prevenir situaciones de riesgo	0	1	2	3	4	5	
3. tener control de la situación	0	1	2	3	4	5	
4. Realizar actividades que NO tengan que ver con el consumo de sustancias	0	1	2	3	4	5	
Qué tan satisfecho se sintió con:							
5. la utilidad del cambio de pensamientos	0	1	2	3	4	5	
6. mantenerse en abstinencia ante una situación de riesgo	0	1	2	3	4	5	
7. abstenerse de consumir cuando tiene problemas con otras personas.	0	1	2	3	4	5	
Qué tan satisfecho se sintió con:							
8. el trabajo del profesional de la salud	0	1	2	3	4	5	

9. la responsabilidad mostrada por el profesional de la salud ante el trabajo	0	1	2	3	4	5
10. el trato profesional que el profesional de la salud te brindó	0	1	2	3	4	5
11. el trato respetuoso que el profesional de la salud te brindó	0	1	2	3	4	5
12. la sinceridad del profesional de la salud	0	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN Y APOYO

Anexo 11
Ejemplo de dos
sesiones
contenidas en
el manual de
Procedimientos
de Sesión

Manejo del deseo de consumo

El craving es definido como un irracional deseo de beber y perder el control. Siegel, Krank y Hinson (1988) proponen que tanto el craving, como los síntomas del síndrome de abstinencia pueden actuar como respuestas compensatorias al condicionamiento de drogas. Estas respuestas son condicionadas por varias exposiciones a la estimulación de drogas. Esto también es referido como tolerancia al compensar estos efectos y necesitar incrementar las cantidades de drogas para encontrar el efecto deseado. Este procedimiento es explicado por las claves licitadas a la preparación psicológica de respuesta, al preparar al individuo para los efectos de la droga.

El deseo es más a menudo experimentado al principio del tratamiento, pero los episodios del deseo puede persistir durante semanas, meses, e incluso a veces años después de que algunos alcohólicos dejan de beber. El deseo puede ser incómodo, pero es una experiencia muy común y no significa que algo anda mal. Se puede esperar que el deseo por el consumo ocurra algunas veces, por lo que estar preparados para hacer frente a ello resulta imprescindible.

El deseo a beber, o ansiedad por beber, puede ser desencadenado por las cosas que se observan en el medio ambiente y que recuerdan el uso de alcohol. Los signos físicos puede incluir opresión en el estómago o sentirse nervioso a través de su cuerpo; los signos psicológicos pueden incluir pensamientos cada vez mayores de el gusto por sentir el sabor del alcohol o drogas, recordar momentos en los que consumieron alcohol en el pasado, la planificación de cómo obtener una bebida, o sensación de que necesita el alcohol. El deseo tiene una duración limitada, es decir, que por lo general dura sólo unos minutos y un máximo de unas pocas horas.

En lugar de aumentar constantemente hasta que se vuelven insoportables, por lo general, después de un pico de unos minutos luego se apagan como una ola que desciende. Esto quiere decir que conforme pasa el tiempo, son menos frecuentes y menos intensos a medida que aprende a lidiar con ellos.

Objetivo General: Enseñar a los participantes a identificar y a manejar el deseo de consumir alcohol.

Duración aproximada: dos horas.

SESIÓN DE Manejo del deseo de consumo	INSTRUMENTOS Y MATERIALES	ESTRATEGIAS Y DIDÁCTICAS	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD
¿Cómo controlar mi deseo de consumo?			
Actividad 1: Revisión del progreso en la semana.	Gafetes, autoregistros, materiales de sesión 4A y 4B, recortes de diversas imágenes y lápices.	Instrucción verbal sobre el autoregistro y revisión del progreso en la semana.	20 minutos
Actividad 2: ¿Qué es el deseo de consumo?	Power point con la información de qué es el deseo y cómo se maneja el deseo y material 4A.	Exposición del terapeuta. Aportaciones de los participantes. Instrucción verbal sobre el material 4A.	60 minutos
Actividad 3: Desventajas de consumo, una estrategia contra el deseo	Power point, material 4B y Tijeras.	Exposición del terapeuta. Instrucción verbal sobre el material 4B y aportaciones de los participantes.	20 minutos

PROCEDIMIENTO:

Actividades previas a la sesión

El terapeuta prepara los instrumentos que utilizará durante la sesión, incluyendo folletos, material de trabajo para la sesión, lápices y el material que se necesita para aplicar el alcoholímetro. Así mismo prepara el escenario de trabajo colocando varias sillas, una mesa, el cañón y la laptop para la presentación.

Actividad 1: Revisión de progreso en la semana

1. El terapeuta da la bienvenida a los pacientes, recibéndolos desde la puerta, haciendo contacto visual y sonriéndoles mientras realiza rapport.
2. Se les comenzará a aplicar el alcoholímetro. Si el paciente obtiene puntuación de alcohol en sangre se le comentará que no podrá tomar la sesión y que se le espera hasta la próxima sesión cuando este sin consumo.
3. El terapeuta realizará la dinámica llamada “aquí está mi foto”. El terapeuta pone a disposición de los participantes, fotos de seres humanos, actividades y lugares diferentes. Cada participante elige la foto o el recorte seleccionado. Explica porqué piensa que lo representa. Dice cómo se siente él por dentro ante esa foto o recorte. Los integrantes del grupo cuestionan al que habló. Se dejará de lado todo comentario que signifique falta de respeto a las personas. Se darán 10 minutos para esta actividad.
4. El terapeuta refuerza a los pacientes por el llenado del auto-registro. Si hubo consumo en alguno de los pacientes, revisa conjuntamente con el grupo qué factores, tanto internos como externos, precipitaron el consumo. El terapeuta le proporciona retroalimentación, y propicia que el usuario realice un plan de acción que garantice el poder enfrentar dichos precipitadores sin consumo en próximas ocasiones. Se darán quince minutos para esta actividad.
5. Se les entregará las hojas de material 4A y 4B de trabajo en la sesión.

Actividad 2. ¿Qué es el deseo de consumo?

1. El terapeuta con ayuda de la presentación de power point, informará al grupo que en esta sesión se explicará qué es el craving o el deseo de consumo, además de que se darán estrategias para el manejo del deseo de consumo. Se les explicará que lo importante es que aprenda a reconocer los "disparadores" del deseo para que pueda reducir su exposición a los mismos. Los desencadenantes más comunes incluyen: La exposición al alcohol en sí mismo; Ver beber de otras personas; El contacto con personas, lugares, horas del día, y las situaciones comúnmente asociados con el consumo; Algunos tipos particulares de las emociones (como la frustración, el enojo, la tristeza, felicidad, ganas de divertirse, etc.); Emociones físicas (como sentirse enfermo, tenso, etc.).

Algunos desencadenantes son difíciles de reconocer, y autocontrolar, sin embargo la forma más fácil de lidiar con los antojos es tratar de evitarlos. Esto puede hacerse mediante la reducción de su la exposición a factores desencadenantes del deseo, por lo que se sugiere deshacerse de alcohol en la casa, no ir a fiestas o bares, reduciendo el contacto con amigos que beben. Se sabe también que a veces deseo no se puede evitar, y es necesario encontrar una manera de hacer frente a ella. Hay varias estrategias diferentes para hacer frente con el deseo:

- Manejar el deseo con técnicas de respiración profunda, recordando que el deseo es como una ola de mar que llega a un pico máximo de altura y que luego disminuye hasta desaparecer, lo cual indica el deseo intenso no durará horas. Se realizará brevemente un ejercicio de respiración profunda para contener el deseo.
 - Involucrarse en alguna actividad de distracción, por ejemplo: lecturas, ir al cine, hacer ejercicio (trotar, andar en bicicleta). Una vez que se ocupa la mente en a otra cosa, el deseo comenzará a desaparecer.
 - Hablar con amigos o familiares sobre el deseo cuando se produzca, esto ayuda a la descarga y aliviar la sensación.
 - Autoplática constructiva, esto se refiere que en lugar de pensar en los beneficios aparentes del consumo, se piensen sus consecuencias negativas y sus riesgos, tanto a corto, mediano y largo plazo. Se darán 15 minutos para realizar esta actividad.
2. Se le pedirá al grupo que trabajen con el material 4A, en donde identifiquen cuales son los disparadores del deseo que han experimentado. Llenaran también la sección de estrategias de distracción que ellos pueden realizar para enfrentar el deseo. Se darán 10 minutos para esta actividad.
 3. Al finalizar la actividad, se les pedirá que compartan con el grupo sus respuestas. Cada participante retroalimentara las estrategias de distracción que realizaran sus compañeros sugiriendo otras o complementado sus estrategias con actividades extras. Se darán 10 minutos para esta actividad.
 4. Se le pedirá al grupo que trabaje con el material 4A, en la sección donde ellos hacen una lista de personas con las que pueden hablar del deseo de consumo. Se darán 5 minutos para esta actividad.
 5. Al finalizar la actividad, se les pedirá que compartan con el grupo sus respuestas. Se darán 5 minutos para esta actividad.
 6. Al finalizar esta actividad, se le comentará al grupo que realicen el ejercicio en el cual hacen una autoplática constructiva para enfrentar el deseo de consumo. Se darán 5 minutos para esta actividad.
 7. Al finalizar la actividad, se les pedirá que compartan con el grupo sus respuestas. Se darán 5 minutos para esta actividad.

Actividad 3. Desventajas de consumo una estrategia contra el deseo

1. Se le comentará al grupo que identifiquen cuáles son las desventajas de consumir alcohol. Se hará una lista con las ideas principales en el pizarrón. Posteriormente se les pedirá que comenten las ventajas de mantenerse sin consumir. Se darán 10 minutos para esta actividad.
2. Al finalizar esta actividad, se les pedirá que realicen el ejercicio de desventajas de consumo y ventajas de la abstinencia del material 4B. El cual lo deberán complementar con sus percepciones personales y los comentarios grupales que se hicieron. Se darán 5 minutos para esta actividad.
3. Al finalizar la actividad, se repartirán tijeras para que recorten este ejercicio y lo hagan una pequeña tarjeta que puedan cargar en su tarjeta o en su monedero. Se les comentará que esta tarjeta la cargaran con ellos diario, para que cuando venga el deseo de consumo, ellos lo lean y recuerden la

importancia de mantenerse en sobriedad. Se darán 5 minutos para esta actividad.

4. Se finalizará el contenido de la sesión con un breve resumen de lo que se vio durante ella. Esta actividad durará 5 minutos.
5. El terapeuta recordará a los participantes el traer lleno su autoregistro, donde mencionen si hubo consumo de alcohol durante la semana, y si lo hubo, describan como fue la situación. Se les explicara que el llenado del auto-registro es importante porque encontrarán una motivación especial al llenar el auto-registro día con día, ya que pueden observar sus avances a corto, mediano y largo plazo.
6. Se agradecerá la asistencia de los participantes, se les recordará su próxima cita para la siguiente semana y se les entregará un folleto con la información de la sesión.

Consideración especial: Si hay pacientes analfabetas, el terapeuta les deberá ayudar a escribir sus ejercicios.

Ejemplo de Trabajo en la Sesión 4A

Disparadores del deseo del consumo	Actividades distractoras para manejar el deseo
<i>Frustración por no obtener empleo El antojo en mi casa</i>	<i>Distraerme en la computadora buscando trabajo Hacer deporte en el gimnasio en ese momento Escuchar música que me gusta</i>

Nombre	Teléfono	¿Qué le voy a decir respecto al deseo?
Juan Carlos	56583911	Oye, fíjate que en el tratamiento me sugirieron que cuando tenga antojo de consumir le hable a algún amigo que sepa de mi consumo y platique con él.....
<i>Mama y Esposa</i>	<i>000000000 000000000</i>	<i>No estoy tomando pero ahorita se me antojo y hablo para distraerme.</i>

Disparador	Autoplática destructiva	Autoplática constructiva
Pasar por el lugar donde están mis amigos consumiendo	Se la están pasando muy bien consumiendo. Yo también quiero consumir para estar bien.	No necesito la coca para sentirme bien. Aunque se me antoja mucho, estoy mejor sin usarla.
<i>Sentirme frustrado</i>	<i>Si quiero sentirte mejor tomame unos tragos.</i>	<i>No puedo tirar todo lo que he hecho por un antojo. No necesito el alcohol para estar bien.</i>

Sesión 4B

Desventajas de consumir	Ventajas de no consumir
<i>Pérdida de dinero, pérdida de trabajo, salud en riesgo, amargura, tristeza y soledad.</i>	<i>Mejorar mi relación con mi esposa y madre, divertirme sin consumir.</i>

Sesiones de seguimiento al mes, tres meses y seis meses

El seguimiento se debe entender como “el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento” (Miller, 1989). Un sistema organizado de seguimiento, proporciona ventajas que son difíciles de obtener de otra manera.

Las ventajas derivadas del seguimiento sistemático, superan en mucho los costos involucrados. Sin embargo, es necesario que el seguimiento no sea costoso, y procurar que el tiempo y esfuerzo invertido produzca una inversión equilibrada de costo-eficacia. Este módulo trata sobre algunos aspectos teóricos y prácticos, que se deben considerar al implementar un seguimiento.

Las razones principales para realizar un seguimiento son (Miller, 1989):

- Medir la eficacia de las intervenciones, a través de su retroalimentación, a fin de descubrir y evaluar nuevas propuestas
- Su impacto directo sobre los usuarios. Estos aprecian las sesiones de seguimiento, percibiéndolas como una preocupación constante y de cuidado que le ofrece el tratamiento
- Reforzar el proceso de tratamiento mediante la planeación de seguimientos coincidentes con intervalos de riesgo pico, sirve para reforzar el proceso de la intervención, así como para identificar las posibles recaídas y prevenirlas, apoyando la conducta de los que recaen
- Obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados con éste. Esto favorece la evaluación de la eficacia en la aplicación del tratamiento de forma objetiva.
- Compartir nuevos conocimientos entre programas de tratamiento semejantes; de tal forma que estos hallazgos puedan ser útiles en el diseño de nuevas propuestas de intervención.

Existen algunas consideraciones prácticas para decidir instrumentar un sistema de seguimiento, entre las que se encuentran (Miller, 1989):

- Contar con una guía estructurada de entrevista de seguimiento. Lo recomendable es que las sesiones de seguimiento se realicen a través de entrevistas personales, lo cual permite individualizar las preguntas y la intervención. Una alternativa son las entrevistas por teléfono, en especial para aquellos usuarios que no pueden o no quieren asistir al seguimiento.

- Planear los seguimientos dentro de un período de por lo menos 12 meses, estableciendo intervalos de uno, tres, seis y doce meses. El porcentaje de resultados “exitosos”, estará fuertemente influenciado por el momento en el que el seguimiento se lleve a cabo. En las entrevistas conducidas poco después de terminar el tratamiento, se obtienen mayores tasas de éxito, que en aquéllas que se realizan un año después (Costello, Bieber, y Baillargeon, 1977; citados por Miller, 1989)

Un elemento esencial dentro del seguimiento, es elegir quién debe conducir el seguimiento. Se han encontrado ventajas y desventajas en que la entrevista esté a cargo del terapeuta que lleva el caso durante el tratamiento. Los que están a favor de que el propio terapeuta realice el seguimiento, argumentan que esto es conveniente por la familiaridad y simpatía entre él y el usuario, además de que esta modalidad, proporciona al terapeuta una retroalimentación más directa sobre su trabajo. Sin embargo, los terapeutas pueden tener dificultades para conducir evaluaciones objetivas de seguimiento acerca de su propio

trabajo. Por otro lado, se ha dicho que los clientes pueden mostrarse más amigables con un entrevistador independiente, que tenga un interés menos personal cuando escuche un informe positivo. Por lo tanto, se recomienda que los terapeutas encargados del caso, tengan a su cargo, sólo los primeros contactos de seguimiento, dejando que los últimos contactos los realice un terapeuta diferente, por ser estos en donde se requiere una mayor objetividad en la evaluación de los resultados.

Es conveniente que los usuarios conozcan desde el inicio del tratamiento, que acudirán a sesiones de seguimiento; estas deben presentársele como parte del tratamiento.

También es conveniente que el terapeuta establezca contacto por teléfono con el usuario, una semana antes de la fecha de su seguimiento, con el propósito de asegurar la asistencia del mismo y en caso de que éste no pueda asistir, programar una nueva sesión

Con estas tres sesiones adicionales, se pretende evaluar la efectividad del tratamiento, reforzar las habilidades adquiridas durante el tratamiento, trabajar las posibles recaídas de los pacientes para ayudarles a restablecer su meta de abstinencia nuevamente y motivar el apego al tratamiento psiquiátrico en caso de aumentar la sintomatología de su diagnóstico dual.

Para el logro de estos objetivos durante el seguimiento, se busca obtener información relativa al patrón de consumo del usuario; los planes de acción utilizados por él para enfrentar las situaciones de riesgo por su consumo; la presencia de recaídas, y la respuesta del usuario a estas recaídas; así como información relacionada con los síntomas, problemas y consecuencias asociadas al consumo; indicadores de deterioro neuropsicológico; y en algunos casos, una valoración general del estado de salud del usuario. La información se obtiene mediante entrevista, el uso de instrumentos de evaluación y el reporte de colaterales.

Es importante mencionar que el terapeuta asignado al usuario, debe sólo realizar los dos primeros seguimientos. Mientras que el seguimiento a seis y doce meses corre a cargo de otro miembro del equipo. La razón para realizar de esta forma el seguimiento, obedece a la necesidad de obtener información objetiva de estos periodos, donde la literatura en esta área señala que es más probable que se dé una mayor ocurrencia de caídas o recaídas.

Al igual que en los pasos anteriores, existen algunas recomendaciones para preparar los seguimientos, entre las que se encuentran:

- Preparar con anticipación las entrevistas de seguimiento
- Realizar las entrevistas de manera personal
- Revisar el expediente del usuario antes de la sesión de seguimiento
- Cuando sea el momento (seguimientos a tres y seis meses), recordar al usuario la entrevista que se tendrá con su colateral
- Contar con los instrumentos a aplicar durante los seguimientos. Revisar la Guía Rápida correspondiente a cada sesión de seguimiento
- Entrevistar al usuario de una forma imparcial, respondiendo de una manera reflexiva y empática a cualquier información que se obtenga
- Asegurar al cliente que la información proporcionada no tendrá efectos adversos para él. Es decir, los datos recolectados en el seguimiento no serán divulgados, sino que servirán para apoyarlo y guiarlo en el mantenimiento de su cambio
- Actualizar el expediente del usuario después de cada seguimiento

El esquema de trabajo de estas tres sesiones llevara la misma estructura que es la siguiente:

Objetivo general: Evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo, el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo, el nivel de dependencia, los determinantes de recaídas, satisfacción general y diversos cambios en su estilo de vida.

Duración aproximada: 90 minutos.

SESIÓN DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTOS Y MATERIALES	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS
Identificará la cantidad, intensidad y frecuencia de su consumo.	LIBARE	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Evaluar nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo ante diversas situaciones.	Cuestionario de confianza situacional (CCS).	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Se evaluará el Riesgo de Recaídas al consumo de alcohol.	Escala de Determinantes de Recaídas al Alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Se evaluará el grado de satisfacción que perciben los participantes en diferentes áreas de su vida.	Escala de Satisfacción General	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Se evaluará el nivel de sintomatología psicósomática.	SCL-90	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Se evaluará el nivel de sintomatología psicósomática.	Entrevista de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción verbal
Se analizarán las estrategias aplicadas y se dará prevención de recaídas.		

Actividades Previas a la sesión

El terapeuta prepara los instrumentos que utilizará durante la sesión. Así mismo prepara el escenario de trabajo colocando dos sillas y una mesa. El terapeuta da la bienvenida al paciente, recibéndolo desde la puerta, haciendo contacto visual y sonriéndole mientras realiza rapport y le acompaña al cubículo en el que se llevará a cabo la sesión.

PROCEDIMIENTO:

1. El terapeuta da la bienvenida a los pacientes, recibéndolos desde la puerta, haciendo contacto visual y sonriéndoles mientras realiza un breve rapport.
2. Se les comenzará a aplicar el alcoholímetro. Si el paciente obtiene puntuación de alcohol en sangre, se le comentará que no podrá tomar la sesión y se le dará fecha para una próxima sesión.
3. El terapeuta recordará el concepto de trago estándar, definiendo que un trago estándar es igual a un tarro de 341 ml de cerveza o a una cerveza de ¼, una cuba con 42 ml de destilado (brandy, ron, whisky, etc.), una copa de vino de 142 ml o un caballito de tequila de 85 ml. Esto con la intención de que vuelvan a revisar su patrón de consumo.

4. El terapeuta aplicará la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). El terapeuta aplicará el cuestionario a los participantes leyéndoles en voz alta las instrucciones y preguntándoles si tienen dudas al respecto.
5. El terapeuta aplicará el Cuestionario de Confianza Situacional. El terapeuta aplicará el cuestionario a los participantes leyéndoles en voz alta las instrucciones y preguntándoles si tienen dudas al respecto.
6. Aplicar la Escala de Determinantes de Recaídas al consumo de alcohol para evaluar el riesgo de recaídas. El terapeuta aplicará el cuestionario a los participantes leyéndoles en voz alta las instrucciones y preguntándoles si tienen dudas al respecto.
7. Aplicará la Escala de Satisfacción General. El terapeuta aplicará el cuestionario a los participantes leyéndoles en voz alta las instrucciones y preguntándoles si tienen dudas al respecto.
8. Se aplicará la Lista de chequeo de síntomas (SCL90). El terapeuta aplicará el cuestionario a los participantes leyéndoles en voz alta las instrucciones y preguntándoles si tienen dudas al respecto.
9. Entrega y explicación del auto registro del consumo de alcohol.
10. Se dará integración de la información en su expediente.
11. Se les aplicará una entrevista de seguimiento individual, para analizar si se han visto afectados en algunas áreas por el consumo (ver anexo 3, sesión13), así como motivar los cambios propositivos que ha hecho en su vida, reforzar sus habilidades para mantenerse en abstinencia y ayudarle a establecer sus nuevas estrategias para enfrentar sus riesgos presentes.
12. Finalmente se les dará las gracias por asistir y se les dará fecha para su siguiente seguimiento.
13. Cuando los participantes terminen sus seguimientos, se les felicitará por haber culminado satisfactoriamente su tratamiento y se les comentará que en caso de riesgo, pueden pedir cita para acudir a la institución donde se le atendió y trabajar ese riesgo.

Anexo 12

Material de Trabajo en Sesión

Formato de Criterios

Formato de Criterios de Inclusión			
Marca con una X si cumple cada criterio en el espacio correspondiente			
Criterios de inclusión	de	Especificación del criterio	Instrumentos de evaluación
Nivel de dependencia	de	Dependencia media () Dependencia severa ()	Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) 21- 45 puntos
Cantidad consumo	de	Consumo por ocasión () Hombre: 14 ó más tragos estándar Mujer: 10 ó más tragos estándar Consumo semanal () Hombre: 20 ó más tragos estándar Mujer: 15 ó más tragos estándar	Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
Recaídas, internamientos o tratamientos previos.	o	Si () No ()	Ficha de datos demográficos
Perdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana	en	Tener algunas pérdidas o daños en al menos tres áreas de su vida. () Nombrar cuales: _____ _____ _____ _____ _____	Ficha de datos demográficos
		Física: gastritis, ulcera, arritmias cardiacas, cirrosis u otras alteraciones del hígado, pancreatitis, lesiones por accidentes, varices esofágicas, neumonías, tuberculosis, diabetes. Laboral/Académico: desempleo, suspensiones laborales, accidentes laborales, fallas en la calidad del trabajo, deserción escolar, ausentismo, años escolares reprobados. Familiar: divorcio, separaciones, violencia física y verbal, conflictos recurrentes. Social: aislamiento, pérdida de amigos, pleitos. Legal: demandas, detecciones, encarcelamiento, homicidios, robos. Psicológico: insomnio, ansiedad, depresión, culpa, lagunas mentales, intentos suicidas. Económico: deudas, gasto excesivo de dinero. Personal: falta de conductas de auto cuidado, poca higiene.	
Edad		Tener 18 años o más ()	Ficha de datos demográficos
Rendimiento		Saber leer y escribir ()	Ficha de datos demográficos
Funcionamiento cognitivo		6 puntos o superior ()	Ficha de datos demográficos

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Nombre del paciente: _____

Número de expediente: _____

Fecha: _____

Cambio de dirección si () No ()

Dirección nueva: _____

Explica que cambios ha tenido el paciente en las siguientes áreas:

Cambios en el consumo de alcohol: _____

Progreso en el trabajo /Escuela: _____

Manejo del Dinero: _____

Vida social/Recreativa: _____

Hábitos personales: _____

Relaciones matrimoniales o de pareja: _____

Situación legal: _____

Control emocional: _____

Comunicación: _____

Apego a su medicamento psiquiátrico: _____

Si el paciente ha tenido recaída al consumo explique qué sucedió para que sucediera y que apoyo le dio para enfrentar situaciones similares en el futuro:

Control de Asistencia

Nombre: _____

Nombre de la sesión	Fecha de asistencia
Evaluación	
Adherencia al tratamiento psiquiátrico: Importancia de tomar mi medicamento psiquiátrico	
Diagnostico Dual: ¿Qué es el diagnostico dual y como se maneja?	
Análisis funcional de la conducta de consumo: ¿Por qué se consume alcohol?	
Manejo del deseo de consumo: ¿Cómo controlar mi deseo de consumo?	
Rehusarse al consumo: ¿Cómo rechazar un trago?	
Control de emociones “enojo y celos”: ¿Cómo manejar mi enojo y mis celos?	
Control de Ansiedad: ¿Cómo controlar mi Ansiedad?	
Control de la Depresión: ¿Cómo controlar mi Depresión?	
Metas de vida: ¿Cómo hacer un plan de Vida?	
Solución de problemas: ¿Cómo solucionar problemas?	
Habilidades de comunicación: ¿Cómo comunicarme mejor?	
Prevención de recaídas: Planes de emergencia y enfrentamiento de caídas al consumo	
Primer Seguimiento a los 15 días	
Segundo Seguimiento a los siguientes 15 días	
Tercer Seguimiento al siguiente mes	
Cuarto Seguimiento al siguiente mes	

Carta Compromiso

Por medio de la presente yo, _____
acepto participar en el Tratamiento Integral para Abuso y Dependencia al Alcohol. Tengo información respecto a sus características y estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en que los datos proporcionados puedan utilizarse con fines de investigación científica, siempre y cuando el manejo de la información sea de la manera profesional ética y confidencial.
- Me comprometo a dar información totalmente honesta para apoyar mi abstinencia y facilitar mi recuperación.
- Estoy de acuerdo en que la relación Médico/Psicólogo- Paciente será únicamente profesional.
- Me comprometo a abstenerme de asistir a las sesiones bajo los efectos de alcohol y otras drogas, exceptuando si estoy recibiendo tratamiento farmacológico controlado.
- Me comprometo a no traer conmigo drogas legales o ilegales al asistir al centro de intervención, ni consumirla en sus instalaciones, ya que esto será causa de baja del tratamiento.
- Cuidar mi integridad física, es decir no tener conductas que puedan poner en riesgo mi vida.
- Evitar tener conductas de agresión física y verbal hacia otras personas.
- Asistir con puntualidad a mis citas.
- Asistir a servicio de desintoxicación o de apoyo psiquiátrico si fuese necesario.
- Estoy de acuerdo en proporcionar nombre, dirección y número telefónico de un familiar y/o amigo cercano **No** consumidor para que pueda ser entrevistado por el profesional de la salud en caso de que no pueda contactarme.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Relación o parentesco: _____

- Estoy conciente de que la información se dará a los familiares o amigos es solo sobre mi asistencia, cuotas de pago, características del programa de intervención, orientación de lugares de atención en casos de urgencias como riesgo suicida, desintoxicación o en caso necesario de internamiento con atención profesional, el resto de la información será confidencial.
- Asistir a tres sesiones de seguimiento, es decir, al mes, tres meses, seis meses después de haber terminado el tratamiento. En estas sesiones se me aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación inicial y se obtendrán datos referentes a mi consumo.
- De igual manera estoy de acuerdo de que en caso necesario y al no obtener los beneficios y resultados exitosos esperados se me proporcione información por escrito a otros tratamientos que me permitan lograrlo.

- El terapeuta no podrá participar en ningún proceso legal (declaración testimonial) que involucre al usuario ni durante tratamiento ni durante los años posteriores a este.
- Del mismo modo doy mi autorización para que a criterio de los profesionales se me aplique el alcoholímetro, que es una prueba de aliento, y pruebas de orina para el control de uso de sustancias.
- Así mismo, estoy de acuerdo en que mi terapeuta tenga contacto interdisciplinario para garantizar la intervención integral que fortalezca el éxito terapéutico.

En este tratamiento, toda la información que proporcione es de carácter confidencial y solo tendrá acceso a ella mis terapeutas y su supervisor.

México, D.F. a _____ de _____ de 200_____

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del terapeuta

Este formato se elaboró de acuerdo a los artículos 3.9, 5.4.4 y 5.4.5 en materia de consentimiento informado y de tratamiento para la salud de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Anexo 13

Ejemplos de los Folletos De trabajo en sesión

Si tuviste consumo o deseo...

Responde a las preguntas del siguiente cuadro:

	Situaciones de consumo			Personas relacionadas al consumo y al deseo				Motivos de consumo		
	Laboral	Social	Otro	Familia	Amigos	Conocidos	Otro	Emoción	Placer	Sensación física
S1										
S2										
S3										
S4										
S5										
S6										
S7										
S8										
S9										
S10										
S11										
S12										
	Cuántas veces el momento de tu consumo: en el trabajo, en el ambiente social u otra situación.			Cuántas personas que personas estuvieron implicadas en tu consumo.				Cuántas cosas lo que crees que ha motivado tu consumo.		

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



División de Servicios Clínicos / Centro de Tratamiento Adictivo

Dependencia al alcohol

© 2014. Todos los derechos reservados.

Autorregistro de consumo



Programa de Intervención
para la adicción al alcohol y otras drogas

GOBIERNO FEDERAL
SALUD



Instrucciones

Responde a las preguntas marcando con una X en el espacio correspondiente.

	CONSUMO		DESEO		CONSUMO		DESEO		CONSUMO		DESEO		CONSUMO		DESEO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
semana 1																
semana 2																
semana 3																
semana 4																
semana 5																
semana 6																
semana 7																
semana 8																
semana 9																
semana 10																
semana 11																
semana 12																
	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4		DIA 5		DIA 6		DIA 7			



¡Tu puedes hacerlo!

DIRECTORIO

Dr. Ma. Elena Medina-Mora I.
Directora General

Dr. Armando Vázquez López
Director de Servicios Clínicos

Dr. Ricardo Iván Nami Alvarado
Coordinador de la Clínica de
Trastornos Adictivos Instituto
Nacional de Psiquiatría

VIVE SIN
ALCOHOL

Programa desarrollado por:
Lic. Diana Mejía Cruz
Dr. Rodrigo Marín Navarrete

¿Cómo controlar mi deseo de consumo?



4
SESIÓN



GOBIERNO FEDERAL
SALUD



¿Cómo controlar mi deseo de consumo?

El deseo o craving es la urgencia interna y agobiante para el uso de alcohol. Este deseo aparece en respuesta a señales externas, pensamientos y emociones. Este deseo es temporal, así que puedes controlarlo. Para controlarlo tú puedes hacer lo siguiente:

- Utiliza primero la respiración profunda.
- Recuerda que el deseo es como una ola de mar, llega a su punto máximo y después se desvanece hasta desaparecer.
- Desahírate del alcohol que haya en la casa.
- Evita ir a fiestas o bares.
- Reduce el contacto con gente que bebe.
- Platica con tus amigos de este cambio.
- Involúcrate en alguna actividad de distracción, por ejemplo: lecturas, ir al cine, hacer ejercicio, etc.



- Hablar con amigos o familiares cuando se produzca el deseo, esto ayuda a aliviar la sensación.
- Autoplática constructiva. Esto se refiere a que pienses en los beneficios de mantenerte sobrio y recuerdes las consecuencias negativas en tu experiencia con el alcohol.



Recuerda como enfrentar el deseo de beber

Identifica lo que sientes en tu cuerpo

Relajate con la técnica de respiración profunda

Recuerda lo que has perdido por el alcohol

Piensa en una actividad que te permita distraerte

Concéntrate en la actividad que elegiste y piensa en tu meta del tratamiento

Ahora realiza una lista de actividades que te ayudarán a controlar el deseo de consumo si este se presenta:

Actividad

Probabilidad de llevarlo a cabo

Lugar

¿Dónde vas a estar cuando te presentes a clases?

Anexo 14

Materiales

De Difusión

EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Tratamiento Integral para la dependencia al alcohol por una
VIDA SATISFACTORIA

La clínica de trastornos adictivos te invita a integrarte al tratamiento integral para la dependencia al alcohol en el cual recibirás apoyo especializado de psiquiatras y psicólogos, quienes en conjunto contigo te ayudaremos a rehabilitarte para una vida satisfactoria sin alcohol.



Fecha de inicio: 3 de mayo de 2011



Informes:

Clinica de Trastornos Adictivos
Edificio de Subespecialidades
del INPRFM, 2º piso

De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
Teléfono: 41665314

Responsables del programa
Dr. Ricardo Ismael Nahmi Alvarado
Lic. Diana Mejía Cruz

GOBIERNO
FEDERAL

SALUD





¿Qué recibiré durante el tratamiento?

- Un ambiente de respeto
- Apoyo durante crisis
- Información clara de tu tratamiento
- Información impresa
- Aprendizaje recreativo
- Control médico multi disciplinario.
- Compromiso mutuo.



DIRECTORIO

Dra. Ma. Elena Medina-Mora I.
Directora General

Dr. Armando Vázquez López
Director de Servicios Clínicos

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
*Coordinador de la Clínica de
Trastornos Adictivos Instituto
Nacional de Psiquiatría*

**VIVE SIN
ALCOHOL**

Programa desarrollado por:

Lic. Diana Mejía Cruz
Dr. Rodrigo Marín Navarrete

Tratamiento Integral para una Vida Satisfactoria sin Consumo de Alcohol



¿Tengo problemas con mi consumo de alcohol?

- Si falto o llego tarde al trabajo por beber.
- Si paso menos tiempo con mi familia por beber.
- Si pienso la mayor parte del día en beber.
- Si siento malestar físico parecido a la cruda cuando dejo de beber.
- Si he tenido accidentes fuertes (caídas, choques, peleas) al beber.
- Si ha aumentado mi necesidad de beber solo.
- Si he notado que bebo mas días a la semana.
- Si incremento la cantidad cada vez más.
- Si bebo en situaciones de riesgo (conducir).
- Si mi salud se ha complicado por beber.
- Si tengo gasto económicos fuertes por beber.



¿En qué consiste el tratamiento?

1. Tratamiento médico y psicológico especializado.
2. Tratamiento grupal de 3 meses, martes y Jueves.
3. Sesiones de seguimiento para observar tu progreso.



Informes:

Clinica de Trastornos Adictivos
Edificio de Subespecialidades
del INPRFM, 2º piso

De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
Teléfono : 41605314

Responsables del programa
Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
Lic. Diana Mejía Cruz

¿Por qué me conviene buscar ayuda para dejar el alcohol?

Recibiré apoyo de especialistas que me ayudarán a conservarme saludable en el proceso de dejar de beber, y evitar complicaciones médicas que vienen con el consumo de alcohol.

Aprenderé estrategias que me ayuden a dejar de tomar.

Mejoraré mis relaciones familiares, laborales y con amistades.

Conoceré a personas que están en una situación como la mía para acompañarnos en el proceso de dejar de tomar.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Dirección de Servicios Clínicos
Clínica de Trastornos Adictivos

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Dirección de Servicios Clínicos
Clínica de Trastornos Adictivos

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Dirección de Servicios Clínicos
Clínica de Trastornos Adictivos

Tratamiento Integral para la
Dependencia al alcohol
por una **VIDA SATISFACTORIA**

Tratamiento Integral para la
Dependencia al alcohol
por una **VIDA SATISFACTORIA**

Tratamiento Integral para la
Dependencia al alcohol
por una **VIDA SATISFACTORIA**

La clínica de trastornos adictivos te invita a integrarte al tratamiento integral para la dependencia al alcohol en el cual recibirás apoyo especializado de psiquiatras y psicólogos, quienes en conjunto contigo te ayudaremos a rehabilitarte para una vida satisfactoria sin alcohol.

La clínica de trastornos adictivos te invita a integrarte al tratamiento integral para la dependencia al alcohol en el cual recibirás apoyo especializado de psiquiatras y psicólogos, quienes en conjunto contigo te ayudaremos a rehabilitarte para una vida satisfactoria sin alcohol.

La clínica de trastornos adictivos te invita a integrarte al tratamiento integral para la dependencia al alcohol en el cual recibirás apoyo especializado de psiquiatras y psicólogos, quienes en conjunto contigo te ayudaremos a rehabilitarte para una vida satisfactoria sin alcohol.

1. Tratamiento médico y psicológico especializado.
2. Tratamiento grupal de 3 meses, los martes de 11 a 14 horas.
3. Sesiones de seguimiento para observar tu progreso.

1. Tratamiento médico y psicológico especializado.
2. Tratamiento grupal de 3 meses, los martes de 11 a 14 horas.
3. Sesiones de seguimiento para observar tu progreso.

1. Tratamiento médico y psicológico especializado.
2. Tratamiento grupal de 3 meses, los martes de 11 a 14 horas.
3. Sesiones de seguimiento para observar tu progreso.



Información
De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
Teléfono: +5255219

Clínica de Trastornos Adictivos
Subdirección de Servicios Clínicos
de Trastornos Adictivos
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Responsable del programa
Dr. Ricardo José David Alvarado
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Información
De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
Teléfono: +5255219

Clínica de Trastornos Adictivos
Subdirección de Servicios Clínicos
de Trastornos Adictivos
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Responsable del programa
Dr. Ricardo José David Alvarado
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Información
De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.
Teléfono: +5255219

Clínica de Trastornos Adictivos
Subdirección de Servicios Clínicos
de Trastornos Adictivos
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Responsable del programa
Dr. Ricardo José David Alvarado
Luz, 33 avenida Insurgente, CDMX

Anexo 15

Ejemplo de Diapositivas de las sesiones



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

“Tratamiento Integral para la Dependencia al Alcohol en Pacientes con Diagnostico Dual”



¿Qué haremos hoy?

- Revisaremos el progreso de la semana.
- Conoceremos a que se debe tu consumo de alcohol.
- Reconoceremos que cosas en uno mismo y en el entorno contribuyen a que siga consumiendo.
- Aprenderemos a enfrentar los riesgos de consumo con otras actividades mas saludables.





Sesión

¿Por qué consumo alcohol?



¿Qué es el análisis de mi consumo?



- El Análisis funcional del consumo, es una herramienta que les ayudará a conocer su conducta de consumo al analizarla paso por paso, y con esto podrán tener control sobre ella.



¿Cómo hacemos el análisis?



- Para iniciar este análisis debemos aprender a conocer que es lo que propicia que bebamos alcohol. Un precipitador del consumo es todo evento ó situación que favorece el consumo de sustancias adictivas. Se dividen en externos e internos.



Precipitadores externos



- Personas



- Lugares



- Eventos ó situaciones





Precipitadores Internos

- Emociones o estados de ánimo



- Pensamientos



- Sensaciones físicas



Para reconocerlos puedes preguntarte:

- *Pensamientos*: ¿Qué es lo que pienso justo antes de consumir?
- *Emociones*: ¿Qué emoción siento justo antes de consumir?
- *Sensaciones físicas*: ¿Qué sensaciones físicas tengo justo antes de consumir?
- *Personas*: ¿Con que personas generalmente consumo?
- *Lugares*: ¿En que lugares generalmente consumo?
- *Situaciones*: ¿En que momentos generalmente consumo?





Conducta de Consumir

- Este esquema ejemplifica lo que los psicólogos llaman **CADENA CONDUCTUAL**, todas las conductas se desarrollan de acuerdo a estos tres momentos, es decir, hay algo que sucede antes (situación o disparadores) de la conducta (acción) y a la conducta siempre le siguen consecuencias (positivas y negativas).

En una situación

Fiesta con amigos



Si realizas una acción

Consumes un cartón
de cervezas tu solo



Tienes consecuencias

tienes una fuerte resaca
tu familia lo nota y
te corre de la casa



Disparadores Conducta

Consecuencias



Consecuencias a corto plazo



- Consecuencias positivas: sentirse relajado, olvidarse temporalmente de sus problemas o desinhibirse, etc.



- Consecuencias negativas: accidentes automovilísticos, congestiones alcohólicas, peleas, asaltos, caídas o raspones, etc.



Consecuencias a largo plazo

- a) Interpersonal



- b) Física



- c) Emocional



Consecuencias a largo plazo

- d) Legal



- e) Trabajo



- f) Financiero





Precipitadores Externos	Precipitadores Internos	Conducta	Consecuencias positivas (a corto plazo)	Consecuencias negativas (a mediano y largo plazo)
¿Con quién me encuentro generalmente cuando consumo? Con mis amigos de mi casa	¿qué es lo que pienso justo antes de consumir? Me merezco una chelita para relajarme	Usualmente ¿Qué tipo de bebida consumo? Cerveza en caguamones	¿Qué es lo que me gusta de consumir cuando lo hago con mis amigos? Pues nos reímos de todo	¿Cuáles son los resultados negativos de consumir, en cada una de estas áreas? a) Interpersonal: mi esposa se enoja y mi hija se esconde. b) Física: Me da un fuerte dolor de cabeza c) Emocional: Me siento culpable y con vergüenza por las cosas que hago.
2. Usualmente ¿en donde me encuentro cuando consumo? Afuera de la vinatería en la esquina de mi casa	¿Qué emociones tengo justo antes de consumir? Me siento aburrido y nervioso	Usualmente ¿Cuánto consumo? Cuatro caguamas cada viernes y sábados	¿Qué es lo que me gusta de consumir en donde lo hace? Esta cerca de mi casa, no cuesta tan cara la cerveza	
3. Usualmente ¿Cuándo o en qué momentos consumo? Los viernes y sábados por la noche	3. ¿Qué sensaciones físicas tengo justo antes de consumir? Me sudan las manos mucho	Usualmente ¿durante cuánto tiempo consumo? Consumo desde las 8 a la 1 de la mañana son 6 hrs.	¿Qué me gusta sobre los momentos en los que consumo? Me olvido de muchas broncas en mi casa	



Conductas más apropiadas para evitar consumir



¿Qué aprendimos?

Tratamiento Integral para una Vida
Satisfactoria sin Consumo de Alcohol



- Aprendimos a detectar los precipitadores internos y externos que activan la necesidad de consumir.
- Es posible romper la cadena de eventos que nos llevan a consumir con actividades más saludables.
- Es necesario que observe estos precipitadores constantemente, para evitar consumir de nuevo.



Tratamiento Integral para una Vida
Satisfactoria sin Consumo de Alcohol





Muchas gracias por tu atención!!

**VIVE SIN
ALCOHOL**

