



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología**

**Maestría en Psicología con  
Residencia en Adicciones**

**Intervención breve cognitivo-conductual para alcanzar la  
abstinencia de consumo de alcohol.**

**Reporte de Experiencia Profesional**

**Que para obtener el grado de:**

**Maestra en Psicología**

**Presenta:**

**Berenyce Ortiz Nepomuceno**

**Tutora: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales**

**Revisor: Dr. José Agustín Vélez Barajas**

**Comité Tutorial:**

**Dra. Amada Ampudia Rueda**

**Dra. Shoshana Berenzon Gorn**

**Dr. Horacio Quiroga Anaya**

**México, D.F.**

**Junio 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Agradecimientos:*

*A Dios por la vida que me ha dado, por todo aquello que me ha brindado, por los obstáculos que me ha puesto para ser cada vez más fuerte y aprender más y por darme la oportunidad de realizar mis estudios a nivel maestría.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme un lugar para realizar estudios de posgrado, con los cuales me he desarrollado profesionalmente, he adquirido mucha experiencia y he podido abrirme paso en el mundo laboral.*

*A mi asesora la Dra. Sara Eugenia Cruz Morales, por ser increíblemente paciente conmigo.*

*A la Dra. Silvia Morales Chainne, Dra. Lydia Barragán Torres y a la Mtra. Leticia Echeverría San Vicente, por compartir toda su experiencia conmigo y darme la oportunidad de colaborar en sus proyectos.*

*A los Doctores José Agustín Vélez Barajas, Amada Ampudia Rueda, Horacio Quiroga Anaya y Shoshana Berenzon Gornr por compartir sus conocimientos y por la orientación brindada.*

*Al Mtro. Eiji Fukushima por compartir su experiencia durante mi residencia en el Centro de Atención y Prevención de Adicciones Naucalpan.*

*A mi comadre Lucia, por todo su apoyo incondicional y compañía y a mi comadre Liliana por todo su apoyo y comprensión*

*A mis todos mis compañeros de la generación de la Maestría en Psicología de las Adicciones, especialmente a Faribia, Tania, Melina, por todo su apoyo y sus consejos que me sirvieron siempre de mucho.*

*A todos en el “Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” en Acapulco*

*Mil Gracias*

*Dedicada:*

*A mi esposo*

*Gerardo Carrasco Sánchez*

*A mi papá porque a pesar de las dificultades vividas nunca dejaste de orientarme y hacerte presente.*

*A mi mamá porque siempre me has acompañado en cada necesidad y por estar siempre cerca de mí.*

*A mi hermano Isaac y su esposa Blanca Delia*

*A mis hermanas Nancy, Daniela.*

*A mi hermana Mileny y a mis sobrinos Giovanni y Alex.*

*A Alfredo y Salvador.*

*A Francisca Sánchez y Gerardo Carrasco*



---

---

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>I. MARCO TEORICO.....</b>	<b>7</b>
1. Epidemiología del fenómeno de las Adicciones.....	8
1.1.- Tabaco.....	9
1.2.- Alcohol.....	10
1.3.- Otras drogas.....	11
2.- Problemas asociados al consumo de drogas.....	12
2.1.- Tabaco.....	13
2.2.- Alcohol.....	14
2.3.- Otras drogas.....	16
3.- Conceptos básicos en adicciones.....	19
3.1.- Definición de droga.....	19
3.2.- Proceso adictivo (uso, abuso y dependencia).....	20
3.3.- Clasificación y efecto de la drogas.....	22
4.- Prevención del consumo de drogas.....	26
4.1.- Factores de riesgo.....	26
4.2.- Factores de protección.....	28
4.3.- Prevención de adicciones.....	30
5.- Tratamiento de las Adicciones.....	33
5.1.- Modelo Cognitivo-conductual.....	34
5.2.- Tratamientos Cognitivos-conductuales de las Adicciones en México.....	39



---

---

<b>II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS .....</b>	<b>41</b>
1.- Implementación del Tratamiento: “Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas” .....	42
1.1.- Método.....	42
1.2.- Resultados.....	50
2.- Implementación del Tratamiento: “Intervención Breve para Bebedores Problema” .....	54
2.1.- Método.....	55
2.2.- Resultados.....	60
3.- Conclusiones y discusiones generales.....	63
<b>III. REPORTE DE CASO.....</b>	<b>66</b>
1.- Introducción.....	67
2. Motivo de consulta y Evaluación .....	70
2.1. Admisión.....	70
2.2. Evaluación.....	74
2.3. Diagnóstico.....	77
2.4. Plan de tratamiento.....	78
3. Intervención Breve.....	79
3.1. Sesión 1: Decisión para cambiar y establecimiento de meta.....	79
3.2. Sesión 2: Identificar situaciones que sitúan al usuario en riesgo de beber en exceso.....	85
3.3. Sesión 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol.....	90
3.4. Sesión 4: Nuevo establecimiento de metas.....	95
3.5. Resultados.....	99
4.- Seguimientos.....	103
5.- Discusión y Conclusiones.....	111
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>115</b>



---

---

## RESUMEN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el consumo de alcohol y drogas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como social. Por lo tanto es importante la participación de los profesionales de la salud en la aplicación de consejos e intervenciones breves. El objetivo del presente trabajo es describir las acciones de tratamiento para el consumo de alcohol y drogas en población adulta y adolescente llevadas a cabo como parte de la Residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México; la organización del mismo es en tres secciones.

La primera sección brinda un panorama del fenómeno de las adicciones considerando la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, los problemas asociados a su consumo como problemas de salud, económicos y sociales. Se retoman conceptos básicos en las adicciones, el proceso adictivo (uso, abuso y dependencia), la clasificación y efecto de las drogas; así como la prevención de las adicciones, los factores de riesgo y protección; finalmente se habla de modelo cognitivo-conductual en el tratamiento de las adicciones.

La segunda sección expone la implementación de 2 programas de corte cognitivo-conductual de atención a las adicciones. El primero de estos programas es el “Programa de Intervención Breve para adolescentes” y se llevó en tres adolescentes de entre 15 y 17 años, consumidores de alcohol y otras drogas (1 de marihuana, 1 de alcohol, 1 de marihuana e inhalables) con problemas relacionados al consumo afectando el área cognitiva, escolar, interpersonal, de salud, emocional y económica. La meta para el usuario consumidor de alcohol fue la reducción y para los dos usuarios consumidores de otras drogas fue la abstinencia. Durante el tratamiento y al mes de seguimiento se observó que solamente los dos usuarios consumidores de otras drogas alcanzaron su meta; el usuario con consumo de alcohol presentó una reducción en el número de tragos estándar consumidos pero sin alcanzar su meta establecida. Al seguimiento a los tres meses solamente 1 de los usuarios se mantuvo en su meta y se observó este mantenimiento hasta el seguimiento a los 6 meses. En los casos en los que no se alcanzó la meta durante el tratamiento o bien en los seguimientos lo que se observó fue que



---

lograron reducir su patrón de consumo y no regresaron al patrón previo a la intervención. En cuanto a los problemas relacionados al consumo en algunos casos hubo el cese de los problemas y en otros se redujeron.

El segundo programa fue el “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema” con el que se atendió a 1 usuario con consumo de alcohol y con problemas derivados del consumo afectando las áreas afectivo o emocional, interpersonal, de salud y cognitivos. La meta fue la abstinencia debido a que el usuario se encontraba bajo tratamiento médico. Durante el tratamiento y en el seguimiento al mes, el usuario logró su meta de abstinencia. En los seguimientos posteriores aunque hubo consumos no se regresó al patrón de consumo previo al tratamiento. En cuanto a otras variables medidas se observó aumento en cuanto a su confianza situacional, disminuyó el nivel de dependencia, mejoró su nivel cognitivo en la sub-escala de pistas y cesaron los problemas asociados al consumo.

La tercera sección aborda el reporte de un caso atendido con el “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema”; se trató de una usuaria de sexo femenino de 19 años de edad, estudiante de 2do semestre de la Lic. en Filosofía, presentaba consumo excesivo de alcohol durante el último año y al momento de la intervención recibía atención médica por deficiencia en la insulina y estaba medicada con Dimefor, por lo que la meta de tratamiento fue la abstinencia. Dicha meta se alcanzó durante el tratamiento y se mantuvo hasta el 1er seguimiento. Al comparar los datos de la evaluación inicial y los obtenidos en el seguimiento al año de finalizado el tratamiento se encontró que el patrón de consumo disminuyó, de 144 a 5 tragos estándar total al año, de 28 a 5 ocasiones de consumo, de 5.1 a 1 trago estándar promedio por ocasión de consumo, el periodo máximo de abstinencia paso de 49 a 103 días. Así mismo se encontró que incrementó su auto-eficacia especialmente en las tres principales situaciones de consumo (presión social, momentos agradables con otros y emociones desagradables), disminuyó la dependencia a la sustancia, hubo una mejor ejecución de la Sub-escala Pistas y reportó el cese de todos los problemas derivados del consumo (áreas interpersonal, emocional y de salud).





---

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo especialmente por los recursos e infraestructura que se requieren para su atención de acuerdo a la Secretaría de Salud (SSA, 2011).

Ante este problema de abuso de drogas, en México se han ido recabando datos epidemiológicos a partir de las encuestas nacionales y sistemas de vigilancia epidemiológica con lo que se ha podido evaluar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y se ha identificado por ejemplo que el uso de tabaco se incrementa en mujeres, que hay millones de consumidores de alcohol con altos consumos por ocasión, que hay un incremento sustancial en el consumo de drogas ilícitas principalmente entre las mujeres jóvenes y adolescentes, así como que el consumo de drogas inicia a edades cada vez más tempranas (SSA, 2011).

El uso, abuso y dependencia al alcohol y otras drogas, así como sus consecuencias, son fenómenos crecientes en el mundo lo que genera mayores problemas de salud, de gobernabilidad, de cumplimiento de las leyes, de convivencia y de paz social. Tradicionalmente, nuestro país centraba su lucha contra quienes traficaban, pero hoy es primordial emprender, además, una lucha integral, permanente, amplia e intensiva dirigida a reducir la demanda de drogas y disminuir sus efectos en la población (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008).

Los ejes de reducción de la demanda son en general: la prevención, el tratamiento y la reinserción; por lo tanto, la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones, tiene como objetivo formar psicólogos capacitados en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos para la investigación, prevención y atención de la adicciones y de esta manera enfrentar los retos derivados del consumo de sustancias. En el presente documento se reportan las actividades realizadas en dicho programa; se cuenta con tres secciones, la primera aborda la parte teórica del fenómeno de la adicciones, desde



---

los datos epidemiológicos hasta los tratamientos disponibles, en la segunda se reportan los resultados obtenidos de la implementación de dos modelos de tratamiento uno con población adolescente y otro con población adulta y en la tercera se presenta el reporte completo del caso de una usuaria con patrón riesgoso de consumo alcohol, atendido con el “Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema”



---

## ***I. MARCO TEÓRICO***



---

## 1.- Epidemiología del fenómeno de las Adicciones

En los últimos veinte años el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo, lo que es un reto a superar, especialmente en relación a los recursos e infraestructura que se requieren para su atención (SSA, 2011).

En México este problema de abuso de drogas, ha sido abordado desde la investigación epidemiológica y psicosocial en forma continua desde el inicio de la década de los años setenta. Por ejemplo, con la primera encuesta de hogares que se realizó en el Distrito Federal en 1974, con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en sus diversas publicaciones, con el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) que ha recabado información proveniente de instituciones de salud y del sistema de procuración de justicia dos veces por año desde 1987, con las Encuestas en Estudiantes y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA) que recoge información proveniente de las instituciones de tratamiento y las organizaciones no gubernamentales (SSA, CONADIC, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF], 2008).

Con los datos de los sistemas epidemiológicos del país, se ha podido evaluar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y se ha identificado que el uso de tabaco se incrementa en mujeres, que hay millones de consumidores de alcohol con patrones riesgosos de consumo (consumen altas cantidades cada vez que beben), situación que trae consigo serias consecuencias tanto a la salud como a la seguridad de quien consume y de la gente que le rodea y que hay un incremento sustancial en el consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, metanfetaminas, inhalables, drogas médicas fuera de prescripción), principalmente entre las mujeres jóvenes y adolescentes, así como que el consumo de drogas inicia a edades cada vez más tempranas (SSA, 2011). A continuación se presentan datos específicos con respecto al consumo por sustancia, iniciando por tabaco, seguido por alcohol y finalmente por otras drogas ilegales.



---

## 1.1.- Tabaco

De acuerdo a los datos de ENA, 2011, en México existen 17.3 millones de mexicanos (21.7%), entre 12 a 65 años que son fumadores activos (han fumado en el último año). Por género el 31.4% (12 millones) de los hombres y el 12.6% (5.2 millones) de las mujeres son fumadores actuales. El 8.9% de la población en este mismo grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); y por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. En el ámbito nacional, los fumadores diarios entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado (INPRF, INSP y SSA, 2012a).

Al comparar los datos obtenidos por la ENA de 2002 a 2011 en cuanto a la prevalencia global de fumadores activos se observa que esta ha permanecido estable (23.5% en 2002, 21.7% en 2011); pero por sexo se observa una disminución estadísticamente significativa en el grupo de los hombres (36.2% en 2002 y 31.4% en 2011). Si lo que se compara es la prevalencia global de fumadores diarios se observa una disminución (12.4% en 2002, 8.9% en 2011) y se nota esta misma tendencia en hombres y mujeres (hombres: 19.6% 2002, 13.2% 2011) (mujeres: 6.5% 2002, 4.8% 2011) (INPRF, INSP y SSA, 2012a).

Por grupo de edad de 12 a 17 años en la ENA 2011 se observa una prevalencia de fumadores activos en los adolescentes de 12.3% (1.7 millones de adolescentes fumadores). Por sexo, se encontró que el 16.4% (1.1 millones) de los adolescentes hombres y el 8.1% (539 mil) de las adolescentes mujeres son fumadores activos. Los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres (INPRF, INSP y SSA, 2012a).



---

## 1.2.- Alcohol

En los resultados de la ENA 2011 se observa que la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en la población de 12 a 65 corresponde al 71.3%, del consumo en los últimos doce meses al 51.4% y en el último mes al 31.6%. Cabe señalar que en la tres prevalencias antes mencionadas se observó un incremento significativo al comparar con los porcentajes de 2002; observándose un incremento mayor en la prevalencia en el último mes (alguna vez en la vida de 64.9%, los últimos doce meses de 46.3% y el último mes de 19.2%). En los datos por sexo se observó un incremento de 2002 a 2011 en la prevalencia de alguna vez en la vida que paso en los hombres de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%; en el caso de en el último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%) y la prevalencia de en el último mes entre 2002 y 2011 en los hombres aumentó de 33.6% a a 44.3% y en las mujeres de 7.4% a 19.7% (INPRF, INSP y SSA, 2012b).

En la población de 12 a 65 años en el patrón de consumo por sexo de 2002 a 2011 se observó que la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%), el consumo consuetudinario en los varones se mantuvo estable (9.7% y 9.6%) y en las mujeres disminuyó (2.3% a 1.4%), mientras que el consumo diario también se redujo en ambos sexos. En relación al consumo alto, se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó (45% a 47.2%), mientras que en las mujeres se mantuvo igual (19.9% y 19.3%) (INPRF, INSP y SSA, 2012b).

De 2002 a 2011 en la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó por sexo ya que tanto en hombres y mujeres sobre todo en el consumo en el último mes se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6% (INPRF, INSP y SSA, 2012b).



---

En la población adulta de 2002 a 2011 la prevalencia de consumo alguna vez pasó de 72% a 77.1%, la prevalencia de los últimos doce meses creció de 51.3% a 55.7% y la del último mes pasó de 22.2% a 35%. Por sexo; en los hombres únicamente de 2008 a 2011, la prevalencia alguna vez (80.8% a 88.1%) y del último año (62.6% a 69.3%) creció significativamente, mientras que el consumo en los últimos 30 días aumentó significativamente entre 2002 y 2011 de 39.7% a 50.0%. En las mujeres adultas el aumento de consumo alcohol fue significativo en las tres condiciones de 2002 a 2011 (58.8% a 67% alguna vez, 37.1% a 43.2% últimos 12 meses y 8.5% a 21.2% últimos 30 días) (INPRF, INSP y SSA, 2012b).

En 2008, por edad de inicio el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. Por grupos de edad, el 45.7% en 2008 y el 38.9% en 2011 iniciaron entre los 18 y 25 años. Sólo el 5.3% en 2008 y el 5.9% en 2011 consumieron alcohol por primera vez entre los 26 y 65 años (INPRF, INSP y SSA, 2012b).

### **1.3.- Otras drogas**

Comparando los datos de la ENA de 2008 y 2011, en la población de 12 a 65 años la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año paso de 1.6% en 2008 a 1.8% en 2011 (diferencia no significativa). En este mismo grupo de edad con respecto a drogas en específico la marihuana se mantiene como la de mayor consumo con una prevalencia de 1.0% en 2008 a 1.2% en 2011 (incremento no significativo). Por sexo; en la población masculina se observó que el consumo de marihuana se incrementó significativamente de 1.7% a 2.2%; y en el caso de la mujeres paso de 0.4 en 2008 a 0.3 en 2011.

La segunda droga de mayor prevalencia de consumo es la cocaína, con un 0.5% en 2011 similar al de 2008 (0.4%). El consumo de cocaína en hombres fue similar de 2008 (0.8%) a 2011 (0.9%) y en mujeres no hubo cambio (0.1 en 2008 y 2011).



---

En cuanto a la edad de inicio de consumo de drogas en la población de 12 a 65 años el promedio es de 18.8 años cifra similar a la de 2008 (18.7 años); en hombres se mantuvo en 20.1 años y en mujeres paso de 18.3 a 18.5.

En cuanto a dependencia a drogas en la población de 12 a 65 años no se observaron cambios significativos en las tendencias de 2008 y 2011 a nivel nacional (de 0.6 a 0.7); en hombres (de 1.1 a 1.3%) y en mujeres (0.2 y 0.2).

En la población adolescente (de 12 a 17 años) se observa que en el último año el consumo de la marihuana es el más prevalente (1.3%), siguiéndole la cocaína (0.4%); tanto para hombres como mujeres se observa una tendencia similar (INPRF, INSP y SSA, 2012c).

## **2.- Problemas asociados al consumo de drogas.**

Uno de los problemas que enfrenta nuestro país en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales ya que estas sustancias alteran el funcionamiento del cuerpo, la mente, el comportamiento y la interacción con los otros (CONADIC, 2008). Por ejemplo, una proporción considerable de la fracción de la carga de morbilidad atribuible a la ingestión nociva de bebidas alcohólicas está ligada a los traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los causados por los accidentes de tránsito, los actos de violencia y los suicidios (OMS, 2011).

Otro problema asociado al consumo de alcohol y tabaco es que el inicio de su consumo antes de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. El 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con un 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años, mientras que para el uso de cocaína fue de 7.6% *versus* 3.8% y esta misma tendencia se observa para todas las drogas. Para el alcohol, 15.8% de quienes bebieron alcohol antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas, mientras que esto solamente en el 4.7% de quienes empezaron a beber entre los 18 y 25 años y el 1.2% que empezaron después de los 26 años (SSA et al, 2008). A





continuación se detallan algunos otros problemas asociados al consumo tanto de tabaco, alcohol y otras drogas.

## 2.1.- Tabaco

Un problema de salud pública mundial es el consumo del tabaco, cada año mueren alrededor de 6 millones de personas por consumo de tabaco; en 2030 esta cifra podrá aumentar hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes, así mismo se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares (Alwan, 2011).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2008, las enfermedades isquémicas del corazón se ubicaron como la principal causa de muerte relacionada al tabaquismo tanto para hombres (50.8%) como para mujeres (47.8%); en segundo lugar las enfermedades cerebrovasculares en las que las muertes de mujeres superaron a las de los hombres (29.2% contra 21.7%, respectivamente) (Figura 1) (INEGI, 2011a).

Porcentaje de defunciones por enfermedades relacionadas al tabaquismo por sexo 2008

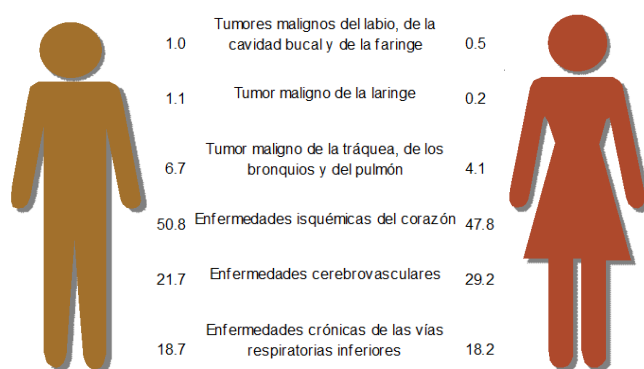


Figura1: Porcentaje de defunciones por enfermedades relacionadas al tabaquismo por sexo 2008 (INEGI, 2011a).

El daño a la salud que provoca el tabaco no se restringe a quien lo consume, el humo de tabaco ajeno o tabaquismo pasivo es responsable de una de cada ocho muertes relacionadas con



---

el tabaco, causando 600 000 muertes prematuras por año, en los lactantes provoca la muerte súbita y en las mujeres embarazadas es causa de insuficiencia ponderal del recién nacido, cerca del 40% de los niños están expuestos al humo del tabaco en su propio hogar, el 31% de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo corresponde a niños y los jóvenes que viven en estas condiciones tienen más probabilidades de comenzar a fumar que los no expuestos (Organización Panamericana de la Salud [OPS]-Bolivia, 2009).

Este problema también tiene impactos económicos, en México, de acuerdo con el INSP, se gastan más de 75 mil millones de pesos al año en la atención de enfermedades relacionadas al tabaquismo; en contraste, las empresas tabacaleras y fumadores aportan al fisco apenas 25 mil millones de pesos anuales (INSP, 2010).

De acuerdo con Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009, en México, para solventar el consumo de tabaco un fumador gasta en promedio \$456.80 pesos al mes; los hombres gastan más que las mujeres (\$486 y \$371.1 respectivamente), con una diferencia de \$114.90 pesos; mientras que quienes más gastan son la población de 45 a 64 años (\$573.80) y en contraste los jóvenes fumadores de 15 a 24 años son los que gastan menos (\$295.10 pesos) (OPS e INSP, 2010).

## **2.2.- Alcohol**

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro el desarrollo individual y el social, causando la muerte de 2,5 millones de personas cada año y repercutiendo más allá de la salud física y psíquica del bebedor; por ejemplo, una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños (OMS, 2011).

En nuestro país, de acuerdo al INEGI, entre los años 2000 y 2010, resultaron 1,553,729 personas heridas en accidentes de tránsito y de ellas el 12.8% (198,999) iban en vehículos



conducidos por personas con aliento alcohólico. Otro dato que es sumamente grave es que en el mismo periodo del 2000 al 2010 de las 64,921 personas fallecidas a causa de accidentes de tránsito, el 9.6% (6,287) de los muertos iban en vehículos conducidos por personas con aliento alcohólico (Figura 2) (INEGI, 2011b).

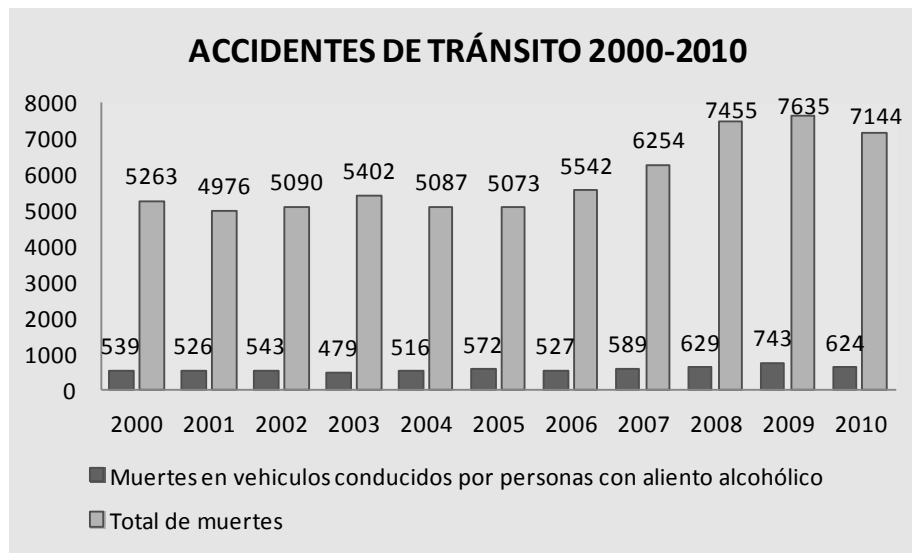


Figura 2. Muertes en accidentes de tránsito Fuente: Elaboración propia con base en el sistema de consulta interactiva de datos. Estadísticas de accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas, (INEGI, 2011b).

Así mismo, la población que presenta trastorno abuso/dependencia al alcohol, (4 168 063, de los cuales 3 497 946 son hombres y 670 117 mujeres), su forma de beber está asociada con problemas en la familia (10.8%), peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), problemas laborales (3.7%), pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%) y una proporción importante (41.3%) de detenciones bajo los efectos del alcohol (SSA et al, 2008).

Por otro lado, en las embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro, que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos (OMS, 2011).

Al respecto en un estudio realizado por parte del INPRF se entrevistaron a 200 mujeres que solicitaron ayuda para tratar problemas relacionados con su manera de beber, y encontraron



---

que 134 mujeres reportaron haber estado embarazadas alguna vez y 57.5% de ellas consumió algún tipo de bebida durante el período de gestación. El 12% de las mismas presentó aborto espontáneo, 13.7% parto prematuro; 5.5% muerte fetal; 6.8% anomalías congénitas y 13.7% tuvieron bebés con bajo peso. Los análisis de regresión logística mostraron que el consumo de alcohol durante el embarazo aumenta 7.9 veces el riesgo de tener hijos prematuros y 2.1% de que los hijos consuman alcohol posteriormente (Berenzon, Romero, Tiburcio, Medina-Mora y Rojas, 2007).

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunas enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres (OMS, 2011). Al respecto; de acuerdo con los registros de defunciones en población general del INEGI, en 2010, las defunciones por enfermedades del hígado (32,453) como la cirrosis, que en gran medida se debe al consumo de bebidas alcohólicas representaron el 5.4% del total de las muertes en la población (INEGI, 2011b).

El consumo nocivo de alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, y esto se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos (OMS, 2011).

### **2.3.- Otras drogas**

El uso de drogas se vinculan con varias enfermedades infecciosas, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C; mientras que el uso prolongado de estas también aumenta el riesgo de sufrir muchos trastornos de salud graves y su consumo excesivo en un lapso breve puede provocar un paro cardíaco mortal o un episodio psicótico (OPS,2009). Por ejemplo los consumidores de dosis altas de marihuana pueden experimentar psicosis aguda de corto plazo, que incluye alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de la identidad personal, esto sea asociado con el uso del cannabis en las personas



susceptibles; así mismo su consumo también aumenta cuatro veces más el riesgo normal de sufrir un ataque cardiaco durante la primer hora después de consumo debido a que el corazón, que normalmente late de 70 a 80 latidos por minuto, puede aumentar su ritmo en unos 20 a 50 latidos por minuto o en algunos casos hasta puede duplicarse (Instituto Nacional de Abuso de Drogas [NIDA, por sus siglas en inglés], 2011).

En la población adolescente se ha observado que el consumo de drogas se relaciona con diversas conductas problemáticas. En la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006, se señala que el porcentaje de hombres consumidores que han tenido relaciones sexuales sin protección y han intentado suicidarse es tres veces mayor que (10.2%, 23.7%) que en los no consumidores (3.6%, 6.7%), asimismo se observó que más del 60% de los consumidores han cometido actos antisociales y robos (63% y 60%) y que los actos antisociales graves son tres veces más altos en comparación con los no consumidores (27.5% y 7.8%, ver Figura 3) (Villatoro et al., 2009).

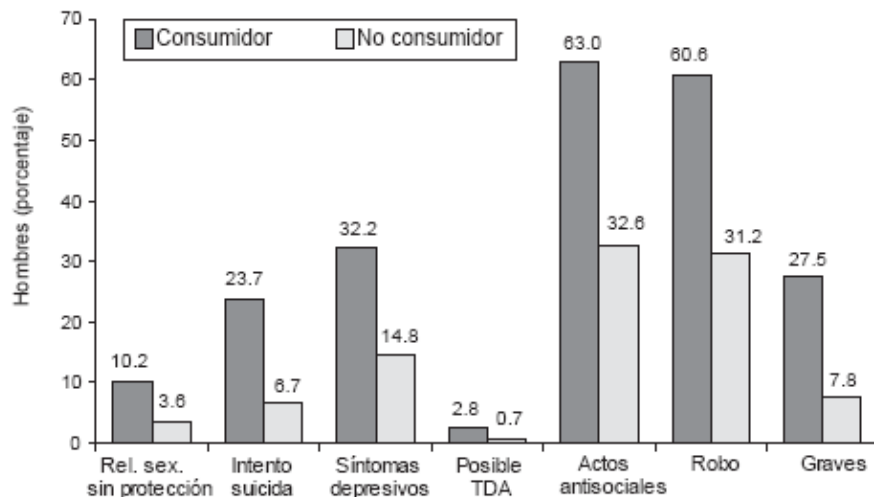


Figura 3. Relación entre diferentes conductas problemáticas y el consumo de drogas en hombres (Villatoro et al., 2009).

En cuanto a las mujeres consumidoras, el tener relaciones sexuales sin protección, intentos suicidas, sintomatología depresiva, actos antisociales y robos es dos veces mayor (6.8%, 45.6%, 60.7%, 44.5% y 43.8%, respectivamente) en comparación con las no consumidoras



(2.3%,17.7%, 25.2%, 16.5% y 16.1%), mientras que para actos antisociales graves es 5 veces mayor en las consumidoras (8.6%) que en las no consumidoras (1.7%) (Figura 4) (Villatoro et al., 2009).

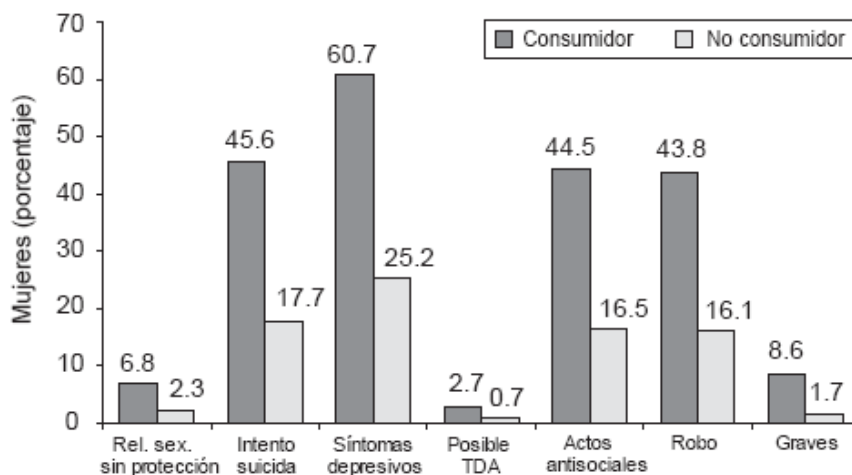


Figura 4. Relación entre diferentes conductas problemáticas y el consumo de drogas en mujeres (Villatoro et al., 2009).

En este sentido el SISVEA 2009 reportó que en ese año 5,284 menores ingresaron al diferentes Consejos Tutelares de Menores de la república y se encontró que el robo (72.1%) es el delito que más comenten los menores, seguido de la posesión de armas (33.5%) además de que el 24.3% los cometió bajo la influencia de alguna sustancia. Así mismo se encontró que el robo se encuentra relacionado con el uso de diferentes drogas (inhalables 82,3%, heroína 80%, marihuana 73%, cocaína y derivados 70,8% y metanfetaminas 66,7%), pero destaca su relación con el uso de inhalables (82,3%), mientras que la posesión de arma se relacionó principalmente con el uso de heroína (60%) (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS], 2009).

Los datos del SRID (2009), reportan que los problemas más frecuentes reportados por los usuarios después de iniciado el consumo de drogas en la categoría de consumo alguna vez en la vida, corresponden a los siguientes: 58.7% a nivel familiar (conflicto familiares, problemas de comunicación, problemas de vinculación afectiva), 29.7% a nivel legal (accidentes automovilísticos, daño en propiedad ajena, lesiones, peleas, prostitución, robo, venta de



---

sustancias), 27.1% a nivel académico (asistencia bajo los efectos de la sustancia, consumo en el plantel, deserción escolar, problemas de aprendizaje y conducta), 19.4% a nivel psicológico (apatía, ideas suicidas, agresividad, soledad, sentimientos de abandono) y 19.4% a nivel orgánico (anémico, dolor de cabeza, cardiovasculares, digestivo) (Ortiz, Martínez y Meza, 2009).

Finalmente otro problema son las muertes derivadas por el crimen organizado; ya que en el periodo de diciembre de 2006 a septiembre de 2011 fallecieron alrededor de 47 mil 453 personas por presunta rivalidad delincuencia (Castillo, 2012).

### **3.- Conceptos Básicos en Adicciones**

Las drogas han acompañado a la humanidad desde sus inicios como especie, prácticamente todas las sociedades de todos los tiempos han empleado alguna planta o compuesto químico para modificar el ánimo, el estado de conciencia de los individuos y a lo largo de la historia hemos visto un problema en cuanto a la utilización del término (Glockner, 2011) debido a que resulta muy amplio y ambiguo; utilizándose desde la farmacología clásica para referirse a un medicamento tal como aparece en la naturaleza o para hacer referencia al producto que se deriva de alguna manipulación química (Martín del Moral y Lorenzo, 2009). Por lo tanto a continuación se abordará el concepto de droga, el proceso adictivo y finalmente clasificación de las drogas y sus efectos.

#### **3.1.- Definición de droga**

En 1969 la OMS, desde un criterio clínico definió droga como a “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” entendiendo de esta forma el término droga como sinónimo de fármaco; y definió a las *drogas causantes de dependencia*, como aquellas cuya interacción con un organismo vivo puede provocar un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos, que pueden utilizarse para fines médicos o no médicos sin producir necesariamente ese estado y una vez que aparece la farmacodependencia, sus características varían con el tipo de sustancia empleada” (OMS, 1974).



---

### 3.2- Proceso adictivo (uso, abuso y dependencia)

Una adicción no se manifiesta de manera inmediata, pues implica un proceso que comprende una serie de fases. Inicia con el uso, pasa por el abuso hasta llegar a una dependencia. Cuando se habla de *uso*, se hace referencia a un uso mínimo de la sustancia, un uso experimental, asociando con actividades recreativas y limitado al consumo de tabaco, alcohol o una sola droga. El *abuso* hace ya referencia a un uso frecuente, regular de la droga en un periodo de tiempo extenso, se acompaña de un mayor número de problemas. La *dependencia* se trata de un uso regular y continuo de drogas, hay presencia de tolerancia a los efectos y una búsqueda obsesiva de actividades relacionadas al consumo (SSA, 2010).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición versión revisada del 2000 (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés); se entiende al abuso como: **A)** un patrón desadaptativo del consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los siguientes ítems durante un período de 12 meses: 1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. **B)** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de esta clase de sustancia (Asociación Americana de Psiquiatría [APA, por sus siglas en inglés], 2000).

Para la OMS la dependencia (farmacodependencia) se entiende como "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga (fármaco), caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo" (OMS, 1974).





---

En el DSM-IV-TR se describe la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses (APA, 2000):

1. *Tolerancia*: necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o bien el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. *Abstinencia*: el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o bien se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Martín del Moral y Lorenzo (2009) señalan que actualmente a la dependencia física se le denomina neuroadaptación y se entiende como un estado que se caracteriza por la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose así un vínculo entre la droga y el organismo y en donde tanto la tolerancia como el síndrome de abstinencia son dos componentes principales. Además de la dependencia física estos mismos autores hablan de la dependencia psicológica o conductual y la dependencia social. La dependencia psicológica se refiere al deseo irresistible (craving –ansia o deseo-) de repetir la administración de la sustancia para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros (sedación, euforia, alucinaciones)



y/o evitar el malestar que se siente con su ausencia; juegan un papel importante el condicionamiento operante (refuerzo positivo o negativo de la conducta) y el clásico (señales de la posible disponibilidad de la droga). La dependencia social está determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona identidad personal.

### 3.3.- Clasificación y efecto de las drogas

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Una clasificación básica es la derivada de los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de la sustancia. Se pueden establecer tres grupos: a) drogas depresoras (psicolépticas) que retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; b) drogas estimulantes (psicoanalépticos) que excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; c) drogas alucinógenas (psicodislépticos) que producen un estado de conciencia alterado, distorsionan cualidades perceptivas de los objetos y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (Martín del Moral y Lorenzo, 2009). La siguiente tabla contiene tanto la clasificación de las drogas como sus efectos a corto y largo plazo (Tabla 1).

Sustancia	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
<b>ESTIMULANTES</b>		
<b>Tabaco.</b> Planta originaria de América, su principio activo es la nicotina, pero además de la nicotina, el humo del tabaco contiene alquitrán, que provoca cáncer de pulmón y de otros órganos; y se le han identificado más de 4 mil sustancias tóxicas entre ellas monóxido de carbono, amonio, plutonio, etc. aprox. 40 de estas sustancias, como el benceno, el níquel y el polonio, tienen potencial cancerígeno.	Liberación de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación, también puede producir efectos sedantes, dependiendo de la dosis consumida y el nivel de excitación del sistema nervioso. La nicotina llega al cerebro 10 segundos después de la inhalación. La exposición a nicotina estimula la producción de adrenalina y la liberación de glucosa, incremento de la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardíaco. Su principal mecanismo de acción se basa en la activación de receptores colinérgicos de tipo nicotínico. Los efectos de la nicotina son similares a las de otros agonistas colinérgicos participando en la	Cáncer (pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, renal vesícula). Bronquitis crónica, asma y enfisema. Padecimientos cerebrovasculares, derrames cerebrales, problemas circulatorios y hipertensión. Embolias y accidentes cardio y cerebrovasculares. Resequedad de la piel, arrugas prematuras y pérdida de piezas dentales. Menopausia temprana, algunos casos de esterilidad o concepción retardada. Disfunción eréctil.



	regulación de los movimientos voluntarios, el control del ciclo sueño-vigilia y en la memoria.	
<b>Cocaína.</b> Conocida como polvo, nieve, talco, perico o pase. El crack es un derivado de la base con la que se produce la cocaína, que genera una reacción rápida al ser fumado. La cocaína se obtiene de una planta llamada coca; tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor.	Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución.	Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca.
<b>Anfetaminas y metanfetaminas.</b> También llamadas anfet, corazones, elevadores, hielo, tacha, píldora del amor, crack, éxtasis, speed, fuego, vidrio, cruz blanca, cristal o ice. Se presentan en tabletas o cápsulas de tamaño, forma y color diferentes. Son potentes estimulantes fabricados en laboratorio, se venden por lo general en trozo o en polvo, de forma que pueden ser inhalados, tragados, inyectados o fumados mediante una pipa.	Excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante, insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión. Su efecto es muy rápido (unos cuantos segundos), lo que intensifica la sensación de energía acelerada y de que "todo se puede hacer"; cuando disminuye el efecto ("el bajón") se puede experimentar paranoia y agresión.	Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequedad de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardíacas. El uso crónico genera alucinaciones, desórdenes mentales y emocionales, e incluso la muerte.
<b>Éxtasis.</b> Conocida popularmente como adam, éxtasis y X-TC, X, Rola, o droga del amor. Es una droga de diseño de laboratorio (generalmente clandestino) derivada de las anfetaminas, que de acuerdo con su composición, puede tener propiedades alucinógenas. Se toma en forma de tabletas, cápsulas o polvo.	Sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales.	Aceleración del ritmo cardíaco; puede provocar deshidratación y calambres musculares. Altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad o, por el contrario, sueño y depresión.
<b>DEPRESORES</b>		
<b>Alcohol</b> la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura. El alcohol etílico que contienen las bebidas se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez.	Se presentan en 5 etapas, siempre que el sujeto continúe bebiendo, de acuerdo con la cantidad, el tipo de bebida, volumen de alimentos en el estómago, sexo y peso corporal del individuo y las circunstancias en que bebe: <u>1era:</u> relajación, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, entonces la conducta se libera y el individuo parece excitado. <u>2da:</u> conducta emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio. <u>3era:</u> confusión mental, se	Deterioro gradual en diversos órganos como estómago, hígado, riñones y corazón, así como en el sistema nervioso. Enfermedades relacionadas con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas; como cirrosis hepática y padecimientos cardíacos. Para quienes inician el abuso de alcohol desde jóvenes una expectativa de vida cinco o diez años menor que quienes no. Accidentes de tránsito, peleas, ausentismo laboral/escolar, accidentes laborales, violencia y maltrato intrafamiliar, disolución del núcleo familiar, entre otras. Durante el



	<p>tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, dificultades para pronunciar palabras y para comprender lo que oye. <u>4ta</u>: no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia. <u>5ta</u>: inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.</p>	<p>embarazo si se ingieren cantidades abundantes, el alcohol aumenta el riesgo de que nazcan niños con defectos como el síndrome alcohólico fetal.</p>
<p><b>Tranquilizantes</b> (pastas, roche, pastillas, rufis). Son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores; también en ampolletas ingeribles o inyectables.</p>	<p>Usados para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos. Efectos parecidos a los producidos por los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.</p>	<p>Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte.</p>
<p><b>Inhalables.</b> Conocidas como chemo, cemento, mona, activo, pvc, goma, thinner, o gasolina. Son una serie de sustancias químicas volátiles (que se desplazan por el aire) de uso casero, comercial o industrial.</p>	<p>Sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.</p>	<p>Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardiaco, convulsiones y destrucción neuronal.</p>
<p><b>Derivados del opio</b> (morfina, heroína y codeína). Conocidos como estupefacientes o reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache). Elaborados a partir de la goma de opio, extraída de la adormidera o amapola. Se tratan en conjunto debido a que su representación, efecto y repercusiones son muy semejantes. Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino y cuando su fabricación es imperfecta su color es amarillento, rosado o café y consistencia áspera. También se encuentran en forma de tabletas o pequeños bloques y en jarabe.</p>	<p>Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de "desconexión" respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.</p>	<p>Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social.</p>



ALUCINÓGENOS		
<p><b>Marihuana.</b> Conocida como pasto, hierba, mota, toque. Se obtiene de la cannabis, cuyas hojas verdes, largas, estrechas y dentadas se trituran; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra cannabis.</p>	<p>Enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre.</p>	<p>Trastornos de la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes.</p>
<p><b>Peyote (cactus, mezcla, botones).</b> Es una cactácea cuyo principal ingrediente activo es la mezcalina, responsable de los efectos que produce; se presenta en cápsula o en líquido color café que se bebe.</p>	<p>Dilatación de las pupilas, temblor de manos y fotofobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas; desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento.</p>	<p>Angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, temblores, fiebre, alteraciones mentales con reacciones psicóticas.</p>
<p><b>Hongos (Psilocibina):</b> Popularmente conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos; la psilocibina es la sustancia que provoca los efectos alucinógenos. Pueden ser ingeridos en forma natural, en polvo o como solución. En esta categoría también se incluyen al PCP o polvo de ángel (un anestésico).</p>	<p>Alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos auto-destructivos y reacciones de pánico; temblor de manos, dilatación de las pupilas y gran sensibilidad de los ojos a la luz.</p>	<p>Pérdida de contacto con la realidad, angustia, delirios de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones prolongadas de las funciones mentales y reacciones psicóticas.</p>
<p><b>Dietilamida del ácido lisérgico.</b> Conocida como LSD, cubo de azúcar, ácidos, cielo azul o rayo blanco, se obtiene de un hongo llamado comezuelo de centeno. Comúnmente tiene la apariencia de un líquido incoloro, inodoro e insaboro; también puede encontrarse en polvo, en píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada y de tono gris plateado.</p>	<p>Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles; variaciones extremas de estado de ánimo, disminución de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardiaca, temblor de manos, sudoración, “carne de gallina”; dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, ideas delirantes. Se sufren distorsiones de la imagen del propio cuerpo, lo que puede provocar ataques de pánico.</p>	<p>Trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención, deterioro de las habilidades académicas. Las alucinaciones pueden reaparecer espontáneamente (sin consumir la droga) días y hasta meses después de la última dosis.</p>

Tabla 1: Clasificación de drogas y efectos a corto y largo plazo (CONADIC 2008 y Brailowsky 1995)

Como se puede observar en este apartado y en los anteriores, el consumo de drogas de abuso tiene repercusiones muy importantes en el individuo que las consume, en quienes le rodean y en la sociedad en general, de ahí la importancia de trabajar en la prevención de consumo de drogas y en el tratamiento de adicciones.



---

#### **4.- Prevención del consumo de drogas.**

Las adicciones constituyen un fenómeno multifactorial debido a que en su origen, intervienen diversos factores individuales, familiares, económicos, sociales y culturales, por ejemplo percepción empobrecida de sí mismo, baja tolerancia a la frustración, soledad, curiosidad, presión del grupo de amigos, la necesidad de aceptación y el deseo de experimentar sensaciones fuertes. Estos factores predisponen a las personas al consumo de las diversas sustancias psicoactivas y se conocen como factores de riesgo (Oviedo, González y Luna, 2008). Por el contrario los factores de protección reducen o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (Becoña, 2007) a continuación se detallarán tanto los factores de riesgo como de protección.

##### **4.1.- Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Becoña, 2007).

De acuerdo con Becoña (2007) los factores de riesgo pueden ser familiares, comunitarios, de compañeros o iguales, escolares e individuales:

- 1.- *Familiares*: el consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, conflictos familiares, historia familiar de conducta antisocial, actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, bajas expectativas de éxito para los niños y el abuso físico.
- 2.- *Comunitarios*: vulnerabilidad social y económica, desorganización comunitaria, cambios y movilidad de lugar, creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas, disponibilidad y accesibilidad a las drogas y la baja percepción social de riesgo de cada sustancia.



- 3.- *Compañeros o iguales*: actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas, compañeros que consumen drogas, conducta antisocial o delincuencia temprana y rechazo por parte de los iguales.
- 4.- *Escolares*: bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela, tipo y tamaño de escuela y conducta antisocial en la escuela.
- 5.- *Individuales*: factores biológicos (factores genéticos, de tipo biológico -sexo y edad- y factores constitucionales –ej. dolor o enfermedad crónica), factores psicológicos y conductuales (psicopatología, trastorno de conducta y problemas de salud mental, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, conducta antisocial, enajenación y rebeldía, agresividad, consumo temprano de drogas, consecuencias del abuso físico, sexual o emocional, actitudes favorables hacia el consumo de drogas, ausencia de valores ético-morales), rasgos de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial).

Al respecto en la ENA, 2011 se señalan algunos factores de riesgo para el consumo de drogas; por ejemplo que en la población adolescente de 12 a 17 años se observó que no haber recibido prevención incrementa la probabilidad de consumir drogas (expuesto a prevención 1.2% contra no expuesto a prevención 2.6%). Otro factor es el que los adolescentes estén expuestos a drogas (que se la hayan ofrecido regalada o comprada), en los hombres se observó que esta situación corresponde al 21.68 % del riesgo relativo de involucrarse en el consumo y en la mujeres el 23.74 % del riesgo relativo de involucrarse en el consumo. En los hombres además se identificaron como factores de riesgo el no estudiar, no trabajar, tolerancia del mejor amigo a drogas, baja percepción de riesgo de drogas (con 5.15%, 1.70%, 2.62%, 3.40% riesgo relativo respectivamente) (INPRF, INSP y SSA, 2012c).

En cuanto al consumo de tabaco se ha identificado que el 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores; y lo mismo se encontró para la población adolescente, el 68.6% inició el consumo por curiosidad y el 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores; por lo que para el inicio



---

del consumo de tabaco la curiosidad y la convivencia con fumadores son factores de riesgo (SSA et al., 2008).

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño consuma las drogas. Sin embargo algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo (NIDA, 2004). A continuación se detallaran los factores de protección.

#### **4.2.- Factores de protección**

Un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Becoña, 2007).

Los factores protectores favorecen el pleno desarrollo del individuo; están orientados hacia el logro de estilos de vida saludables, que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo (CONADIC, 2008).

De acuerdo con Becoña (2007) los factores de protección pueden ser familiares, comunitarios, de compañeros o iguales, escolares e individuales:

- 1.- Familiares: apego familiar, oportunidades para la implicación en la familia, creencias saludables y claros estándares de conducta, altas expectativas parentales, un sentido de confianza positivo y dinámica familiar positiva.
- 2.- Comunitarios: sistema de apoyo externo positivo, oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad (oportunidades y refuerzos), descenso de la accesibilidad de





la sustancia, normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes y redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

- 3.- Compañeros o iguales: apego a los iguales que no consumen drogas, asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, resistencia a la presión de los iguales especialmente a las negativas y no ser fácilmente influenciado por los iguales.
- 4.- Escolares: escuela de calidad, oportunidades para la implicación pro-social, refuerzos/reconocimiento para la implicación pro-social, creencias saludables y claros estándares de conducta, cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro educativo y un clima institucional positivo.
- 5.- Individuales: religiosidad, creencia en el orden social, habilidades sociales, autoeficacia, habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes, orientación social positiva, metas a futuro, inteligencia y resiliencia.

Al respecto la escuela funge como un factor protector, debido a que las principales acciones de prevención en nuestro país se han dirigido a la población adolescente y esta prevención en su mayoría se ha brindado en el ámbito escolar (89%) en comparación con la ofrecida en un unidad o centro de salud (5.5%) o en la comunidad (2.3%) (INPRF, INSP y SSA, 2012c).

También se ha observado que la exposición a drogas es menor si se está en la escuela, ya que en la población que se encuentra entre 12 y 25 años, al 12.2% que son estudiantes les han ofrecido marihuana regalada; mientras que esto le ocurre a 19.1 % que no son estudiantes. Además, en los que están estudiando es menos probable que haya un progreso de la oportunidad al uso y de la experimentación al uso continuado. La familia también es un importante factor de protección, de la población que vive en familia a cerca del 85% no les han ofrecido drogas, mientras que de la población que no viven en familia esto si ocurre en el 80%; por lo que es menos probable la progresión hacia la experimentación y el uso regular cuando se está en familia (SSA et al., 2008).



---

### 4.3.- Prevención de las adicciones

La prevención de adicciones puede definirse como el “conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales” (SSA, 2009, p.22).

Los factores de riesgo y de protección son fundamentales en los programas de prevención, con ellos se busca crear nuevos factores de protección, fortalecer los existentes y revertir o reducir los factores de riesgo; estos programas pueden ser implementados en los siguientes ambientes:

- 1.- *En la familia:* se pueden fortalecer los factores de protección en los niños y jóvenes enseñándole a los padres cómo comunicarse mejor con la familia, la disciplina apropiada, la implementación consistente y firme de las reglas, y la inclusión de otros enfoques para el manejo de la familia. Existen beneficios cuando los padres proporcionen reglas y disciplina consistentes, les hablan a sus hijos sobre las drogas, vigilan sus actividades, conocen a sus amigos, comprenden sus problemas y preocupaciones y se involucran en su educación.
- 2.- *En la escuela:* en las escuelas la atención se centra en las habilidades sociales y académicas de los niños, en mejorar las relaciones con los compañeros, entrenamiento en técnicas de auto-control, solución de problemas y habilidades para rehusarse al consumo de drogas. Si es posible, estos programas deben estar integrados al programa académico escolar para fortalecer los lazos de los estudiantes con la escuela y reducir la probabilidad de que abandonen la escuela. En los programas se puede incluir información sobre cómo corregir la percepción de riesgo del consumo del abuso de drogas o incluir a toda la escuela, afectar el ambiente escolar en su totalidad. Se debe cuidar no agrupar a adolescentes de alto riesgo en intervenciones preventivas ya que en tales grupos los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas.



3.- *En la comunidad:* los programas de prevención a nivel comunitario funcionan con organizaciones cívicas, religiosas, ejecutoras de la ley, y otras gubernamentales para mejorar las normas anti-drogas y los comportamientos prosociales. Muchos programas coordinan los esfuerzos de prevención a través de los diferentes ambientes para comunicar mensajes consistentes en la escuela, el trabajo, las instituciones religiosas y los medios de comunicación. Las investigaciones han mostrado que los programas que llegan a los jóvenes a través de diversos ambientes pueden impactar fuertemente las normas comunitarias. Estos programas también incluyen el desarrollo de políticas o el cumplimiento de las regulaciones y esfuerzos de los medios de comunicación masiva y programas para crear conciencia en toda la comunidad (NIDA, 2004).

Un ejemplo de un programa de prevención en ámbito familiar y escolar lo podemos encontrar en la “**Terapia Familiar Multidimensional para Adolescentes**” que abusan de sustancias (MDFT por sus siglas en inglés) desarrollado en Estados Unidos por Howard, Hogue y Hogue (2001). Esta es una intervención que aborda el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red interconexiones de sistemas, incluye al propio individuo, la familia, la escuela, los pares, la comunidad y el ámbito cultural. Se enfoca en cuatro área de intervención: 1) personal: se trabaja el papel que juega el adolescente en el sistema familiar, escuela y los grupos de pares; se le apoya para entender su funcionamiento en cada sistema; 2) familiar: se trabaja con los padres en establecer los roles de adulto, mejorar la relación con sus hijos e identificar y trabajar los estresores a los que se enfrentan y las fuentes de apoyo social con las que cuentan; 3) interacción familiar: se trabaja el desarrollo de motivación, habilidades y experiencia para modificar sus relaciones;. 4) extra familiar: incrementar la colaboración entre la familia y otros ambientes relacionados con el adolescente como la escuela o ambientes recreativos. Esta intervención ha mostrado ser muy eficaz ya que disminuye los factores de riesgo y aumenta la promoción de procesos de protección tanto a nivel individual, familiar, escolar y con el grupo de pares y reduce el consumo de drogas.



---

Así mismo los programas de prevención se pueden clasificar según la audiencia a la cual van dirigidos en:

- 1.- *Universales*: están diseñados para la población en general, como serían todos los estudiantes en una escuela.
- 2.- *Selectivos*: se dirigen a grupos en riesgo o subgrupos de la población en general, como los estudiantes con bajo rendimiento escolar o los hijos de abusadores de drogas.
- 3.- *Indicados*: están diseñados para las personas que ya experimentan con drogas (NIDA, 2004).

Un ejemplo de un programa de prevención universal que puede ser utilizado en el ambiente familiar es el desarrollado en la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], denominado “**El Módulo de Orientación para el Manejo de Problemas en la Infancia y la Promoción de la Salud Familiar**”, es una intervención enfocada a que los padres adquieran habilidades de crianza infantil para prevenir la adquisición y desarrollo de conductas antisociales que puedan progresar en comportamiento antisocial y consumo de sustancias en la adolescencia y adultez temprana. En esta intervención los padres son entrenados en los principios de la conducta operante para incrementar conductas socialmente aceptables en los niños, aprenden a dar instrucciones claras, dar ganancias y pérdidas a elogiar, instigar y corregir la conducta inadecuada (Morales, Martínez y Vázquez, 2007). A demás de este programa, en nuestro país se han llevado a cabo muchas otras acciones de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, tanto a nivel universal, selectiva e indicada, a continuación se muestran algunas de las acciones emprendidas de acuerdo con el Programa de acción específico 2007-2012 de Prevención y Tratamiento de las Adicciones.



		SUSTANCIA		
		Tabaco	Alcohol	Drogas
NIVEL DE ACCIÓN	Universal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Celebrar el Día Mundial contra el Tabaquismo.</li> <li>-Promover los lugares y escuelas libres de humo de tabaco.</li> <li>-Aplicar programas preventivos en escuelas y comunidad, contenidos en libros de texto.</li> <li>- Realizar campañas en medios masivos.</li> <li>- Impulsar políticas fiscales, prohibición de promociones y publicidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Celebración de la Semana Nacional “Compartiendo Esfuerzos”.</li> <li>- Aplicación de programas preventivos en escuela y comunidad.</li> <li>-Contenidos en libros de texto</li> <li>- Realización de campañas en medios masivos.</li> <li>- Regulación de publicidad en medios masivos.</li> <li>- Reglamentación sobre puntos de venta y horarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indevido y Tráfico de Drogas Ilícitas.</li> <li>- Aplicación de programas preventivos en escuelas y comunidades.</li> <li>-Contenidos en libros de texto.</li> <li>- Fomento de estilos de vida saludables.</li> <li>- Educación basada en habilidades para la vida para diferentes grupos de edad.</li> <li>- Realización de campañas en medios masivos.</li> <li>- Control en venta de drogas médicas.</li> </ul>
	Selectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar adicciones.</li> <li>-Difundir uso de líneas de orientación telefónica.</li> <li>- Imponer leyendas precautorias y pictogramas.</li> <li>- Consejería para dejar de fumar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento en control de la venta a menores de edad.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad en el consumo.</li> <li>- Aplicación de programas especiales para grupos vulnerables: indígenas, niños en situación de calle, etc.</li> <li>- Utilización del uso de alcoholímetros.</li> <li>- Capacitación al personal de la industria restaurantera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección oportuna e intervención breve para adolescentes que inician el consumo de drogas.</li> <li>-Consejería y orientación a personas adultas en riesgo.</li> </ul>
	Indicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida, clínicas de tabaquismo.</li> <li>- Tratamiento especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida</li> <li>- Vinculación con grupos de ayuda mutua (AA).</li> <li>- Aplicación de programas de prevención de recaídas y reinserción social.</li> <li>- Tratamiento especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida.</li> <li>- Tratamiento a presos adictos.</li> <li>- Programas de prevención de recaídas y reinserción social.</li> <li>- Tratamiento especializado.</li> </ul>

Tabla 2: Acciones de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas (SPPS, 2008).

## 5.- Tratamiento de las Adicciones

Existen diferentes modelos para el tratamiento de las adicciones pero lo que los diferencia entre sí es el marco teórico desde el cual parten, el cómo entienden el fenómeno de la adicción y cuál es su posible solución. Por ejemplo el modelo de enfermedad o biológico entiende el consumo de drogas como una enfermedad crónica, desde esta perspectiva el adicto no es responsable de su problema pues éste se sustenta en una vulnerabilidad biológica que interactúa



---

con las características de la sustancia, por lo que una vez que la persona se ha convertido en drogodependiente, ya no tiene ningún control sobre su consumo y, por lo tanto la solución tiene que venir del exterior y el sujeto debe asumir la condición de enfermo crónico. El enfoque terapéutico que sigue este modelo de la adicción es el de Alcohólicos Anónimos y tienen como objetivo la abstinencia de por vida. En esta concepción biologicista se destaca la hipótesis de la automedicación, según la cual el consumo de drogas es una forma directa e indirecta de compensar una alteración biológica (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

Otro modelo es el de la personalidad adictiva o psicodinámico que se centra en la búsqueda de rasgos de personalidad que definan al adicto; uno de los planteamientos en este enfoque es considerar que las personas con una adicción usan mucho el mecanismo de defensa de negación que los lleva a la no aceptación del problema y a la tendencia a la ocultación y a la mentira patológica (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

A continuación se detallará el modelo cognitivo conductual debido a que en este modelo están fundamentados los programas de tratamiento implementados durante la residencia de la maestría en psicología de las adicciones y que son abordados en los apartados de formulación de programas y reporte de caso en el presente trabajo.

### **5.1.- Modelo Cognitivo-conductual**

Los tratamientos psicológicos que se han desarrollado dentro de este modelo entienden a 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; así que no implica una pérdida de control total sobre el consumo por parte de la persona, ni es una condición irreversible, sino que, en determinados casos, el aprendizaje o adquisición de un consumo controlado puede ser el objetivo del tratamiento. Este modelo explica cómo se origina, mantiene y modifica la conducta de consumo, a través del análisis funcional de la conducta de consumo, el condicionamiento clásico, condicionamiento operante, teoría cognitiva, la teoría del aprendizaje social (TAS), se apoya del entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas, la entrevista motivacional



---

(Miller y Rollnick, 1999), el modelo trasteórico de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) y la economía conductual (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009) cada uno de estos elementos se describen a continuación:

El análisis funcional de la conducta de consumo tiene como objetivo identificar las condiciones que controlan la conducta-problema, con él se identifican y describen las variables antecedentes y consecuentes que intervienen en un comportamiento y las relaciones funcionales entre ellas. El análisis funcional de la conducta de consumo explicaría las relaciones funcionales entre todos los factores tanto de la persona como del entorno que intervienen para que se produzca el consumo de drogas de esta forma se obtiene qué es deseable cambiar para favorecer la conducta de NO consumo (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

Otros elementos base del modelo cognitivo-conductual son el condicionamiento clásico y el operante que brindan la explicación sobre el aprendizaje de la conducta. El condicionamiento clásico basado en los estudios de Pavlov se refiere al aprendizaje que se lleva a cabo cuando un estímulo neutro (por ejemplo el sonido de una campana) se aparea con un estímulo incondicionado (por ejemplo comida) y producen una respuesta refleja o innata (por ejemplo salivación), después de que el estímulo neutro es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado, la asociación entre ambos se aprende (Kazdin, 2000).

El condicionamiento operante, basado en los estudios de Skinner, se refiere al tipo de aprendizaje en el cual se altera la conducta por las consecuencias que la preceden; es decir, cuando una respuesta (p. ej. picotear una palanca) es reforzada (con comida) en presencia de una estímulo discriminativo (luz) la presencia de este estímulo aumentará la aparición de la respuesta. El reforzador que se utilice puede ser positivo o negativo; el reforzador positivo es todo suceso cuya presencia aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir y el reforzador negativo es todo suceso cuya reducción o eliminación aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir. Se habla de reforzamiento cuando una conducta es seguida por un evento que incrementa su probabilidad de ocurrencia, y por el contrario, se habla de castigo cuando una



---

conducta es seguida por un evento que decrementa la probabilidad de ocurrencia de esa conducta (Kazdin, 2000).

La teoría cognitiva se basa en el principio de que la conducta del individuo es el resultado de los pensamientos y cogniciones a través de sus percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes que tiene sobre sí mismo y sobre su ambiente. En esta teoría se plantea la suposición de que la mayor parte de los problemas psicológicos son el resultado de procesos de pensamiento erróneos. Se parte de tres factores a) cogniciones, b) sentimientos y c) conductas que pueden considerarse como bidireccionales, lo que quiere decir que la forma en la que se actúa, lo que se siente se encuentra establecida por creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos y atribuciones propias. Por lo que en la medida en que la persona cambia su pensamiento, cambia la manera en la que siente y actúa; para ello se implementa la estrategia denominada reestructuración cognitiva (Ocampo, Magallan, Villa y Cuevas, 2007).

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS) expresada por Bandura se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, siendo producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo el aprendizaje de determinadas conductas, por lo que también es posible desaprender aquellas que no favorecen el desarrollo del individuo. La TAS recalca la importancia de los procesos de: 1) simbolización: permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones; 2) anticipación de la acción y establecimiento de metas: las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones y junto con la simbolización, tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico; 3) aprendizaje vicario: se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias; 4) la autorregulación: se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas; 5) la capacidad auto-reflexiva: capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo; 6) determinismo recíproco: los individuos son agentes activos en determinar su destino, no se les considera como





---

individuo pasivo; 7) expectativa de auto-eficacia: percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

El entrenamiento en habilidades sociales, consiste en enseñar un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales y su finalidad es ofrecer a la persona una serie de estrategias de comportamiento que le permitan mejorar la calidad y/o cantidad de las relaciones interpersonales de tal forma que el individuo logre disminuir el número de conflictos y aumentar interrelaciones gratificantes; de esta forma el entrenamiento se enfoca a desarrollar habilidades de comunicación, control del estrés, enojo y tristeza, solución de problemas, habilidades de búsqueda de empleo, manejo del tiempo libre (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

En la prevención de recaídas, se entiende a la recaída como un proceso continuo que se inicia con el logro de un estilo de vida en abstinencia, a la que se le irán presentado un número cada vez mayor de conductas que lo acercan a situaciones de riesgo y que finaliza con un primer consumo y/o consumos posteriores. De esta forma se entiende a la recaída dentro del proceso de deshabitación del consumo de sustancias, de ahí la importancia de preparar al sujeto para afrontarla. Marlatt y Gordon en 1990 y 1995 elaboraron un programa destinado a la prevención de recaídas cuyo objetivo es proporcionar a la persona los instrumentos y conocimientos necesarios para comprender y analizar su problema con las drogas, aprender a identificar las situaciones de riesgo externa e internas, anticipar las consecuencias negativas del mismo, manejar las estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo y fomentar los cambios necesarios en el estilo de vida que resulten incompatibles con el consumo (Gañán, Losada, Navarro y Martín del Moral, 2009).

El Modelo Trasteórico de etapas de cambio propuesto por Prochaska y Diclemente (1982) postula que el cambio en el consumo de sustancias adictivas nunca es lineal sino que está sometido a un proceso dinámico y que la intervención psicológica debe ajustarse a la etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto. El modelo contempla las siguientes etapas: a) etapa de



---

precontemplación donde el sujeto no es consciente o ignora de que dicha conducta sea problemática y por lo tanto no emprenderá ninguna acción en el futuro cercano; b) etapa de contemplación en la que el sujeto se encuentra ambivalente, quiere cambiar y a la vez no; c) en etapa de preparación al cambio el sujeto ha tomado la decisión de cambiar y considera llevar a cabo las acciones necesarias en un futuro inmediato; d) etapa de acción en la que el sujeto ha realizado cambios observables en su estilo de vida para modificar su conducta de consumo; e) etapa de mantenimiento donde el sujeto intenta conservar y consolidar los logros obtenidos y prevenir una recaída; f) en la etapa de recaída se presenta la conducta de consumo y en ocasiones se define como una caída, cuando el sujeto violó levemente su meta de no consumo; mientras que la recaída se da cuando la violación es completa e incluso hubo un aumento en la cantidad de sustancia consumida o en la frecuencia de consumo (Miller y Rollnick, 1999).

En la Entrevista Motivacional (EM), la motivación se entiende como el estado dinámico y no estático en el que se encuentra una persona y que denota su disponibilidad o deseo de cambiar. La EM es un estilo de orientación dirigida y centrada en el cliente, y tiene como finalidad provocar un cambio de conducta al ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia. Las estrategias empleadas en la EM se basan en la persuasión y el apoyo que el profesional de la salud brinda al usuario; se señalan 5 principios: 1) mostrar empatía: que significa entendimiento y comprensión hacia los puntos de vista del usuario; 2) establecer discrepancia: se busca hacer notar al usuario los costos y beneficios asociados al cambio que reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto a la conducta a modificar; 3) evitar la discusión con el usuario: se evita argumentar y discutir con el usuario sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque ello provoca resistencia al cambio; 4) trabajar los obstáculos hacia el cambio: se trabajan las resistencias que presente el usuario para iniciar o continuar el tratamiento; 5) desarrollar la autoeficacia: se identifican las fortalezas con las que cuenta el usuario, se le retroalimenta sobre estas y para hacérselas notar y fortalecer así su confianza en sí mismo (Miller y Rollnick, 1999).

La economía conductual es una teoría del refuerzo que permite explicar diferentes comportamientos tanto animales como humanos enmarcados en la conducta de elección, donde los organismos toman decisiones a partir de las condiciones ambientales que se encuentran



---

establecidas en un momento dado. Cuando los individuos se encuentran expuestos ante alternativas de refuerzo costosas, disminuyen su demanda o conducta de acceso para éstas, pero la aumentan para un bien menos costoso que se encuentre disponible y que supla la misma necesidad; en el caso específico de consumo de droga (reforzador), como nicotina, etanol, heroína y cocaína, este dependerá del aumento en el requerimiento de la respuesta (precio) para obtener estos reforzadores; en donde también van a influir condiciones como la demanda elástica, inelástica o mixta o si se trata de reforzadores sustituibles o independientes; por ejemplo, Petry y Heyman, (1995), quienes trabajaron con 6 machos y 8 hembras ratas, privadas de alimento en un 15%, utilizando como reforzadores sacarosa y alcohol de forma concurrente encontraron que el consumo de alcohol disminuyó muy poco al incrementar los precios demostrando una demanda inelástica pero a medida que el precio aumentó más, el consumo disminuyó notablemente demostrando una demanda elástica; observándose de esta forma una demanda mixta; el que se presente una demanda u otra dependerá de si el bien o reforzador es sustituible o bien independiente. En trabajos con no humanos, se ha utilizado comida como sustituto de la droga y cuando las dos alternativas requieren de un número de respuestas, los individuos prefieren la de menor costo (Mayorga y Lina, 2006).

## **5.2.- Tratamientos Cognitivos-conductuales de las Adicciones en México.**

En nuestro país podemos encontrar una intervención enfocada al tratamiento para el consumo de drogas en adolescentes, como lo es el Programa de Intervención Breve para adolescentes [PIBA] que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas creado en la Universidad Nacional Autónoma de México. El PIBA está dirigido a: a) jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior de entre 14 y 18 años de edad, b) que consumen, ya sea, alcohol, cocaína, marihuana, c) que reportan problemas relacionados con su consumo, d) y no presentan dependencia hacia la droga de consumo. Dicho programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo: a) detección de caso: se logra por medio de la promoción del programa a través de pósters, trípticos, pláticas informativas, contacto con la escuela, b) admisión, de acuerdo a la evaluación de los criterios de inclusión al programa, c) evaluación inicial, se evalúa el patrón de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo, d)



---

inducción al tratamiento, que promueve la disposición de los adolescentes, e) tratamiento que consta de cuatro sesiones semanales individuales con el adolescente, con una duración de 60 a 90 min, f) seguimiento, evaluación del cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz, y Barrientos, 2004).

Otro tratamiento es el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, este modelo se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los Drs. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y ha sido adaptado para su uso en México (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Este modelo de intervención consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol y está conformado por seis sesiones: a) admisión, donde se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento; b) en la evaluación se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo; c) paso 1: decisión de cambio y establecimiento de metas; d) paso 2: identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol; e) paso 3: enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol; f) paso 4: nuevo establecimiento de metas. Durante las sesiones el usuario analiza los costos y beneficios del cambio, registra su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo (abstinencia o moderación), identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

Para la segunda parte del documento se reportará la implementación de los dos tratamientos mencionados previamente, durante la residencia de la Maestría en Psicología de las Adicciones en el Centro de Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”.



---

## ***II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS***



En esta sección del reporte de experiencia profesional se abordarán las actividades de residencia de la Maestría en Psicología de las adicciones realizadas en el Centro de Prevención de adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” y en el “Centro Nueva Vida Naucalpan” relacionadas con el tratamiento del consumo de drogas. Se describirán dos intervenciones, la primera implementando el PIBA a tres usuarios adolescentes y la segunda con la aplicación de la Intervención Breve para Bebedores Problema a un usuario mayor de edad con abuso de alcohol.

### **1.- Implementación del Tratamiento: “Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas”**

El objetivo de la intervención al implementar el PIBA fue la abstinencia en el consumo de alcohol, marihuana e inhalables a través de la aplicación de un tratamiento de corte cognitivo conductual a 3 usuarios, 1 de marihuana, 1 de alcohol y 1 de inhalables (limpiador para tubo PVC) y marihuana, incidiendo en el patrón de consumo, la confianza situacional y los problemas asociados al consumo.

#### **1.1.- Método**

##### Participantes

Se atendió a 3 usuarios adolescentes, 2 del sexo masculino y 1 del sexo femenino de entre 15 y 17 años de edad, al momento de la entrevista inicial 2 eran estudiantes (uno estudiante regular y otro a punto de reprobado el año) y 1 de ellos estaba suspendido de la escuela (Tabla 3).

Usuario	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación
Usuario 1	Masculino	17	Soltero	Estudiante regular.
Usuario 2	Masculino	16	Soltero	Ninguna, recién suspendido de la escuela.
Usuario 3	Femenino	15	Soltera	Estudiante a punto de reprobado el año.

Tabla 3. Características generales de los usuarios.



En la entrevista inicial, los usuarios reportaron un tiempo de consumo de 1 año hasta 4 años. El tiempo de consumo problemático desde los últimos 2.5 meses hasta los 4 meses. Consumo en lugar público principalmente para los tres casos y consumo en lugar privado solamente para uno. La percepción del problema iba de un gran problema a un pequeño problema (Tabla 4).

Usuario	Sustancia	Tiempo de consumo	Tiempo de consumo problemático	Lugar de consumo	Percepción del problema
Usuario 1	Marihuana	1 año	2.5 meses	Público	Un pequeño problema
Usuario 2	Alcohol	4 años	4 meses	Público	Un gran problema
Usuario 3	Inhalable-marihuana	2 años	3 meses	Público y privado	Un pequeño problema

Tabla 4. Características del patrón de consumo.

Entre los diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas que los usuarios manifestaron tener durante el último año fueron: *problemas cognitivos* (dificultad para tomar decisiones), *problemas escolares* (inasistencias, reprobación, expulsiones, peleas), *problemas interpersonales* (aislamiento, pérdida de la confianza, problemas familiares, problemas de pareja), *problemas de salud* (malestar estomacal, reflujo y dolor reportado en pulmones), *problemas afectivos o emocionales* (irritabilidad, tristeza, ansiedad), *problemas económicos* (gasto excesivo, falta de dinero), *agresión* (formar parte en riñas y peleas).

En la entrevista inicial, además se observaron las siguientes características de los usuarios las cuales se relacionaban con los criterios de inclusión al tratamiento:

- ✓ jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior de entre 14 y 18 años de edad.
- ✓ abuso en el consumo de alcohol, inhalables, cocaína o marihuana (abuso 5 o más copas estándar por ocasión o el consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia).
- ✓ reportan problemas relacionados con su consumo.
- ✓ no presentan dependencia hacia la droga de consumo.



---

---

## Instrumentos

1. **Entrevista Semi-estructurada:** es un cuestionario que consta de 11 reactivos, que le permiten al terapeuta recabar información necesaria acerca del consumo de alcohol y/o drogas. El terapeuta puede determinar si el adolescente es candidato o no al programa (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz, y Barrientos, 2004).
2. **Entrevista inicial.** Con la entrevista se evaluaron las siguientes dimensiones: datos de identificación, historia del consumo de drogas, consecuencias del consumo, área de salud, escolar, laboral, familiar, de sexualidad, administración del tiempo libre, riesgo suicida y satisfacción personal (Campos, Martínez y Ayala, 2001).
3. **Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes** [Problem Orient Screening Instrument for Teenagers POSIT, en su versión validada en población adolescente mexicana] (Mariño, González- Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997). Tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos del tratamiento sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 17 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.
4. **Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta** [Composite International Diagnostic Interview CIDI, por sus siglas en inglés] (OMS, 1993; Wittchen et al., 1991). Es una entrevista diagnóstica estandarizada altamente estructurada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años. El CIDI está basado en la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM IV y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. Para los objetivos del





tratamiento sólo se utilizaron la sección I que se encarga de medir los trastornos debidos al consumo de alcohol (F 10) y la sección L que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales (F11-F16, F18 y F19). En el caso de la sección de drogas, son 15 los reactivos que conforman el instrumento; y el apartado de consumo de alcohol con 16 los reactivos que lo constituyen. La escala de respuesta de este instrumento es de 4 graduaciones en donde 1 representa una respuesta afirmativa (si), el 2 una negativa (No), el 3 (no sabe) y el 9 corresponde a (se rehúsa) a contestar la pregunta.

5. **Línea Base Retrospectiva [LIBARE]** (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998):

La técnica de la Timelife follow-back desarrollada por Sobell y Sobell, 1992, sirve para medir el patrón de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, se 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 o tragos estándar (t.e.) consumido cada día. 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 t.e. consumidos.
- Promedio de t.e. en un día de consumo.
- Número máximo de t.e. que tomó en un día en los últimos 90 días.
- Porcentaje de días de abstinencia.
- Porcentaje de días de bajo consumo.
- Porcentaje de días de consumo moderado.
- Porcentaje de días de consumo excesivo.

En cuanto al patrón de consumo de las drogas ilegales, en el caso del consumo de marihuana se mide de acuerdo al tamaño de un cigarrillo de tabaco, el consumo de cocaína por líneas o papeles, el consumo de inhalables por número de “monas” consumidas. Este instrumento tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el paciente y el colateral es de 0.82.



6. **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISDC-A)** (Martínez, Ruiz y Ayala, 2003). Este cuestionario denominado Inventory of Drug Taking Situations fue elaborado por Annis y Martín (1985) y adaptado para población adolescente por Martínez et al. (2003). Se aplicó el instrumento a una muestra de 380 jóvenes usuarios de drogas entre los 14 y 19 años de edad. El inventario final se conformó por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: emociones agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros, obtenidos a partir del análisis factorial realizado al instrumento. En el caso del ISDC-A se tienen 4 opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) a 3 (casi siempre). La confiabilidad del instrumento es de 0.92.
  
7. **Cuestionario de Confianza Situacional versión breve [CCS]** (Echeverría y Ayala, 1997a): El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Es la adaptación y una versión breve del Situational Confidence Questionnaire (SCQ) de Annis y Graham (1987), consta de 8 reactivos, se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones: (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. La consistencia interna del instrumento es de 0.977.
  
8. **Autoregistro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas** (Echeverría y Ayala, 1997b). El objetivo de este instrumento es revisar junto con el usuario los días en los que consumió, la cantidad consumida y las situaciones bajo las cuales se presentó el consumo. El autoregistro es un formato en donde el sujeto reporta el día de consumo, capacidad de resistir el consumo (“sí”, “no”, “no fue necesario”), número de copas por tipo de bebida o cantidad de droga consumida, total de copas, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. El autoregistro ha mostrado validez en su aplicación clínica al encontrar un patrón de convergencia, cuando el auto-



---

reporte es comparado con reportes de otros informantes (padres y maestros) y de reportes en la escuela, también se ha encontrado una consistencia a través del tiempo (Brow et al., 1998).

9. **Contrato Terapéutico.** Es un documento en el que el usuario acepta ingresar al programa de tratamiento. Además, se le da la información relacionada con las actividades que se llevarán a cabo durante la fase de tratamiento, la duración de cada sesión, los ejercicios y lecturas que se realizarán, así como la realización de registros diarios acerca de su consumo de alcohol y/o drogas. Se le da a conocer al usuario que la información que proporcione al terapeuta será de carácter confidencial y que una vez acabado el tratamiento su terapeuta se comunicará con él al mes, a los tres y a los seis meses y en según el programa a los 12 meses para realizar un seguimiento de su caso. Para cerrar este acuerdo que se realiza entre el terapeuta y el usuario, ambos deberán firmar el documento (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz, y Barrientos, 2004).

10. **Reportes de Seguimiento** (Echeverría y Ayala, 1997c). Los reportes de seguimiento son una herramienta de retroalimentación, ayudan al descubrimiento y evaluación de la efectividad de las acciones, que se realizan durante el tratamiento. El objetivo de estos reportes es identificar los avances del usuario para el logro de su meta.

### Procedimiento

Se aplicó el tratamiento PIBA, en un diseño de investigación N=1, A-B con seguimientos. En general el programa tuvo una duración promedio de 3 meses y al final se realizaron seguimientos a 1, 3 y 6 meses. Las sesiones de tratamiento se proporcionaron en su mayoría una vez por semana, con una duración de 60 min. A continuación se describe la aplicación del programa organizada en las siguientes fases: *a) Evaluación, b) Tratamiento, c) Post-evaluación y d) Seguimientos.*



---

### a) Evaluación

En esta fase se aplicaron diversos instrumentos con la finalidad de conocer el patrón de consumo, identificar los problemas asociados y determinar si el programa se adecuaba a las características de los usuarios. Los instrumentos que se aplicaron fueron: Entrevista semi-estructurada, entrevista inicial, cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes POSIT, CIDI alcohol, CIDI drogas, LIBARE, ISDC-A, CCS. Al final de esta fase se identificó que los usuarios eran candidatos para participar en los programas de tratamiento ya que cumplían con los criterios de inclusión, así mismo firmaron el Contrato Terapéutico para participar en el programa.

### b) Tratamiento

Se trabajó con los usuarios en las siguientes sesiones:

**Inducción:** Debido a que la mayoría de los adolescentes que abusan de alguna sustancia, generalmente no han tomado la decisión de cambiar su consumo, con esta sesión se pretendió incrementar la disposición al cambio con respecto al patrón de consumo mediante el análisis de los problemas relacionados con el consumo. Esto se realizó tomando en cuenta todas las áreas de vida de los usuarios que pudieron ser afectadas tanto directamente como indirectamente, a corto, mediano y largo plazo incluyendo la información derivada de la sesión de evaluación, lo que permitió que el usuario identificará y defina su problemática de consumo, así como elaborar opciones para resolverlo en conjunto con el terapeuta.

**Sesión 1 “Balance decisional”:** El objetivo de esta sesión es que el adolescente elabore un balance decisional sobre su consumo y establezca una meta de reducción en el caso de alcohol o abstinencia para alcohol o drogas. Durante esta sesión se explicó y llenó con el usuario el formato de autoregistro, y se retomaron los resultados de la evaluación para poder elaborar el ejercicio de balance decisional, los usuarios tienen que mencionar las consecuencias positivas y negativas del consumo así como también los costos de cambiar su consumo de alcohol y drogas. Una vez realizado el ejercicio de balance decisional el usuario establece sus propias metas en el



---

tratamiento. Finalmente se realiza un resumen de las principales consecuencias del consumo, las ventajas de cambiar el consumo y la meta establecida por el usuario.

**Sesión 2 “Planes de acción y situaciones de riesgo”:** El objetivo de esta sesión es que el usuario identifique sus principales situaciones de consumo y elabore planes de acción para enfrentar esas situaciones. La sesión se inició revisando y llenando el autoregistro para realizar el análisis funcional de la conducta de consumo, si es que hubo consumo, si no hubo consumo se identifican y refuerzan las conductas que lo mantuvieron en abstinencia. Se le explicó al adolescente la definición y función de las recaídas como parte del proceso de cambio en el patrón de consumo a través de la lectura “La montaña de la recuperación” (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), enfatizando que el aprendizaje de una nueva conducta requiere práctica y por ello en ocasiones se puede presentar una recaída. Mediante la elaboración de planes de acción se le enseñó al usuario una estrategia básica de solución de problemas, identificando y haciendo uso de recursos propios para cambiar su conducta de consumo. La sesión se concluyó con el resumen de la sesión, enumerando las principales situaciones de riesgo, y los planes de acción que se elaboraron.

**Sesión 3 “Metas de vida”:** El objetivo de esta sesión es que el usuario analice el impacto de su consumo de alcohol y drogas en el logro de sus metas tanto a corto, mediano y largo plazo. La sesión inició preguntando por el autoregistro del usuario, para realizar el análisis funcional de la conducta de consumo si es que hubo y modificar los planes de acción. Si no hubo consumo se refuerzan y repasan los planes que posibilitaron el cumplimiento de su meta. Se indagó sobre las metas del usuario, tomando en cuenta tanto el área de consumo y plan de vida preguntando al usuario que tan compatible es la consecución de sus metas de vida con el consumo de alcohol y drogas, y al mismo tiempo se pidió al usuario que especificará sus metas estableciendo periodos de un mes, tres meses y seis meses en los que se evaluó que tanto avance tiene en el logro de sus metas. Por último se elaboró el resumen de la sesión.

**Sesión 4 “Restablecimiento de metas”:** El objetivo de esta sesión es que el usuario revise el progreso en el logro de su meta de consumo ya sea reducción o abstinencia así como el progreso



---

y uso adecuado de las estrategias para mantener el cambio, y si es necesario establecer una nueva meta de consumo en las que tome en cuenta las estrategias de reducción del consumo. Se inició la sesión con la revisión y llenado del autoregistro, si no hubo consumo se analizan los progresos que el usuario tuvo al mantener sus metas de consumo, ya sea abstinencia o moderación. Se les recordó a los usuarios las sesiones de seguimiento a fin de conocer sus avances. Por último se compararon los resultados del “Cuestionario de Confianza Situacional” el que se aplicó en la evaluación y el que se aplicó en esta sesión haciendo notar al usuario los cambios que ha logrado y como las estrategias aprendidas durante el tratamiento han incrementado su confianza.

c) Post-Evaluación

En esta fase se aplicó el CCS y se realizó la gráfica de progreso con los datos de los autoregistros, esto con el objetivo de hacer una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo.

d) Seguimientos

Esta fase tuvo una duración de tres sesiones, la primera al mes, la segunda a los 3 meses y la tercera a los 6 meses después de terminado el tratamiento. En los seguimientos al mes y a los 3 meses se aplicó una entrevista de seguimiento de 1 y 3 meses y en el seguimiento a 6 meses además se aplicó la LIBARE y CCS. A través de dichos instrumentos se revisó el patrón de consumo y el nivel de auto-eficacia ante situaciones de consumo; además de los problemas asociados al consumo en las áreas de su vida (escolar, de salud, social y emocional).

## **1.2.- Resultados**

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación del tratamiento en términos de: 1) Patrón de consumo, medido durante el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do y 3er seguimiento, 2) Confianza situacional, esta variable fue evaluada en tres momentos pre-



tratamiento, post-tratamiento y al 3er seguimiento, 3) La variable de problemas asociados al consumo se evaluó durante el pre-tratamiento y al seguimiento a los 6 meses.

En la tabla 5 se observa hasta qué momento se realizó la evaluación de las variables en cada usuario. Como se puede observar dos usuarios fueron evaluados hasta 2do seguimiento y 1 hasta el 3er seguimiento.

Usuario	Sustancia	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1er seguimiento	2er seguimiento	3er seguimiento
Usuario 1	Marihuana	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	
Usuario 2	Alcohol	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	
Usuario 3	Inhalable-marihuana	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado	Evaluado

Tabla 5. Etapa de tratamiento usuarios.

a) Patrón de consumo

En la tabla 6 se especifica el patrón de consumo de cada uno de los usuarios durante los últimos 6 meses antes iniciar el tratamiento.

Usuario	Sustancia	Consumo total en los últimos 6 meses	Ocasiones de consumo	Promedio consumo por ocasión	Promedio consumo semanal	Consumo máximo por ocasión	Periodo máximo de abstinencia	Días de mayor consumo
Usuario 1	Marihuana	3 cigarros	15	.20 cigarro	.21 cigarro	.50 cigarro	32 días	Lunes y Miércoles
Usuario 2	Alcohol	231 t.e.	21 t.e	11 t.e	16.5 t.e	34 t.e	24 días	Viernes
Usuario 3	Inhalables, marihuana	8 monas 9.5 cigarros	3 4	2.6 monas 2.3 cigarros	2.6 monas 2.3 cigarros	4 monas 4 cigarros	105 días 71 días	Martes Viernes

Tabla 6. Patrón de consumo de los usuarios.

Nota: Trago estándar (t.e.); 1 mona aproximadamente contiene 8 ml de limpiador para tubo PVC.

En las figuras 5, 6 y 7 se presenta el patrón de consumo de cada uno de los usuarios, desde el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos. Se observa que durante el tratamiento solamente dos de los usuarios alcanzaron su meta de consumo durante el tratamiento, al



seguimiento al mes también dos usuarios alcanzaron su meta y para el seguimiento a los tres meses solamente 1 de los usuarios se mantuvo en su meta. En los casos en los que no se alcanzó la meta durante el tratamiento o bien en los seguimientos se pudo observar que lo que se presentó fue una disminución en el patrón sin observarse un regreso al patrón previo a la intervención.

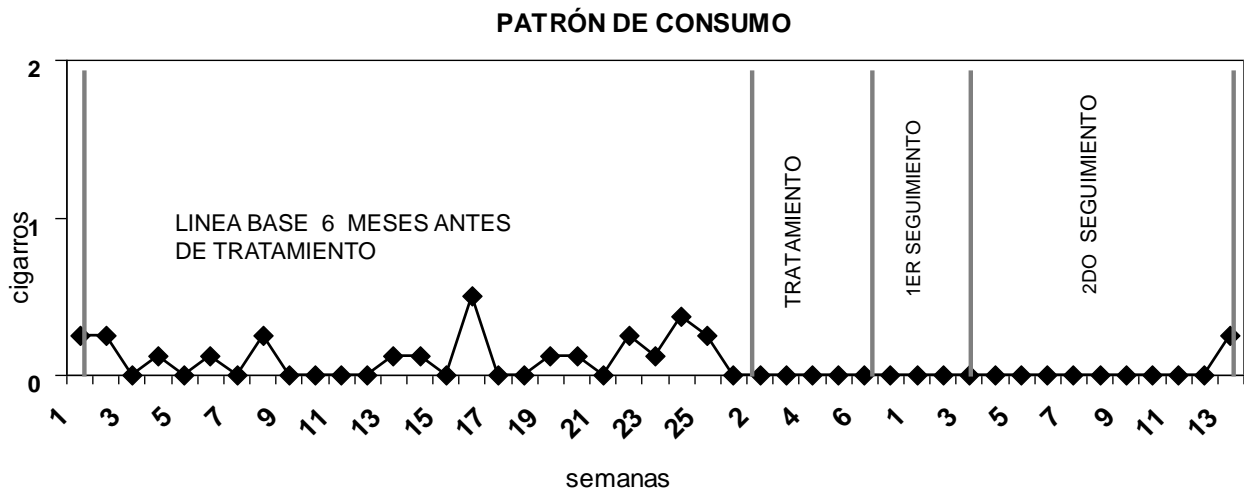


Figura 5. Patrón de consumo de marihuana USUARIO 1 pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos.

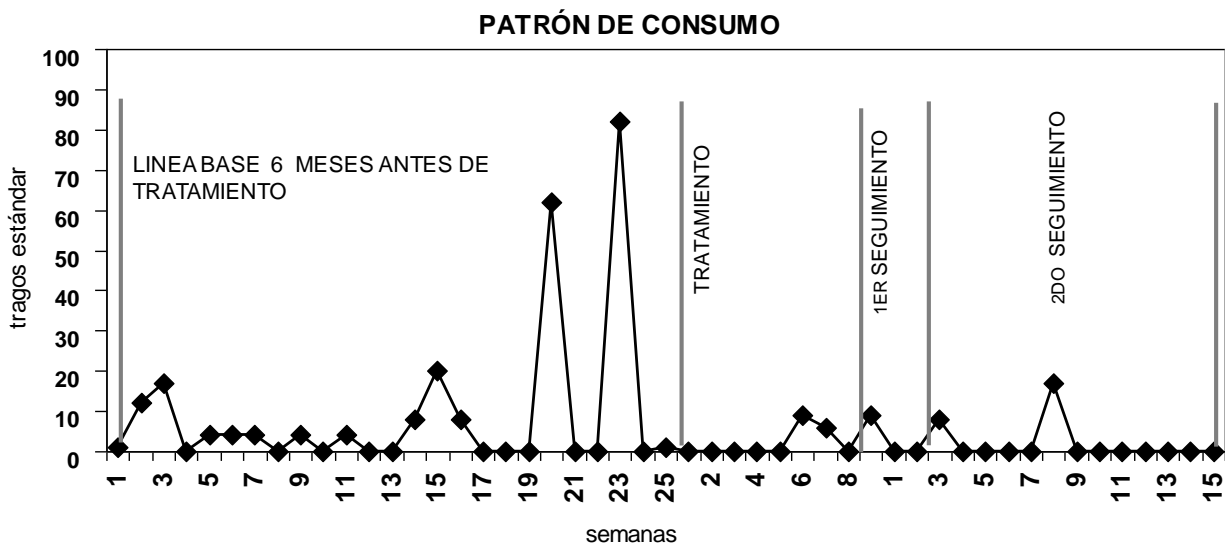


Figura 6. Patrón de consumo de alcohol USUARIO 2 pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos.



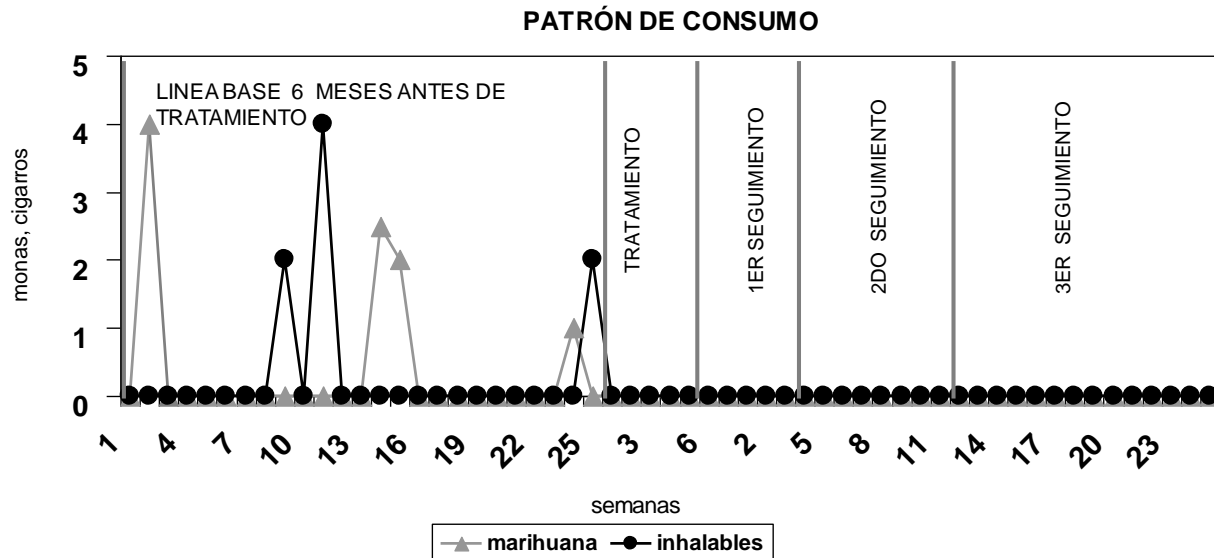


Figura 7. Patrón de consumo de marihuana e inhalable USUARIO 3 pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos.

b) Confianza situacional

En la figura 8 se presentan los promedios de los resultados del CCS, se observa que antes del tratamiento los usuarios reportaron menor auto-confianza para resistirse al consumo de la sustancia en las áreas de presión social (13.3%), conflicto con otros (30%) y emociones desagradables (43.33%). Después del tratamiento se observó un incremento de la auto-eficacia en esas áreas (presión social 83.33%, conflicto con otros 100% y emociones desagradables (93.33%) y para el 3er seguimiento también se observó un incremento en esas tres situaciones de riesgo.

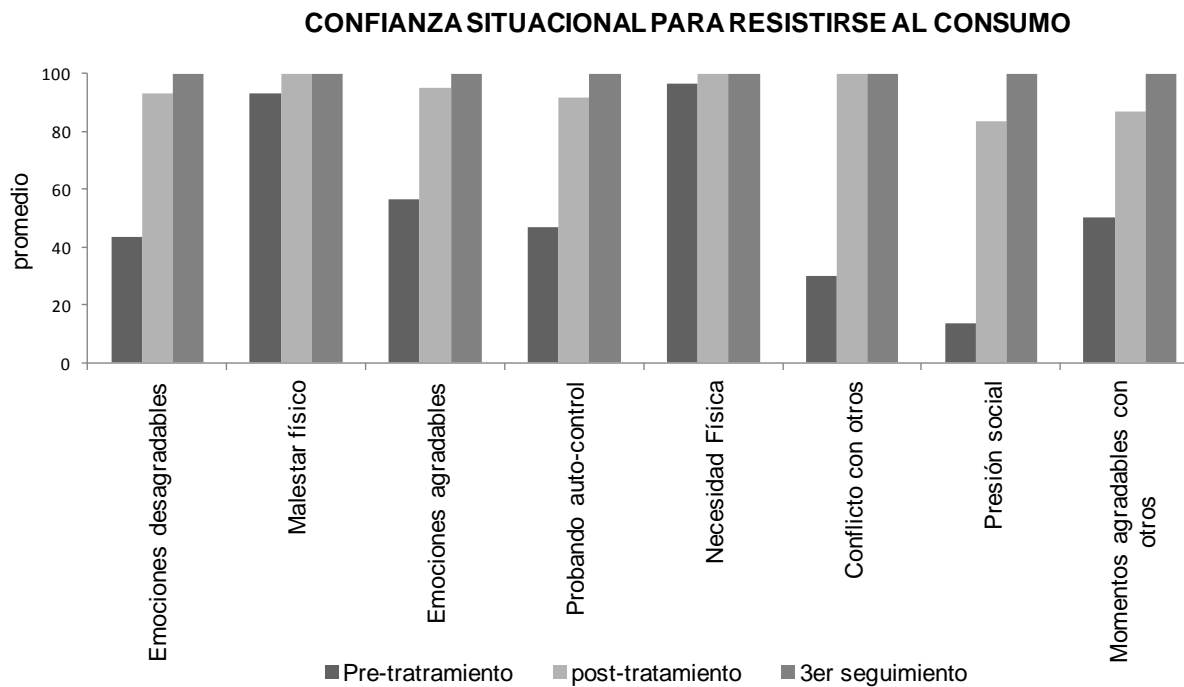


Figura 8. Promedio de confianza situacional para resistirse al consumo de la sustancia pre-tratamiento, post-tratamiento y 4to seguimiento.

- c) Problemas asociados al consumo: Al finalizar el tratamiento los usuarios reportaron la disminución de los problemas derivados del consumo y en algunos casos incluso señalaron el cese de dichos problemas que los afectaban en las áreas cognitiva, escolar, interpersonal, de salud, emocional, de agresión y económica.

## 2.- Implementación del Tratamiento: “Intervención Breve para Bebedores Problema”

El objetivo de la Intervención Breve para Bebedores Problema fue la abstinencia en el consumo de alcohol, a través de la aplicación de dicho tratamiento de corte cognitivo conductual a 1 usuario de alcohol, incidiendo en el patrón de consumo, confianza situacional, nivel de dependencia, problemas asociados al consumo y daño cognitivo.



## 2.1.- Método

### Participantes

Se atendió un 1 usuario consumidor de alcohol (hombre de 24 años), recién egresado de Licenciatura (Tabla 7).

Usuario	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación
Usuario 1	Masculino	24	Soltero	Recién egresado de Licenciatura colaborando como profesor adjunto.

Tabla 7. Características generales del usuario.

En la entrevista inicial, el usuario reportó un tiempo de consumo de 7 años, con consumo problemático durante el último año; lugar de consumo público y percibiendo su problema como un problema mayor (Tabla 8).

Usuario	Sustancia	Tiempo de consumo	Tiempo de consumo problemático	Lugar de consumo	Percepción del problema
Usuario 1	Alcohol	4 años	1 año	Público y privado	Un problema mayor

Tabla 8. Características del patrón de consumo.

Entre los diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas que el usuario manifestó tener durante el último año fueron: *problemas afectivo o emocional* (tristeza, ansiedad), *problemas interpersonales* (aislamiento, problemas familiares), *problemas de salud* (temblor en la mano y asma que se agudizan cuando toma), *problemas cognitivos* (dificultad de decidir, problemas de memoria, olvidos), problemas legales (orinar en vía pública).

En la entrevista inicial, además se observaron las siguientes características del usuario las cuales se relacionaban con los criterios de inclusión al tratamiento:

- ✓ Mayor de 18 años y menor de 70 años.
- ✓ Saber leer y escribir.



- 
- ✓ Contar con un domicilio permanente.
  - ✓ Tener trabajo.
  - ✓ Vivir con la familia.
  - ✓ No presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana).
  - ✓ Acudir a tratamiento por voluntad propia.
  - ✓ No consumir heroína.
  - ✓ Que la droga principal de abuso no sea inyectada.
  - ✓ No acudir a otro programa de tratamiento.
  - ✓ Que se establezca la meta de abstinencia en dado caso de existir alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol.
  - ✓ Estar dispuesto a participar en el modelo.

### Instrumentos

1. **Cuestionario de Pre-selección:** Cuestionario que aplica el evaluador a manera de entrevista para identificar las características del usuario relacionadas con los criterios de inclusión al programa, dicho cuestionario está conformado por 12 preguntas con opción de respuesta SI y NO (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).
  
2. **Entrevistas:** a) *Entrevista Inicial*, está conformada por diferentes apartados que permiten obtener información sobre la salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y consecuencias adversas al uso de sustancias, su aplicación tiene una duración de aproximadamente 20 minutos; la información recaba con este instrumento es útil para la planeación del tratamiento, e indica cambios necesarios relacionados con estilo de vida de los usuarios. b) *Entrevista de seguimiento*, tiene la finalidad de revisar su autoregistro, las estrategias utilizadas durante los seguimientos para enfrentar sus situaciones de riesgo, analizar las recaídas que se hayan presentado y resolver las dudas del usuario y analizar problemas relacionados. c) *Entrevista al colateral*, tiene como propósito verificar la información dada por el usuario, como una forma de incrementar la validez del reporte del



usuario, se entrevista al colateral propuesto por el usuario (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

**3. Breve Escala de Dependencia al Alcohol [BEDA]** (Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983) es un instrumento de tamizaje de 15 reactivos diseñada para medir dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza es que refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol y permite obtener rápidamente un indicador de grado de dependencia para hacer una referencia al tratamiento más adecuado. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

- nunca = "0".
- algunas veces = "1".
- frecuentemente = "2".
- casi siempre = "3".

Se obtiene un sólo puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos. La forma de interpretación es de la siguiente manera: 1 - 10 = dependencia baja, 11 - 20 = dependencia media, 21 o + = dependencia severa.

**4. Subescalas de Pistas** (Reitan y Wolfson, 1993). Con la parte A y B de la batería Halstead-Reitan, se realiza una valoración de aquellos usuarios de alcohol en los que se sospecha de daño cerebral o incapacidad neuropsicológica, debido a que un deterioro cognitivo puede ser un indicador de pobres resultados en el tratamiento por la dificultad de comprensión de los materiales de lectura y los ejercicios. La prueba se aplica en cinco minutos, cuenta con dos partes, en la parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de número combinada con las letras del abecedario. Para cada parte de la prueba tiene un límite de aplicación; la parte A tiene un minuto para responder y la parte B tiene dos minutos; sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea.



---

**5. Inventario Situacional de Consumo de Alcohol [ISCA]** (Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998): Es la adaptación y traducción del Inventario elaborado por Annis, Graham y Davis en 1982, consta de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad o urgencia por consumir, momentos agradables con otros, emociones desagradables y conflicto con otros). Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- "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.

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las 8 subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala.

**6. LIBARE** (descripción ver página 45).

**7. CCS** (descripción ver página 46).

**8. Autoregistro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas** (descripción ver página 46).

**9. Contrato Terapéutico** (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004) (descripción ver página 47).

**10. Reportes de Seguimiento** (descripción ver página 47).

### Procedimiento

Se aplicó la Intervención Breve para Bebedores Problema, en un diseño de investigación N=1, A-B con seguimientos. En general el programa tuvo una duración aproximada de 2 meses y al final se realizaron seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses. Las sesiones de tratamiento se



---

proporcionaron en su mayoría una vez por semana, con una duración de 60 min. A continuación se describe la aplicación del programa organizada en 4 fases: a) Evaluación, b) Tratamiento, c) Post-evaluación y d) Seguimientos.

a) Evaluación

En esta fase se aplicaron diversos instrumentos con la finalidad de conocer el patrón de consumo, auto-eficacia, nivel de dependencia, identificar los problemas asociados, daño cognitivo, y determinar si el programa se adecuaba a las características del usuario. Los instrumentos que se aplicaron fueron: Entrevista inicial, LIBARE, CCS, BEDA, Subescalas de Pistas. Al final de esta fase se identificó que el usuario era candidato para participar en el programa de tratamiento ya que cumplía con los criterios de inclusión. Se firmó el Contrato Terapéutico para participar en el programa.

b) Tratamiento.

Se trabajaron las siguientes sesiones:

**Admisión:** Identificación de la disposición para el cambio y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento (ver página 70).

**Evaluación:** Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones de consumo (ver página 74).

**Paso 1:** Decisión de cambio y establecimiento de metas (ver página 79).

**Paso 2:** Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol (ver página 85).

**Paso 3:** Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol (ver página 90).

**Paso 4:** Nuevo establecimiento de metas (ver página 95).



---

c) Post-Evaluación.

En esta fase se aplicó el CCS y se realizó la gráfica de progreso con los datos de los autoregistros, esto con el objetivo de hacer una comparación de los resultados obtenidos antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo.

d) Seguimientos

Esta fase tuvo una duración de cuatro sesiones, la 1era al mes, la 2da a los tres meses, la 3ra a los 6 meses y la 4ta al año después de terminado el tratamiento. En los seguimientos al mes y a los tres meses solamente se aplicaron los reportes de seguimiento, para el seguimiento a 6to mes de concluido el tratamiento además se aplicó una entrevista al colateral. En el seguimiento al año se aplicó, entrevista de seguimiento para el usuario, al colateral, la LIBARE, BEDA, el CCS.

## **2.2.- Resultados**

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación del tratamiento en términos de: 1) Patrón de consumo, medido durante el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do, 3er y 4to seguimiento, 2) Confianza situacional, esta variable fue evaluada en tres momentos pre-tratamiento, post-tratamiento y al 4to seguimiento, 3) Nivel de dependencia evaluada en tres momentos pre-tratamiento, post-tratamiento y al 4to seguimiento, 4) Nivel cognitivo evaluada en dos momentos pre-tratamiento y 4to seguimiento, 5) Problemas asociados al consumo evaluados en dos momentos pre-tratamiento y al seguimiento a los 12 meses.

- 1) Patrón de consumo: En la tabla 9 se especifica el patrón de consumo del usuario durante los últimos 12 meses antes iniciar el tratamiento.





Usuario	Sustancia	Consumo total en los últimos 12 meses	Ocasiones de consumo	Promedio consumo por ocasión	Promedio consumo semanal	Consumo máximo por ocasión	Periodo máximo de abstinencia	Días de mayor consumo
Usuario 1	Alcohol	591 t.e.	45	13.1 t.e.	18	40	52 días	viernes

Tabla 9. Patrón de consumo del usuario.

La meta de consumo fue la abstinencia debido a que al momento de la intervención el usuario estaba bajo tratamiento médico; dicha meta se alcanzó durante tratamiento y al primer seguimiento. En los seguimientos posteriores se observó que aunque hubo consumos no se regresó al patrón previo al tratamiento. En la figura 9 se presenta el patrón de consumo del usuario desde el pre-tratamiento, post-tratamiento, 1er, 2do, 3er y 4to seguimiento.

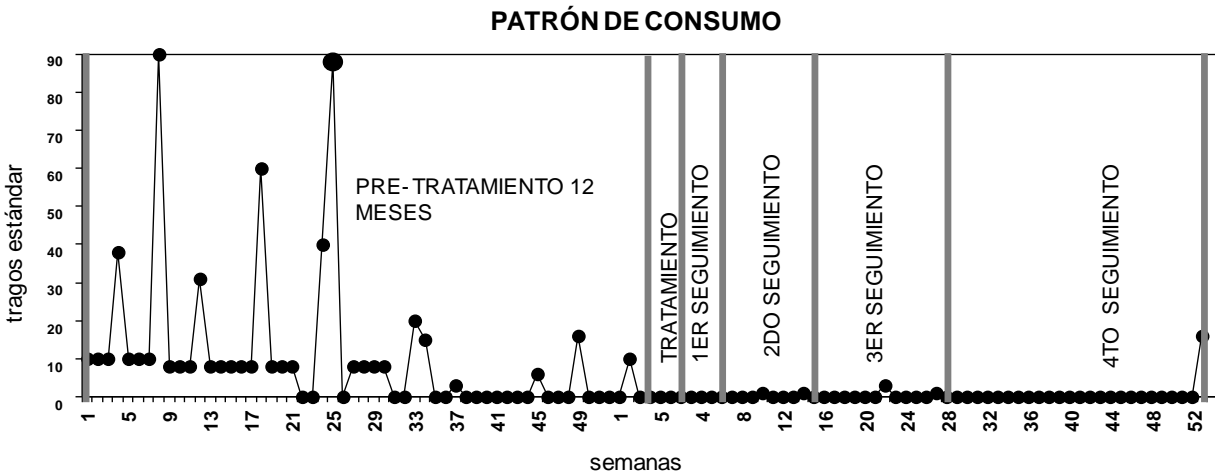


Figura 9. Patrón de consumo pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos.

- 2) Confianza situacional: Se incrementó su auto-eficacia especialmente en las situaciones de mayor consumo como presión social (de 10% a 90%), momentos agradables con otros (10% a 90%), emociones desagradables (10% a 100 %) y probando auto-control (10% a 90%) (Fig. 10).



### CONFIANZA SITUACIONAL PARA RESISTIR EL CONSUMO

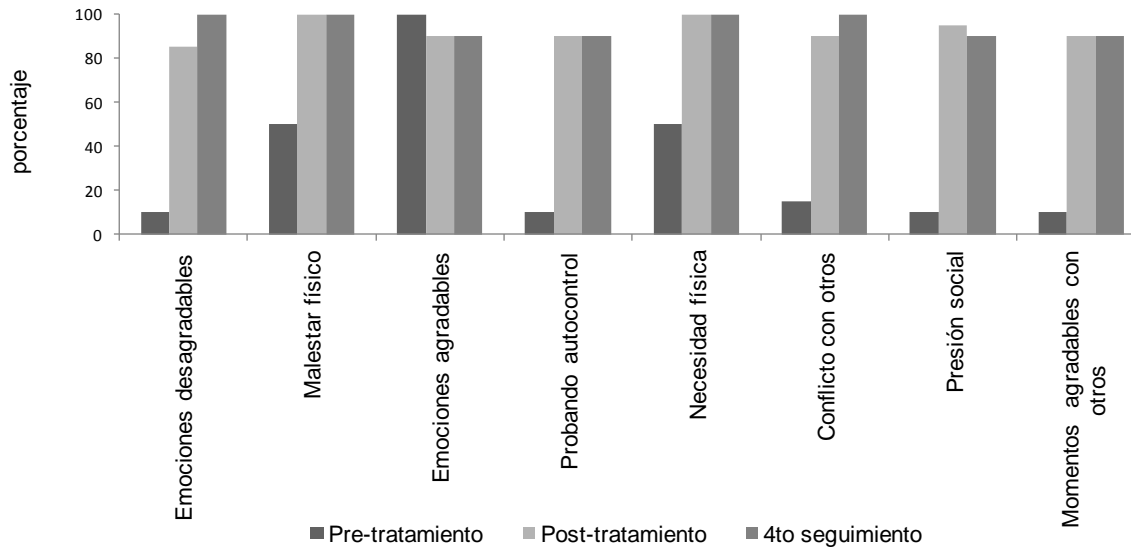


Figura 10. Autoeficacia del usuario pre-tratamiento, post-tratamiento y 4to seguimiento.

- 3) *Nivel de dependencia:* Disminuyó la dependencia de 18 puntos a 1 punto; pasando de esta forma de dependencia media a dependencia baja (Fig. 11).

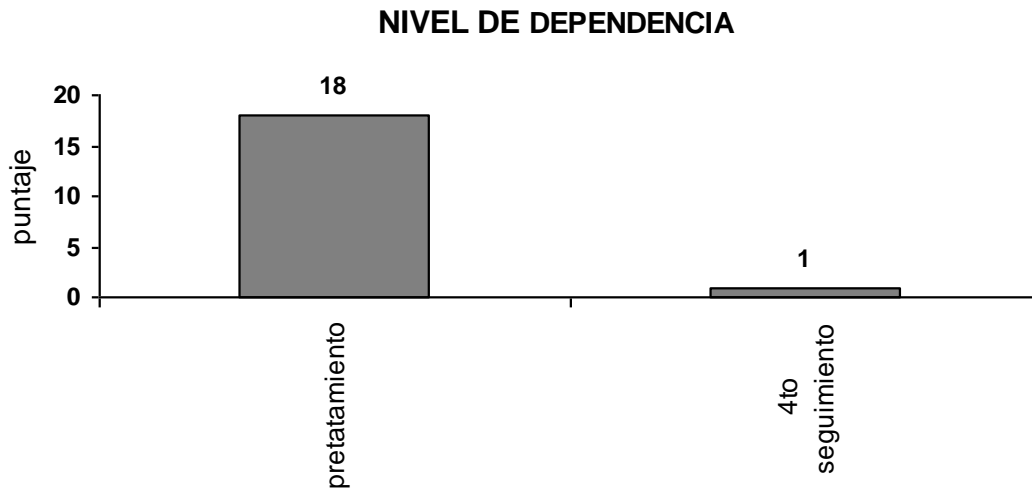


Figura 11. Nivel de dependencia pre-tratamiento y 4to seguimiento.



- 4) Nivel cognitivo: Se observó una mejor ejecución de la Sub-escala Pistas durante el pre-tratamiento realizó 48 segundos parte “A” y 84 segundos parte “B” en el 4to seguimiento hizo 34 segundos parte “A” y 74 segundo en la parte “B”.
- 5) Problemas asociados al consumo: Reportó el cese de todos los problemas derivados del consumo que estaban afectando principalmente las áreas interpersonal, emocional, de salud, cognitiva, y legal.

### **3.- Conclusiones y discusiones generales**

El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias, son fenómenos crecientes en el mundo lo que a su vez genera mayores problemas en la sociedad, ante esta situación un elemento sustancial es la reducción de la demanda y para ello es importante la prevención, el tratamiento y la reinserción.

Sobre este dicho la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Maestría en Psicología de las Adicciones tiene el objetivo de formar psicólogos capacitados en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos para la investigación, prevención y atención de la adicciones y de esta manera enfrentar los retos derivados del consumo de sustancias.

En este programa se han desarrollado e implementado diversos modelos de intervención breve desde la orientación cognitivo-conductual; algunos de los modelos son el Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas y la Intervención Breve para Bebedores Problema. En el presente trabajo ambos programas resultaron ser efectivos para la abstinencia y/o reducción del alcohol y/o drogas para los 4 usuarios que participaron.

Las variables evaluadas durante el tratamiento fueron patrón de consumo, dependencia a sustancias, auto-eficacia y problemas asociados al consumo; con la evaluación de dichas



---

variables pre-tratamiento, post-tratamiento y en los seguimientos se pudo evaluar la efectividad de dichos programas.

Con relación al patrón de consumo se observó que 3 de los 4 usuarios alcanzaron su meta durante el tratamiento y la mantuvieron hasta el 1er mes de seguimiento (3 de 4 usuarios), dichos usuarios estaban trabajando sobre una meta de abstinencia. El usuario que no alcanzó su meta era un adolescente consumidor de alcohol, trabajando con una meta de reducción y presentaba un patrón de consumo muy elevado. Estos datos se relacionan con lo encontrado por Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala (2008) en su investigación los análisis estadísticos intrasujeto mostraron que 16 de los 17 adolescentes consumidores de alcohol redujeron su patrón de consumo al final del tratamiento y durante los seguimientos; así mismo reportan que una característica del adolescente usuario de alcohol que no mostró un cambio estadístico significativo, fue que éste, durante la línea base, reportó el mayor número de ocasiones de consumo y mayor consumo problemático.

Al seguimiento a los 3 y 6 meses solo 1 de 4 los participantes logro su meta (abstinencia); los 3 participantes restantes aunque no se mantuvieron en su meta se observó la reducción del patrón consumo en comparación con su consumo previo al tratamiento. Al respecto Ayala y cols. en 1998 señalaron que la aplicación de las intervenciones breves derivan en cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de los usuarios; cambios que se ven reflejados en un mayor número de días en abstinencia y una reducción en la frecuencia y cantidad de consumo cuando este llega a presentarse; estos cambios pueden mantenerse hasta los 12 meses después de concluida la intervención.

Con respecto a la confianza situacional para resistirse al consumo en todos los casos se observó un incremento en las principales situaciones de riesgo aunque sin alcanzar el 100% de confianza; dicho resultado también se ha obtenido en otros estudios (Salazar, Valdez, Martínez, y Pedroza, 2011; Flores y Gantiva; 2009 y Ayala y cols.,1998)



---

En relación a los problemas derivados del consumo también se observaron cambios positivos, ya que todos los usuarios comentaron presentar menor número de problemas y en algunos casos reportaron el cese de los mismos. Estos resultados coinciden con los hallazgos de la implementación del PIBA en un diseño de caso único con 25 réplicas y seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses en donde en la fase de línea base, el área con un mayor número de problemas relacionados por el consumo fue la escolar, mientras que el área de salud fue la que menos problemas presentó, seguida de las áreas financiera y legal, para la fase de seguimiento, se observó una disminución en los problemas reportados por los adolescentes en las diferentes áreas, siendo las más significativas la escolar, la interpersonal y familiar; de esta forma se observó una disminución tanto en el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol como en el de mariguana; por su parte los adolescentes reportaron que esto se logró gracias a la reducción de su consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008).

En el caso en el que además se midieron otras variables como nivel de dependencia, y daño cognitivo, el usuario obtuvo mejores resultados después del tratamiento, indicando que disminuyó su nivel de dependencia y mejoró su capacidad cognitiva relacionada con el instrumento de la sub-escala de Pistas.

De esta forma con la implementación de dichos programas se logra brindar a la población de tratamientos eficaces para las adicciones favoreciendo de esta forma a la población en general y así mismo sirven para que los profesionales de la salud que se encuentran en formación cuenten con una base de la cual partir para atender los casos que se les presenten; de manera personal, la implementación de ambos programas me permitió conocer, entender y dominar las herramientas para la atención de consumidores de alcohol y drogas y el deseo de buscar nuevas propuestas que ayuden a esta población.



---

### ***III. REPORTE DE CASO***



---

## 1.- Introducción y antecedentes

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social; derivando de ello se evidencia que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año; cerca de 320,000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa y está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral (OMS, 2011).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido; en Europa un t.e. contiene 10 gramos de alcohol, sin embargo no en todos los países existe una misma definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. La definición de la OMS con respecto al trago estándar es de aproximadamente 13 g de alcohol. Derivado de estas medidas se pueden identificar los siguientes patrones de consumo; pero hay que recordar que el consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuo, no son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese continuo durante sus vidas (Anderson, Gual y Colon, 2008).

- **Consumo de riesgo:** patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud cuando el hábito del consumo persiste; la OMS lo describe como el consumo de 20 a 40g (aprox. de 1.5 t.e a 3 t.e.) al día de alcohol de forma regular en mujeres y de 40 a 60g (de 3 t.e. 4.5 t.e) al día de forma regular en varones; sin embargo cualquier cantidad de consumo de alcohol implica riesgos; una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud.



- **Consumo perjudicial:** aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres (3 t.e.) y de más de 60g (4.5 t.e) al día en hombres.
- **El consumo excesivo episódico:** resulta particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión (4.5 t.e).
- **Dependencia del alcohol:** conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol debido a que corren más riesgo de presentar problemas de salud relacionados con el mismo.

No hay que perder de vista que para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido mayor es el riesgo; y en el caso de la mujeres en ellas se presenta un riesgo superior, en comparación con los varones, debido a que las mujeres tienen una menor proporción de agua corporal en relación a su peso (Anderson, Gual y Colon, 2008).

En la ENA 2011 se observa la comparación entre las tres encuestas (2002, 2008 y 2011) en población de 12 a 65 años observándose que la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y se triplicó en las mujeres (0.6% a 1.8%); en relación al consumo alto (grandes cantidades), se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó (45% a 47.2%), mientras que en las mujeres se mantuvo (19.9% y 19.3%)(INPRF, INSP y SSA, 2012b).

Beber grandes cantidades es el patrón de consumo característico entre la población masculina, y cada vez con mayor frecuencia de la femenina; de ahí la necesidad de detectar, de





---

forma temprana, a aquellas personas que abusan del alcohol para detener la evolución a la dependencia y evitar las posibles consecuencias dañinas para su salud y la de quienes les rodean, esto mediante la aplicación de intervenciones breves de corta duración enfocadas de manera específica al consumo de alcohol y las situaciones asociadas al mismo (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

La importancia de la participación de los profesionales de salud en unidades de primer contacto, respecto a la aplicación de consejos e intervenciones breves radica en que pueden tener un mayor acceso a la población que busca servicios por otros motivos de salud, lo cual posibilita la detección oportuna de “bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial” que sin ser dependientes del alcohol, consumen de una manera que resulta perjudicial para su salud y su entorno social o familiar y por la gran capacidad de influencia que poseen médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras en quienes les solicitan ayuda como factores motivadores para el cambio de conducta (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema es una intervención motivacional enfocada a personas con problemas en su forma de beber para modificar su conducta. En este modelo se trabaja con los usuarios en fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Este programa consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol y se conforma de las siguientes sesiones (Echeverría et al., 2004):

A) **Admisión:** Identificación de la disposición para el cambio y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.

B) **Evaluación:** Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones de consumo.



---

C) **Paso 1: Decisión de cambio y establecimiento de metas:** Se trabaja el balance decisional y el establecimiento de una meta de consumo para el tratamiento.

D) **Paso 2: Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol:** Identificación de las situaciones de riesgo retomando las situaciones de mayor frecuencia durante el año previo al tratamiento y las situaciones identificadas mediante el ISCA.

E) **Paso 3: Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol:** Elaboraciones de planes de acción para hacer frente a las principales situaciones de riesgo.

F) **Paso 4: Nuevo establecimiento de metas:** Al retomar los datos de los autoregistros de consumo y del CCS se analizan el cambio en el patrón de consumo del usuario y en su confianza situacional. Se realiza un nuevo establecimiento de meta para los seguimientos.

G) **Seguimientos:** Sesiones de seguimiento al mes, tres meses, seis meses y doce meses para conocer el mantenimiento del cambio en la conducta y evaluar la eficacia del tratamiento.

En esta tercera parte del documento se reportará la implementación de este programa con una usuaria consumidora de alcohol que fue admitida y atendida en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **2.- Motivo de consulta y Evaluación**

### **2.1.- Admisión**

La sesión de admisión es el primer contacto que se tiene con el usuario; durante esta sesión se recaba información para identificar si el usuario es candidato para el tratamiento o bien si se necesita una canalización a otro tipo de intervención. Es importante que la interacción del terapeuta sea positiva y cordial con el usuario, indagar acerca de los motivos que llevaron al usuario a asistir al tratamiento y a partir de ello indagar acerca de su historia de consumo excesivo, consecuencias de la forma de consumo, determinar si el cliente posee características clínicas que sugieran dependencia severa, daño cognitivo e identificar en qué etapa de cambio se encuentra. La identificación de las características anteriores se apoya de la aplicación de BEDA,



---

la Subescala de Pistas parte A y B; al finalizar la sesión y una vez que se determinó que el usuario es candidato al programa se entrega y firma el consentimiento informado.

***Fecha de la sesión: 03/Marzo/2011***

Datos generales: Usuaria de 19 años de edad, soltera, estudiante del segundo semestre de filosofía. Vivía con su papá de 55 años (desempleado), su mamá de 50 años que se dedicaba a la lectura de cartas, su hermana mayor de 21 años que estudiaba Ciencias de la Comunicación y su abuelo materno de 85 años. Acude al servicio por su consumo de Alcohol.

Historia del consumo de alcohol: Reportó que inicio el consumo desde los 15 años de edad, desde un año atrás empezó a consumir de forma excesiva y en los últimos 2 meses empezó a identificar problemas derivados de su consumo. Por lo regular sus consumos eran de cada fin de semana 10 tragos estándar. Su consumo era con compañía, en lugar público o privado y consideraba que una vez que empezaba a consumir no podía detener su consumo voluntariamente. Consumía cerveza con regularidad y en menor frecuencia destilados. El tiempo que le llevaba consumir un trago estándar era de 15 minutos; entre ese trago y otro dejaba de 5 a 10 minutos y un episodio de consumo duraba aproximadamente 3 horas. Reportó que normalmente gastaba \$600 al mes en alcohol, lo que representaba el 60% de lo que tenía disponible en el mes. No reportó intentos previos de reducción o abstinencia. Sin embargo si reporto un periodo de tres meses de abstinencia que sucedió en marzo de 2009, y que se debió a que estaba castigada por haber tomado.

Historia del consumo de otras drogas: Así mismo reportó consumo de tabaco, desde hace 6 años, aproximadamente un cigarro al día y no reportó intentos previos de reducción o abstinencia. Mencionó que su primer cigarro lo consumía después de 5 horas de haberse despertado.



---

Escolar: Reportó asistir de forma regular a la escuela, su promedio era de 9.71, no debía materias, y consideraba que su desempeño escolar era bueno. No había interrumpido sus estudios, y en este último año escolar no había faltado a la escuela.

Salud física: Estaba siendo atendida en endocrinología por funcionamiento deficiente en la insulina, estaba medicada con Dimefor desde hace año y medio con una dosis de 3 veces al día antes de cada comida. Nunca había estado internada por consumo de alcohol.

Familia: En el área familiar menciona que su padre era consumidor de alcohol y que había tenido problemas derivados del consumo como: desempleo, depresión y problemas de pareja. En el último año (mayo-junio de 2010) comentó hubo un conflicto familiar grave relacionado con que su papá se fue de casa a vivir a Oaxaca y regreso solo después de que su mamá lo convenciera. Tanto su novio como su hermana consumían alcohol pero ninguno había tenido problemas derivados de su consumo. Consideraba que su hermana le ayudaría a lograr un cambio.

Amistades: Sus amigos consumían alcohol y tabaco y habían tenido problemas de depresión, problemas escolares y familiares. Mencionó que cuando estaba con sus amigos se sentía presionada para consumir.

Tiempo libre: Las actividades que realizaba en su tiempo libre eran leer, ir al cine o teatro, ir a museos, ver televisión, salir con la familia, asistir a clases, oír música, estar en la computadora, ir a bares y discotecas, ir a fiestas, estas dos últimas relacionadas con el consumo.

Emocional: No reportó sentirse triste con frecuencia, pero si reportó sentirse ansiosa por la tensión familiar en su casa, por extrañar a sus amigos de la preparatoria y por no poder estudiar diseño de modas. No reportó haber tenido ideas suicidas. Sus metas al futuro eran terminar la carrera, estudiar una segunda carrera, aprender otro idioma y concluir la terapia. De manera general se encontraba satisfecha con su estilo de vida.



---

Consecuencias del consumo de alcohol: Problemas familiares, problemas de pareja, falta de comunicación lo que le había afectado mucho (7 puntos en una escala del 1 al 10). En el área de la salud había tenido caídas frecuentes, aumento de peso, malestar estomacal, dolores de cabeza y náuseas que le habían afectado regular (5 puntos), en lo afectivo o emocional había presentado tristeza, ansiedad, irritabilidad poco frecuente pero le habían afectado regular (5 puntos). También reportó una consecuencia que identifica como grave que era el haber tenido relaciones sexuales sin protección estando bajo consumo.

Evaluación subjetiva del consumo de alcohol: Consideraba que su consumo de alcohol era un problema mayor debido a las consecuencias derivadas del consumo como caídas frecuentes y una consecuencia grave identificada como haber tenido relaciones sexuales sin protección.

Razones de cambio: En ese momento para ella es muy importante dejar el consumo porque quería poder salir a divertirse sin terminar borracha, tener control en su forma de beber, estar en paz con su familia, con su mamá y pasarla bien sin necesidad de estar tomada.

### Cuestionarios e instrumentos aplicados en la admisión

1.- Cuestionario de Pre-selección: Mostró que el usuario era candidato al Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Cabe mencionar que en los reactivos correspondientes a la historia de consumo reportó contar con una contraindicación para el consumo de alcohol; específicamente funcionamiento deficiente en la insulina y estar medicada con Dimefor desde hace año y medio. Por lo que se le especificó que si estaría dispuesta a trabajar una meta de abstinencia a lo que en ese primer momento comentó que sí.

2.- Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA): Obtuvo un puntaje de 11 correspondiendo a una dependencia media; corroborando que la usuaria era candidata ideal para el programa.



---

3.- Sub-escala de PISTAS: En la prueba de pistas la usuaria entendió bien las instrucciones, respondió adecuadamente, el trazo de líneas fue correcto. En la primera parte se tardó 49 segundos y en la segunda parte 59 segundos; descartando de esa forma cualquier daño cognoscitivo.

Al finalizar la sesión se le explicaron los resultados de los instrumentos; en qué consistiría el tratamiento y que se realizaría en la siguiente sesión. Se le entregó y firmó el formato de consentimiento informado, se le entregó y explicó el autoregistro de consumo de alcohol haciendo énfasis en que no deje de anotar en el mismo las situaciones, los pensamientos y sentimientos que se asocian a su consumo de alcohol, ya que esto le servirá como un apoyo para desarrollar una mayor conciencia de su patrón de consumo, y a identificar que situaciones lo promueven; lo cual permitirá plantear estrategias de afrontamiento exitosas.

Se le dio la fecha y hora de la siguiente sesión anotándola en su carnet y se le acompañó a la salida y se siguió este mismo procedimiento en todas las sesiones. Durante la sesión se notó a la usuaria muy angustiada por su consumo de alcohol y con disposición a realizar un cambio.

## **2.2.- Evaluación**

En la sesión de evaluación, se realiza la aplicación de diferentes instrumentos que permiten la recolección de información relacionada con el consumo y que será de utilidad para la planeación del tratamiento; así como para corroborar o aclarar los datos obtenidos durante la sesión de admisión. La evaluación es un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento con el que se cuantifica el problema a modificarse y a la vez permite medir la respuesta a la intervención. A continuación se presentan los resultados obtenidos por la usuaria en los cuestionarios e instrumentos aplicados en esta sesión.



**Fecha de la sesión: 09/Marzo/2011**

Se comenzó la sesión revisando el autoregistro de consumo de alcohol, la usuaria reportó no haber consumido durante toda la semana y se le reforzó dicha conducta. Posteriormente se aplicaron el ISCA, CCS y la LIBARE.

Evaluación realizada por medio de cuestionarios e instrumentos

ISCA: Se identificaron tres principales situaciones de consumo alcohol; emociones agradables (63.33%), momentos agradables con otros (47%) y presión social (40%) (Figura 12).

**SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL**

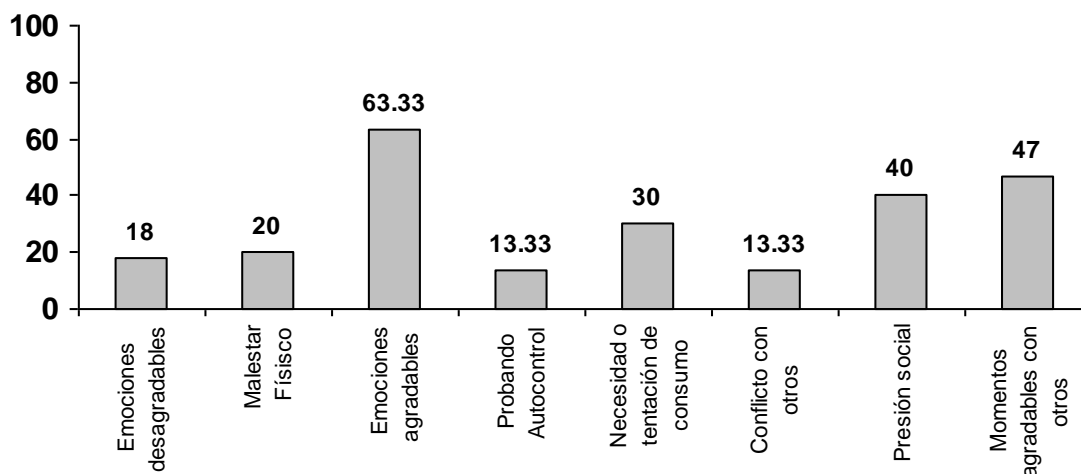


Figura 12. Situaciones de consumo de alcohol Pre-tratamiento, usuaria SRRT.

CCS: Se identificaron cuatro principales situaciones en la que la usuaria reportó sentirse con poca confianza para rechazar el consumo: presión social (40%), probando autocontrol (50%), emociones desagradables (60%) y momentos agradables con otros (60%) (Figura 13).



## CONFIANZA SITUACIONAL

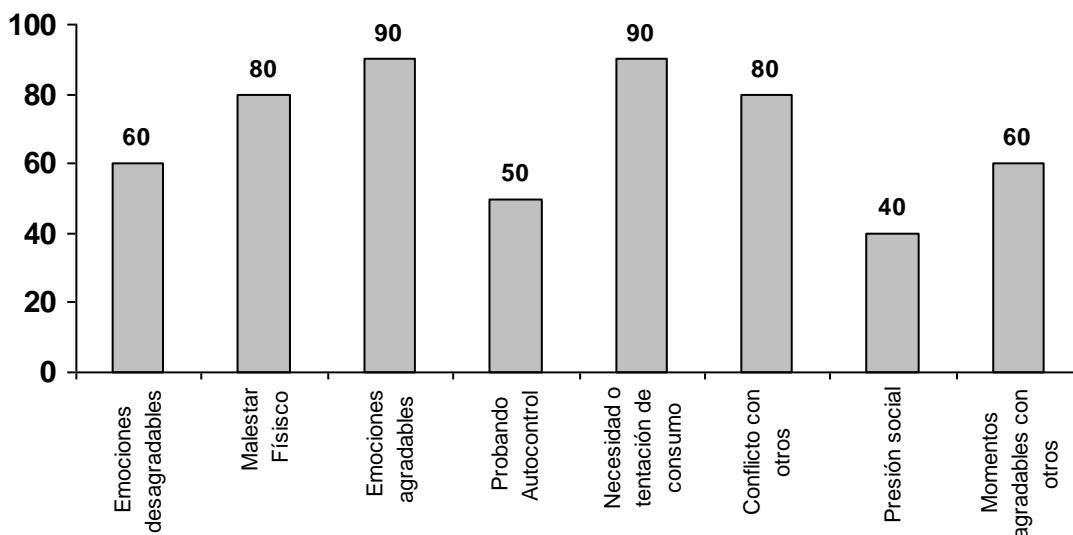


Figura 13. Confiianza Situacional, consumo de alcohol Pre-tratamiento, usuaria SRRT.

LIBARE: Con la LIBARE a 12 meses se encontró que la usuaria tuvo un consumo total de 144 t.e., 28 ocasiones de consumo, un promedio de 5.1 t.e. por consumo de ocasión, promedio de consumo semanal de 6.5 t.e, un máximo de 20 t.e por ocasión de consumo; periodo máximo de abstinencia de 49 días (05-Junio-10 al 23-Julio-10 logró dicho periodo porque estuvo castigada); previamente dos periodos de 44 y 41 días, días de mayor consumo viernes y sábados y meses de mayor consumo diciembre y febrero este último fue el mes previo a iniciar el tratamiento (ver tabla 10 y figura 14).

LIBARE											
Consumo total durante los últimos 12 meses: <b>144 t.e.</b>						Promedio consumo semanal: <b>6.5 t.e</b>					
Ocasiones de consumo: <b>28</b>						Consumo máximo por ocasión: <b>20 t.e</b>					
Promedio de consumo por ocasión: <b>5.1 t.e.</b>						Periodo máximo de abstinencia: <b>49 días</b>					
Días de la semana de mayor consumo: <b>Viernes y Sábados</b>											
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO					
0	15	0	13	0	75	41					
Los dos meses de mayor consumo: <b>Febrero y Diciembre</b>											
MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
0	26	0	4	5	2	16	14	7	31	6	33

Tabla 10. Resultados LIBARE



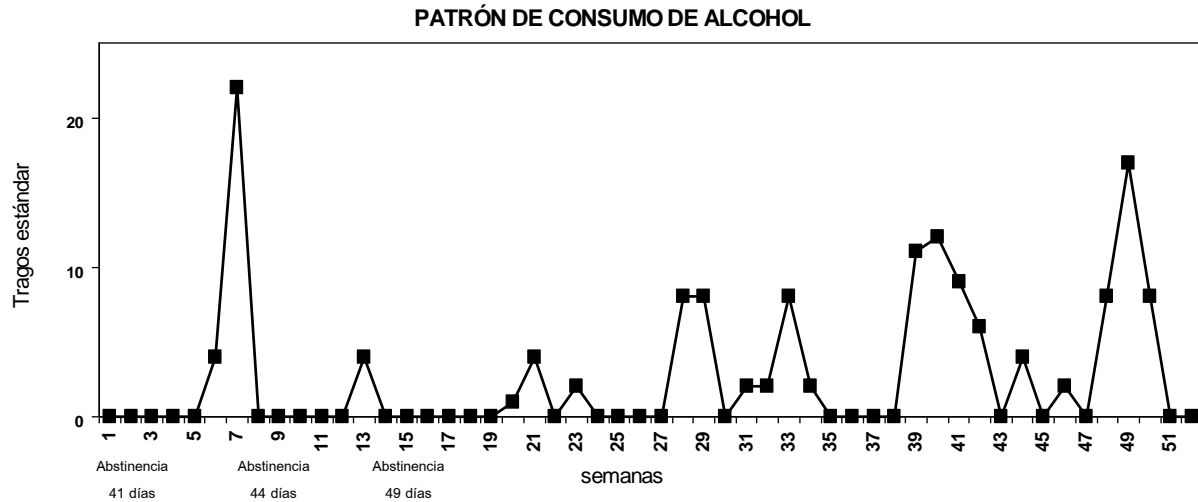


Figura 14. Patrón de consumo de alcohol Pre-tratamiento, usuaria SRRT.

Al finalizar la sesión se le explicó que en la siguiente cita se revisarían los resultados de los cuestionarios aplicados, se le entregó y explicó la lectura **Paso 1: “Decidir cambiar y establecimiento de metas”** la que tendría que resolver en casa, se le entregó el autoregistro de consumo de alcohol, se le dio la fecha y hora de la siguiente sesión anotándola en su carnet y se le acompañó a la salida. Durante la sesión se notó a la usuaria muy participativa e interesada en los resultados que se obtendrían de los cuestionarios.

### 2.3.- Diagnóstico

Con base a los resultados obtenidos durante las sesiones de admisión y evaluación se presentan los siguientes puntos que sirvieron de guía de tratamiento y para determinar que la usuaria era candidata al Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

1. Dentro del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente (1982), se considera que el usuario llegó al programa en una etapa de *determinación*, ya que la usuaria reconocía claramente las ventajas de realizar un cambio y tenía la decisión de realizarlo.



2. La usuaria presentó las características de un bebedor problema, al consumir en promedio 5.1 tragos estándar por ocasión. El mayor número de copas por ocasión reportado fue de 20 t.e.
3. En sus evaluaciones presentó niveles de dependencia media al alcohol, sin daño cognoscitivo por el consumo y con problemas por el consumo principalmente en las áreas de problemas interpersonales (con su familia), de salud y emocionales.

## 2.4.- Plan de tratamiento

La planeación del tratamiento consiste en una serie de estrategias enfocadas a solucionar los problemas relacionados con el consumo de alcohol del usuario. Para ello, se retomaron los datos obtenidos de la entrevista inicial, los indicadores del patrón de consumo, las situaciones de riesgo de beber en exceso, la confianza del usuario para el logro del cambio, las consecuencias negativas experimentadas por el consumo y con estos indicadores en su conjunto se siguió un plan de tratamiento y se identificó si la meta era la abstinencia o la moderación.

A continuación, se presentan los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores problema (ver tabla 11)

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<b>Sesión de Admisión:</b> Establecer el primer contacto con el usuario, averiguando si el usuario es candidato o no para ingresar al programa.	Entrevista motivacional: Induce a la persona a comprometerse a modificar su comportamiento y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para resolver su conducta de abuso en el consumo de alcohol.
<b>Sesión de Evaluación:</b> Realizar una valoración completa del consumo del alcohol del usuario y obtener más información su la historia de consumo por medio del llenado de instrumentos.	Entrevista motivacional, Entrevista sobre su consumo de alcohol, Aplicación de instrumentos, Reforzamiento, Registro de consumo, Identificación de autoeficacia y situaciones consumo, Pensamientos y sentimientos relacionados al consumo, Autoregistro del consumo.
<b>S1: Decisión de cambio y establecimiento de metas:</b> Apoyar al usuario a encontrar razones para reducir o suspender su consumo de alcohol. Establecer la primera meta de consumo (abstinencia o moderación) para las próximas	Balance Decisional: Análisis de las ventajas y desventajas de cambiar su consumo Análisis de las ventajas y desventajas de continuar con él. Motivación al usuario para elegir la meta de tratamiento.



semanas.	Compromete al usuario al cambio. Disonancia cognitiva a través de resultados de LIBARE
<b>S2: Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol:</b> Que el usuario reconozca las situaciones de riesgo en las cuales consume alcohol excesivamente para que pueda identificar sus principales precipitadores y formulé planes de acción para enfrentar esas situaciones.	Análisis funcional: Identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias) y consecuencias (positivas y negativas; a corto y a largo plazo) de la forma de consumo. Análisis de resultados del ISCA y del CCS.
<b>S3: Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol:</b> Que el usuario realice su propio plan de acción por medio de conductas alternativas ante un consumo excesivo.	Análisis de las situaciones pasadas más frecuentes de consumo Identificación de los disparadores Identificación de consecuencia inmediatas y demoradas tanto negativas como positivas
<b>S4: Nuevo establecimiento de metas:</b> Que el usuario identifique las situaciones de riesgo que se pueden presentar en el futuro y los planes de acción para los mismos. Además, se establecerá un segundo establecimiento de metas.	Motivación a través del resumen final del tratamiento para analizar el progreso del usuario. Evaluación de la auto-eficacia. Restablecimiento de metas
<b>Seguimientos a 1,3,6 y 12 meses:</b> Conocer lo que ha sucedido durante ese tiempos a partir de la última sesión, saber si se ha cumplido el establecimiento de la segunda meta, si ha existido alguna recaída y si surgieron situaciones de riesgo que no se hayan contemplado.	Análisis de consumo Situaciones de riesgo Planes de acción

Tabla 11 Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención empleadas.

### 3.- Intervención Breve

#### 3.1.- Sesión 1: Decisión para cambiar y establecimiento de meta

La primera sesión de la intervención tiene el objetivo de ayudar al usuario a analizar su consumo de alcohol, y encontrar las razones para moderar o suspender su consumo, resolver la ambivalencia normal que experimentan ante la posibilidad de hacer un cambio importante en su estilo de vida y establecer la primera meta de consumo para las siguientes semanas.

Esta sesión se realiza una semana después de la evaluación inicial y al iniciar la sesión el terapeuta comienza con un breve resumen de la sesión anterior; después, se realiza la revisión del autoregistro con el propósito de conocer el consumo semanal del usuario; en caso de haber



---

ocurrido, preguntando ¿qué sucedió durante la semana? y ¿qué cambios significativos hubo en su consumo?; después se indaga sobre los aspectos que llamaron su atención o los que consideró más importantes de la primera lectura. Se revisa el “**Ejercicio 1A Decisión de Cambio**”, en el cual, el usuario establece las razones para cambiar su patrón de consumo por medio del Balance Decisional, para ello tanto terapeuta y usuario analizan los beneficios y costos para cambiar su patrón de consumo, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo de la forma como lo ha hecho en el último año.

En el segundo ejercicio “**Ejercicio 1B Razones para Cambiar**”, el usuario plasma las tres razones más importantes que lo llevan a decidir un cambio en su consumo de alcohol; cuando se revisa el ejercicio, el terapeuta puede ayudar al usuario a enriquecer sus razones retomando la información obtenida en el ejercicio 1A es importante que el usuario plantee las razones de cambio en sentido positivo.

Enseguida, se le presentan al usuario los resultados de la LIBARE, con el propósito de brindarle más información para el establecimiento de su meta; se le solicita que comente cuál será su meta de consumo de alcohol, utilizando el “**Ejercicio 1C “Establecimiento de Metas”**”; el terapeuta debe asegurarse de que el usuario haya contestado todas las preguntas que se incluyen como parte de este ejercicio, y lo ayudará a definir su meta (reducir el consumo o abstinencia) tomando en cuenta el patrón de consumo del usuario, nivel de dependencia, problemas asociados al consumo y contraindicaciones médicas.

Al terminar la sesión, se le recuerda al usuario los puntos importantes que se vieron, resaltando los beneficios de cambiar, los costos de continuar su consumo actual, sus razones de cambio y su meta de consumo; asimismo, se le pide que continúe con el autoregistro de consumo; se le entrega y explica cómo resolver en casa la lectura del **Paso 2. Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso.**



---

***Fecha de la sesión: 16/Marzo/2011***

La sesión se inició revisando el autoregistro de consumo de alcohol; la usuaria comentó que el día viernes 11 de marzo asistió a una reunión con sus amigas de la facultad y consumió un trago estándar (pulque), permaneció en esa reunión alrededor de 3 horas, reportó sentirse un poco nerviosa e insegura de la cantidad que quería tomar, al analizar esta situación se identificó que la compañía de las amigas y el antojo por el pulque fueron las principales situaciones que la llevaron al consumo. Reportó otra situación ocurrida el día domingo 13 de marzo, donde fue a comer a un lugar donde regularmente acompañaba la comida con una cerveza, y pensó por un momento en consumir pero no lo hizo y en lugar de eso pidió un refresco, se le reforzó el que hubiera preferido el refresco en vez de la cerveza y que este sería un buen plan que pudiera seguir utilizando en futuras ocasiones.

Posteriormente se le explicaron los resultados de los cuestionarios que había contestado la sesión anterior; sobre los resultados del **ISCA** y **CCS** comentó que precisamente una situación que siempre la lleva al consumo y en la que le resulta difícil mantenerse sin consumo son las reuniones con sus amigos y la presión social. Sobre la **LIBARE** lo que más le llamo la atención fue la cantidad de t.e. durante el año y el consumo máximo por una ocasión de consumo. Se analizó junto con ella los días en los que llegó a consumir en exceso, afirmando que fueron los fines de semana (viernes y sábados) y de igual forma se identificó que el mes de mayor consumo fue Febrero; mes previo al inicio del tratamiento; a lo que comentó que precisamente esa fue una de las situaciones que la llevaron a buscar tratamiento.

Se continuó con la revisión del primer paso (ver pág. 79) donde la usuaria tuvo que realizar un balance decisional con el objetivo de crear una discrepancia entre lo que quiere para su futuro y la conducta de consumo actual; la usuaria lo completó de manera eficiente señalando mayor cantidad de beneficios para cambiar su conducta de consumo en comparación con los costos, de igual forma mayores costos de seguir consumiendo en comparación con los beneficios (ver tabla 12).




	CAMBIO EN EL CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS Y/O VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No tener problemas de salud.</li> <li>● Llevarme bien con mi familia.</li> <li>● No gastar tanto dinero.</li> <li>● Controlar mi comportamiento.</li> <li>● Ser realmente consiente y responsable de mis acciones.</li> <li>● Acordarme de todas las cosas que hago y digo.</li> <li>● Valorar a los verdaderos amigos (no solo a los fiesteros).</li> <li>● Poder salir a divertirme sin preocuparme de que algo me puede pasar si me emborracho.</li> <li>● No estar castigada.</li> <li>● Poder salir a bailar solo por eso.</li> <li>● Mejorar mis relaciones interpersonales.</li> <li>● Enfocarme más a la escuela.</li> <li>● No pensar que me divierto sólo si consumo alcohol.</li> <li>● No sentirme apenada al volver a la casa de un amigo (a).</li> <li>● Conocer gente nueva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguir con mis amigos de siempre.</li> </ul>
COSTOS Y/O DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En situaciones incómodas me relaja.</li> <li>● No me divertiría tanto.</li> <li>● Dejar de salir con amigos muy queridos que solo se dedican a beber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguir teniendo problemas de salud, económicos, familiares, y personales.</li> <li>● Gastar dinero.</li> <li>● Seguir siendo irresponsables de mis acciones.</li> <li>● Estar en un punto donde estar borracha ya no es divertido.</li> <li>● Sentirme triste y culpable.</li> </ul>

Tabla 12. Balance decisional del usuario “Ejercicio 1A Decisión de Cambio”

Posteriormente se revisó el segundo ejercicio en donde la usuaria indicó cuáles serían sus principales razones para cambiar. En primer lugar señaló el no tener problemas en casa, ya que le preocupa mucho llevarse bien con sus padres y hermana, porque recuerda lo mal que le hacía sentir que el que su papá tomará en exceso sin poder parar a pesar de sus intentos, además enfatizó el gran amor que siente por su familia y lo mucho que le interesa estar en paz con ellos. La segunda razón por la que quiere dejar de consumir es para mejorar su estado de ánimo, ya que



quiere sentirse mejor con ella misma, más feliz y tranquila, ya que no tendría de que preocuparse cuando salga con sus amigos y termine mal o que sienta que necesita el alcohol para divertirse o pasársela bien. La tercera razón que dio fue el no tener un problema más grave en el futuro con el que no pueda lidiar, ya que ha visto lo difícil que es dejar el alcohol cuando se es muy dependiente y ella no quisiera esos problemas para su vida adulta (ver tabla 13).

RAZONES DE CAMBIO
1.- No tendré problemas en casa.
2.- Mejoraría mi estado de salud.
3.- No tendré un mayor problema a futuro con el que ya no pueda lidiar.

Tabla13: Razones de cambio “Ejercicio 1B Razones para Cambiar”.

Para el tercer ejercicio en el que se establecería la meta de consumo se retomó la información de la LIBARE (ver figura 14).

DURANTE EL AÑO PASADO ( últimos 365 días):	Resultado %
NO BEBIÓ	92%
BEBIÓ MODERADAMENTE (de 1 a 4 t.e por ocasión)	4%
BEBIÓ EXCESIVAMENTE (de 5 a 10 t.e por ocasión)	2.46%
BEBIÓ MUY EXCESIVAMENTE (más de 10 t.e por ocasión)	.82%

Tabla 14: Porcentaje consumo durante el último año.

¿DEBE DISMINUIR SU FORMA DE CONSUMO ACTUAL O DEBE SUSPENDER SU CONSUMO DE ALCOHOL?	
¿Sufre de temblores por la mañana después de haber bebido?	NO
Después de haber bebido en exceso. Al dejar de beber ¿Siente angustia por uno o dos días?	SI
¿Tiene algún problema de salud severo? (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, hígado etc.)	SI
¿Está a punto de perder su empleo?	NO
¿Tiene problemas serios con su pareja? (amenazas de divorcio o separación)	NO
¿Está seguro de no poder beber más de una a cuatro copas estándar por ocasión?	SI

Tabla 15: Resultados de las preguntas indagación para determinar meta de consumo.



Con la información que se le retroalimentó a la usuaria se eligió la abstinencia (tabla 16), debido a su problema de salud (funcionamiento deficiente de insulina), a la angustia que siente después de beber en exceso y porque considera que no podría mantenerse en un consumo de 1 a 4 copas por ocasión (tabla 16).


¿QUÉ META ELEGIRÁ? ¿NO BEBER EN ABSOLUTO O DISMINUIR SU CONSUMO DE ALCOHOL?	
Marque en el cuadro 1 o 2 la meta que desea alcanzar. Mi meta es:	
Cuadro 1: <b>NO BEBER EN ABSOLUTO</b>	
Cuadro 2: <b>DISMINUIR MI CONSUMO</b>	

Tabla 16: Establecimiento de meta “Ejercicio 1C Establecimiento de Metas”.

En ese momento para ella su meta fue lo más importante (100%) y reportó el 50% de confianza para lograrla (tabla 17).



1.- En este momento ¿Qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?				
0% Nada	25% Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50% Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	75% Más importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	100% <b>La más importante.</b> 
2.- En este momento, ¿Qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?				
0% Creo que no lograré mi meta.	25% Tengo cierta confianza en lograr mi meta.	50% <b>Tengo confianza en lograr mi meta.</b> 	75% Tengo bastante confianza en lograr mi meta.	100% Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.

Tabla 17: Importancia y confianza en lograr mi meta.

Finalmente se le entregó y explicó la lectura *Paso 2. Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso*, solicitándole que contestará lo más que pudiera y diciéndole que en sesión terminaríamos lo que no entendiera o le hiciera falta. Se le entregó el autoregistro de consumo de alcohol, se le dio la fecha y hora de la siguiente sesión anotándola en su carnet y se le acompañó a la salida (se realizó de esta forma en todas las sesiones). Durante la sesión se





---

notó a la usuaria muy entusiasmada de las ventajas de mantenerse en abstinencia y un poco insegura de poder lograr su meta sobre todo por la convivencia con sus amigos.

### **3.2.- Sesión 2: Identificar situaciones que sitúan al usuario en riesgo de beber en exceso**

La segunda sesión tiene el objetivo de identificar la relación entre los precipitadores de consumo (estado físico, emocional, pensamientos, personas, lugares, tiempo, actividades), la conducta de consumo y las consecuencias; básicamente, tiene el objetivo de realizar el análisis funcional de la conducta de consumo, identificando las situaciones que llevan al usuario a beber en exceso.

Esta sesión se realiza una semana después de la **Sesión 1: Decisión para cambiar y establecimiento de meta**; al iniciar la sesión el terapeuta comienza con un breve resumen de la sesión anterior; después, se realiza la revisión del autoregistro con el propósito de conocer el consumo semanal del usuario en dado caso de haber ocurrido, después se indaga sobre los aspectos que llamaron su atención o los que consideró más importantes de la segunda lectura.

Se revisa la lectura 2 empezando con el concepto de recaída como parte del proceso de cambio y el logro de la abstinencia o de la moderación como una meta a largo plazo; esto se hace con base en la discusión de la “**Montaña del Éxito**” en donde se resalta el hecho de que a pesar del mejor esfuerzo de su parte por manejar las situaciones principales de consumo y cumplir con su meta, es posible que no tenga éxito en todas las ocasiones; es decir, que tenga una caída o incluso una recaída<sup>1</sup>, lo que puede llevarlo a experimentar emociones negativas pero que es importante que reconozca que éstas son reacciones naturales a la caída o recaída, y que puede enfrentarlas al pensar que fue un error y que todos comentemos errores pero lo importante es corregir, reconocer que ello no significa que ya no hay nada más que hacer y recordar las razones

---

<sup>1</sup> Las caídas se definen como la violación a la meta establecida por el usuario durante el programa. Mientras que las recaídas se distinguen por el regreso a un patrón de consumo similar al que presentaba el usuario antes de la intervención.



---

de su cambio y comprometerse con ellas. Se le aclara que no interprete esto como un permiso para tener recaídas.

Se continúa con la revisión del ***Ejercicio 2 “Situación en la que haya tomado alcohol en exceso”***, donde se le pide al usuario que describa tres situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol; identificando los precipitadores o disparadores usuales para cada una de estas situaciones y las consecuencias que tuvo de ingerir alcohol en forma excesiva. Durante la revisión se apoya al usuario para que la descripción de las situaciones de los precipitadores y consecuencias sea lo más detallada, clara y específica posible. Enfatizándole que las consecuencias positivas e inmediatas del consumo son las que mantienen la conducta.

En esta sesión se retoman los resultados del ISCA y del CCS, los cuales se comparan con las respuestas dadas por el usuario en su ejercicio. Al comparar las situaciones de consumo planteadas por el usuario en su tarea con las principales situaciones de riesgo arrojadas por el instrumento y lo comentado por el usuario, se detectan con mayor claridad las situaciones que verdaderamente lo ponen en riesgo de consumo o recaída.

Al terminar la sesión, se le recuerda al usuario los puntos importantes que se vieron, se le pide que continúe con el autoregistro de su consumo, se entrega y explica cómo resolver en su casa la lectura del ***Paso 3. Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol.***

***Fecha de la sesión: 23/Marzo/2011***

La sesión se inició revisando el autoregistro de consumo de alcohol; la usuaria comentó que el día domingo 20 de marzo fue a comer a un lugar donde usualmente acompañaba la comida con una cerveza, reportó no haber consumido y que en lugar de pedir la bebida usual pidió una limonada, se le reforzó el haber optado por tomar una limonada en vez de la cerveza, así mismo comentó que el martes 22 de marzo sintió ganas de tomar pero mejor decidió irse a su casa y no buscar la ocasión de beber; se le resaltó que las estrategias que utilizó en esos momentos le funcionaron muy bien y se le instigó a que las volviera a usar, se le felicitó por haber cumplido su meta de no consumo.



Se comenzó a revisar el paso 2, se inició comentando “La montaña de éxito”, donde se le explicó a la usuaria las dos rutas para alcanzar su meta; una que puede ser tomando el camino más corto; es decir, sin tropiezos (RUTA A), y la otra con algunos tropiezos, en donde lo importante es aprender de éstos, para llegar a la cima (RUTA B).

Posteriormente se revisaron las situaciones de riesgo identificándose las siguientes:

- a) **Situación 1:** Ir a una fiesta con sus compañeros de la preparatoria (era cumpleaños de uno de ellos), la reunión fue en casa de ese amigo y se sentía segura de tomar ahí porque su papá iría por ella. Al identificar sus disparadores no tuvo problema e identificó que esta situación está relacionada con *emociones desagradables* (aunque esta situación no puntuó alto en el ISCA) (tabla 18).

DISPARADORES QUE FAVORECIERON EL QUE TOMARÁS ALCOHOL EN EXCESO EN ESA OCASIÓN	CONSECUENCIAS
1.- Me sentía segura. 2.- Tranquila. 3.- En compañía de los amigos con los que siempre he tomado. 4.- Feliz porque hacía tiempo que no los veía. 5.- Enojada con mi mamá por no dejarme ir sola en el carro. 6.- Incomoda por la presencia de un chico. 7.- Pensamientos de que con el alcohol la noche sería más fácil de sobrellevar. 8.- Nerviosa 9.- Intranquila 10.- Tensa.	<b>Consecuencias Inmediatas Positivas:</b> ponerme en ambiente, más rápidamente, sentirme más alegre y más desinhibida, <b>Consecuencias Inmediatas Negativas:</b> Llamar la atención de los presentes, decir estupideces, reír sola, lastimarme muy fuerte debido a una caída en el baño, volver el estómago y que mis amigos tuvieran que cuidarme, pensé que eso ya no era divertido para ellos. <b>Consecuencias Demoradas Positivas:</b> Ninguna <b>Consecuencias Demoradas Negativas:</b> No recordar con exactitud lo que paso, dolor de cabeza, mareos, náuseas, culpabilidad, lastimada (debido a la caída) triste y mi familia estaba molesta y me castigaron.

Tabla 18: Situación 1, identificación de disparadores y consecuencias de consumo.

- b) **Situación 2:** Fiesta de graduación de preparatoria, la fiesta fue en un antro y los invitados eran todos los de las preparatoria. Todo comenzó desde que se quedaron de ver en la preparatoria, fueron a dar un recorrido al ángel y después se fueron hacia el lugar de la fiesta.



No tuvo problema para identificar sus disparadores; así mismo distinguió que esta situación está relacionada con *momentos agradables con otros* (situación que en el ISCA resulto como la segunda situación de consumo) (tabla 19).

DISPARADORES QUE FAVORECIERON EL QUE TOMARÁS ALCOHOL EN EXCESO	CONSECUENCIAS
1.- Sentirse muy, muy feliz. 2.- Estaban todos mis amigos. 3.-La ocasión lo ameritaba. 4.- Celebrar con los que siempre tomaba. 5.- Querer pasarla muy bien. 6.- La compañía de mis amigos me hacía sentir que tomar sería muy divertido. 7.- Ganas de estar bajo la influencia del alcohol para ser más divertida y relajada.	<b>Consecuencias Inmediatas Positivas:</b> Sentirme que me estaba divirtiendo mucho, que estaba en ambiente (todos tomaban) y me sentía feliz. <b>Consecuencias Inmediatas Negativas:</b> Empecé a llamar demasiado la atención, salí mal en la fotos, quería besarme con todos mis amigos. <b>Consecuencias Demoradas Positivas:</b> Ninguna. <b>Consecuencias Demoradas Negativas:</b> No me acuerdo bien de todo lo que paso en la fiesta, ya no me divertí tanto porque no recuerdo haber convivido con mis amigos, no me acuerdo de muchas canciones, sentía tristeza, ansiedad, malestar al día siguiente y preocupación por lo que me dijeran en casa.

Tabla 19: Situación 2, identificación de disparadores y consecuencias de consumo.

*c) Situación 3:* Final de semestre en la Universidad, fue con algunos compañeros de la facultad a celebrar en un bar donde todos estaban tomando. No tuvo problema para identificar sus disparadores; así mismo distinguió que esta situación está relacionada con *presión social* (situación que en el ISCA resulto como la tercera situación de consumo) (tabla 20).

DISPARADORES QUE FAVORECIERON EL QUE TOMARÁS ALCOHOL EN EXCESO	CONSECUENCIAS
1.- Sentirme feliz por terminar el semestre. 2.- Fue el último día por lo que sentía que era válido y justo celebrar y salir a divertirme. 3.- Todos tomaban y empezaron los juegos. 4.- Quería relajarme. 5.- Quería que los demás vieran que tanto podía tomar.	<b>Consecuencias Inmediatas Positivas:</b> Me sentía más divertida <b>Consecuencias Inmediatas Negativas:</b> No controlar mis actos, no recuerdo en totalidad la reunión, hay cosas que recuerdan mis compañeros y yo no, tener un poco de náuseas. <b>Consecuencias Demoradas Positivas:</b> Ninguna <b>Consecuencias Demoradas Negativas:</b> Me sentía mal al día siguiente, pensaba que no me acordaba de todo, estaba preocupada de lo que me dijera mi mamá y me daba pena hablar de eso por no recordar bien.

Tabla 20: Situación 3, identificación de disparadores y consecuencias de consumo.



Posteriormente se compararon estas situaciones con los resultados de obtenidos tanto en el ISCA y en el CCS para poder identificar con mayor precisión las tres situaciones de riesgo de consumo de alcohol

**ISCA:** Principales situaciones de consumo

- 1.- Emociones agradables (63.33%)
- 2.- Momentos agradables con otros (47%)**
- 3.- Presión social (40%)**

**CCS:** Situaciones donde la autoeficacia para resistirse al consumo es más baja:

- 1.- Presión social (40%)**
- 2.- Probando autocontrol (50%)
- 3.- Emociones desagradables (60%)
- 4.- Momentos agradables con otros (60%)**

Se le indicó que las dos situaciones que correspondieron en ambos cuestionarios fueron **momentos agradables con otros y presión social**<sup>2</sup>; que si consideraba que esas situaciones serían las que con mayor frecuencia la llevan a consumo a lo que argumento que sí; de las situaciones restantes la usuaria comentó que una tercer situación sería la de **emociones desagradables** y de esta forma se identificaron las tres principales situaciones de riesgo para el consumo de alcohol (tabla 21).

PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO PARA CONSUMO DE ALCOHOL		
Presión social	Momentos agradables con otros	Emociones desagradables

Tabla 21: Principales situaciones de consumo de alcohol.

<sup>2</sup> Es importante mencionar que, en ocasiones, la falta de coincidencia entre las situaciones puede deberse a que el ISCA evalúa las situaciones en que el usuario consumió en forma excesiva durante el año pasado, mientras que el CCS valora la confianza que el usuario tiene para controlar su consumo en las mismas situaciones, pero en el momento actual.



---

Posteriormente se le preguntó si en el transcurso de la semana tendría una situación en la que se sintiera insegura de continuar con su meta a lo que respondió que sí, que una de sus amigas de la preparatoria la había invitado a sus cumpleaños y que no sabía qué hacer, ya que por un lado quería asistir a la reunión pero por el otro no quería romper su meta, por lo que se analizó la situación y se llegó a la conclusión de que iría a la reunión siempre y cuando fuera en casa de esa amiga y sí podía ir acompañada de alguien más para poder platicar o distraerse cuando sintiera deseos por consumir. Se le entregó y explicó la lectura ***Paso 3. Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol***, solicitándole que contestará lo más que pudiera y diciéndole que en sesión terminaríamos lo que no entendiera o le hiciera falta. Durante la sesión se notó a la usuaria muy participativa e interesada en clarificar las situaciones que la llevan al consumo y en la elaboración de los planes de acción.

### **3.3.- Sesión 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol**

En la tercera sesión del tratamiento, se busca que el usuario desarrolle estrategias para enfrentar las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo. La sesión se inicia con la revisión de los puntos más importantes abordados durante la sesión anterior, recordando al usuario sus tres principales situaciones de consumo, disparadores y las principales consecuencias de éstas. Posteriormente, se hace el análisis del autoregistro y enseguida se comentan los aspectos que llamaron la atención del usuario al revisar su lectura, en donde el terapeuta debe enfatizar la importancia de tener opciones que le permitan desarrollar estrategias detalladas para controlar su consumo ante situaciones específicas, dando lugar con esto al análisis de los ejercicios de la lectura.

En los ***Ejercicios 3A Opciones y Probables Consecuencias y 3B Planes de Acción***, se busca que el usuario desarrolle opciones al consumo excesivo de alcohol, para cada una de las tres situaciones de alto riesgo que describió en la sesión del paso 2. Para cada opción se consideran las consecuencias a corto y largo plazo con la finalidad de evaluar que opción será la más idónea. Se le pide al usuario que seleccione sus dos mejores opciones y que desarrolle planes de acción basándose en estas opciones, dichos planes deben constituirse en pasos realistas. Si un



plan no funciona se debe animar al usuario a que analice por qué se da esta situación y a que considere otras alternativas. Para concluir se hace un resumen de la sesión con los puntos más importantes de ésta, señalando las dos mejores opciones que eligió para cada una de sus situaciones de consumo y los planes de acción que desarrolló para enfrentar sus situaciones de riesgo y controlar su consumo. Se le reitera su meta de consumo, se le entrega el **Paso 4: “Nuevo Establecimiento de Metas”** y se le solicita que continúe con su autoregistro.

### **Desarrollo de la sesión: 30/Marzo/2011**

La sesión se inició revisando el autoregistro de consumo de alcohol; la usuaria comentó que el día domingo 27 de marzo fue a una reunión en casa de una amiga y que no tomó, en esta situación logró cumplir su meta debido a que aplicó el plan de acción que se planeó en la sesión anterior que consistió en asistir a la reunión en compañía de una amiga esto para sentirse más segura, distraerse y poder retirarse a la hora planeada y llegar a su casa. Se le felicitó por haberse apegado a su plan y cumplir con su meta de no consumo.

A continuación se presentan los datos de los **“Ejercicio 3A: Opciones y Probables Consecuencias”** y **“3B: Planes de Acción”** generados por la usuaria ante sus tres principales situaciones de riesgo de consumo de alcohol (tablas 22, 23, 24):

<b>SITUACIÓN DE CONSUMO EXCESIVO #1</b>	<b>“En una reunión donde me siento incomoda o alguien me desagrada” (Situación de emociones desagradables)</b>
<b>OPCIÓN #1</b>	Ir a la reunión y si algo o alguien me incómoda decir que me siento mal e irme.
<b>Probables consecuencias de la opción #1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mis amigos se extrañarían.</li><li>• No estaría afrontando realmente la situación.</li><li>• Evitaría beber.</li><li>• Evitaría las consecuencias del beber</li><li>• Evitaría pasar un mal rato.</li><li>• Evitaría sentirme triste.</li></ul>



<b>OPCIÓN #2</b>	Ir y aprender a relajarme, respirar, pensar en cosas agradables y que solo porque algo me incomode no debo pensar que el alcohol lo hará más fácil y no tomar.	
<b>Probables consecuencias de la opción #2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me divertiría.</li> <li>• Aprendería que el alcohol no soluciona algo desagradable sino que lo complica.</li> <li>• No me emborracharía.</li> <li>• Recordaría todo.</li> <li>• Vería a mis amigos.</li> <li>• Pasaría un buen momento.</li> </ul>	
<b>OPCIÓN #3</b>	Ya no asistir a reuniones con amigos de la preparatoria.	
<b>Probables consecuencias de la opción #3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mis amigos me preguntarían constantemente ¿por qué no voy?</li> <li>• Se alejarían de mí.</li> <li>• Después ya no me invitarían.</li> <li>• Los extrañaría.</li> <li>• Podría encontrar otras distracciones o nuevas actividades.</li> <li>• No bebería.</li> </ul>	
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 1?</b>	Opción # 2	
<b><u>PLAN DE ACCIÓN: MI MEJOR OPCIÓN ES LA #2</u></b>		
<p>Ir a la reunión y llegar un poco tarde, llevar poco dinero, si hay algo que me incomoda o desagrada tranquilizarme y tratar de ignorarlo haciendo otras cosas como bailar, comer algo, platicar con algún amigo, organizar algún juego, si me pongo muy nerviosa llamarle a alguien que me pueda ayudar a tranquilizarme como a mi mamá o hermana; llevar a un amigo que no tome o sepa mi intención de no tomar y me distraiga; llevar algún tipo de bebida que me guste y tomar solo eso y planear la hora específica de irme o de que pasen por mí.</p>		
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 2?</b>	Opción # 1	
<b><u>PLAN DE ACCIÓN: MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN ES LA #1</u></b>		
<p>Ir a la reunión, tratar de hacer todo lo que mencione en el plan anterior, pero si en cualquier momento me dieran muchas ganas de tomar y sintiera que no voy a poder evitarlo o controlarlo, mejor abandonar la reunión. Puede ser que diga: "Mi mamá me llamó y algo pasó en casa y debo ir rápido", "Que mi mamá se peleó con mi papá y está enojada y me quiere de regreso en casa" o que "Que tengo un malestar y prefiero irme". Una vez que salga de ahí ir directo a casa o pedir a alguien que pase por mí a un café o a un Sanborns o algún lugar así.</p>		

Tabla 22: Situación 1 planes de acción.





SITUACIÓN DE CONSUMO EXCESIVO #2	"Fiesta de graduación en un antro los invitados eran todos los de las preparatoria" (Situación de momentos agradables con otros)	
<b>OPCIÓN #1</b>	No salir a celebrar en antros.	
<b>Probables consecuencias de la opción #1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me sentiría triste.</li> <li>• Aburrida.</li> <li>• No vería a mis amigos para compartir esos momentos.</li> <li>• No podría asistir a ningún tipo de estas reuniones como cumpleaños o graduaciones.</li> <li>• No tomaría.</li> </ul>	
<b>OPCIÓN #2</b>	Ir a celebrar al antro y no beber.	
<b>Probables consecuencias de la opción #2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veré a mis amigos.</li> <li>• Podré seguir asistiendo a estos lugares.</li> <li>• No bebería.</li> <li>• Me acordaría de todos.</li> <li>• Disfrutaría más la celebración.</li> <li>• Convivir más con amigos.</li> </ul>	
<b>OPCIÓN #3</b>	Ir a celebrar a otro lado, como restaurante, un café, al cine, etc.	
<b>Probables consecuencias de la opción #3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tendría la tentación de tomar.</li> <li>• Igual vería a mis amigos y celebraría con ellos.</li> <li>• Platicaría</li> <li>• Podría ser una nueva actividad para hacer juntos.</li> </ul>	
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 1?</b>		Opción #2
<b>PLAN DE ACCIÓN: MI MEJOR OPCIÓN ES LA #2</b>		
<p>Ir al lugar, llegar un poco tarde, llevar poco dinero, decirles a los demás que no tomaré para que no me incluyan en el costo de las bebidas, bailar, platicar con alguno de mis amigos, conocer a alguien nuevo, cantar canciones, hacer bromas, comprar algo de comer, como una botana, tomar fotografías, ir a recorrer el lugar, comprar otro tipo de bebida (refresco, limonada, o algún coctel sin alcohol), quedar a una hora específica de irnos o que pasen por mí.</p>		
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 2?</b>		Opción # 3
<b>PLAN DE ACCIÓN : MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN ES LA #3</b>		
<p>Cuando haya algo que celebrar, proponer un lugar bonito y diferente como un café, un restaurante, cine, heladería etc, para vernos y platicar ahí sin necesidad de tomar alcohol y pasarla bien. En dado caso de que no quieran asistir a lugar que proponga pues asistir a la reunión y llevar a cabo en plan de acción anterior.</p>		

Tabla 23: Situación 2 planes de acción.



<b>SITUACIÓN DE CONSUMO EXCESIVO #3</b>	<b>“Final de semestre en la Universidad, fue con algunos compañeros de la facultad a celebrar en un bar en donde todos estaban tomando.” (Situación de presión social)</b>	
<b>OPCIÓN #1</b>	No ir a reuniones en bares	
<b>Probables consecuencias de la opción #1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis amigos me insistirían para que fuera.</li> <li>Me sentiría mal o triste.</li> <li>Se alejarían de mí.</li> <li>Me perdería de la reunión.</li> <li>No bebería.</li> </ul>	
<b>OPCIÓN #2</b>	Ir a la reunión y no tomar alcohol	
<b>Probables consecuencias de la opción #2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estaría en la reunión.</li> <li>Vería a mis amigos.</li> <li>Me divertiría.</li> <li>No bebería.</li> <li>Mis amigos se harían a la idea de que ya no tomo.</li> </ul>	
<b>OPCIÓN #3</b>	Ir solo un momento al principio, no tomar e irme pronto	
<b>Probables consecuencias de la opción #3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vería a mis amigos.</li> <li>Platicaría con ellos.</li> <li>No bebería.</li> <li>Lo malo es que no estaría en toda la reunión.</li> <li>Se extrañarían que me fuera.</li> </ul>	
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 1?</b>	Opción # 2	
<b>PLAN DE ACCIÓN : MI MEJOR OPCIÓN ES LA #2</b>		
Ir a la reunión, llevar poco dinero, en el lugar pedir una botana o algo de comer, pedir una bebida alternativa que me guste como una limonada, organizar juegos, platicar con alguien, decir que no me permiten tomar en casa o que me castigaron y si alguien se pone muy insistente en que tome un trago explicarle seriamente y en privado que tendré fuerte problemas personales y familiares si consumo alcohol, que NO tomaré y que no insista; retirarme a una hora determinada.		
<b>¿Cuál opción seleccionarías como la número 2?</b>	Opción # 3	
<b>PLAN DE ACCIÓN : MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN ES LA #3</b>		
Ir a reunión pero desde ese momento decirles que tendré que irme temprano por algún compromiso familiar o cita médica; o bien llegar tarde. Estar con ellos, pedir otro tipo de bebida, alguna comida o botana, decir firmemente que no puedo tomar, que sólo vine a verlos y a platicar con ellos, pasarla bien, aprovechar el tiempo al máximo, pedir que pasen por mí o irme a una hora específica y sin excusa.		

Tabla 24: Situación 3 planes de acción.



---

Posteriormente se le preguntó si en el transcurso de la semana tendría una situación en la que se sintiera insegura de continuar con su meta a lo que respondió que NO. Se le entregó y explicó la lectura **Paso 4: “Nuevo Establecimiento de Metas”**. Se observó a la usuaria comprometida en sus planes de acción ya que se presentó a la sesión con los planes terminados y durante la sesión se le observó interesada en perfeccionarlos.

### **3.4.- Sesión 4: Nuevo establecimiento de metas**

Para el paso final del tratamiento el terapeuta debe analizar el progreso del usuario con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales. Si no se consideran necesarias sesiones adicionales se avanza a la sesión del paso 4 en la cual el usuario define por segunda ocasión su meta de consumo. Durante esta sesión se realiza la revisión de los puntos importantes de la sesión anterior **Paso 3: Enfrentar los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol**. Se revisa el autoregistro de consumo de alcohol con el propósito de analizar tanto el consumo semanal y el consumo a lo largo de todo el programa; de esta forma el primer punto de análisis durante la sesión consiste en determinar qué tanto ha cambiado su forma de beber; para ello, durante la sesión se elabora una gráfica del registro de la frecuencia y cantidad del consumo durante los días del tratamiento. También se analiza con el usuario ¿qué tan capaz se siente en ese momento para tener control sobre su forma de beber alcohol?, ¿sí aprendió a identificar las circunstancias que lo llevan a beber en exceso?, ¿sí identificó los eventos que influyen para que beba en exceso y las consecuencias de su consumo (inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas)?, ¿sí sus planes de acción son efectivos?, y ¿qué tan capaz se siente para ponerlos en práctica?, también es importante durante la sesión preguntar al usuario qué más cree que necesita para mantener su cambio o para lograr su meta.

Posteriormente se revisa el **Ejercicio 4A “Nuevo Establecimiento de Metas”**, donde el usuario define la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. Se comparan tanto las respuestas del usuario al comienzo del programa, respecto a la importancia que tienen para él en este momento lograr la meta establecida y qué tan confiado se siente para el logro de ésta. El CCS es contestado por el



usuario durante la sesión, y sus respuestas se comparan con la primera aplicación. Es importante que el usuario observe en qué porcentaje ha incrementado su autoeficacia para cada situación, en especial en aquéllas que lo ponían en riesgo de consumir en exceso. Hay que recordar al usuario que para que su cambio se mantenga y su esfuerzo tenga resultados requiere continuar aplicando las estrategias aprendidas. En este momento, se le enfatiza que si ocurre una recaída, debe enfrentarlo como un evento aislado, nunca como un fracaso, sino como una experiencia de aprendizaje. Pensar que es un tropiezo que tiene remedio y recordar que lo puede emplear para refinar o cambiar sus estrategias, y así prevenir futuras recaídas. Al terminar la sesión, se recuerda al usuario las sesiones de seguimiento y se le da cita para su primer seguimiento, un mes después de haber concluido su tratamiento. Se le recuerda al usuario que también se citará a su colateral como parte de las sesiones de seguimiento.

### **Desarrollo de la sesión: 06/Abril/2011**

La sesión se inició revisando el autoregistro de consumo de alcohol; la usuaria reportó NO haber enfrentado alguna situación de riesgo para el consumo de alcohol y durante la semana se mantuvo en su meta de abstinencia por lo que se le felicitó. Se revisó qué tanto ha cambiado su forma de beber durante los días del tratamiento y para ello se utilizó la siguiente figura 15.

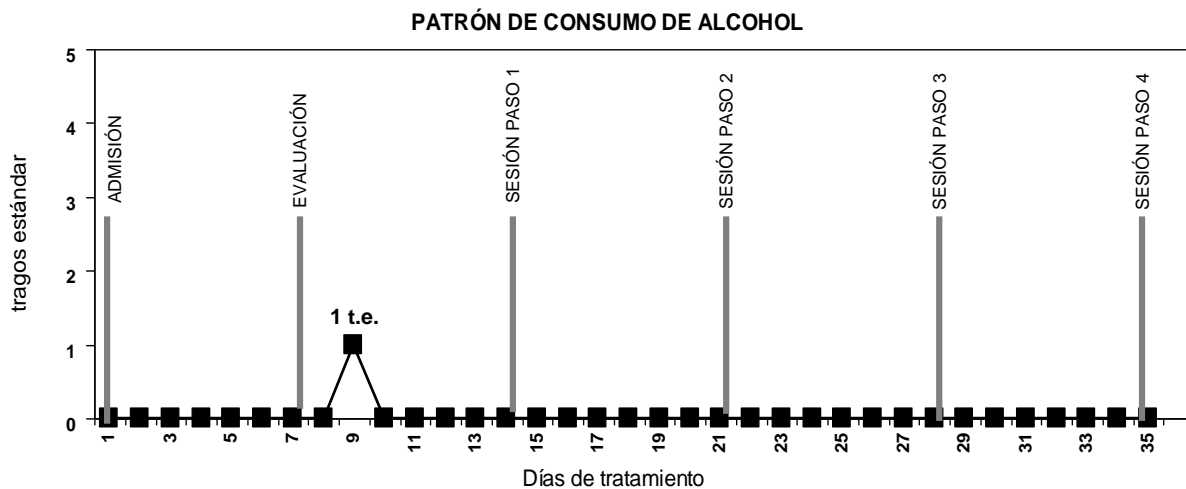


Figura 15. Patrón de consumo usuaria SRRT durante el tratamiento.



La usuaria presentó consumo de 1 t.e, dicho consumo ocurrió después de la sesión de evaluación; para las sesiones siguientes desde la sesión del *Paso 1: “Decisión para cambiar y establecimiento de meta”* hasta la sesión del *Paso 4: Nuevo establecimiento de meta* se mantuvo en abstinencia esto de acuerdo a la meta que ella se propuso en la sesión del paso 1; en otras palabras, desde que la usuaria estableció su meta de abstinencia se mantuvo en ella a lo largo de la 4 sesiones.

Los beneficios que identificó como parte de su cambio en el consumo, se relacionaron con situaciones familiares específicamente con menores discusiones con su mamá derivado de que estaba enterada del tratamiento de la usuaria y además del logro en controlar su forma de beber; también observó beneficios en la cuestión emocional ya que reporto sentirse más tranquila consigo misma por ser capaz de salir a divertirse sin consumir alcohol y evitarse situaciones que pudieran ponerla en peligro. Señaló que le fue de utilidad aprender a identificar las situaciones que la llevan a beber en exceso, diseñar planes efectivos para mantenerse en abstinencia y sobre todo llevarlos a la práctica.

Posteriormente se revisó el *Ejercicio 4A “Nuevo Establecimiento de Metas”*, la usuaria decidió continuar con su meta de abstinencia (tabla 25).

¿QUÉ META ELEGIRÁ? ¿NO BEBER EN ABSOLUTO O DISMINUIR SU CONSUMO DE ALCOHOL?
Marque en el cuadro 1 o 2 la meta que desea alcanzar. Mi meta es:
Cuadro 1: <b>NO BEBER EN ABSOLUTO</b> ✓
Cuadro 2: <b>DISMINUIR MI CONSUMO</b>

Tabla 25: Nuevo establecimiento de meta.

También se evaluó qué tan importante era lograr dicha la meta y qué tan confiada se sentía para poder lograrla. La usuaria respondió que el logro de esta meta era la más importante de todas las cosas que le gustaría cambiar (100%) y en cuanto a la confianza para lograrla señaló tener bastante confianza en lograr su meta (75%) (tabla 26).





1.- En este momento ¿Qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?				
0% Nada	25% Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50% Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	75% Más importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	100% <b>La más importante.</b> 
2.- En este momento, ¿Qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?				
0% Creo que no lograré mi meta.	25% Tengo cierta confianza en lograr mi meta.	50% Tengo confianza en lograr mi meta.	75% <b>Tengo bastante confianza en lograr mi meta.</b> 	100% Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.

Tabla 26: Importancia y confianza en lograr mi meta.

Al comparar estos datos con los de la sesión 1 se observa que la importancia por conseguir la meta seguía siendo la más importante (100%) y en cuanto a la confianza para lograr la meta se observa que incremento 15% (de 50% a 75%) pasando de tener confianza a tener bastante confianza en lograr la meta.

Posteriormente se le pidió que contestará nuevamente el CCS; se comparó con el primero (dicho dato se analiza en el siguiente apartado de resultados figura 17), se le entregó el autoregistro de consumo de alcohol para que continuará llevándolo, se le dio la fecha y hora del 1er seguimiento anotándola en su carnet y se le acompañó a la salida.

Durante la sesión se notó a la usuaria angustiada por lo que pudiera pasar durante el seguimiento, argumentaba “**ya he avanzado demasiado como para echarlo a perder**”; se le cuestionó que sí tendría alguna situación de riesgo próxima que la hiciera pensar de esa forma comentó que ninguna, pero que le daba inseguridad porque aunque ya tenía planes de acción podría presentarse cualquier otra situación que no tuviera planeada, se le enfatizó la facilidad que



---

ha mostrado para generar planes de acción en el momento de la situación y que además como ya tenía identificadas las situaciones de riesgo podría anticiparse a ellas pero que recordara que este seguimiento precisamente es para ir evaluando los planes, si continúan las mismas situaciones de riesgo o se presentan otras y que en dado caso de haber consumo lo importante sería analizar qué sucedió y que tuviera presente que ya logro mantenerse en su meta durante varias semanas.

### **3.5 Resultados**

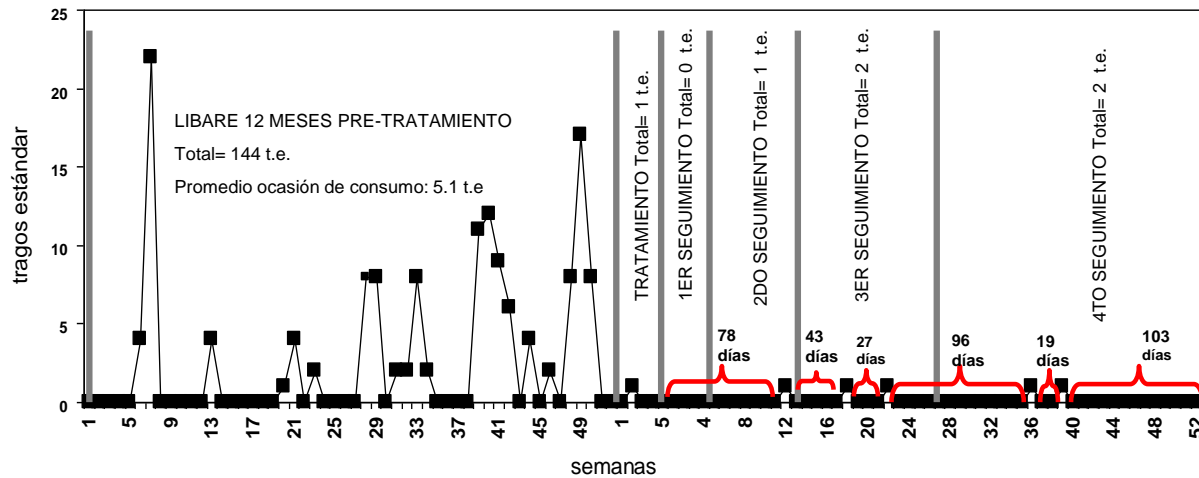
Durante el año previo al tratamiento la usuaria tuvo un consumo total de 144 t.e., 28 ocasiones de consumo y un promedio de 5.1 t,e por ocasión de consumo, durante el tratamiento tuvo una ocasión de consumo de 1 t.e. que ocurrió antes del establecimiento de la meta de abstinencia, en el 1er seguimiento logró mantener su meta de abstinencia, en el 2do seguimiento tuvo un consumo de 1 t.e., en el 3er seguimiento tuvo 2 consumos de 1 t.e cada uno y en el 4to seguimiento tuvo 2 consumos de 1 t.e. cada uno; es decir, en total durante el año posterior al tratamiento hubo 5 ocasiones de consumo y un promedio por ocasión de consumo 1 t.e.

Durante el año de seguimiento la usuaria reporto 20 situaciones de riesgo para el consumo; y como ya se mencionó 5 ocasiones de consumo, las situaciones precipitadoras fueron: presión social, momentos agradables con otros, emociones agradables y probando control sobre el consumo de alcohol.

La usuaria logró varios periodos de abstinencia (78, 43, 27, 96, 19, 103 días) tres de ellos mucho mayores que su periodo más grande de abstinencia (49 días) observado en la LIBRE y alcanzando un periodo máximo de hasta 103 días de abstinencia durante su último seguimiento (figura 16).



### PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL



USUARIA: SRRT

Pre-Tratamiento.

-LIBARE a 12 meses previos al tratamiento: 144 t.e. total

-Ocasiones de consumo: 28

-Promedio por ocasión de consumo 5.1 t.e.

-Periodo máximo de abstinencia: 49 días

Post-Tratamiento.

-LIBARE a 12 meses posteriores al tratamiento: 5 t.e. total

-Ocasiones de consumo: 5

-Promedio por ocasión de consumo 1 t.e.

-Periodo máximo de abstinencia: 103 días

Figura16. Patrón de consumo usuaria SRRT pre y post tratamiento.

A continuación se presenta una tabla donde se comparan los datos del registro de consumo de la usuaria en el año previo y posterior al tratamiento. Se observa que paso de un consumo total de 144 t.e. durante todo el año a 5 t.e., de 28 ocasiones de consumo a 5 además de poder resistir el consumo en 20 situaciones de riesgo, de 5.1 t.e promedio por ocasión de consumo a 1 t.e., de 6.5 t.e promedio de consumo semanal a 1 t.e., de 20 t.e consumo máximo por ocasión a 1 t.e., de 49 días periodo máximo de abstinencia a 103 días. Así mismo se observa que el viernes sigue siendo el día de mayor consumo, pero el consumo en ese día paso de 75 t.e en el año a 2 t.e. Con respecto al mes de mayor consumo se observa que Diciembre sigue siendo un mes con mayor consumo pero pasó de 31 t.e a 2 t.e. (tabla 25).





	<b>PATRÓN DE CONSUMO PRE-TRATAMIENTO (12 meses)</b>	<b>PATRÓN DE CONSUMO POST-TRATAMIENTO (12 meses)</b>
<b>Consumo total</b>	<b>144 t.e.</b>	<b>5 t.e.</b>
<b>Ocasiones de consumo</b>	<b>28</b>	<b>5 ocasiones de consumo (25 situaciones de riesgo para el consumo)</b>
<b>Promedio de consumo por ocasión</b>	<b>5.1 t.e.</b>	<b>1 t.e.</b>
<b>Promedio consumo semanal</b>	<b>6.5 t.e.</b>	<b>1 t.e.</b>
<b>Consumo máximo por ocasión</b>	<b>20 t.e.</b>	<b>1 t.e.</b>
<b>Periodo máximo de abstinencia</b>	<b>49 días</b>	<b>103 días</b>
<b>Días de la semana de mayor consumo</b>	<b>Viernes (75 t.e.) y Sábado (41 t.e.)</b>	<b>Viernes (2 t.e.)</b> Sábado (1 t.e.), Domingo (1 t.e.), Jueves (1.t.e.)
<b>Los dos meses de mayor consumo</b>	<b>Febrero (33 t.e.) y Diciembre (31 t.e.)</b>	<b>Diciembre (2.t.e.)</b> Junio (1.t.e.), Agosto (1 t.e.) y Septiembre (1 t.e.)

Tabla 25. Patrón de consumo pre y post tratamiento.

En cuanto a CCS se observa que hubo un aumento de la autoeficacia en 5 de las 8 situaciones:

- Presión social (pre-tratamiento 40%, post-tratamiento 80%, 4to seguimiento 90%).
- Momentos agradables con otros (pre-tratamiento 60%, post-tratamiento 80%, 4to seguimiento 85%).
- Emociones desagradables (pre-tratamiento 60%, post-tratamiento 90%, 4to seguimiento 90%).
- Malestar físico (pre-tratamiento 80%, post-tratamiento 100%, 4to seguimiento 100%).
- Conflicto con otros (pre-tratamiento 80%, post-tratamiento 100%, 4to seguimiento 100%).

Se observó disminución en la situación de emociones agradables (pre-tratamiento 90%, post-tratamiento 80%, 4to seguimiento 90%) y en probando autocontrol (pre-tratamiento 50%, post-tratamiento 100%, 4to seguimiento 85%) situaciones que puntuaron con riesgo en ISCA (emociones agradables) y en CCS (probando autocontrol) durante la evaluación inicial (figura 17).



### CONFIANZA SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL

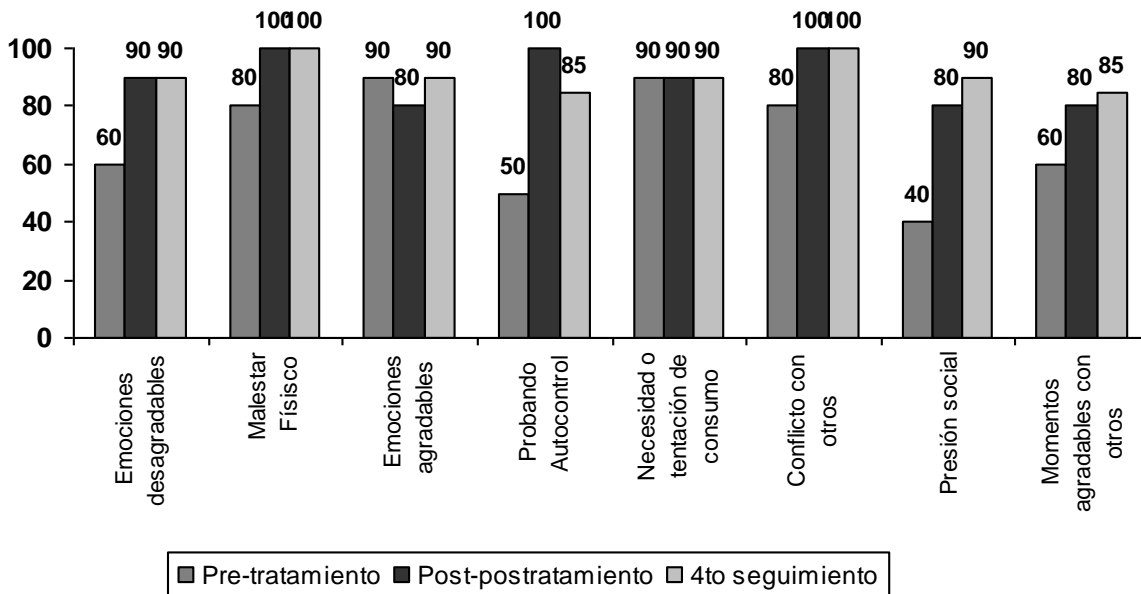


Figura 17. Confianza Situacional Pre-Post tratamiento y 4to seguimiento.

Así mismo hubo un cambio en la valoración de la usuaria con respecto a su problema de consumo de alcohol, paso de ser “UN PROBLEMA MAYOR” (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria) a “ES UN PEQUEÑO PROBLEMA” (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa), a que al año de haber terminado el tratamiento la usuaria reportó que los problemas asociados al consumo en cuanto al área interpersonal (problemas familiares, de pareja, falta de comunicación), de la salud (malestar estomacal, caídas y relaciones sexuales sin protección), afectivo-emocional (tristeza, ansiedad, irritabilidad), económicos (falta de dinero), cognitivos (problemas de memoria) y de agresión (violencia verbal), habían cesado completamente, sin embargo seguía preocupándole y teniéndola atenta el que pudiera ir aumentando de una en una las copas de consumo y que esto la llevará a regresar al patrón de consumo previo al tratamiento.

Con respecto al puntaje en la Subescala de Pistas se observó que paso de 49 segundos en la parte “A” y 59 segundos en la parte “B” durante la evaluación inicial a 39 segundos parte “A”



---

y 54 segundo en la parte “B” obtenidos en el 4to seguimiento, con lo que se puede presumir que al año de finalizado el tratamiento la usuaria experimento una mejora en sus capacidades cognitivas.

En cuanto al puntaje del BEDA se observó que la usuaria pasó de obtener 11 puntos equivalentes a dependencia media durante la evaluación inicial a obtener 1 punto correspondiente a dependencia baja al año de terminado el tratamiento, dicho puntaje corresponde a indicar “algunas veces” en el reactivo ¿sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?.

En resumen al año de terminada la intervención se observó que la usuaria mantuvo durante ese año un patrón de consumo caracterizado por largos periodos de abstinencia presentándose consumos esporádicos de 1 t.e por ocasión de consumo, lo que señala un gran cambio en relación a los datos de la LIBARE, se logró un aumento en la confianza situacional en las tres situaciones de alto riesgo de consumo, cesaron los problemas derivados del consumo de alcohol, aumento su capacidad cognitiva y disminuyó el nivel de dependencia.

#### **4.- Seguimientos**

Los seguimientos tienen como finalidad medir la eficacia de las intervenciones a fin de descubrir y evaluar nuevas propuestas. Con respecto a los usuarios también ofrecen ventajas ya que dichas sesiones son percibidas como una preocupación constante y de cuidado que le ofrece el tratamiento. Sirven para reforzar el proceso de la intervención, así como para identificar las posibles recaídas y prevenirlas, para apoyar la conducta de los que recaen, obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados (Miller,1989; en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).



---

### ***Desarrollo de la sesión del 1er seguimiento al 1 mes 04/mayo/2011***

En la sesión la usuaria reportó haber revisado los materiales de las sesiones y haber continuado con el autoregistro, consiguió mantener su meta de abstinencia durante todo el mes y reportó 4 ocasiones en la que pudo abstenerse del consumo.

1. El miércoles 19 de abril de 2011 cuando salió a tomar un café con sus amigas cuando en otra situación hubiera preferido ir por unos tragos.
2. Otra ese mismo miércoles 19 de abril de 2011 pero más tarde cuando fue a comer con sus papás a un lugar donde siempre pedía cerveza y pudo pedir otra bebida.
3. El jueves 26 de abril de 2011 cuando fue a la casa de una compañera de la facultad y logró no tomar, comenta que se le facilitó porque llevaba carro.
4. El viernes 27 de abril de 2011 cuando vio a sus compañeros de la preparatoria y después fueron a un bar y no tomó, prefirió platicar con ellos, ver el partido, comer algo y pedir una bebida alterna.

Se le felicitó por utilizar sus planes de acción para mantenerse en su meta. Al cuestionarle que situación de riesgo podría presentársele de aquí hasta el siguiente seguimiento refirió la fiesta de fin de semestre pero reporto *“todo va a estar bien, ya he pensado que puedo hacer”*, se le cuestionó sobre su plan para esa situación y consista en llevarse su cámara y pasársela tomándose fotos con todos sus amigos y compañeros además de llevar una botana aparte para entretenerse si le daban ganas de consumir.

### ***Desarrollo de la sesión del 2do seguimiento a los 3 meses 30/junio/2011***

En el segundo seguimiento la usuaria no consiguió mantenerse en abstinencia durante los dos meses posteriores al primer seguimiento. Tuvo una ocasión de consumo de 1 t.e y consiguió mantenerse sin consumo en otras 5 ocasiones, a continuación se detalla la información:



5. Viernes 13 de mayo de 2011: Cuando fue al cine con sus compañeros de la facultad y después se fueron a un bar y pudo no consumir, lo consiguió porque se llevó carro y no podía tomar, iban dos de sus amigos que sabían bien de su meta, se puso a tomar fotos y pidió una bebida alterna en este caso refresco.
6. Viernes 20 de mayo de 2011: Cuando asistió a encontrarse con un amigo de la secundaria en un restaurante en el centro y en el lugar le ofrecieron una bebida alcohólica y dijo firmemente “no gracias” y eso la hizo sentirse muy bien.
7. Jueves 9 de junio de 2011: Fue el fin de semestre y sus compañeros de la facultad fueron a su casa a tomar, pudo no tomar, se distrajo tomando fotos y tomó refresco.
8. Viernes 10 de junio de 2011: Fue a una fiesta de un amigo de la preparatoria, logró rechazar la bebida al contestar firmemente “no gracias”, se sintió feliz por eso, prefirió tomar refresco, tomar fotos y platicar con amigos que hacía tiempo no veía y reporto pasarla bien.
9. Sábado 18 de junio de 2011: Fue a la fiesta de un amigo de la preparatoria que estuvo bastante aburrida, pero como iba con un amigo se dedicó a platicar con él, tomo refresco, comió botana y pudo no tomar.
10. Viernes 24 de junio de 2011: Estaba en el aeropuerto, esperando a su hermana que llegaba de un viaje, estaba con su mamá, fueron a comer a un lugar que está dentro del aeropuerto al que no había ido pero que le pareció muy bonito se sentía contenta, relajada y tranquila y cuando les ofrecieron las bebidas a elegir se le antojo una cerveza, le pregunto a su mamá si podía pedir una y su mamá le dijo que sí. Reporta que fue algo extraño, porque pensó que se sentiría bien pero que después de salir del lugar se sintió muy mal consigo misma porque había roto su meta. Se le indicó que esta situación fue algo inesperado y que precisamente esta sesión de seguimiento sería para ver que se le estaba dificultando, se identificó que la situación correspondía a emociones agradables y que se tendría que elaborar un plan para que en otra situación similar no terminará consumiendo, indico que seguiría aplicando la estrategia de contestar firmemente “no gracias” y pedir una bebida alterna (SITUACIÓN DE CONSUMO EMOCIONES AGRADABLES).



Finalmente se le hizo notar que ya había logrado mantenerse por un buen tiempo en abstinencia y que había podido mantener su meta durante varias situaciones de riesgo y que seguir elaborando y aplicando los planes de acción le ayudaría a seguir manteniendo su meta. Se le entregó el material para continuar con su autoregistro, se le anotó en el carnet la fecha del próximo seguimiento y se le acompañó a la puerta.

### ***Desarrollo de la sesión del 3er seguimiento a los 6 meses 06/octubre/2011***

En el tercer seguimiento la usuaria no consiguió mantenerse en abstinencia durante los tres meses posteriores al segundo seguimiento. Tuvo dos ocasiones de consumo de 1 t.e cada uno sin embargo sí logró evitar el consumo en otras 7 ocasiones. A continuación se detalla la información:

11. Viernes 15 de julio de 2011: Al ir a un antro y se le facilitó no tomar alcohol al estar platicando con amigos, bailando y tomando fotos.
12. Martes 26 de julio de 2011: Al ir al boliche donde le ofrecieron una bebida alcohólica y pudo fácilmente decir que “NO”.
13. Domingo 7 de agosto de 2011: Cuando fue cerca del mediodía al tianguis de la lagunilla en compañía de una amiga que le gusta la cerveza, sentía mucho calor y sed, al ver el carrito de micheladas de a litro su amiga le dijo que si compraban una, de inicio le contestó que “NO” porque no llevaba mucho dinero, su amiga dijo que ella la invitaba y la usuaria no pudo evitar tomar de la michelada que compartieron (SITUACIÓN DE CONSUMO PRESIÓN SOCIAL).
14. Martes 10 de agosto de 2011: Fue a un lugar en la noche a ver el futbol y hubo oportunidad de tomar alcohol pero en lugar de eso pidió otra bebida, se le facilitó porque llevaba carro y no podía tomar.
15. Viernes 19 de agosto de 2011: Hubo una reunión en casa de un compañero de la facultad y pudo no tomar se distrajo platicando y jugando.
16. Sábado 3 de septiembre de 2011: Fue a Tlaxcala con unos compañeros de la facultad, todo estaba saliendo muy bien, se la estaba pasando muy divertido, ya más tarde todos fueron a



---

una pulquería y pidieron una jarra de pulque, le sirvieron un vaso y no pudo evitar beberlo, sin embargo se empezó a preocupar mucho porque sus amigos empezaron a cooperar para comprar una botella, en el lugar no vendían bebidas sin alcohol y pensó en que podía terminar tomando más, que no la quería regar, se serenó, empezó a tratar de tranquilizarse y logró no tomar más (SITUACIÓN DE CONSUMO MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS).

17. Viernes 16 de septiembre de 2011: Tuvo una reunión con sus amigos de la preparatoria en su casa, todo estuvo muy tranquilo, se distrajo platicando y no tomo.
18. Jueves 29 de septiembre de 2011: Al ir a un restaurante le ofrecieron una bebida alcohólica y dijo fácilmente que “NO”.
19. Sábado 1 de octubre de 2011: Al ir a una reunión en casa de un amigo, logró no tomar, se distrajo platicando con un amigo, bailando y tomó una bebida alternativa.

Se le indicó que la primer situación de consumo correspondía a presión social, una de las situaciones que se identificaron como de alto riesgo durante el tratamiento, que analizaríamos que podía haberle funcionado en esa situación, reportó que desde el principio no debió haber aceptado ir sola con esa amiga porque le gusta mucho tomar cerveza y que además es muy insistente que aunque se le diga que “NO” sigue insistiendo, por lo que para una futura ocasión su plan sería evitar definitivamente salir con esta amiga, o bien inventarle un pretexto, decirle que está enferma del estómago.

Con respecto a la otra situación se le comentó que correspondía a momentos agradables con otros, que también era una situación de alto riesgo de consumo de acuerdo a lo revisado en tratamiento y que analizaríamos que pudo haberle ayudado para que pudiera mantener su meta, comentó que se dificultó no tomar el vaso de pulque porque ya se lo habían servido y porque se la estaba pasando muy bien en compañía de todos, además en el lugar no vendían bebidas alternativas al alcohol pero cuando sus amigos dijeron que se cooperaran para comprar la botella entonces empezó a preocuparse porque podía resultar que siguiera tomando más. Comentó que para otra ocasión mejor propondría ir a otro lugar en donde tuviera la oportunidad de poder pedir



---

una bebida alternativa y que cuando se tratará de cooperar para la botella daría la excusa de no llevar dinero y que mejor se pondría a bailar o a tomar fotos o platicar con alguien.

#### ***Desarrollo de la sesión del 4to seguimiento a los 12 meses 10/abril/2012***

Al tercer seguimiento, la usuaria no consiguió mantenerse en abstinencia durante los seis meses posteriores al tercer seguimiento. Tuvo dos ocasiones de consumo de 1 t.e cada uno y logro evitar el consumo en 4 ocasiones. A continuación se detalla la información:

20. Viernes 9 de diciembre de 2011: Fue durante la fiesta de fin de semestre, se la estaba pasando bien, sentía sed y pensó en “*te lo mereces vale la pena*”, bebió un vaso de whisky, además estaba confiada de solo poder beber ese vaso (SITUACIÓN DE CONSUMO EMOCIONES AGRADABLES Y PROBANDO CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL).
21. Martes 13 de diciembre de 2011: Fue cuando hizo una reunión con sus amigos en su casa para celebrar su cumpleaños, pudo no consumir al mantenerse platicando, tomando refresco y bailando con unos amigos.
22. Jueves 29 de diciembre de 2011: Fue a un bar en el centro, iba acompañada de una amiga y el novio de esta última, querían comprar una botella y para completar el costo le comentaron a la usuaria que si podían pagar la botella entre los tres, comenta que no les pudo decir que NO y cuando llevaron la botella, le sirvieron y bebió una copa (SITUACIÓN DE CONSUMO PRESIÓN SOCIAL).
23. Viernes 3 de febrero de 2012: Acudió a un lugar llamado salón 76 con unos amigos, pudo no consumir ya que se distrajo platicando, tomando fotos, pidió una bebida alternativa y además como llevaba carro se le facilito no consumir.
24. Sábado 4 de febrero de 2012: Fue cuando recibió la invitación a los cumpleaños de un amigo, pero decidió no asistir porque este amigo la conoció cuando ella bebía mucho y no se sentía segura de mantenerse sin consumo además que ya había la salida el día anterior.
25. Sábado 24 de marzo de 2012: Fue en la fiesta de cumpleaños de una amiga, logró no consumir, se distrajo bailando, platicando, comiendo botana y refresco.





---

Al realizar el análisis con respecto a la primera situación de consumo la usuaria comentó que en realidad ella sí quiso tomar el vaso whisky y no hizo nada para poder evitar el consumo, pensó en que se merecía beber ese vaso de whisky y además se sentía segura de poder beber solo ese vaso. Se le hizo ver que en este caso la situación de consumo fue por emociones agradables y por probar control sobre el consumo de alcohol; que esto último es como una forma de darse permiso de beber pensando que se conseguirá controlar el consumo pero que de un trago se puede pasar a más y terminar tomando varias copas en esa ocasión de consumo, que esta es una situación en la que debía estar atenta porque era un situación en la que había puntuado con bajo porcentaje de confianza situacional durante la evaluación inicial y que podría convertirse en una situación de alto riesgo de consumo. Se analizó que podría servirle en otra situación similar a esta y comento que le serviría estar atenta en su meta de consumo de abstinencia porque no quiere ir incrementando el consumo, que suceda que se dé permiso de beber una copa por ocasión pero que después sean dos por ocasión y así sucesivamente hasta llegar a tomar como lo hacía antes del tratamiento.

Se analizó la segunda situación, se le indicó que correspondía a presión social, una de las situaciones que se identificaron como de alto riesgo durante el tratamiento, se analizó que podía haberle funcionado en esa situación, reportó que lo que podría hacer es cooperar para la compra de la bebida pero no tomar, así no tendría que decirles que NO les cooperaba para la botella pero se mantendría sin consumo. Se le felicitó por aplicar sus planes de acción, se le hizo notar que a pesar de los dos consumos reportados había logrado mantenerse en abstinencia en otras 4 ocasiones de riesgo.

La usuaria comentó que durante los último 6 meses utilizó las técnicas aprendidas durante el tratamiento como realizar el autoregistro, solución de problemas, identificación de factores de incitación al consumo de alcohol, establecimiento de metas, estrategias de cambio de estilo de vida, proceso de pensar y detenerse, balanza de decisiones, tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol (beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades), cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol y aprendió a enfrentar una situación no



---

esperada al esforzarse para crear en el momento una estrategia que la ayudará a mantenerse en su meta.

Así mismo consideró que el tiempo de tratamiento fue suficiente y que la meta que eligió fue buena porque *“me ayudo a tener mayor determinación, decisión a no tomar porque con otra meta creo que una copa me hubiera llevado a más consumo”* y que si estuviera al inicio del tratamiento preferiría realizar nuevamente su selección de la meta por mí misma y no que el terapeuta la seleccionará por ella.

Con respecto a las características del tratamiento señaló que desde la entrevista inicial hasta los seguimientos todo le fue muy útil, pero especialmente el poder conocer cuáles eran sus situaciones de consumo, poder identificarlas y desarrollar un plan de acción. Considero que este modelo de tratamiento debería seguir a disposición de la población, comentó que lo que más la motivó para iniciar un tratamiento fue saber que *“había un Centro para las adicciones de la misma UNAM donde me podían atender y saber que podía cambiar”*, consideró que una recomendación para mejorar el tratamiento sería que *“las sesiones fueran 2 veces por semana para dar mayor seguridad y que se lleve un diario de cómo es que te sientes”*.

Durante esta sesión se le practicó a la usuaria la prueba de alcoholímetro, se obtuvo un resultado negativo de consumo alcohol recientemente.

Se dieron por finalizados los seguimientos, se le reiteró que podía acudir en otra ocasión al Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” en dado caso de requerir atención.

Adicionalmente en los seguimientos a los 6 meses y al año se realizó la entrevista al colateral vía telefónica y de esta forma se pudo corroborar la información otorgada por la usuaria en ambos momentos.



---

## 5.- Discusión y Conclusiones

Con la instrumentación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para bebedores problema se buscó dirigir a la usuaria a alcanzar su meta de consumo y con ello también disminuir sus problemas derivados del consumo de alcohol.

Para evaluar el cambio en el consumo de alcohol en la usuaria y a la vez medir la eficacia de la intervención se realizó la medición de las variables de patrón de consumo, confianza situacional, problemas asociados al consumo, nivel de dependencia y daño cognitivo. Los elementos antes señalados son relevantes para medir la eficacia de la intervención esto de acuerdo con las dimensiones que deben guiar la evaluación de los seguimientos señaladas por Miller en 1989 (Ayala et al., 1998).

La meta para el tratamiento y los seguimientos fue la abstinencia y fue elegida por la condición médica de la usuaria quien presentaba funcionamiento deficiente de insulina y estaba medicada con Dimefor. Babor y Higgins-Biddle (2001) sostienen que las intervenciones breves también pueden ser adecuadas para aquellos bebedores de riesgo que necesitan abstenerse del alcohol permanentemente o durante un período de tiempo, como puede ser el caso de mujeres embarazadas o en lactancia y/o personas que están tomando medicación con la que el consumo de alcohol está contraindicado.

Durante el tratamiento se pudo observar que una vez que la usuaria estableció la meta de abstinencia logró mantenerla durante todo el tratamiento, al año de seguimiento se observaron 5 t.e de consumo, cantidad que resultó ser mucho menor en comparación con la cantidad de consumo total observado en la LIBARE que fue de 144 t.e. Al respecto Marlatt y Gordon (1985) han señalado que la “caída” o “desliz” son consumos esporádicos de la sustancia o bien episodios de consumo intenso durante algunos días posteriores a un periodo de abstinencia; la “caída” se presenta como un obstáculo en el intento que la persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta, constituyendo experiencias de aprendizaje positivas para el cambio o modificación de la conducta; mientras que la “recaída” supondría el retorno a la conducta



---

dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento (Luego, Romero y Gómez-Fraguela, 2001).

Una posible explicación a las 5 caídas observadas durante el seguimiento a un año lo podemos encontrar en lo señalado por Bandura (1986) sobre la relación recíproca entre sí, tanto de los factores cognitivos, ambientales y la conducta, en donde los pensamientos que tienen los individuos acerca de su capacidad de actuar (autoeficacia) influyen en la ejecución o no de determinada conducta. Lo anterior porque las 5 caídas estuvieron relacionadas con dos de las situaciones que en la evaluación inicial evidenciaron baja autoeficacia (presión social, momentos agradables con otros) y con situaciones en las que se observó disminución de la confianza situacional en alguna de las mediciones (emociones agradables y probando control sobre el consumo de alcohol).

Al año de concluido el tratamiento la usuaria logró varios periodos de abstinencia (78, 43, 27, 96, 19, 103 días), tres de ellos mucho mayores que su periodo más grande de abstinencia (49 días) observado en la LIBARE y alcanzando un periodo máximo de hasta 103 días de abstinencia durante su último seguimiento. Para alcanzar estos periodos de abstinencia la usuaria tuvo que poner en práctica sus planes de acción con actividades alternativas al consumo y de esta forma evitar regresar al patrón de consumo pre-tratamiento; con los datos al 4to seguimiento se puede considerar que esta situación tenía grandes probabilidades de ocurrir ya que se observó que la usuaria pudo hacer frente a 20 situaciones de riesgo de consumo de alcohol y más las 5 ocasiones de consumo obtenemos una cantidad de 25 ocasiones probables de consumo situación que hubiera sido muy cercana a la observada en la LIBARE (28 ocasiones de consumo). Esto se relaciona con lo señalado por Marlatt (1996) en el sentido de que el individuo después del tratamiento vuelve al consumo del alcohol como respuesta dominante al fracasar en dar respuestas alternativas a las demandas ambientales, por lo que mantener la abstinencia es más probable si el individuo es capaz de dar una respuesta alternativa al consumo en las situaciones asociadas con el mismo.



En cuanto a la Confianza Situacional se observó que, al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento a un año, hubo un aumento en 5 de la 8 situaciones evaluadas con el CCS (presión social, momentos agradables con otros, emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros), donde 3 de ellas eran situaciones identificadas como de alto riesgo para el consumo. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Gantiva, Gómez y Flóres (2003) quienes implementaron el “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema” a una población de 68 individuos, con una edad promedio de 27.2 años, asignada en un grupo experimental (n=37) y un grupo control (n=31) donde en el post-tratamiento se encontraron diferencias entre los grupos control y experimental en las 8 situaciones del CCS, presentando mayores niveles de confianza los participantes del grupo experimental.

Con respecto a las consecuencias derivadas del consumo de alcohol (problemas familiares, problemas de pareja, falta de comunicación, caídas frecuentes, aumento de peso, malestar estomacal, dolores de cabeza, náuseas; también tristeza, ansiedad e irritabilidad poco frecuente y haber tenido relaciones sexuales sin protección estando bajo consumo) la usuaria reportó el cese de los mismos en el seguimiento al año. También se observó que al comparar su capacidad cognitiva evaluada específicamente con la Subescala de Pistas durante la evaluación inicial y al año de seguimiento esta había mejorado. Así mismo el nivel de dependencia disminuyó, al inicio del tratamiento la usuaria presentó dependencia media (11 puntos) y al año de seguimiento esta era de dependencia baja (1 punto).

Un elemento importante para el éxito del programa de relaciona con que la usuaria aceptará de forma voluntaria el tratamiento y que al llegar al mismo mostraba determinación al cambio, esto coincide con lo señalado por Miller (1985) que señala que aquellos sujetos que tienen una alta motivación para recuperarse tienen mejores resultados en el post-tratamiento. Por su parte Prochaska y DiClemente (1982) subrayan la importancia de los factores motivacionales, tanto para la implicación en el tratamiento como para el mantenimiento de la abstinencia.

Las situaciones y estrategias que la usuaria consideró le ayudaron para lograr el cambio fueron las aprendidas durante el tratamiento, pero destacó la identificación de situaciones de



---

consumo, el desarrollo de planes de acción ante las mismas, el establecimiento de su meta de consumo, así como el saber que había un tratamiento a su alcance y que podía cambiar.

La principal limitación en el estudio se relaciona con la ausencia a lo largo del tratamiento y en los seguimientos de mediciones sistemáticas con el alcoholímetro, solamente se contó con una medición de la prueba de alcoholímetro realizada en el seguimiento a un año y en la cual no se evidenció consumo de alcohol reciente, se sugiere la realización de estas mediciones ya que benefician el tratamiento al corroborar la información obtenida en los autorregistros y brindar una medición objetiva del cambio en la conducta de consumo. Al respecto resulta importante señalar que se contó con los datos de las dos entrevistas realizadas al colateral una al seguimiento a los 6 meses y la otra en el seguimiento al año, con las cuales se pudo corroborar la información proporcionada por la usuaria con respecto a su patrón de consumo.

Como se describió en un inicio el consumo de alcohol es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social y de ahí la importancia de la participación de los profesionales de salud en la aplicación de consejos e intervenciones breves. En el caso que se presentó en el presente reporte, el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema demostró efectividad en la modificación del patrón de consumo, incremento de la autoeficacia, disminución de la dependencia al alcohol, mejora del desempeño cognitivo, así como en el cese de los problemas derivados del consumo de alcohol. Este último punto es de gran importancia debido a que además de poder evidenciarse una mejoría en el usuario también se está beneficiando a las personas alrededor del usuario; y de forma personal, puedo señalar que resulta muy satisfactorio contar con la experiencia de poder brindar apoyo a la población por medio de la aplicación de los programas abordados en este documento.



---

## REFERENCIAS

- Alwan, A. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Anderson, P., Gual, A., Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Annis, H. y Martin, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., Gutiérrez, M, (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Distrito Federal: Porrúa y Facultad de Psicología.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1998). *Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México*. *Acta Comportamental*, 6 (1), 71-93.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.



- 
- Becoña, E. (2007). Factores de Riesgo y Protección para el consume de Drogas: Curso Taller “Prevención del consume problemático de drogas”. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Psicología.
- Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, ME y Rojas, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30 (1), 31-38.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brow, S., Myers, M., Lippke, L., Tapert, S., Stewart, D., y Vik., P. (1998). Psychometric evaluation of customary drinking and drug use record” (CDDR): A measure of adolescent alcohol and drug involvement. *Journal of Studies on Alcohol* 59, 427-438.
- Campos, E., Martínez, K. y Ayala, H. (2001). *Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castillo, G. (2012). En nueve meses hubo 12 mil 903 asesinatos: PGR. Los homicidios reconocidos oficialmente superan los 47 mil. <http://www.jornada.unam.mx/2012/01/12/politica/003n1pol>
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008) *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. Distrito federal: Secretaria de Salud.
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1997a) *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. En: K. Martínez, H, Ayala, M. Salazar, G. Ruiz, y V. Barrientos, (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de*





---

*alcohol y otras drogas*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.

Echeverría, L. y Ayala, H. (1997b) *Autoregistro de consumo de Alcohol y Drogas*. En: K. Martínez, H, Ayala, M. Salazar, G. Ruiz, y V. Barrientos, (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.

Echeverría, L. y Ayala, H. (1997c) *Reportes de seguimiento*. En: K. Martínez, H, Ayala, M. Salazar, G. Ruiz, y V. Barrientos, (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.

Echeverría, L., Oviedo, P. y Ayala, H. (1998). Inventario Situacional de consumo de Alcohol. En: H. Ayala, G. Cárdenas, L. Echeverría, M. Gutiérrez, (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Distrito Federal: Porrúa y Facultad de Psicología.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M., y Tiburcio, M. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Flores, L. y Gantiva, C. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (1), 13-26.

Gantiva, C., Gómez, C. y Flóres, L. (2003). Evaluación del impacto de un Programa de Autoayuda Dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 38-48.



- 
- Gañán D., Losada G., Navarro L., y Martín del Moral, M. (2009). Enfoques psicológicos de las drogodependencias. Abordajes terapéuticos. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (eds.) *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 3da ed. Madrid: Médica Panamericana, 2-25.
- Glockner, J. (2011). Drogas y conducta. *Elementos: Ciencia y Cultura*, 19 (82), 59-64.
- Howard, A., Hogue, L., y Hogue, A. (2001). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Substance Abuse. En: E. Wagner, y H. Waldron (Eds). *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Oxford: Elsevier Science.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Bethesda: Departamento de salud y servicios Humanos de los estados unidos e Institutos nacionales de la salud.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2011). *Serie de Reportes de Investigación: Abuso de la marihuana*. Bethesda: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos e Institutos Nacionales de la Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011a). *Estadísticas a propósito del Día Mundial sin Tabaco. Datos nacionales*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011b). *Estadísticas de Mortalidad. Consulta interactiva de datos*, Recuperado el 27 de Marzo de 2012 de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11094&c=15273&s=est&cl=4#>



---

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud (2012a). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud (2012b). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud (2012c). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Instituto Nacional de Salud Pública (2010). *Por tabaquismo, México pierde 50 mil MDP al año*. Recuperado el 27 de Marzo de 2011 de: <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1345-75-mil-millones-de-pesos-al-ano-gasta-mexico-por-tabaquismo.html>.

Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Luego, MA., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas: Proyecto Hombre*. Compostela: Editorial Compostela.

Mariño, M., González-Forteza, G., Andrade, P. y Medina-Mora, M. (1997). Validación de un Cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, 27-36.

Marlatt, G. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91 (suplemento), 37-50.



- 
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogadicciones. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (eds.) *Drogadicciones: farmacología, patología, psicología, legislación*. 3da ed. Madrid: Médica Panamericana, 2-25.
- Martínez, K., Ayala, H., Salazar, M., Ruiz, G. y Barrientos, V. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. y Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31, (2), 119-127.
- Martínez, K., Ruiz, G., y Ayala, H. (2003) Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes. En: K. Martínez, H, Ayala, M. Salazar, G. Ruiz, y V. Barrientos, (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.
- Mayorga, P. y Lina, N. (2006). Elección y sustitución de estímulos entre el alcohol y el alimento en ratas: una explicación del consumo de drogas desde el contexto de la economía conductual. *Suma Psicológica*, 13, (1), 33-50.
- Miller, W. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional*. España: Paidós.



---

Morales, S., Martínez, J., y Vázquez, F. (2007). *Módulo de orientación para manejo de problemas en la infancia y la promoción de la salud familiar*. Distrito Federal: Consejo Nacional contra las Adicciones.

Ocampo, MA., Magallan, A., Villa, T. y Cuevas, E. (2007). *Programa de cesación de Tabaquismo en un hospital de tercer nivel. Terapia breve cognitivo-conductual*. México: Secretaría de Salud, Hospital General de México y Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Organización Mundial de la salud (1974). *Serie de Informes Técnicos No. 551: Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia 20º Informe*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.

Organización Mundial de la Salud (1993). *Composite International Diagnostic Interview, Versión 2.1*. Génova: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2011). Alcohol, Nota descriptiva N°349. Recuperado el 27 de Marzo de 2012 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud (2009) *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud-Bolivia (2009). *Diez datos sobre el tabaquismo pasivo*. Recuperado el 28 de marzo de 2012 de: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18926&SE=SN>

Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2010). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.



- 
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D. (2009). *Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información de Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana.* Distrito Federal: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Oviedo M., González .A. y Luna M. (2008). *Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. Manual para profesores de secundaria.* Distrito Federal: Secretaria de educación pública.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Raistrick, D., Dunbar, G. y Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Reitan, R. y Wolfson, D. (1993) *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation.* 2nd ed. Tucson: Neuropsychology Press.
- Salazar, M., Valdez, J., Martínez, K. y Pedroza, F. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 803-815.
- Secretaría de Salud (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Distrito Federal: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Secretaría de Salud (2010). Guía práctica y sencilla para el/la promotor/ra Nueva Vida. Distrito Federal: Secretaría de Salud.



---

Secretaría de Salud (2011). *Programa de acción específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012*. Distrito Federal: Comisión Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Sobell, L. y Sobell, M. (1992). Timelife follow-back: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. En: J. Allen y R. Litten [Eds.] *Measuring alcohol consumption psychosocial and biological methods*. New jersey: Human Press.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012 Prevención y Tratamiento de las Adicciones*. Distrito Federal: Secretaría de Salud.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2009). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica informe 2009*. Distrito Federal: Secretaría de Salud.

Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32, 287-297.

Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. (1991) *Cross Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. *British Journal of Psychiatry* 159, 645-653.