



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

PSICOLOGÍA Y SALUD

**Reducción del consumo de alcohol a través de la aplicación
del “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve
para Bebedores Problema”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

OSCAR JULIO TREJO CAPULA

TUTORA:

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
F.E.S IZTACALA

COMITÉ:

MTRA. GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE 2014



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.

Resumen

El presente reporte tiene como objetivo describir la formación que se realizó en la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, en la cual se exponen las intervenciones de los modelos de tratamiento de corte breve dirigidos a evitar el desarrollo de la dependencia severa en consumidores de alcohol, tabaco y drogas ilegales en la Ciudad de México, brindadas en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREA) y en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente (CIJ-IO). En total se atendieron 40 usuarios; 3 de ellos en el CEPREA: un menor de edad mediante el “Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas” (PIBA), un hombre con el “Programa de Satisfactores Cotidianos” (PSC), una mujer que es familiar de consumidores de sustancias con el “Modelo de Intervención Breve para familiares de usuarios de alcohol y otras drogas”.

En CIJ-IO se les brindó tratamiento a un total de 37 usuarios consumidores de diversas sustancias psicoactivas, la mayoría de estos fueron poliusuarios, de los cuales 17 terminaron el tratamiento, 29 de ellos lo abandonaron en la primera sesión (Entrevista Inicial) y uno fue canalizado a la unidad de internamiento de CIJ Iztapalapa. Según los procedimientos del CIJ-IO, de los 17 atendidos, se tomó un caso para ser descrito con mayor detalle, y en este se aplicó el “Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema”, reforzándolo con el PSC.

Como resultado se obtuvo una disminución en el consumo (de 6 tragos estándar a la semana a 2) acompañado de una modificación de emociones y pensamientos que solían estar durante la ingesta de alcohol.

Lo anterior permite concluir que los programas de intervención son efectivos para los fines que fueron diseñados.

Palabras clave: Adicciones, intervención breve, etapas de cambio, cognitivo-conductual, bebedor problema, drogas y/o sustancias psicoactivas.

AGRADECIMIENTOS

A ti UNAM mi alma mater, porque ya llevo media vida estando a tu lado, por la invaluable formación académica y simplemente por existir.

A la Dra. Sara Eugenia Cruz Morales. Por la dirección, el tiempo y paciencia de este reporte, al igual la disposición para leer y ayudarme a encauzar mis ideas, con lo que resulto una experiencia verdaderamente formativa en aprendizaje.

A mis sinodales, que con su conocimiento y experiencia aportaron comentarios atinados para el mejoramiento de este reporte.

Dra. Shoshana Berenzon, Mtra. Gabriela Ruiz, Dra. Amada Ampudia, Mtro. Miguel Ángel Medina y Dra. Silvia Morales.

A mis maestrxs con los que me cruce en este tiempo de formación, y los cuales me enseñaron y sembraron inquietudes, dudas o preguntas en el camino.

A mis padres: Margarita y Gregorio

Por el cariño y apoyo brindado durante este tiempo de vida. Gracias por estar ahí...

A ti hermana. Daisy

Por compartir momentos de alegría, entusiasmo y algunos de enojo, por seguir creciendo juntos y porque siempre estás dispuesta a escuchar y apoyarme.

A Itarí

Por re-enseñarme a reír, tolerar y aguantar las travesuras de la vida, y porque significa la alegría más profunda, el cariño sincero y el momento de desestrés más tierno y esperado te quiero mucho.

A mi Abuelos

Porque sus vivencias también constituyeron aprendizajes y recuerdos.

A ese equipo de amigxs Sidatarios

El cual se formó de la nada y a lo largo del tiempo se ha mantenido.

Ana, Adriana, Aldé y Claudia

Por tantas pláticas y momentos inolvidables que nos unen durante la vida, por su interés en mis actividades y avances no sólo académicos y profesionales. Las quiero y admiro.

*A mis Amigxs nuevos y en proceso
Suneckoer (German), Cirkc (Erick), Belén, Paco y Mpy, que de alguna
manera también han contribuido en esta formación.*

*A Alejandra (Alect)
Porque llegaste en el tiempo indicado y me has complementado en la parte
final de este proyecto, por impulsarme a continuar y a no perder la
motivación en mis planes, además de ocupar un lugar especial en mi vida.
Gracias por ser y estar.*

*A mis compañerxs de la maestría (Karel, Isis, Verónica, Víky, Lety, Lydía,
Luz, Aby, Liniana y Everardo).
Por compartir momentos y espacios de aprendizajes.*

*A todas aquellxs personas y usuarixs que de alguna manera contribuyeron
en la realización de este reporte, con su tiempo, experiencias, comentarios
y demás cosas que aportaron en él.*

*A la escuela de la vida.
Donde espero continuar aprendiendo mucho más...*

JuliOsc.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1	
Marco Teórico	3
1.1 La Adicción	8
1.2 Epidemiología	9
1.3 Factores de Riesgo	16
1.4 Factores de Protección	18
1.5 Teorías de Abordaje	19
1.6 Propuestas de prevención de adicciones	23
Capítulo 2	
Formulación de Programas	
2.1 Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA)	34
2.1.1 Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras drogas (PIBA)	36
2.1.2 Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	46
2.1.3 Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)	49
2.1.4 Modelo de Intervención Breve para familiares de usuarios de alcohol y otras drogas	59
2.2 Centros de Integración Juvenil (CIJ)	67

Capítulo 3

Reporte de caso	76
Discusiones y Conclusiones	102
Referencias	108
Anexos		

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en el mundo, en México y específicamente en la Ciudad de México es un problema de salud pública en proliferación aumento, al haber cada día más niñas, niños, adolescentes, y adultos que se interesan por el consumo de estas. Por lo anterior se han planteado varias teorías o hipótesis para explicar el fenómeno. Por ejemplo Becoña (2007) plantea que el cómo sentimos, percibimos, pensamos y nos comunicamos, son procesos psicológicos básicos de aprendizaje que se deben tener en cuenta para poder comprender, explicar, prevenir y tratar el consumo de drogas.

Otra hipótesis es la que se plantea desde el punto de vista neurobiológico, en la cual se menciona que el uso crónico de sustancias produce modificaciones a nivel cerebral de larga duración, lo cual explica en gran parte de las conductas asociadas a la adicción, por ejemplo; la compulsividad en el consumo de drogas, la concentración, el interés en torno al consumo y el abandono de otras áreas (Volkow y Li, 2004).

También cabe mencionar la teoría vista desde el psicoanálisis, en la cual Freud (1897, citado en González 2008), enfatiza que el deseo vehemente y sobre todo repetitivo de intoxicación compulsiva constituye la sustitución del acto masturbatorio, en la medida en que es un impulso, al que aun cuando se quiere reprimir se le impone al sujeto de una manera compulsiva.

Por último retomaré la teoría del aprendizaje social, propuesta por Bandura (1977), la cual se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta.

Así como las teorías mencionadas con anterioridad existen muchas otras más, cada una desde su enfoque y manera de trabajo, explica el fenómeno para seguir creando programas orientados a la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Por lo anterior, este trabajo está organizado en tres partes; la primera constituye el sustento teórico, la segunda remite a la formulación de programas y en la tercera, para finalizar, se hace un reporte de caso de reducción de consumo de un usuario de alcohol. A continuación se referirá de manera sucinta la distribución y contenido de las partes.

La primera parte consiste en la revisión general de los principales datos epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas en México, problemas relacionados al mismo, estudios relacionados con la prevención, evaluación y tratamiento de las conductas adictivas.

Con este preámbulo se da paso a la segunda parte, esta describe cada uno de los programas en los cuales se fue entrenado durante el transcurso de la residencia en psicología de las adicciones y la aplicación de los mismos en las dos sedes en las que se trabajó: el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (**CEPREA**) y el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente (**CIJ-IO**).

Por último se hace el reporte de la experiencia profesional de un caso que describe de manera detallada la intervención con un usuario de alcohol de 19 años que fue tratado en CIJ-IO sobre él se aplicó el Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, debido a que el programa fue el adecuado para su forma de consumo, además de que el usuario cumplía con los requisitos de inclusión al programa.

En general, el motivo principal del presente escrito es mostrar la vigencia e importancia que está teniendo el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (drogas) en nuestra actualidad, y que este fenómeno cada día abarca a más población sin discriminar entre sexo, edad, clase social, raza, etc. Además de mostrar la descripción de las actividades realizadas en materia de prevención, tratamiento e investigación en adicciones durante la residencia.

En la parte final se agregan las Referencias y los Anexos para favorecer y complementar la comprensión del lector

CAPITULO 1

**La observación psicológica
es uno de los recursos
mediante los cuales podemos aliviar
la carga de la vida".
I.D. Yalom**

Marco Teórico

A lo largo del tiempo el ser humano ha tenido curiosidad o dudas por el mundo que le rodea estas dudas lo han llevado a explorar e investigar casi todo lo que está a su alcance, incluso lo que no. También ha desarrollado formas para obtener algo que aparentemente no está a su alcance, además de mostrar interés por las cosas que ocurren tanto fuera como dentro de él mismo. No es fácil saber cómo algunas personas llegaron al conocimiento de los efectos tanto fisiológicos como psicológicos de las sustancias psicoactivas, es probable que de la misma manera en que algunas personas lo hacen en la actualidad, esto es a través de la experimentación del consumo, al ingerir la sustancia y la observación, además de la interacción con el medio ambiente que se hayan dado cuenta de que dichas sustancias de la naturaleza generan efectos sorprendentes y excitantes dentro del cuerpo, además de alterar el estado de conciencia (Brailowsky, 2002).

Es sabido que entre algunas culturas, se emplean sustancias con fines terapéuticos, sin embargo alteran la mente como es el caso del vino; el cual en la antigua Grecia se usaba para celebraciones especiales, incluso se habla de una deidad (Baco) al que se le concebía como un dador de alegría. respecto al México prehispánico, el uso de sustancias alteradoras del estado de conciencia estaba regulado por una serie de leyes que prohibían su consumo a ciertas clases de la sociedad por ejemplo el pulque, éste se podía consumir sólo por personas con cierta edad, en ciertas fechas y cantidades, cabe destacar que el abuso de su consumo podía ser penado con la muerte (Brailowsky, 2002). Las culturas tenían el privilegio epistémico, del cual no cualquiera era poseedor del conocimiento de hierbas, hongos y el tipo de efectos narcotizantes y/o terapéuticos. Aquellos que lo tenían, gozaban de gran influencia entre su sociedad además de que se les atribuían propiedades místicas, actualmente se les conoce como chamanes o médicos. (Conyer, Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, 2001).

Con el paso del tiempo, todo se ha ido transformando, por ejemplo; la historia mundial en cuanto a aspectos los geográficos, políticos y económicos, sin dejar de lado el simbolismo de las sustancias. En la era moderna y con el surgimiento de nuevas ideas económicas, los denominados capitalistas notaron que los potenciales económicos en sustancias generadoras de consumidores adictos era un gran negocio para la enajenación en su acumulación de riquezas (Bauman, 2005).

Por otro lado los usos sociales o no sociales de drogas, conllevan a la construcción de diversos escenarios psicosocioculturales, por demás vertiginosos, inusitados y muy complejos que han llevado en las últimas décadas a un incremento del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes adolescentes de la Ciudad de México, según la Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2011), esto a su vez ha disminuido la edad de inicio en el que comienzan a probar y experimentar con estas sustancias.

Para comenzar, tenemos que definir lo que es una droga. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969, citado en Sánchez, 1991) ésta se define como:

Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Existen distintas clasificaciones de drogas; por su clasificación farmacológica, efectos, origen e incluso por las leyes internacionales que las rigen (como drogas legales e ilegales). La clasificación farmacológica tiene como base la separación de las drogas en cuatro grandes grupos diferenciados por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC): estimulantes, depresores, opioides y alucinógenos (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las drogas.

Grupo	Drogas	Efectos sobre el organismo
1. Estimulantes	<p>Estimulantes mayores: Cocaína (clorhidrato de cocaína) y base libre (crack), anfetaminas, metanfetaminas y MDMA (éxtasis).</p> <p>Estimulantes menores: nicotina y cafeína.</p>	<p>Activan el sistema nervioso central. Provocan aumento de energía en el estado de alerta, disminución del sueño y apetito, mejoran el estado de ánimo, y provocan, adicción.</p>
2. Depresoras	<p>Alcohol, tranquilizantes o sedantes, hipnóticos (drogas que inducen el sueño), éxtasis líquido o GHB y disolventes inhalables.</p>	<p>Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central y funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria, coordinación e inteligencia). Provocan estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sueño, desinhibición social, deprimen el estado de ánimo y algunos causan adicción.</p>
3. Opioides	<p>Derivados del opio, compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos con acciones similares a las de la morfina, como la heroína.</p>	<p>Los efectos generales de este grupo de drogas son: analgesia, constricción pupilar extrema, disminución del reflejo de la tos, estreñimiento, sensación de relajación sin falta de coordinación locomotriz, euforia dependencia física, elevada capacidad de inducir dependencia.</p>
4. Alucinógenos	<p>LSD, psilocibina (presente en hongos alucinógenos), mezcalina (peyote), anestésicos disociativos (fenciclidina o polvo de ángel), ketamina y cannabinoides.</p>	<p>Pueden disminuir o activar el sistema nervioso central, su característica principal es que provocan una percepción distorsionada del tiempo y del espacio, mezcla de percepciones sensoriales (oír colores), percepción esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga sin que ésta se encuentre presente en el organismo (flashbacks) y cambios bruscos en el estado de ánimo.</p>

Fuente: Cruz, 2007

En general todas las sustancias psicoactivas, en mayor o menor medida, son capaces de generar dependencia física, psicológica o ambas, ocasionando, en muchos casos, un grave deterioro en quien las consume (Lorenzo, Ladero, Leza, y Lizasoain, 2003). El tiempo de consumo que se requiere para desarrollar dependencia física y psicológica a una droga varía según las características personales de quién la consume, el tipo de sustancia, la cantidad y frecuencia.

Los efectos de las drogas son variados, en la tabla 2 se describen las sustancias psicoactivas, algunos de sus principales efectos a corto plazo (consumo inmediato) y a largo plazo (consumo prolongado y/o con grandes cantidades de las sustancias) basándose en su popularidad de consumo.

Tabla 2. Sustancias psicoactivas con efectos a corto y a largo plazo.

Sustancia	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Alcohol	Deprime centros nerviosos que controlan la conducta. Dificulta la coordinación muscular y equilibrio. Entorpece funciones mentales superiores.	Produce daño en corazón, hígado, aparato digestivo y sistema nervioso. Periodos de amnesia con alteración de la conciencia. Síndrome de Wernicke-Korsakoff, desnutrición, cirrosis hepática, pancreatitis y hepatitis alcohólica.
Tabaco	Provoca hipertensión arterial, aumento en la frecuencia cardíaca, acidez gástrica, pérdida de apetito y disminución de agudeza olfatoria y degustadora.	Produce infarto miocárdico, deterioro de circulación sanguínea en cerebro y extremidades, problemas infecciosos del aparato respiratorio y enfisema pulmonar. Cáncer en cavidad bucal, laringe, pulmones, vejiga, riñones, esófago, osteoporosis.
Mariguana	Provoca distorsión tiempo-espacio, euforia, falta de coordinación motora, risa incontrolable, labilidad emocional, incremento del apetito, enrojecimiento de la conjuntiva (ojos rojos), relajación e inhibición de los reflejos. La memoria y atención se obstaculizan.	Pérdida de memoria, síndrome amotivacional caracterizado por pasividad, conformismo y apatía, deficiencia inmunológica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis y cáncer pulmonar. Sentimientos de pánico, despersonalización y angustia.
Inhalables	Provoca desinhibición, sensación de ligereza, euforia y agitación. Disminuye reflejos, dificulta la concentración y desorientación Hay mareo, náusea e irritación de las vías respiratorias.	Produce ansiedad, depresión, pérdida de memoria y problemas de aprendizaje, alucinaciones con conductas alteradas, bronquitis crónica, muerte neuronal, atrofia en tallo cerebral y cerebelo debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, delirio, arritmias cardíacas y anemia. Daños en sistema nervioso, irreversibles.
Alucinógenos	Afectan percepción visual, imagen corporal. Labilidad emocional. Disminuye memoria reciente, capacidad de atención, concentración y dificulta la expresión de pensamientos.	Problemas gastrointestinales respiratorios, neurológicos, cardiovasculares y psiquiátricos como psicosis esquizoafectivas. Cambios intensos en el estado de ánimo, alucinaciones y flashbacks. Síndrome amotivacional similar al de mariguana.

Cocaína y derivados	Euforia, energía, alerta, disminución del apetito, incremento de la presión arterial y la presión cardíaca. Se agudizan particularmente las sensaciones de la vista, el oído y el tacto.	Comportamiento extravagante, errático y violento. Problemas de concentración y deterioro de la memoria. Paranoia, irritabilidad y ansiedad. Problemas cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, alteración del sueño y disminución crónica del apetito.
Heroína	Suprime dolor y produce euforia, sensación intensa de bienestar, relajación y somnolencia. Disminuye la función intestinal, la función cardíaca y la respiración.	Provoca tolerancia marcada a los efectos deseables lo cual aumenta el riesgo de sobredosis, dependencia física intensa, riesgo de contraer sida, artritis y hepatitis B y C, disminución de la función inmunológica, venas colapsadas, infecciones bacterianas, infección del endocardio y las válvulas del corazón.
Metanfetaminas	Euforia, hiperactividad, aumento de la actividad motora, mejoría de la atención concentración y del estado de ánimo, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, disminución de fatiga, sueño y hambre.	Provocan confusión, agresividad, ansiedad, delirio, estados de pánico e intentos de suicidio u homicidios y depresión. Alteraciones cardiovasculares y en el aparato digestivo: anorexia, daño hepático, pérdida de peso y debilidad muscular.

Fuente: Brailowsky, 2002; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003; Cruz, 2007.

Sucede algo curioso, el mayor número de daños que ocurren a causa del consumo de drogas, es por las drogas legales como el alcohol y el tabaco éstas producen más muertes y daños a la salud que la drogas ilegales en el mismo periodo de un año (Gamella y Álvarez, 1999).

Por lo anterior y en lo que se refiere a la prevención de los efectos dañinos de sustancias, debería enfatizarse mucho más en las sustancias legales, ya que las drogas traen daños al consumidor, dependiendo de la cantidad, frecuencia de consumo, daños físicos, psicológicos y/o sociales. Las alteraciones que causan las drogas son muy variadas, depende del tipo de sustancia que se introduce en el cuerpo, la dosis o cantidad y la forma de administración, éstas pueden excitar, provocar alucinaciones, afectar la percepción del dolor, deprimir, tranquilizar, entre otras (Brailowsky, 2002).

Algunas drogas se usan sin ningún tipo de restricción y son socialmente aceptadas., tal es el caso dela cafeína que se encuentra en el café o en el té o los sedantes, por citar algunas.

Después de haber revisado algunas de las principales sustancias de consumo en México, pasaremos a describir el proceso adictivo.

1.1 La Adicción

Las adicciones no son sólo del área de las sustancias psicoactivas (drogas), también hay aficiones que pueden generar una adicción como las ludopatías (conductas derivadas de los juegos de azar), vigorexia (conducta excesiva por el ejercicio y la apariencia física), la adicción al internet, entre otras. Estas no podrían definirse como una adicción hacia las sustancias psicoactivas, ya que la misma definición de drogas nos dice que son sustancias que introducidas al cuerpo provocan una reacción en el SNC, por lo que en este contexto, la adicción de éstas sustancias provoca toxicomanías e incluso drogodependencias. Es importante hacer esta aclaración ya que se considera adicción a cualquier afición obsesiva y recurrente que genere algún tipo de dependencia en las personas.

Las personas adictas a sustancias psicoactivas se encuentran en un estado tanto fisiológico como también psicológico de dependencia causada por el abuso de estas sustancias generadoras de adicción. El consumo de tales sustancias genera componentes psicofisiológicos que con el hábito a través del tiempo el cuerpo se equilibra con las dosis administradas, generando lo que se conoce como *tolerancia*, así que, las dosis administradas dejan de tener el efecto conseguido en las primeras administraciones por lo que el adicto empieza a incrementar las cantidades de la sustancia lo que provoca mayores efectos; así, el sujeto presentará un desbalance homeostático severo que incluye la presentación de síntomas desagradables de ansiedad, presión cardíaca, alteraciones del sueño, del lenguaje, enrojecimiento de ojos, entre otros. De tal manera que al sujeto le es imperioso acabar con los síntomas de la abstinencia y por lo tanto vuelve a consumir dosis altas de la sustancia (Rosenzweig y Leiman, 1998).

Hoy en día son ampliamente reconocidas las graves repercusiones del uso y abuso de drogas, no sólo por el peligro que representan para la salud física y mental de los consumidores, también por la serie de problemas asociados con la producción, tráfico y comercialización, lo que afecta de gran manera a la sociedad en general [Secretaría de Salud (SSA), 1993].

1.2 Epidemiología

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad (Beaglehol, Bonita y Kjellstrom, 2006). Esta tiene como objetivo describir las condiciones de salud de la población, explicar las causas de la enfermedad poblacional, predecir el volumen de las enfermedades y su distribución en el interior de los subgrupos, prolongar la vida sana mediante el control de las enfermedades de la población afectada y prevenir la aparición de nuevos casos entre la población en riesgo (López, Garrido y Hernández, 2000).

En el campo de las adicciones los estudios epidemiológicos contribuyen a generar hipótesis causales acerca de la etiología del uso y abuso de drogas (Tapia, 2001).

La ENA es un proyecto cuya finalidad es generar información estadística a nivel nacional acerca del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población de 12 a 65 años. Esta busca identificar los patrones de consumo de las sustancias referidas entre las personas entrevistadas relacionando este fenómeno con algunos factores como son: el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y tipo de localidad, así como este proyecto, existen otros u otras instituciones que también generan información estadística, algunos de estos son: la SSA, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), entre otros.

1.7 El panorama en México

De acuerdo a la ENA 2011, los resultados muestran que de acuerdo a la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año en la población mexicana fue de:

- ✓ 1.8% de la población total ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año.
- ✓ De los cuales el 0.7% presenta dependencia en el último año.

En cuanto a la edad de inicio del consumo de drogas entre población de 12 a 65 años la ENA reporta que esta fue de:

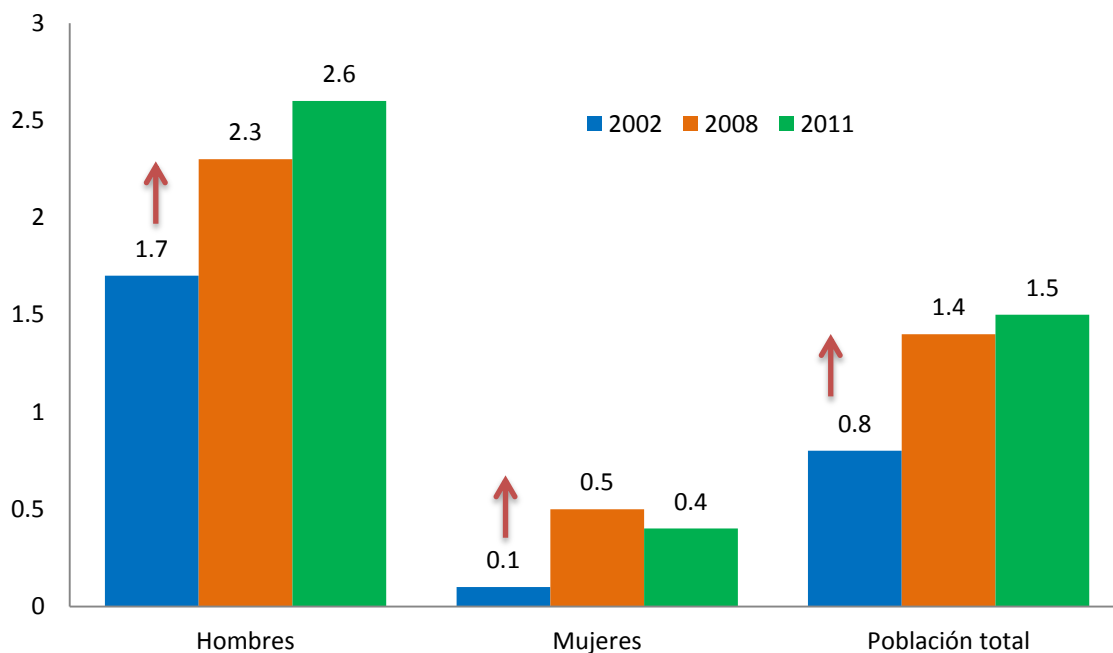
- ✓ 18.8 años; 18.5 en hombres y 20.1 en mujeres.

En cuanto a las personas que han acudido a buscar algún tipo de tratamiento la ENA reporta que estas fueron:

- ✓ De las personas que tienen dependencia a drogas en el último año, 18.4%, ha asistido a tratamiento (19.8% hombres y 8.9% mujeres).

En cuanto a la prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal en el último año en la población mexicana tenemos que:

- ✓ 1.5% de la población total ha consumido (2.6% hombres y 0.4% mujeres) (Gráfica 1).
- ✓ 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína. El consumo de otras drogas ilegales (alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetamínico) presenta prevalencias iguales o inferiores al 0.2%.



Gráfica 1. Tendencias en el uso en el último año de cualquier droga ilegal. Población total de 12 y 65 años. Fuente: ENA (2011).

La tendencia de crecimiento entre el 2002 a 2008 se puede observar a diferencia de la del 2008 a 2011.

En cuanto a la población Adolescente (12-17 años) la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año tenemos que:

- ✓ 1.6% de la población adolescente ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año.

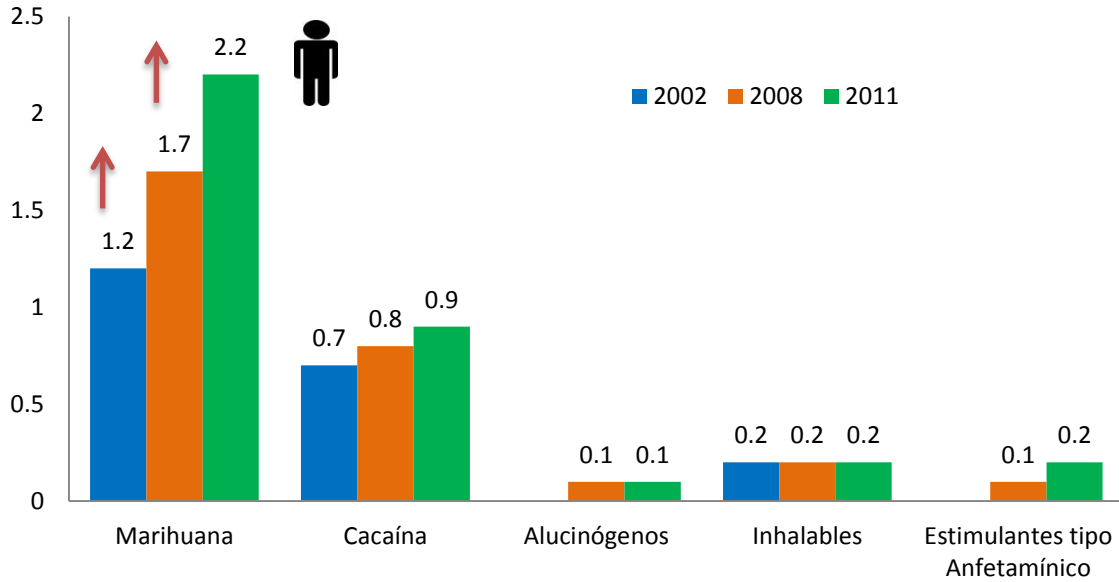
- ✓ 1.5% ha consumido cualquier droga ilegal en los últimos 12 meses (2.2% hombres y 0.9% mujeres).
- ✓ 1.6% ha consumido marihuana, 0.5% cocaína y 0.4% inhalables.

La prevalencia de consumo de cualquier droga en la población de Adultos en el último año (18-65 años) se reporta que:

- ✓ 2.8% de la población entre 18 y a 34 años ha consumido cualquier droga médica o ilegal; en este grupo se encuentra la mayor prevalencia global de consumo.
- ✓ 2.3% de esta población ha consumido cualquier droga ilegal en el último año (4.1% hombres y 0.6% mujeres).
- ✓ La Marihuana (1.9%) y la cocaína (0.8%) son las drogas de mayor preferencia en la población de 18 a 34 años, las demás drogas tienen prevalencias debajo del 0.2%.
- ✓ Entre los adultos de 35 a 65 años, la prevalencia de cualquier droga es de 1.0% (1.7% hombres y 0.3% mujeres), mientras que el consumo de drogas ilegales es de 0.8%, (1.4% hombres y 0.2% mujeres).

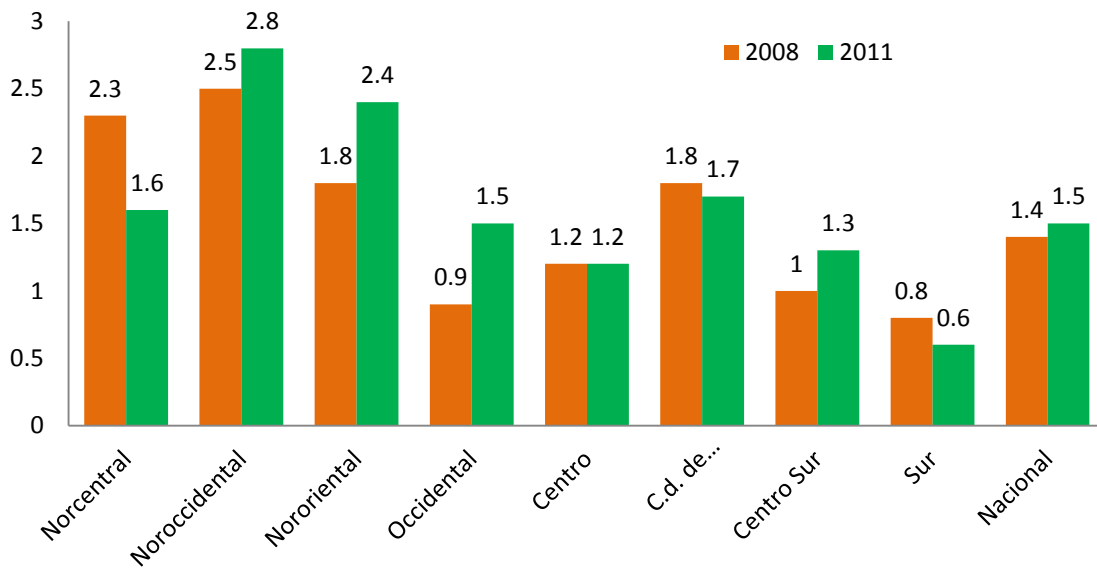
Haciendo una comparación de cambios en el tiempo y en la población total, podemos observar que:

- ✓ La prevalencia de cualquier droga es muy similar al 2008 (1.6% ENA 2008 y 1.8% ENA 2011) y la edad de inicio se ha mantenido igual desde 2008 en ambos sexos.
- ✓ La prevalencia del último año del consumo de drogas ilegales se mantuvo igual a 2008 (1.4% ENA 2008 y 1.5% ENA 2011).
- ✓ La marihuana y la cocaína no tuvieron un crecimiento significativo entre 2008 y 2011.
- ✓ Un cambio importante fue el aumento del consumo de marihuana en los hombres respecto de 2008 (1.7% ENA 2008 y 2.2% ENA 2011) (gráfica 2). En las mujeres no se observan cambios.
- ✓ La región occidental tuvo un incremento significativo en la prevalencia de consumo de drogas ilegales con respecto a 2008 (0.9% ENA, 2008; 1.5% ENA, 2011) (gráfica 2).



Gráfica 2. Tendencias en el último año respecto consumo de drogas en hombres de 12 a 65 años de. Fuente: ENA (2011).

En la cual cuando se analizan las tendencias por tipo de sustancia encontramos un incremento de consumo de Marihuana en la población masculina.



Gráfica 3. Tendencias regionales del consumo de cualquier droga ilegal en el último año. Población de 12 a 65 años. Fuente: ENA (2011).

Se puede observar una ligera disminución del consumo en la Ciudad de México.

La misma comparación pero en la población adolescente, encontramos que:

- ✓ La prevalencia de cualquier droga ilegal se mantiene igual al 2008 (1.5% ENA, 2008; ENA, 2011).
- ✓ El consumo de Marihuana, cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2008.
- ✓ El 64.1% de la población adolescente ha recibido algún programa de prevención, (64.1% hombres y 70% mujeres.) lo que representa un incremento en la cobertura en los últimos 3 años del 14% aspecto que muy probablemente ha ayudado a contener el consumo en esta población.

En cuanto a la población adulta se puede observar que ésta se comporta de la siguiente manera:

- ✓ La prevalencia de consumo para cualquier droga, en la población de 18 a 34 años, no tuvo un crecimiento significativo en relación a 2008 (2.2% ENA 2008 y 2.8 ENA 2011).
- ✓ Los hombres de este rango de edad presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga con un incremento significativo (3.4% ENA 2008 y 4.7% ENA 2011), en las mujeres, el consumo se mantuvo estable (1.0 % ENA 2008 y 1.1% ENA2011).
- ✓ En el subgrupo de 35 a 65 años el consumo de cualquier droga y de drogas ilegales permanece sin cambios con relación a 2008.

En la siguiente tabla se puede observar la comparación de consumo que existe entre el País y la Ciudad de México.

Tabla 3. Consumo de sustancias psicoactivas Entidad Nacional y Ciudad de México.

Entidad	Alcohol	Tabaco	Inhalables	Ilegales	Médicas
Nacional	♀ 19%	22 %	0.9 %	7.2 %	1.4 %
	♂ 47%				
DF	♀ 25%*	31 %	1.2 %*	7.9 %	1.5 %
	♂ 39%*				

Fuente: ENA (2011).

Los datos muestran que en la Ciudad de México las mujeres abusan más del alcohol; mujeres y hombres fuman más tabaco, inhalan más psicoactivos volátiles (inhalables) y consumen más tanto drogas ilegales como médicas que el promedio nacional.

Por otro lado, en la Encuesta de Estudiantes 2009 y 2012, la comparación del consumo se muestra de la siguiente manera (tabla 4):

Tabla 4. Comparación del consumo de sustancias psicoactivas Encuesta de Estudiantes 2009-2012.

Sustancia	Encuesta de Estudiantes 2009	Encuesta de Estudiantes 2012
Alcohol	23.3%	22.5% (181,139)
Tabaco	15.9%	14.9% (117,346)
Psicoactivos Volátiles(inhalables)	4.2%	3.0% (24,151)
Drogas Médicas sin prescripción	2.4%	2.2% (17,326)
Mariguana	4.0%	6.6% (51,979)
Metanfetaminas	0.7%	1.3% (10,238)
Cocaína	0.8%	1.1% (8,663)

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2009-2012 Ciudad de México

En la tabla anterior se puede apreciar que el consumo de drogas legales en estudiantes se redujo un punto porcentual aproximadamente, pero se obtuvo un incremento en cuanto a las drogas ilegales, por lo tanto el problema del consumo en la Ciudad de México cada día va en aumento.

La misma encuesta reporta la edad promedio de inicio del consumo por droga.

Tabla 5. Edad promedio de inicio de consumo

Sustancia	Hombre	Mujer	General
Alcohol	12.5	12.8	12.6
Inhalables	13.2	12.9	13.0
Tabaco	13.0	13.2	13.1
Cocaína	14.4	13.8	14.2
Mariguana	14.3	14.3	14.3
Metanfetaminas	14.6	14.3	14.5

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 Ciudad de México

La edad en que los adolescentes están comenzando a consumir drogas es preocupante, ya que cada vez es más temprana.

Cuando se exploraron los motivos por los cuáles los adolescentes comienzan a consumir, estos contestaron lo siguiente:

- Problemas en el hogar o en la escuela
- Estar triste, preocupado o enojado
- Sentirse sólo o incomprendido
- Por gusto, curiosidad, para ver qué se siente
- Para ser aceptado en un grupo
- Ganas de ser popular e importante

Fuente: Consulta juvenil DF. IAPA-UNAM, 2011 Estudiantes de Secundaria y Bachillerato

También se les preguntó cuáles serían las propuestas de solución, y respondieron lo siguiente:

- Actividades deportivas
- Información (veraz y científica)
- Actividades culturales
- Actividades recreativas
- Tratamiento (dónde ir a terapia)
- No criminalización (jóvenes)
- Comprensión

Fuente: Consulta juvenil DF. IAPA-UNAM, 2011 Estudiantes de Secundaria y Bachillerato

Sería recomendable que para lograr la reducción de la demanda de consumo se consideraran las propuestas de solución que los mismos jóvenes plantean.

Con lo anterior se amplía el panorama sobre el País y en específico la Ciudad de México respecto al consumo de drogas, mostrando los periodos de incremento y decremento.

En el año de 2008 el consumo se incrementó significativamente en comparación con lo que ocurría en el 2002 y en el 2011 el consumo se estabilizó sin manifestar cambios significativos en los índices de consumo en el último año en la población total estudiada (ENA, 2011).

Cuando los datos se analizan por sexo, se puede observar un incremento en el consumo de marihuana en los hombres. El consumo en adolescentes no se modificó, pero en las mujeres, consistentemente con lo observado en 2008 el consumo de marihuana y de cocaína es mayor al observado para las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo.

Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas; si bien, el consumo en general se ha estabilizado, es importante ampliar la política de prevención y tratamiento además de dirigir más acciones hacia la

población adulta joven y aunque en la ENA no se refleja, también sería importante comenzar a crear programas preventivos en fortalecimiento y desarrollo de habilidades para la vida en niñas y niños de edades más pequeñas (7-12 años), para retrasar aún más la edad de inicio de consumo y reducir la demanda del consumo de sustancias psicoactivas.

Ahora pasaremos a ver el enfoque riesgo-protección que pueden ayudar a identificar o prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

1.3 Factores de Riesgo

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios para identificar los factores relacionados con el inicio y el abuso del consumo de drogas en niños y adolescentes. El enfoque riesgo-protección es una perspectiva que permite identificar y actuar sobre las múltiples causas que dan lugar al consumo de drogas [National Institute of Drug Abuse (NIDA), 2004].

La investigación en los dos últimos decenios ha tratado de determinar cómo comienza el uso indebido de drogas y la forma en que avanza. Son muchos los factores que pueden llevar a una persona al riesgo del uso indebido de drogas, como por ejemplo: el lugar donde viven, la escuela en la que estudian, los amigos con quien se juntan, los padres, etc. Algunos de estos factores pueden aumentar en la persona la posibilidad de uso indebido de drogas, mientras que otros factores pueden reducir el riesgo (NIDA, 2004).

No es posible responder de forma breve y concisa a la pregunta de por qué algunas personas consumen droga y otras no, ni mucho menos pretender que esa respuesta sea válida para todos los casos.

En la actualidad es muy habitual incluir los factores de riesgo y los factores de protección como elementos relevantes a la hora de explicar la conducta de consumo de drogas. Tanto la investigación sobre factores de riesgo y factores de protección ante el consumo, como las teorías que organizan y dan sentido a esa investigación, proporcionan información de gran utilidad para elaborar estrategias de prevención. Más aun sabiendo que los cambios relacionados con la salud de los individuos, tales como el consumo de

drogas, ocurren como resultado del cambio en los mediadores de ese comportamiento (Mackinnon, 1994, citado en Laespada, Iraurgi, Aróstegi, 2004).

Peñafiel (2009) comenta al respecto que a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, también aumenta el número de factores de riesgo y protección, así como el índice de riesgo, pero que el estudio de estos factores (riesgo y protección) es una herramienta útil para poder establecer los objetivos de las intervenciones preventivas y para poder detectar los grupos de alto riesgo.

López y Rodríguez (2010) en un estudio que realizaron sobre factores de riesgo y protección en adolescentes, encontraron que los factores de riesgo son más en comunidad, escuela e individuo y que el tener mayor edad representa más riesgos y menos protección que los de **menor edad**.

Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son; la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar, el inicio temprano, el consumo de los amigos, el riesgo percibido respecto al consumo. En los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol. Y esto coincide con lo visto anteriormente en la Consulta Juvenil 2011, donde los jóvenes comentan los motivos de consumo.

Con estas investigaciones se puede notar la importancia de los factores de riesgo y protección para la prevención del consumo de drogas. Ahora se pasará a ver qué se entiende por factor de riesgo y factor de protección.

Un *factor de riesgo* es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo, 1999, citado en Laespada y cols., 2004).

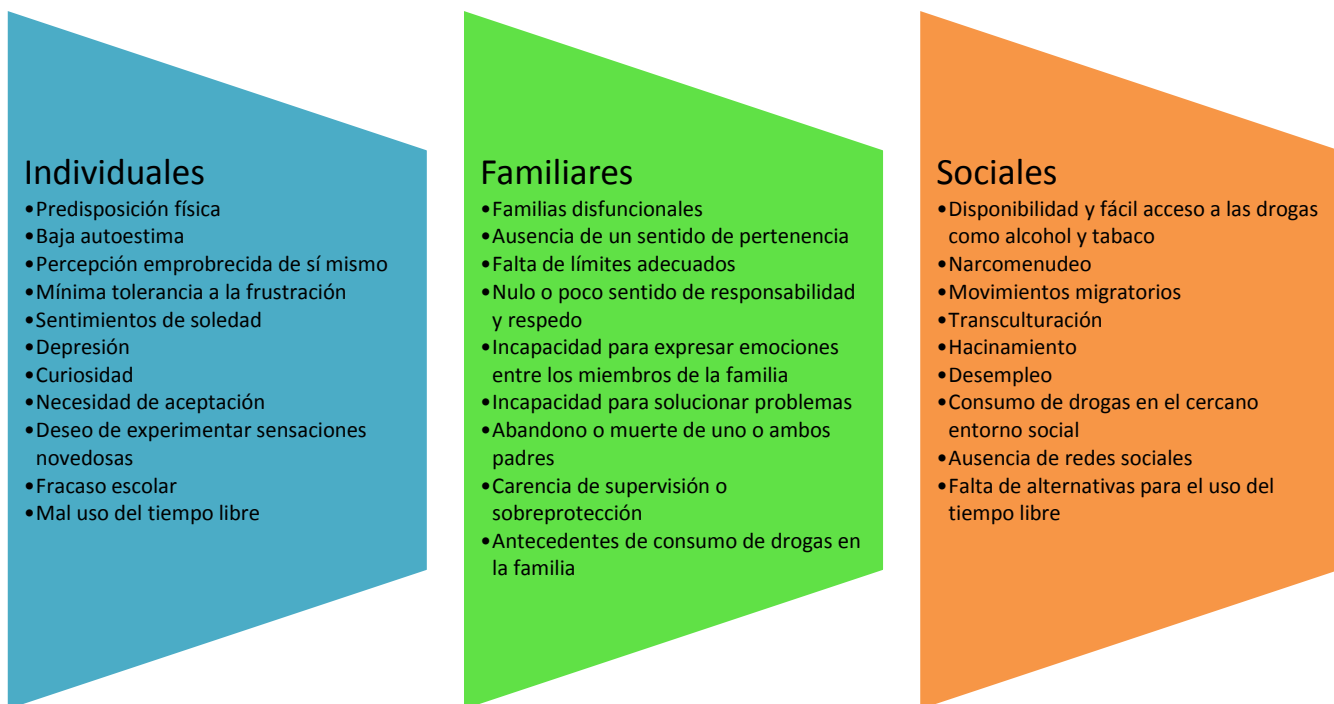
Existen varias clasificaciones sobre factores de riesgo o protección, pero aquí decidimos tomar la propuesta de Laespada, y cols. (2004), quienes mencionan que se pueden clasificar en:

- ✓ *Factores de riesgo individuales*: hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. Entre ellos pueden entrar la

edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. conforman lo que llamamos un sujeto “único”.

- ✓ *Factores de riesgo relacionales*: son aspectos relativos al entorno más próximo de la persona, como podrían ser, la interacción específica de cada sujeto con la familia, amigos y el contexto donde se desenvuelvan que determina una situación particular.
- ✓ *Factores de riesgo sociales*: son a nivel macro. Por ejemplo la estructura económica, normativa y neoliberal, la accesibilidad al consumo, la aceptación social de la misma, las costumbres y tradiciones, éstas imprimen características que diferencian unas culturas de otras, y por tanto, afectan a la conducta del individuo.

A continuación se presenta una lista de factores, creada por Cervantes (2007).



1.4 Factores de Protección

El *factor de protección*, refiere a la condición individual, sociocultural y ambiental que reduce la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que dicho consumo llegue a causarle problemas importantes (NIDA, 2004).

Entre algunos factores de protección están; el autocontrol, las relaciones positivas con otras personas, el éxito académico, la vigilancia y apoyo de los padres, , las políticas

públicas contra la oferta y reducción de las drogas, el apego al vecindario, el fortalecimiento de la resiliencia, la creación de ambientes protectores en la escuela y la familia, la promoción de estilos de vida saludable, el desarrollo de un proyecto de vida, el fortalecimiento de las habilidades para solucionar problemas, poderse comunicar y manejar las emociones.

Es importante subrayar que ninguno de los factores de riesgo referidos anteriormente es suficiente por sí mismo para provocar el consumo de drogas, sin embargo lo que favorece a que una persona se inicie y mantenga en el consumo, es la relación que pueda presentarse entre diversos factores. Así, es factible que las adicciones puedan desarrollarse en personas pertenecientes a cualquier contexto familiar o nivel socioeconómico.

Los factores de riesgo y de protección pueden estar presentes durante diferentes etapas del desarrollo, sin embargo, si son identificados con oportunidad desde la infancia, pueden atenuarse o cancelarse a través de intervenciones preventivas para fortalecer los factores de protección y anticiparse así al consumo de drogas (NIDA, 2004).

1.5 Teorías de Abordaje

Ante la dificultad que presenta el manejo de estos factores, se puede partir de que cualquier teoría, puede ser la explicación al fenómeno observado; en el estudio de factores de riesgo y de protección se habla constantemente de probabilidad y no de causalidad por lo que cualquier explicación derivada de la identificación de variables que actúan sobre el sujeto, establecerá una asociación o relación entre las mismas, con lo cual no se podría afirmar la existencia de una relación de causa-efecto entre variables ocurrientes y la conducta.

Por otro lado Flay y Petraitis (1995) opinan lo contrario, ellos creen que el desarrollo de un marco teórico además de contribuir a la ampliación del conocimiento, permite un posterior desarrollo de programas preventivos basados en el conocimiento de la realidad, a la vez que permite la evaluación de los mismos.

En este intento por explicar la realidad del consumo de drogas, surgen diversas teorías:

- ✓ Las que se centran en el análisis de aspectos concretos o de pocos factores explicativos de la conducta.

- ✓ Las que contemplan una gran variedad de factores que están en la base de la conducta de consumo.

Flay y Petraitis revisaron en 1995 las distintas teorías existentes para explicar el uso de sustancias y concluyeron que son 14 las más importantes e utilizables para comprender este fenómeno (Tabla 6). Estas teorías poseen un apoyo empírico.

Tabla 6. Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias.

Teorías cognitivo-afectivas	Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975). Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988).
Teorías del aprendizaje Social	Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979). Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986).
Teorías del apego social	Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989). Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985).
Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial	El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991). Teoría del autorechazo (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984). Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988). Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990). [Citado en Flay y Cols., 1995]
Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales	Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977). Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986 ^a , 1986b, 1987). Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991). Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982).

Fuente: Flay y Petraitis, 1995.

A continuación se presenta un breve resumen de las 14 teorías sobre el uso de sustancias revisadas por Flay y Petraitis en 1995.

Teorías cognitivo afectivas

- ✓ *La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975).*

Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social actúan de forma más

directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatizada por las anteriores.

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas, mediadas por la intención conductual.

Teorías del aprendizaje social

✓ *Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986)*

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios en el funcionamiento psicológico, además de incluir la importancia del ambiente social entre los factores determinantes de la conducta.

Bandura considera la conducta como fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente en sentido social (medios de comunicación de masas, etc.), que actúan como modelos de conducta.

Teorías del apego social

✓ *Modelo integrador de Elliot y otros (1985).*

Este modelo integra en sí, otras teorías (Teoría del control social, Teoría de la asociación diferencial y Teoría del aprendizaje social). Desde este punto de vista, la disparidad entre los recursos de los que dispone el sujeto y las metas que persigue están los factores que condicionan la aparición de la conducta problema, la falta de asunción de valores tradicionales y la adquisición de comportamientos a través de las personas de referencia más próximas al sujeto, las cuales son tomadas en cuenta a la hora de explicar el fenómeno.

✓ *Modelo de desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985).*

Desde este modelo de orientación sociológica se plantea que la vinculación social, familiar, escolar y religiosa, previenen la expresión de impulsos y conductas desviadas.

El consumo de drogas y algunas conductas desviadas son el síntoma de una débil vinculación con las instancias convencionales, y esta se mantiene a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno.

Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial

✓ *El modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1990-1991).*

Para estos autores la causa subyacente del consumo experimental de drogas es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Un bajo nivel de autoeficacia académica facilita la implicación con los pares desviados y la experimentación en el consumo como forma de hacer frente al estrés que provoca un ambiente hostil y poco gratificante.

✓ *Teoría del Autorrechazo (Kaplan, 1996).*

Kaplan ha elaborado un modelo explicativo de la conducta desviada aplicable al consumo de drogas apoyándose en el concepto de autoestima. El autor mantiene que la conducta desviada respondería a una necesidad autocompensatoria del sujeto ante una escasa autovaloración. Esta percepción negativa de uno mismo vendría dada por una serie de experiencias sociales desfavorables que le provocan un malestar psicológico y afectan a su autoestima. En este sentido, el individuo tenderá progresivamente a alejarse de aquellas instancias que son fuente u origen de su malestar y buscará alternativas que le permitan recuperar su autoestima. En la medida en que otra serie de factores como la accesibilidad a sustancias de abuso o la relación con un grupo de pares desviados, etc., estén cercanas al sujeto, éste puede verse sensibilizado a adoptar estas conductas y obtener así un reconocimiento por parte del grupo de iguales, alejándose cada vez más de los comportamientos convencionales.

✓ *Teoría del aprendizaje social de Simons, Conger y Withbeck (1988).*

Esta teoría integra un gran número de factores a la hora de explicar la conducta de consumo, entre ellos la autoestima, las habilidades de afrontamiento, los factores relativos a la familia y los amigos. Estos se distinguen entre las variables que tienen más importancia en el inicio del consumo (factores individuales como la importancia de lo inmediato, factores familiares relativos a la calidez de las relaciones, modelos parentales, disciplina, etc.) y variables que influyen más en el mantenimiento del mismo (un progresivo acercamiento a otros sujetos consumidores). El consumo habitual de drogas vendrá determinado por el consumo en la familia, en los amigos, por el malestar emocional del propio sujeto y su déficit en habilidades de afrontamiento adaptativas.

Teorías que integran constructos cognitivo afectivos, de aprendizaje, de compromiso, de apego e intrapersonales.

✓ *Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977).*

Desde esta teoría, la conducta problema es aquella conducta definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conllevan a una respuesta de control social (reprobación, rechazo social o encarcelamiento) por parte de las instituciones de autoridad. El consumo de drogas, entre otras conductas, supone el rechazo a las normas sociales, esto podría explicarse desde distintos sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta como elementos interrelacionados y organizados entre sí. A su vez, estos sistemas están afectados por una serie de variables antecedentes de gran relevancia. Las características demográficas, el proceso de socialización y sus agentes, son las instancias de importancia.

✓ *Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais (1987).*

Según esta teoría, la única variable con influencia directa sobre la conducta de consumo, es la implicación con amigos consumidores. Otras variables como la estructura social, las características psicológicas del sujeto y la inadecuada relación de éste con las instituciones convencionales, son influencias más indirectas.

Es a partir de estas teorías que se puede notar la variedad con la que cuentan para abordar el fenómeno de las adicciones, todas estas con un enfoque cognitivo conductual. Valdría la pena revisar el enfoque fisiológico, neuropsicológico, psicoanalítico, cultural, etc. Donde también desde sus visiones se puede abordar dicho fenómeno y tratar el problema, obteniendo en algunos casos mayor éxito que en otros.

1.6 Propuestas de prevención de adicciones

A continuación se presenta un resumen de algunos modelos preventivos en materia de adicciones que dan cuenta de lo que están haciendo algunas instituciones en México y Estados Unidos de América, ésta compilación se obtuvo del *Manual de Modelos Preventivos*, por parte de la SSA y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2009) y del *Manual Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes* por parte del NIDA (2004).

CONSTRUYENDO TU VIDA SIN ADICCIONES ¹

Dr. Agustín Vélez Barajas, Dr. Ángel Prado, Profa. Ma. Teresa Sánchez Frago
Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

Esta propuesta de prevención fue elaborada desde el sector salud, es de tipo universal, aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos y se basa en las colaboraciones de la medicina-cuerpo, la cual, de manera general busca fortalecer la responsabilidad individual y social de la salud , y en particular, busca prevenir adicciones facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona para propiciar condiciones que eleven su calidad de vida y la de las comunidades.

Su metodología de trabajo con diferentes grupos, establece como tarea inicial la elaboración de un diagnóstico del estilo de vida para identificar en su actuar cotidiano prácticas de riesgo susceptibles de ser mejoradas, desarrollar habilidades autogestivas e incorporar factores de protección a su estilo de vida para incrementar el grado de satisfacción personal. Con el propósito de incidir en actitudes, comportamientos, usos y costumbres que integran el estilo de vida, se seleccionaron una serie de recursos que se utilizan en las sesiones preventivas y facilitan la identificación de aspectos en el estilo de vida susceptibles de cambio, estos son:

- ✓ Dispositivo grupal
- ✓ Trabajo vivencial
- ✓ Trabajo con imágenes
- ✓ Trabajo psicocorporal

Las esferas del estilo de vida que se trabajan son:

- ✓ Equilibrio psicocorporal
- ✓ Autoconcepto
- ✓ Hábitos alimenticios
- ✓ Uso y abuso de sustancias tóxicas
- ✓ Tiempo libre
- ✓ Expresividad
- ✓ Creatividad

CÓMO PROTEGER A TUS HIJOS CONTRA LAS DROGAS ⁱⁱ

Centros de Integración Juvenil (CIJ)

Dr. Luis Solís. Director de Prevención de CIJ

Dra. Patricia Gómez. Jefa de Proyectos Nacionales

Psic. Manuel Ponce B. Subdirector de Prevención

El modelo se fundamenta en la prevención universal, selectiva e indicada, parte de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del consumo y los daños asociados, considera que se puede disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar y social.

De manera general, la intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo a partir del tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población.

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

En los CIJ la movilización social es un proceso que se orienta a potenciar el efecto de las acciones de la sociedad organizada para la prevención de adicciones por medio de la participación de personas de la comunidad, técnicos de la salud mental y estudiantes en servicio social que realizan acciones preventivas.

USO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO ⁱⁱⁱ

Lic. Silvia Carreño García, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Arturo Ortiz, Mtra. Guillermina Natera, Lic. Marcela Tiburcio, Dr. Agustín Vélez.

CONADIC / Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Este programa de prevención es una iniciativa internacional que ofrece una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema de uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. El modelo fue diseñado por el Dr. Sverre Fauske, (Fauske, Wilkinson, Shain, 1996) y está dirigido a empresas pequeñas, grandes y medianas.

Este fue adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de un amplio programa de investigación llevado a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998) y fue extendido a la familia y a la comunidad (Natera y Tiburcio, 1998).

Los objetivos de este modelo son:

1. Establecer una infraestructura que integre dos componentes de la empresa, **el trabajador** (que puede ser a través de su sindicato) y el **departamento de recursos humanos**, para que sean capaces de implantar programas efectivos para la prevención de los problemas asociados al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además de conjuntar los recursos de la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo.
2. Desarrollar y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que esté orientado a los trabajadores, se extienda a su familia y comunidad.

El modelo consta de nueve etapas para la introducción e implantación en las empresas, con la finalidad de asegurar su utilidad, continuidad y permanencia.

1. Formar un comité con la participación de todos los sectores
2. Establecer una política laboral en torno al consumo.
3. Desarrollar un programa de prevención con énfasis en el nivel primario y secundario.
4. Diseñar estrategias de intervención para trabajadores.
5. Identificar y manejar los problemas.
6. Entrenar a supervisores y personal de salud.
7. Establecer un programa de referencia a tratamiento.
8. Dar seguimiento a las acciones del programa.
9. Realizar la extensión de los programas a la familia y a la comunidad.

RIESGOS PSICOSOCIALES PARA MENORES, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS ^{iv}

CHIMALLI–DIF

Dirección de Protección a la Infancia

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios. Este modelo constituye una adaptación del Modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

Las bases teóricas nacen de la aproximación Riesgo-Protección y de la Teoría de la Resiliencia que pone mayor énfasis en el éxito de las personas y las comunidades para enfrentar estresores, crisis y adversidad, y no tanto en los riesgos y las problemáticas.

El dispositivo de intervención está constituido por la reunión de personas en pequeños grupos, ya sea niñas, niños y/o adolescentes, padres de familia y adultos que se reúnen para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social de resolución de problemas con un sentido propositivo. El modelo considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas:

1. Uso de drogas y conducta antisocial
2. Eventos negativos de la vida
3. Estilo de vida

El modelo Chimalli-DIF establece lineamientos básicos para el desarrollo del material preventivo, recomendando una estructura específica para los ejercicios, que no debe ser alternada por el promotor infantil comunitario (PIC), de quien será la tarea de construir los materiales (o modificar los existentes) de acuerdo a sus recursos y a las características socioculturales y sociodemográficas de su población. Toda sesión preventiva (con duración de aproximadamente una hora) deberá tener 4 momentos básicos:

1. Información pertinente sobre factores de riesgo y de protección en el tema y la habilidad a desarrollar.
2. Concientización a través de técnicas de reflexión de tipo psico-corporal para incluir el tema manejado en información a la vida cotidiana.
3. Modelamiento de habilidades protectoras; busca que los grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos aprendan técnicas de protección, es decir, diferentes maneras de lidiar con los conflictos o estresores para que se orienten hacia la solución de sus dificultades.
4. Práctica semanal; en cada sesión preventiva el promotor infantil comunitario especifica una tarea semanal en relación con la habilidad que se pretende moldear.

EDUCACIÓN PREVENTIVA CONTRA LAS ADICCIONES ^v

Dra. Patricia de Leonardo y Ramírez.

Directora General de Extensión Educativa de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal. SEP

Lic. Patricia Bermúdez Lozano.

Directora de Salud Escolar de la Dirección General de Extensión Educativa.

Lic. Nancy Gigliola Amador Buenabad.

Subdirectora de Coordinación Interinstitucional para la Prevención y Atención de Riesgos de la Dirección de Salud Escolar.

El **Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA)** es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender en la comunidad.

El PEPCA se ubica en el proceso de desarrollo educativo y constituye una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la Educación Básica, se vincula con los planes y programas de estudio vigentes, y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los educandos la capacidad para tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, de tal forma que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo.

La metodología plantea la forma en que se puede realizar la labor preventiva contra las adicciones desde la actividad escolar. La tarea de informar es de las y los docentes son ellos quienes se encargan de coordinar y dirigir las actividades en la escuela, de tal manera que las acciones se extiendan a la comunidad y desde luego a los hogares para promover la participación conjunta entre los maestros, alumnos y padres de familia.

Para alcanzar estos objetivos es necesario el planteamiento de una Escuela Activa, donde el alumno sea participativo y se involucre más en el proceso de enseñanza-aprendizaje; otro aspecto es; procurar que el docente incorpore en su actividad cotidiana un estilo no directivo, donde lejos de ser el maestro tradicional, se convierta en un facilitador de aprendizaje y los conocimientos que se adquieran en el aula sean de utilidad en la vida cotidiana, es decir, convertir el proceso de aprendizaje en una experiencia significativa.

Actualmente el PEPCA se instrumenta en Educación Secundaria a través de dos estrategias:

1. Estrategia General de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo. Se desarrolla en las instalaciones de la Dirección de Salud Escolar y consiste en

convocar a todas las escuelas del nivel secundaria para que un representante del Sistema de Asistencia Educativa participe en ciclo de capacitación del programa.

2. Estrategia Focalizada de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo. La operación de esta estrategia inicia con la realización de un análisis para ubicar a las escuelas que se encuentran en zonas de alto riesgo. Previo acuerdo posteriormente y con las autoridades del nivel, un especialista de la Dirección de Salud Escolar acude directamente al plantel educativo para acordar un Plan de Acción con el Director(a), incorporar el programa de prevención y brindar asesorías al personal docente, alumnos y padres de familia a lo largo del ciclo escolar bajo la participación coordinada de los representantes del Sistema de Asistencia Educativa.

YO QUIERO, YO PUEDO PARA ALUMNOS DE 4º, 5º Y 6º GRADOS DE PRIMARIA ^{vi}

IMIFAP - Educación, salud y vida

El programa “Yo quiero, yo puedo” favorece el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública. Se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que estos sean los replicadores del programa con los y las estudiantes.

El objetivo del programa es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitirán manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar para prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas.

INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL

Lic. Simón Tavera, Lic. Mónica Cantú de Ainslie, Lic. Víctor Luna

Fundación “Ama la Vida” IAP

Este es un modelo de tratamiento que tiene como propósito general desarrollar un dispositivo integral de intervención que articule los esfuerzos de la unidad residencial con los restantes servicios comunitarios de atención de la salud y la seguridad de las personas.

A mediano plazo, la tarea consistirá en tener una base de participación social de actores de la propia comunidad a la que pertenecen los afectados por el problema de la

farmacodependencia, para que conduzcan el proceso de rehabilitación, sin que esto implique el desarraigo de las personas de su propio hogar y comunidad.

MODELO EDUCACIÓN PARA LA VIDA Y EL TRABAJO AGUAS CON LAS ADICCIONES ^{vii}

Lic. Sara Elena Mendoza Ortega

El modelo Educación para la Vida y el Trabajo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), tiene como finalidad ofrecer a jóvenes y adultos un proceso educativo congruente con sus ámbitos particulares, necesidades e intereses. Aborda una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad, también de gran interés para los adultos y sus familiares.

Este modelo constituye una forma particular de orientar y organizar estrategias además de actividades educativas para abordar contenidos significativos tomando en cuenta las situaciones y condiciones de vida de las personas jóvenes y adultas. Asimismo, busca ofrecer una educación que les sea útil en la vida cotidiana, en la cual los contenidos refieran a sus necesidades e intereses reales, esto mediante la recuperación de lo que ya saben, y así propiciar la aplicación de lo aprendido en su quehacer cotidiano.

Se trata de una educación relevante y de calidad para su vida.

La propuesta educativa, estructura los contenidos en 42 módulos de aprendizaje que giran alrededor de temas de interés relacionados ya sea con áreas del conocimiento o con el ámbito de diversos grupos de población.

El módulo “Aguas con las Adicciones” cuenta con un paquete de materiales:

- ✓ El “libro de los y las jóvenes” con bibliografía de consulta para obtener la información sobre cada tema, y las indicaciones para realizar distintos tipos de actividades que favorecen la reflexión sobre experiencias, así como el análisis y comprensión de la información para llegar a conclusiones que lleven a la toma decisiones sobre un asunto determinado.
- ✓ Seis fichas técnicas indispensables para desarrollar las diferentes actividades que propone el libro sobre el cerebro, los sentimientos, el uso, abuso y efectos de la marihuana, la cocaína, los inhalables y anfetaminas.
- ✓ Un “cuaderno de trabajo” y una revista con distintos contenidos sobre el tema y otros folletos relacionados.

PROGRAMA COMUNITARIO “LA ESCUELA QUE SE PREOCUPA” (CARING SCHOOL COMMUNITY PROGRAM) ^{viii} (anteriormente conocido como el Proyecto del Desarrollo Infantil o Child Development Project en inglés).

Eric Schaps, Ph.D.

Este es un programa universal para la familia y la escuela, dirigido a reducir el riesgo y fortalecer los factores de protección en los niños de primaria. El programa se concentra en fortalecer “el sentido de comunidad” de los estudiantes, o su conexión con la escuela. Las investigaciones han mostrado que este sentido de comunidad es clave para reducir el uso de drogas, la violencia y los problemas de salud mental, mientras que promueve la motivación y el rendimiento académico.

INTERVENCIONES CENTRADAS EN LAS AULAS E INTERVENCIONES DE SOCIEDADES FAMILIA-ESCUELA (CLASSROOM-CENTERED [CC] AND FAMILY-SCHOOL PARTNERSHIP [FSP] INTERVENTION) ^{ix}. Nicholas Lalongo.

Las intervenciones CC y FSP son intervenciones universales para el primer grado, dirigidas a reducir el comienzo de la violencia y conducta agresiva en un futuro, además de mejorar el rendimiento académico. Las estrategias del programa incluyen guías para la organización y el manejo de la clase, un currículo que incluye lectura y matemáticas, comunicación padre-maestro, y manejo de la conducta del niño en la casa.

GUÍA PARA LAS BUENAS SELECCIONES (GUIDING GOOD CHOICES [GGC] [Anteriormente, Cómo Prepararse para los Años Libres de Drogas]) ^x. J. David Hawkins

Este currículo fue diseñado para enseñar a los padres cómo reducir los factores de riesgo y fortalecer los lazos familiares. En cinco sesiones de 2 horas, los padres aprenden habilidades de involucramiento e interacción familiar, cómo fijar expectativas claras, supervisar la conducta, mantener la disciplina además otros enfoques de manejo familiar y de vinculación.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LAS HABILIDADES PARA LA VIDA (LIFE SKILLS TRAINING PROGRAM [LST]) ^{xi}. Gilbert Botvin.

El LST es un programa universal para los estudiantes de escuela media, diseñado para tratar un amplio rango de factores de riesgo y de protección, enseñando habilidades personales y sociales en general, conjuntamente con las habilidades para resistir ante las drogas, incluyendo educación sobre las mismas. Recientemente se desarrolló una versión

para la escuela primaria y el programa LST de refuerzo para estudiantes de la secundaria ayuda a mantener las ganancias del programa de la escuela media.

PROGRAMA LIONS-QUEST SOBRE LAS HABILIDADES PARA LA ADOLESCENCIA (LIONS-QUEST SKILLS FOR ADOLESCENCE [SFA])^{xii}. Marvin Eisen.

Es un programa universal de educación sobre las habilidades para la vida, dirigido a estudiantes de la escuela media y se está utilizando en escuelas de todo el país. El enfoque radica en enseñar las habilidades para formar auto-estima, responsabilidad personal, comunicación, toma de decisiones, resistencia a las influencias sociales, afirmación de los derechos, y en aumentar el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas.

SFA es un programa que se encuentra disponible comercialmente

PROMOCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL PENSAMIENTO ALTERNATIVO (PROMOTING ALTERNATIVE THINKING STRATEGIES [PATHS])^{xiii}. Mark T. Greenberg.

PATHS es un programa integral para la promoción de las habilidades sociales y de salud emocional. El programa también está dirigido a reducir la agresión y los problemas de conducta en los niños de la primaria, al mismo tiempo que mejora el proceso educativo en clase.

HABILIDADES, OPORTUNIDAD, Y RECONOCIMIENTO (SKILLS, OPPORTUNITY, AND RECOGNITION [SOAR], ANTERIORMENTE, EL SEATTLE SOCIAL DEVELOPMENT PROGRAM)^{xiv}. J. David Hawkins.

Esta intervención universal está basada en la escuela que abarca los grados del uno al seis, busca reducir los riesgos de la delincuencia y el abuso de drogas en la niñez mejorando los factores de protección. Esta intervención cuenta con múltiples componentes que combinan el entrenamiento para los profesores, los padres y los niños durante la etapa de la primaria para promover la formación de lazos entre los niños y la escuela, el comportamiento positivo en la escuela y rendimiento académico.

Lo anterior da cuenta de manera breve de algunos modelos preventivos y de intervención que se están llevando a cabo en México para evitar el inicio, uso, abuso o dependencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Lo que se expresa en este trabajo no constituye una “explicación determinista”, pues se entiende que en el mundo de las drogas y en el tratamiento de las conductas que desencadenan sus usos, intervienen una larga serie de factores; psicológicos, sociológicos, antropológicos, políticos y culturales. Cada uno desde su “trinchera” aporta conocimiento para “controlar” este fenómeno tan complejo.

El siguiente capítulo dará una descripción de los programas de tratamiento utilizados durante la maestría y algunas intervenciones que se hicieron en las sedes donde se realizó la formación.

ⁱ Fuente: Manual de Modelos Preventivos (CONADIC, 2009).

ⁱⁱ Ídem.

ⁱⁱⁱ Ídem.

^{iv} Ídem.

^v Ídem.

^{vi} Ídem.

^{vii} Ídem.

^{viii} Fuente: Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes (NIDA, 2004).

^{ix} Ídem.

^x Ídem.

^{xi} Ídem.

^{xii} Ídem.

^{xiii} Ídem.

^{xiv} Ídem.

CAPITULO 2

**“Una sociedad de insomnes (alertas o empastillados)
es una sociedad de enemigos mutuos,
de depredadores recíprocos,
todos viendo a ver a quién agarran dormido
mientras se cuidan de estar despiertos”
Pablo Fernández**

FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

A continuación se presenta una descripción de los diferentes tratamientos vistos durante la maestría, también los resultados del proceso de algunos usuarios atendidos en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y en el Centro de Integración Juvenil, Iztapalapa Oriente (CIJ-IO)

2.1 CENTRO DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ (CEPREA)

El CEPREA fue creado a principios de los años 90's por el Dr. Héctor Ayala y colaboradores, en sus inicios fue nombrado “Centro Acasulco”, después “Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA)” y recientemente se le añadió el nombre del doctor; el cual pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM y se creó con la finalidad de realizar investigaciones en el campo de las adicciones.

Desde el año de 1993 el CEPREA ofrece programas de tratamiento con corte breve, dirigidos a prevenir y evitar el desarrollo de dependencias severas en personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas. Estos programas están sustentados en la Teoría Cognitivo Social y son los siguientes:

- ✓ Intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo del alcohol y otras drogas.
- ✓ Intervención breve para bebedores problema (mayores de 18 años).
- ✓ Tratamientos breves para usuarios de tabaco, cocaína y/o marihuana.
- ✓ Programa de satisfactores cotidianos para personas con dependencia severa.
- ✓ Programa para familia.

Estos están basados en el modelo de las Etapas de Cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1982) citado en Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) quienes observaron que las personas pasan por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Este intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el inicio de un tratamiento o en el proceso de cambio de una conducta “problema” a una que no lo es. En el modelo se considera la motivación como un factor importante en el cambio conductual y que le atribuye al usuario un rol “activo”, viéndolo como fuente principal de cambio del comportamiento.

Las etapas de cambio propuestas por Prochaska y DiClemente (1982) son:

- **Precontemplación:** el usuario desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, la existencia de un problema de salud, o bien conoce la existencia de un problema de salud pero se muestra renuente respecto al cambio positivo en su conducta.
- **Contemplación:** el usuario advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o tal vez la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de algún periodo de tiempo (por ejemplo 6 meses).
- **Determinación:** el usuario piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (por ejemplo dentro de 30 días).
- **Acción:** el usuario trabaja activamente en las modificaciones de las conductas que atañen su salud, o bien en el problema de salud identificado.
- **Mantenimiento:** el usuario adapta habitualmente a las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado al mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. (el usuario debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores).
- **Recaída:** en esta etapa el usuario inicia nuevamente el ciclo, es decir, el usuario deja de emitir la conducta deseada, lo cual puede ser atribuido por una escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.

La descripción anterior no es lineal, no todas las personas que pasan por un proceso de psicoterapia atraviesan por cada una de ellas, todos los procesos son diferentes.

2.1.1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PIBA)

El programa está basado en los fundamentos teóricos y conceptuales del “*Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*”. Este fue diseñado debido a que diversos estudios reportan que se observa una disminución en la edad de inicio en el consumo de sustancias. Y que los adolescentes que consumen drogas tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz, y Barrientos, 2005).

Es por eso que existe la necesidad de detectar y tratar de forma temprana a aquellos adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, para así detener la evolución de la historia natural de la dependencia además de evitar posibles consecuencias para su salud física y mental, y lo que esto implica para su contexto familiar, escolar, social y cultural, enfocándose de manera específica al consumo.

En este se destaca la importancia de la inducción al programa como estrategia innovadora y efectiva para motivar al adolescente -que difícilmente reconocerá las consecuencias negativas de su consumo- a que acepte involucrarse y mantenerse en el programa (Martínez *et al.*, 2005).

Este tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias a través de la intervención breve motivacional, basándose en la teoría del aprendizaje social; así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación para controlar su consumo de sustancias y mantener el cambio en la conducta de consumo (Martínez, *et al.*, 2005). Está basado en el programa propuesto en Canadá, denominado: Tratamiento Breve para Jóvenes, por Breslin, Sdao-Jarvie y Pearlman (1999), el cual fue adaptado a población mexicana (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998, en Martínez, 2005).

El programa consiste en la realización de lecturas y ejercicios que ayudan al adolescente a realizar el cambio en su patrón de consumo de sustancias. Está conformado de manera general por tres seguimientos (1er, 3er y 6to mes) con el objetivo de evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario y siete sesiones que abordan los siguientes aspectos (Martínez *et al.*, 2005):

- ✓ **Admisión:** identificación de la disposición al cambio del usuario y evaluación del cumplimiento de los criterios de inclusión.
- ✓ **Evaluación:** obtención de información sobre historia y patrón de consumo, situaciones de consumo y nivel de autoeficacia del usuario para abstenerse del consumo en determinadas situaciones.
- ✓ **Inducción al programa:** analizar los problemas relacionados con el consumo y así generar la disposición al cambio..
- ✓ Sesión 1. **Balance Decisional y establecimiento de Meta de Consumo.**
- ✓ Sesión 2. **Situaciones de Riesgo y Planes de Acción.**
- ✓ Sesión 3. **Metas de Vida.**
- ✓ Sesión 4. **Restablecimiento de Meta de Consumo.**
- ✓ Además de las 7 sesiones mencionadas, se realizan **tres seguimientos (1, 3 y 6 meses)** con el objetivo de evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario.

La duración aproximada de las sesiones es de 45 a 60 minutos y el terapeuta apoya al usuario en la resolución de sus problemas dirigiendo las lecturas y comentando los ejercicios de cada sesión.

En las sesiones el usuario analiza costos y beneficios del cambio, así como el registro de su consumo diario de sustancias psicoactivas, elige la meta del tratamiento (*abstinencia o moderación*) e identifica situaciones de consumo, para finalmente desarrollar estrategias que le permitan enfrentar esas situaciones.

Participante

Usuario de 16 años

Estado civil: Soltero

Escolaridad: 2º de secundaria

Ocupación: Desempleado

Motivo de consulta: “El papá lo lleva porque consume marihuana”

Etapas de cambio: Pre-contemplación

Escenario

Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Instrumentos

Entrevista Semiestructurada (Ayala y Echeverría, 1998): es un cuestionario que consta de 11 reactivos que permiten recabar información acerca del consumo de alcohol u otras drogas y conocer ampliamente acerca de la problemática del adolescente. La entrevista no arroja un puntaje o calificación específica, sin embargo puede determinar si el adolescente es candidato o no al programa.

✓ **Entrevista Inicial** (Ayala, 2001): es una entrevista semiestructurada que mide 9 diferentes áreas; datos de identificación, historia de tratamiento del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social, área familiar, área de la sexualidad y área de satisfacción en la vida. Lo anterior con el objetivo de obtener información general acerca del adolescente y los problemas relacionados con su consumo.

✓ **Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT)** (Mariño, González-Forteza, Andrade, y Medina-Mora, 1997): es un cuestionario de 81 reactivos que detecta los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes. Para los objetivos del programa sólo se utilizan 19 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no) y el objetivo es tener un primer filtro para detectar a los adolescentes con problemas de uso de sustancias.

✓ **Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)** (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979): es un calendario de los últimos seis meses del año que permite conocer el patrón de consumo actual del usuario en relación a frecuencia y cantidad de consumo. En esta se le pide al usuario que reporte el número de copas estándar o consumo de drogas ilegales consumidas cada día.

Los datos obtenidos por día pueden ser promediados o sumados para determinar variables como:

- Número total de días de consumo
- Número total anual de copas estándar consumidas
- Promedio de tragos consumidos por día
- Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 90 días

- Porcentaje de días de abstinencia
- Porcentaje de días de consumo (bajo, moderado y excesivo)

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham y Davis, 1982, adaptado para población mexicana adolescente por Martínez *et al.*, 2005): se basa en el análisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, las cuales, en la mayoría de los casos, resultan de consumo excesivo y de alto riesgo para una recaída. Permite medir situaciones específicas de consumo de alcohol en el individuo, y a la vez la planeación del tratamiento, pues proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo para el individuo.

El tiempo aproximado para contestarlo es de 20 minutos; su aplicación puede ser individual o grupal, lo puede aplicar el entrevistador o ser auto-aplicado. El ISCA es un cuestionario que consta de 100 reactivos diseñados para medir ocho categorías o situaciones de consumo de alcohol, divididas en dos grupos:

- Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad de consumo)
- Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión social y momentos agradables) (Martínez *et al.*, 2005).

Cada reactivo se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos:

- Si “NUNCA” bebió en exceso en esa situación = 0
- Si “OCASIONALMENTE” bebió en exceso en esa situación = 1
- Si “FRECUENTEMENTE” bebió en exceso en esa situación = 2
- Si “CASI SIEMPRE” bebió en exceso en esa situación = 3

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría. Los puntajes obtenidos pueden ser transformados en un puntaje final llamado “índice del problema”, dividiendo cada subpuntaje entre el puntaje máximo posible en cada subescala y multiplicándolo por 100.

- 0 puntos = Bajo Riesgo

- 1 – 33 puntos = Riesgo Moderado
- 34 – 66 puntos = Alto Riesgo
- 67 – 100 puntos = Muy Alto Riesgo

✓ **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)** (Annis y Martin, 1985; traducción y adaptación por Ayala y Echeverría, 1997): el CCS fue diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura (1977) en relación a la percepción del usuario para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abuso de alcohol u otras drogas.

Es un cuestionario de auto-reporte que consta de ocho reactivos que equivalen a ocho categorías evaluadas en el ISCA y que a su vez pueden agruparse en dos grupos: *situaciones personales y situaciones de grupo*.

Se creó como un instrumento para que el terapeuta mida durante el tratamiento la evolución de la auto-eficacia del paciente, en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. Igualmente, puede ser empleado para la investigación enfocada en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída (auto-eficacia/situaciones de riesgo) (Ayala y Echeverría, 1997).

Los puntajes en cada categoría van de 0 a 100%; el usuario marca en una línea continua, qué tan capaz se siente de controlar su forma de beber en cada una de las situaciones (Ayala, *et al.*, 2005).

- 0 – 20% = No tiene o tiene poca confianza de poder resistir.
- 80 – 100% = Mucha confianza o seguridad para controlar el consumo excesivo

✓ **Auto-registro** (Ayala y Echeverría, 1997): Es un formato en donde el usuario anota diariamente los aspectos de su conducta de consumo (necesidad de consumo, consecuencias). Este registro proporciona retroalimentación al usuario sobre su conducta de consumo, y se ha notado que el sólo hecho de registrar la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado (Barlow, Hayes y Nelson 1984).

- Episodios de consumo.
- Cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo.

- Circunstancias asociadas con el consumo (lugar, estado de ánimo, consecuencias a corto y largo plazo, etc.).
- Pensamientos y necesidad de consumo.

PROCEDIMIENTO

Admisión:

En ésta sesión el usuario manifestó que no tenía conocimiento del por qué estaba ahí, su papá lo había llevado, se le explicó sobre el centro y las actividades que en éste se realizaban, después se le volvió a preguntar si con esto ya tenía un motivo de consulta, a lo que el usuario refirió: *“bueno es que consumo drogas”*.

Se comenzó a indagar su historial de consumo haciéndole notar las consecuencias que este le había traído, para al final de la sesión retomar las mismas y utilizarlas de enganche al tratamiento.

Finalmente se le aplicó el POSIT y se le invitó a que continuara asistiendo para una mejor evaluación de su consumo y valorará si él quería asistir a tratamiento, también se le comentaron las consecuencias positivas que puede traer su asistencia a éste.

Evaluación:

En esta sesión se indaga más sobre el patrón de consumo, se aplica la LIBARE a seis meses, el ISCA, y el CCS, se le menciona que de acuerdo a los resultados de la evaluación él podrá tomar la decisión de asistir o no al programa.

Inducción al programa:

El usuario llegó con la curiosidad de ver qué tanto le iba a mostrar la evaluación, respecto a sus resultados.

Al momento en que se le entregaron los resultados, se dio cuenta que su consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína e inhalables) no era “alto” pero al ver su consumo de alcohol y tabaco, se impactó, por lo que comentó: *“ah, pues creo que sí estoy bebiendo mucho ¿verdad?”*. Esto sirvió para mover al usuario de su etapa de cambio y que comenzará a contemplar los beneficios..

Sesión 1.

Primer paso: Balance decisional y establecimiento de meta de consumo.

El usuario llega con 30 minutos de retraso, se comienza a trabajar con el objetivo de la sesión pasada, se retoma lo que en un primer momento (admisión) se había comentado sobre las consecuencias positivas y negativas del consumo, para después pasar a establecer la meta del tratamiento.

En cuanto al consumo de drogas escogió la abstinencia total, la meta para el consumo de alcohol fue un poco más difícil, en esta el usuario eligió la moderación, en un principio quería consumir 5 copas por ocasión (2 a 3 días por semana) se le hace énfasis sobre sus consecuencias y qué podría pasar si consume 5 copas por ocasión. Finalmente el usuario establece su meta de consumir sólo 2 copas por ocasión.

Sesión 2

Paso dos: Situaciones de riesgo y planes de acción.

En esta sesión, el usuario llega manifestando no haber cumplido con la meta que se había planteado la sesión pasada (hubo consumo en 2 días, uno de 5 copas y otro de 2), se indaga qué hizo que consumiera. Una vez hecho esto, se retoma la metáfora de la montaña, esto con el fin de que el usuario se diese cuenta de que el camino no iba a ser fácil, pero con esfuerzo y dedicación podría alcanzar la meta que se había propuesto. Finalizando esto, se hace un puente para ligarlo con el objetivo de esta sesión, tomando como ejemplo esos consumos, analizándolos y creando estrategias de cómo pudo haber enfrentado esas situaciones sin consumo, también se plantean nuevas estrategias para futuras situaciones donde se pudiera presentar el consumo y cómo afrontarlas.

Al término de la sesión se hace que el usuario vuelva a replantear la meta de consumo.

Sesión 3.

Paso tres: Metas de vida.

El usuario llega con 15 minutos de retardo, “desesperado”, se le pregunta ¿qué había ocurrido?, éste manifiesta que sólo había consumido 1 día 2 copas de alcohol, pero que por un problema, había consumido cocaína en piedra (crack). Se indagó el problema y lo que había sucedido. El usuario comentó que *“el fin de semana se había enterado que su novia había sufrido de abuso sexual, esto lo sacó mucho de onda y le dio mucho coraje, lo primero que se le vino a la mente fue ir a matar al exnovio, pero su novia lo tranquilizó”*, como finalmente no lo hizo y seguía con el coraje, fue a fumarse una piedra (sólo

consumió 2 piedras), tenía ganas de seguir consumiendo pero se detuvo porque pensó en las consecuencias de un consumo excesivo y prefirió detenerlo.

Ante esto se reforzó al usuario por haber logrado detener su consumo, se le hizo notar cómo fue que lo detuvo, para que así en otras situaciones difíciles pudiera detenerlo antes de que iniciara el consumo.

En esta sesión se trabajó el control y la expresión de emociones, así como las formas de relajación (respiración y tensión), para que él pudiese controlar situaciones y sentirse mejor.

Además de que se le dio orientación sobre cómo poder ayudar a su novia, se le dio información del centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila, para que su novia pudiera acudir.

Sesión 4

El usuario llega manifestando sentirse más tranquilo, había hablado con su novia, llamado al centro de servicios Dr. Guillermo Dávila para pedir informes, e iban a acudir para pedir una cita. También comentó que en cuanto a su meta de consumo la seguía manteniendo con 2 copas sin sobrepasarla y ya no había consumido drogas ilegales.

En la sesión se trabajó con el objetivo de metas de vida, el usuario ya tenía identificadas algunas metas, así que no le costó mucho trabajo. Él se planteó dejar de consumir drogas ilegales, terminar la secundaria (en esta el usuario propuso terminar de estudiar, pero aquí se dividió la meta en otras más pequeñas) y la de conseguir un trabajo, por lo que se desglosaron los pasos que tenía que llevar a cabo para conseguir sus metas.

Sesión 5

A esta sesión el usuario no asistió.

Se le llamó por teléfono para ver qué había ocurrido y éste manifestó que había tenido problemas familiares, cambiado de domicilio y ya no podría asistir. Por lo que se le comentó que tenía la cita abierta para cuando decidiera retomar el tratamiento, el centro estaba ahí. También se hizo hincapié en continuar revisando lo visto en las sesiones y el progreso que había logrado al haber cambiado su manera de consumo. Esto se hizo de una manera breve ya que el usuario manifestó no tener mucho tiempo y sólo se le mencionó que si tenía oportunidad de buscar otro centro cercano a su nuevo domicilio acudiera.

RESULTADOS

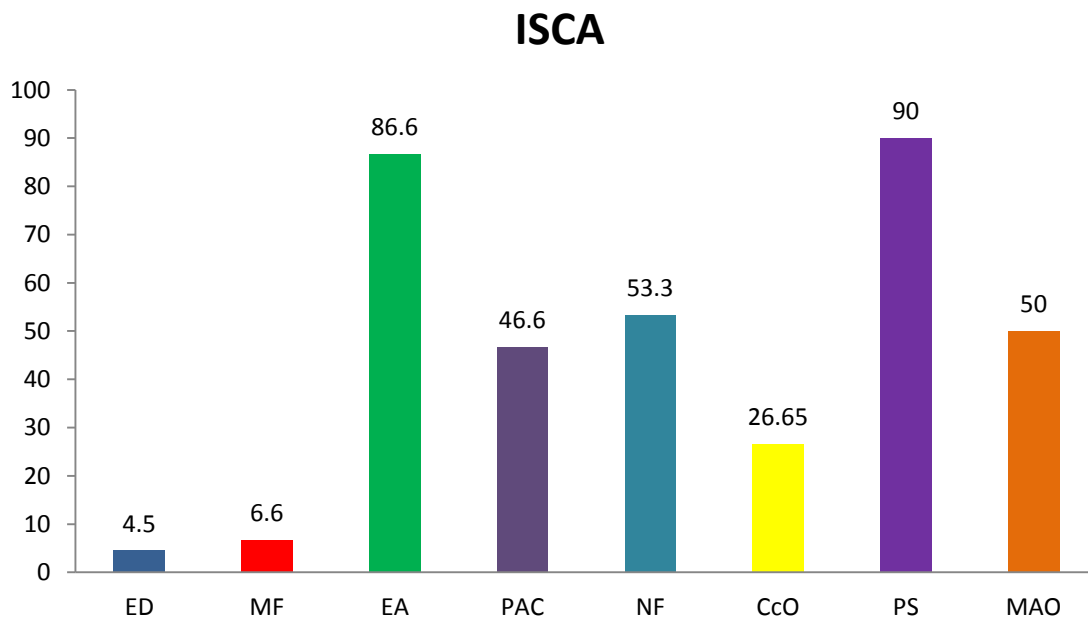
✓ *LIBARE*

Alcohol

- Número total de días de consumo: 86
- Número total semestral de copas estándar consumidas: 357
- Promedio de tragos consumidos por día: 24
- Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 90 días: 64
- Número máximo de días consecutivos de abstinencia: 166

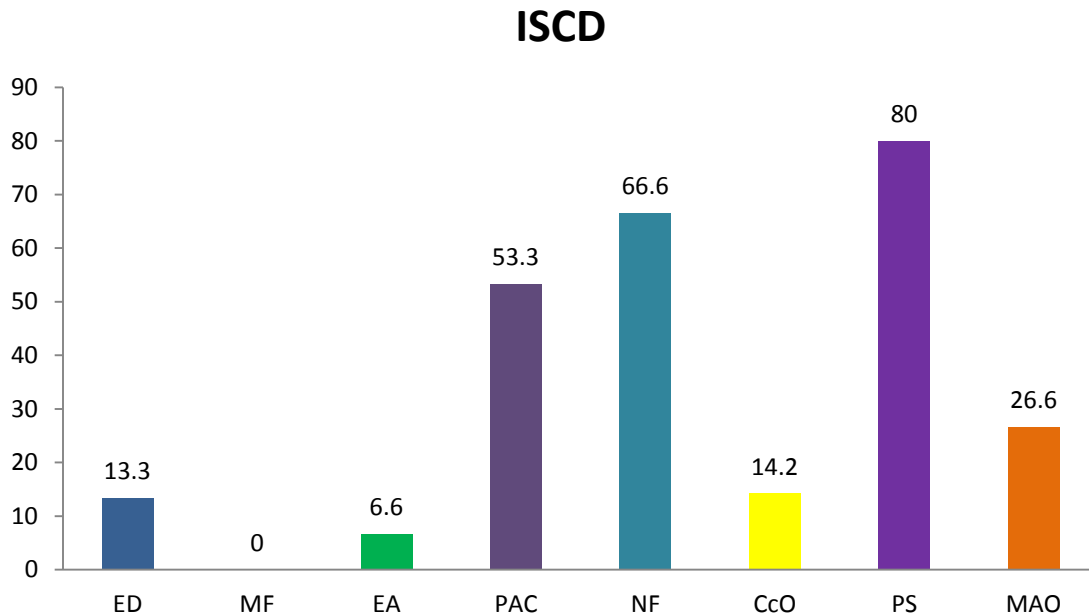
Cocaína (piedra)

- Número total de días de consumo: 3
- Número total semestral de piedras consumidas: 18
- Promedio de piedras consumidas por día: 5
- Número máximo de piedras consumidas en un día en los últimos 90 días: 8
- Número máximo de días consecutivos de abstinencia: 178



Grafica 4. Resultados del ISCA (Situaciones de riesgo).

En la gráfica anterior se observan las situaciones de mayor riesgo en el consumo de alcohol, éstas son: *Presión Social*, *Emociones Agradables*, y *Necesidad Física*. El promedio es de 51 %.



Gráfica 5. Resultados del ISCD (Situaciones de riesgo).

En la gráfica podemos observar las situaciones de mayor riesgo en el consumo de drogas, éstas son: *Presión Social*, *Necesidad Física* y *Probando Autocontrol*. El promedio es de 33 %.

Con lo anterior nos podemos dar cuenta que el usuario se deja llevar mucho por la presión social, esta puede ser implícita o explícita, ya que una vez que se encuentra con sus amigos es seguro que consuma, por las situaciones agradables que vive cuando está con ellos y la necesidad física que le “despierta” al estar en esos momentos.

Podríamos concluir que el usuario sí tuvo un cambio en el patrón de consumo y que el tratamiento estaba apoyando al usuario, ya que éste manifestó varios avances y se dio cuenta de las consecuencias del cambio, además de que se logró mover de etapa de cambio, que en un principio era *pre-contemplación a contemplación-acción*.

2.1.2 PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Este programa está basado en el de *Auto-Cambio Dirigido* desarrollado por los doctores Sobell y Sobell (1993) de la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá, el cual fue adaptado a población mexicana por el Ayala, Echeverría, Cárdenas y Gutiérrez, 1997.

Es una intervención motivacional breve, que ayuda a los usuarios con problemas en su forma de beber a modificar su conducta, utilizando sus propios recursos en la solución de problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El usuario desarrolla estrategias y elabora planes para la solución de problemas en cuanto a las situaciones de consumo excesivo para obtener cambios en su comportamiento, además de tratar de generalizar las estrategias y planes aprendidos a otras áreas de su vida.

El programa se caracteriza por:

- ✓ No calificar, etiquetar o estigmatizar a los usuarios.
- ✓ No confronta al usuario (esto se hace utilizando la escucha reflexiva y analizando junto con este la información, con el propósito de que el usuario se dé cuenta sobre los conflictos y consecuencias relacionadas con su consumo excesivo de alcohol).
- ✓ Proporcionar retroalimentación al usuario.
- ✓ Informar y orientar al usuario de que un cambio es posible mediante la modificación de sus hábitos.
- ✓ Hace que el usuario elija sus propias metas y diseñe junto con el terapeuta el plan de tratamiento a seguir.

El trabajo en el programa consiste realizar lecturas y ejercicios que apoyen al usuario a cambiar el patrón de su consumo de alcohol.

Los criterios de inclusión al programa son:

- ✓ Ser mayor de 18 años
- ✓ Dependencia leve o moderada al alcohol
- ✓ Saber leer y escribir
- ✓ Tener un domicilio permanente
- ✓ Que trabaje en la actualidad y viva con su familia o tenga una red de apoyo estable

Las sesiones son:

- ✓ **Admisión:** se trabaja en la identificación de la disposición al cambio por parte del usuario y si cumple los criterios de inclusión (o si el programa es apto para el usuario).
 - ✓ **Evaluación:** en esta se obtiene información sobre la historia, patrón de consumo, situaciones de consumo y el nivel de auto-eficacia para evitar el consumo en determinadas situaciones.
 - ✓ Sesión 1. *Paso 1: decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.*
 - ✓ Sesión 2. *Paso 2: identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.*
 - ✓ Sesión 3. *Paso 3: enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol.*
 - ✓ Sesión 4. *Paso 4: nuevo establecimiento de metas.*
- Además de las 6 sesiones antes mencionadas, se realizan **tres seguimientos (1er, 3er y 6to mes)**. El objetivo es evaluar el mantenimiento de cambio en el usuario.

Las sesiones consisten en que el usuario analice costos y beneficios del cambio en su manera de consumo y vida en general, registre su consumo diario de alcohol, elija metas de consumo (abstinencia o moderación), identifique situaciones de riesgo de consumo y él desarrolle estrategias o planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo. Todo esto bajo el modelo de solución de problemas. La duración aproximada de cada sesión del tratamiento es de 45 a 60 minutos.

Instrumentos

- ✓ Los instrumentos son los siguientes: ***Entrevista Inicial***
- ✓ ***Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)***
- ✓ ***Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)***
- ✓ ***Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)***
- ✓ ***Auto-registro.***
- ✓ **Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)** (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983. Adaptada por Ayala *et. Al*, 1997): esta escala fue diseñada para medir la dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Cuenta con estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Refleja todas las dimensiones

del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que ésta escala también sea sensible para detectar cambios en dependencia.

En el programa se analizaron los contenidos teóricos y las características de intervención, pero no fue posible realizar la parte práctica debido a que el paciente que se había contemplado, sólo se presentó a la sesión de evaluación.

2.1.3 PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS (PSC)

El PSC es una adaptación del Community Reinforcement Approach (CRA) (Hunt y Azrin, 1973) para la población mexicana, este tratamiento gira en torno al marco conceptual del análisis conductual aplicado.

Su finalidad es restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentemente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

El programa está integrado de 12 componentes que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario mismo se proponga (aunque para este no hay moderación, sino abstinencia total), enfocándose en los problemas percibidos durante la evaluación y teniendo como base el principio de que la mayoría de las personas dependientes a sustancias no desarrollaron habilidades necesarias para la vida y la salida es inevitable al consumo. Lo que se espera en este programa es; que el consumidor de sustancias decida y aprenda a enfrentar los problemas favoreciendo la aplicación de nuevas conductas y nuevos hábitos (Barragán *et al.*, 2005).

El programa se conforma por los siguientes componentes:

- ✓ El **“Análisis funcional de la conducta de consumo”**, basado en una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo, Así como situaciones de alto riesgo y las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y que hacen repetir la conducta. Con esto se pueden trazar metas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute. Lo anterior contribuye a la identificación de aquellas conductas placenteras y pro-sociales que el paciente ya utiliza y que puede incrementar su cambio.

- ✓ La **“Muestra de abstinencia”** es otro de los componentes, en este se hace notar al usuario los beneficios de mantenerse sin consumo y su experimentación, así como también se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia.

- ✓ Un componente adicional, es el **“Uso del disulfiram”** (medicamento disuasivo del consumo del alcohol) el cual se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. Este requiere del trabajo del psiquiatra especializado en la problemática del comportamiento adictivo y puede complementarse con el involucramiento de otras personas no consumidoras e importantes para el usuario, todo esto con el consentimiento del mismo.

- ✓ **“Metas de vida cotidiana”**, en este se involucra al usuario en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, así como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar esas metas. El objetivo principal en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo como una fuente de satisfacción (Barragán *et al.*, 2005).

- ✓ Los siguientes componentes, enfatizan las habilidades que el usuario puede necesitar y de las cuales se puede apoyar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas:
 - Rehusarse al consumo
 - Comunicación
 - Solución de problemas
 - Búsqueda de empleo
 - Consejo marital
 - Sociales y recreativas
 - Control de emociones

Los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación del componente de “Metas de vida cotidiana” y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento, por lo cual es posible que en algunos casos no todos los componentes sean utilizados.

- ✓ **“Prevención de recaídas”**, este consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles reincidencias al consumo y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

Adicionalmente, se incluye el componente **“Otro significativo”**, este aplica cuando el usuario ha decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, esto para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables de apoyo.

Instrumentos

- ✓ **Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)**: desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado “Inventario de consumo de alcohol” y propuesto por Horn, Wanberg y Foster en 1977. Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa.

La EDA puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada, requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre será:

a = 0 b = 1 c = 2 d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

- a) De 0 = No hay dependencia
 - b) De 1 a 13 = Dependencia Baja
 - c) De 14 a 21 = Dependencia Moderada
 - d) De 22 a 30 = Dependencia Media
 - e) De 31 a 47 = Dependencia Severa
- ✓ **Entrevista Conductual** (Barragán *et al.*, 2005): es una entrevista estructurada diseñada para este tratamiento, el objetivo es ayudar al terapeuta a conocer las características e historia del usuario, y así, realizar una adecuada planeación del tratamiento, también se explora la etapa de disposición al cambio, consecuencias relacionadas con el consumo, situaciones de consumo, características clínicas que sugieran dependencia severa, contraindicaciones para consumir alcohol, uso de

drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar, historia de síntomas físicos y situación laboral.

- ✓ **Escala de Símbolos y Dígitos del Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)**

- ✓ **Escala de Repetición de Dígitos Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)**

- ✓ **Escala de Satisfacción General:** es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana y fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973, citado en Barragán, *et al.*, 2005). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son:
 1. Consumo/sobriedad
 2. Progreso en el trabajo o en la escuela
 3. Manejo del dinero
 4. Vida social y recreativa
 5. Hábitos personales
 6. Relaciones familiares o matrimoniales
 7. Situación legal
 8. Vida emocional
 9. Comunicación
 10. Satisfacción general

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

- ✓ **Auto-registro¹**
- ✓ **Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)**
- ✓ **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)**
- ✓ **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)**

¹ Instrumentos mencionados en el PIBA.

✓ **Inventario de Depresión de Beck** (Beck y Steer, 1993): consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona la respuesta que mejor refleje cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y la sumatoria total, se clasifica de la siguiente manera:

- De 0 a 9 puntos como depresión mínima
- De 10 a 16 puntos como depresión leve
- De 17 a 29 puntos como depresión moderada
- De 30 a 63 puntos como depresión severa

✓ **Inventario de Ansiedad de Beck:** es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck, Steer y Garbin (1988), es de fácil aplicación y calificación, permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en:

- “Poco o nada” 0 puntos
- “Más o menos” 1 punto
- “Moderadamente” 2 puntos
- “Severamente” 3 puntos

Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad:

- De 0 a 5 puntos ansiedad mínima
- De 6 a 15 puntos ansiedad leve
- De 16 a 30 puntos ansiedad moderada
- De 31 a 63 puntos ansiedad severa

PROCEDIMIENTO

Participante

Usuario 1: sexo masculino, 54 años, divorciado aproximadamente hace 15 años, desempleado, no concluyó la carrera de Relaciones Internacionales, vive solo y ocasionalmente con pareja. Ha tenido varios internamientos en anexos por su excesivo consumo de drogas legales e ilegales.

Motivo de consulta: *“Cambiar mi manera de vivir, dejar de consumir alcohol y drogas para siempre”*.

Admisión

Sesión 1

El usuario llega puntual a la cita, con ganas de hablar, lo cual fue muy “productivo”, no hubo necesidad de hacer una entrevista estructurada o semi-estructurada como tal, pues las preguntas se iban respondiendo de forma automática, solo de repente había que “regresar” al usuario para que no se desviara del tema.

Esté presentaba varios internamientos, tenía bien identificadas las consecuencias del consumo y los problemas que le traía, se le explicó que este programa era diferente a todos los demás a los que había acudido anteriormente, siempre reforzando al usuario por haber acudido nuevamente a buscar ayuda.

Al final el usuario se fue “tranquilo” y “comprendido” por la atención que el centro le había brindado, se sorprendió de que ahí no se utilizará el internamiento como condición de tratamiento y no se le etiquetara, además de que no se le bajara la autoestima y se le dijera qué hacer, le agrado mucho la idea de ser su propio “terapeuta”.

El usuario llegó en la etapa de Acción, ya que llegó decidido al cambio y está tomando acciones específicas.

Sesión 2

Evaluación

La evaluación se dividió en 2 sesiones, porque el usuario comentaba datos interesantes sobre la historia de consumo.

El usuario comentó que había comenzado a buscar trabajo y tenía entrevistas después de la sesión, por lo que se le reforzó esta conducta, diciendo que esto sería un factor que lo ayudaría a mantener su abstinencia, claro, no haciendo de lado el trabajo terapéutico y las herramientas que adquiriría en el tratamiento.

Sesión 3

Se inicia la sesión trabajando con un análisis funcional de la conducta, ya que el usuario manifestó que: *“mi ex pareja me llamó y estoy en un dilema, no sé si ir a verla o no”*. Con

el análisis se mostraron consecuencias positivas y negativas que le traería ver a su ex pareja, para que el usuario se diera cuenta que ésta es un disparador de consumo.

El usuario toma la decisión de no ir a verla, sólo le llamará por teléfono (aquí se hace un pequeño modelamiento de la forma como podría hablar con ella para no exaltarse y lograr tener una mejor comunicación).

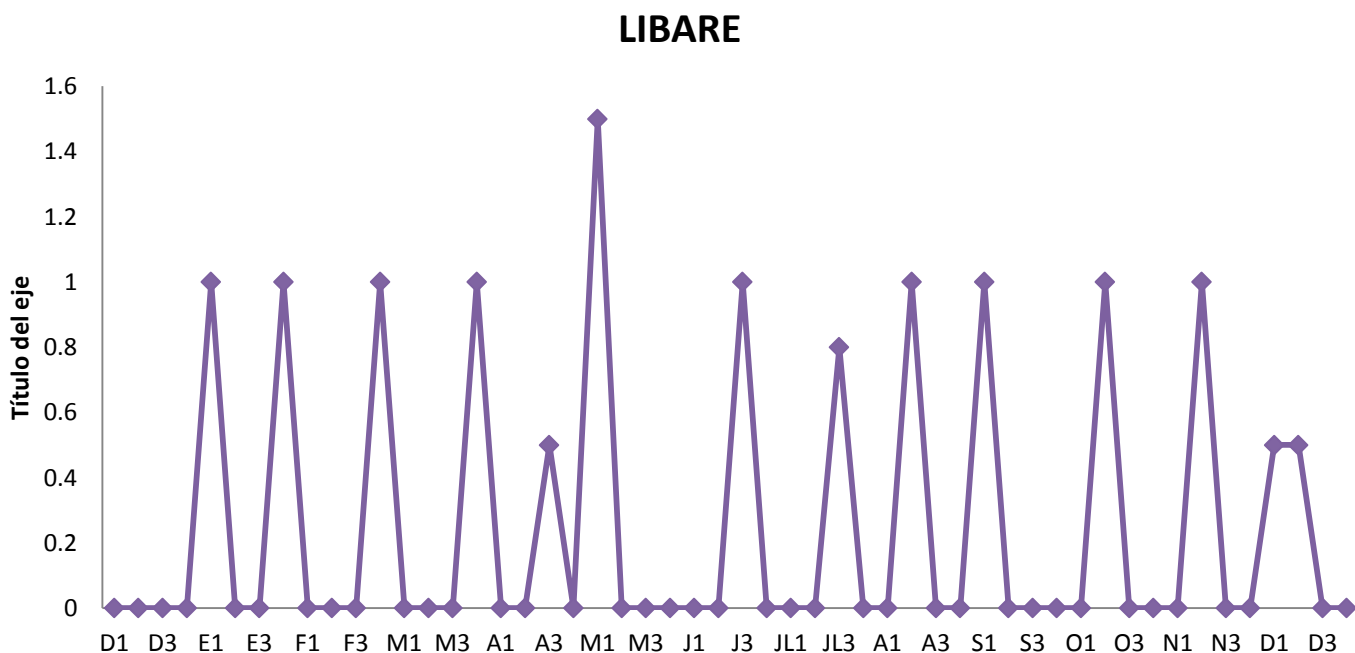
Posteriormente, se continuó con la aplicación de los instrumentos de evaluación. Al final se le comentó que esos resultados nos iban a mostrar más sobre su patrón de consumo, así como también a diseñar un mejor plan de tratamiento para el mismo.

Sesión 4

Usuario 1: el usuario ya no se presentó. Se le hizo la llamada correspondiente, pero no sé logró contactar con él.

Resultados

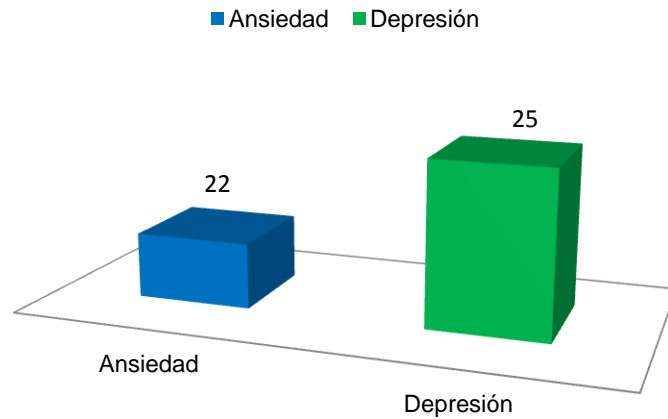
Usuario 1



Grafica 6. Consumo de Cocaína por semana de diciembre de 2009 a diciembre de 2010.

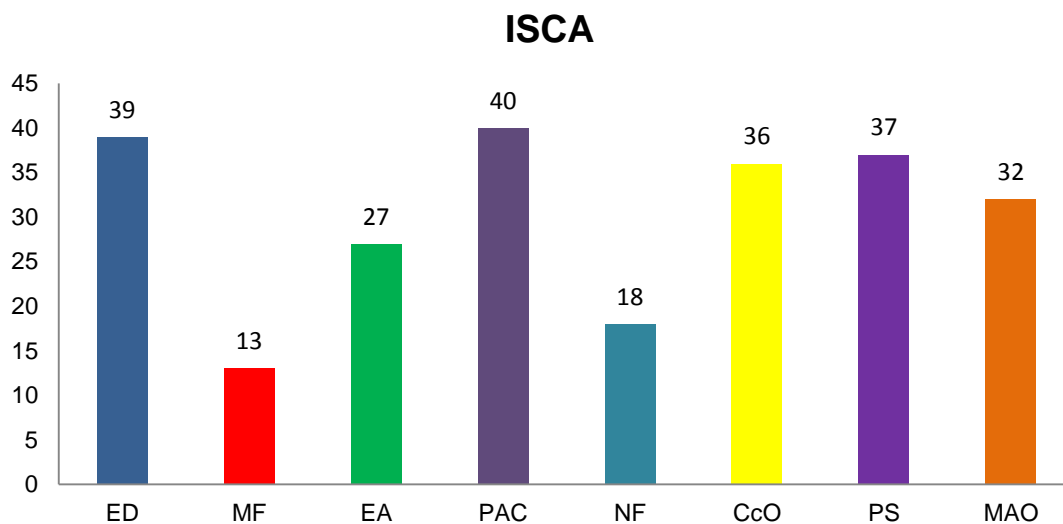
En la gráfica 6 se puede observar el patrón de consumo que tenía el usuario, en ella aparece una ausencia de 3 o 4 semanas sin consumo y luego vuelve a consumir durante toda la semana.

Inventarios Beck



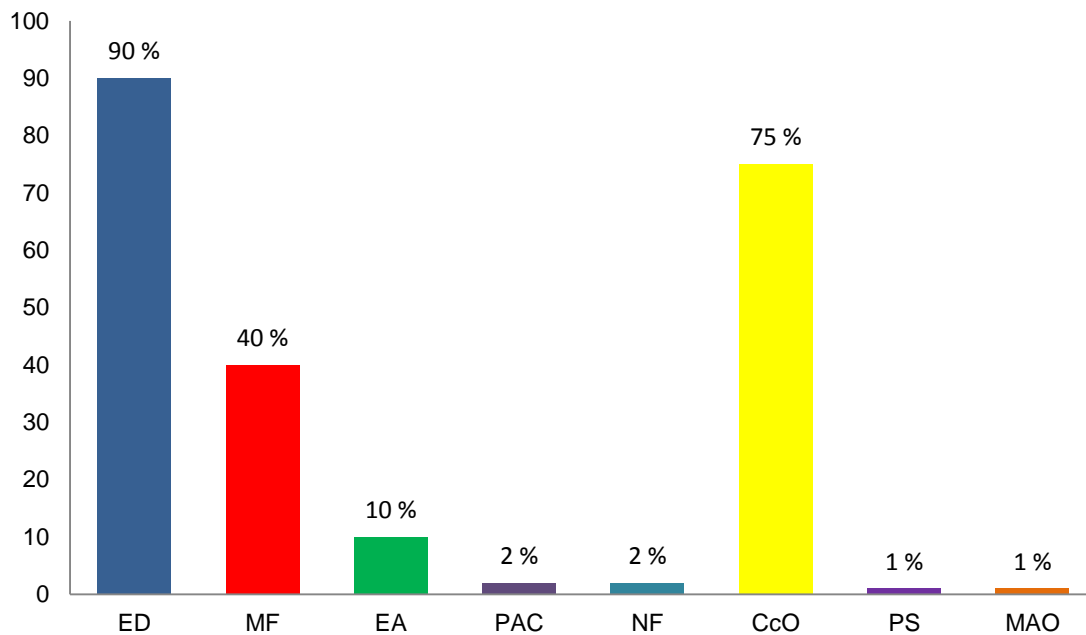
Gráfica 7. Resultados de los Inventarios de Ansiedad y Beck.

Los síntomas principales que el usuario reportó durante la sesión fueron: inseguridad, nerviosismo, miedo a perder el control y a morir, dificultad para relajarse, manos temblorosas, dolor estomacal y debilidad.



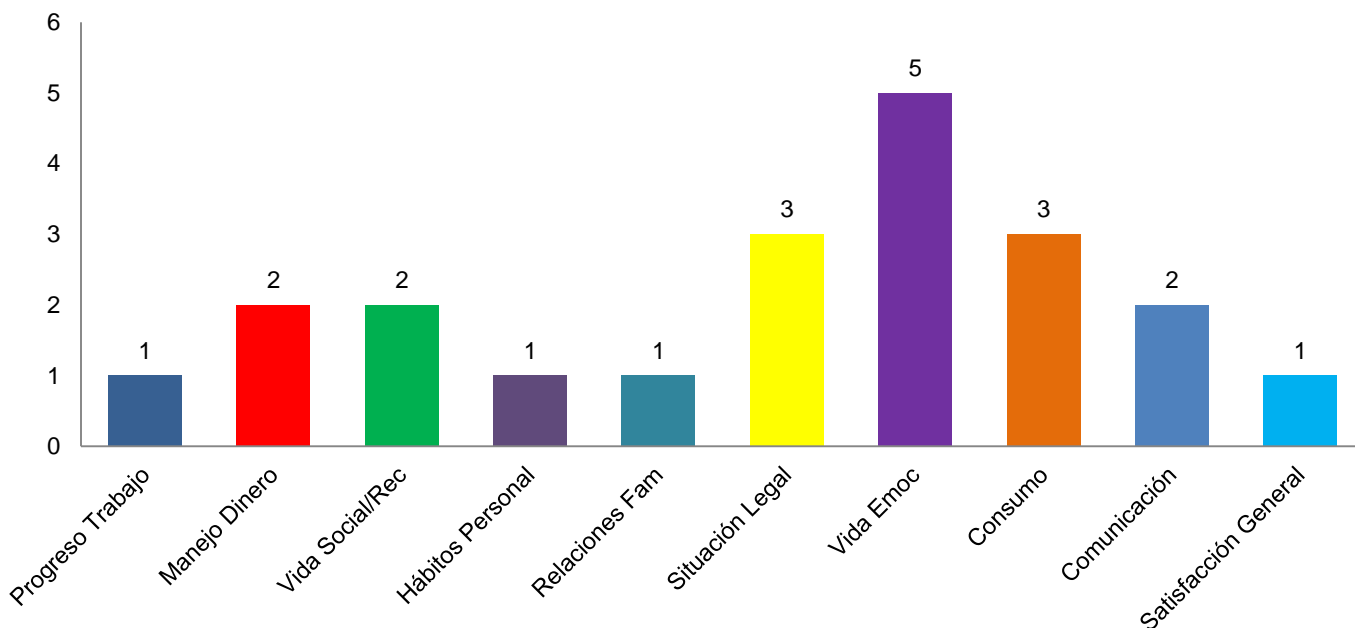
Gráfica 8. Resultados del ISCA (Situaciones de riesgo).

En la gráfica 8 se observa que las situaciones de mayor probabilidad de consumo son: probando autocontrol, emociones desagradables, presión social, conflicto con otros y momentos agradables con otros, lo cual coincide con lo que el usuario comentaba en las sesiones.



Gráfica 9. Autoconfianza para no consumir en las situaciones de riesgo.

En esta gráfica 9 se observa que el usuario contestó que tenía mayor confianza de no consumir bajo situaciones desagradables y conflicto con otros, pero con lo comentado en las sesiones se infiere que no fue del todo honesto, aunque en general su confianza es baja para evitar el consumo en cualquier situación.



Grafica 10. Resultados de la Escala de Satisfacción General

En la gráfica 10 se observa que el usuario en general no está satisfecho con la vida que lleva actualmente, ese fue uno de los motivos por los cuales acudió a tratamiento, lo que coincide con lo que habló durante las sesiones.

Pronóstico

Con lo descrito anteriormente, se pudo “esbozar” a un usuario con muchos problemas en su vida, emocionales, psicológicos, familiares y laborales, este no cuenta con una red de apoyo amplia, la única que lo apoya es su madre y la pareja, pero ésta en ciertos momentos se convierte en un factor de riesgo, ya que es consumidora e incita al usuario a consumir.

El usuario cuenta con buenas habilidades sociales pero la interacción que tiene con su grupo de amigos es peligrosa. El pronóstico para el usuario no es favorable, éste tiene que cambiar sus redes de amigos cercanos, buscar ayuda psicológica y tratamiento, sino, es probable que sufra una recaída .

2.1.4 MODELO DE INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

La alta prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en población mexicana indica que; la convivencia con un usuario de estas sustancias es una situación que se da con frecuencia. En estas circunstancias la diversidad de los problemas sociales y de salud que se asocian con el consumo se convierten en importantes fuentes de tensión y malestar para los miembros de la familia.

Al interior de la familia y el ambiente sociocultural existen mitos, valores, tradiciones y creencias que limitan la posibilidad de que los afectados reciban ayuda externa para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Por otra parte, las alternativas para atender los problemas de salud de los familiares son escasas y poco accesibles. De ahí la necesidad de contar con un modelo de intervención que contribuya a que los familiares logren un mejor estado de salud física y psicológica (Tiburcio y Natera, 2003).

Este programa es una intervención breve que se lleva a cabo en cuatro o cinco sesiones, en el cual se pretende ofrecer una atención oportuna a personas que tengan miembros consumidores de sustancias dentro de su familia. Es importante recalcar que la atención primordial se dirige al familiar, no al consumidor, siendo ésta, una de las principales virtudes del programa debido a que otras alternativas de intervención suelen enfocarse a los consumidores y sólo orientan al familiar para proveer de información y habilidades encaminadas a ayudar al consumidor. El programa empleado en el presente caso ha sido diseñado con el fin de ayudar al familiar mismo, identificando la forma en que ha afectado a su vida el consumo de su familiar, así como analizar las formas de enfrentamiento utilizadas para solucionar los problemas relacionados al consumo. El objetivo primordial del programa es diseñar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida familiar.

Instrumentos

- ✓ **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)** (González, Solís, Jiménez, Hernández, González, Juárez, Medina-Mora y Fernández, 2011). Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de riesgo de depresión mediante la presencia de sintomatología depresiva durante la semana previa a la aplicación. Este

tipo de evaluación parte de que la duración de un síntoma es más importante para determinar la existencia de un trastorno que la sola presencia del mismo. En un estudio realizado con mujeres provenientes de zonas rurales de los estados de Jalisco y Michoacán se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.92.

- ✓ **Cuestionario de enfrentamientos** (Orford, Natera, Davies y Nava, 1998): consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de diferentes formas de enfrentamiento, así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Explora las tres posiciones de enfrentamiento descritas por Orford, las áreas son: tolerancia y retiro. La aplicación de dicho cuestionario toma aproximadamente 20 minutos.

- ✓ **Escala de Síntomas** (Kellner y Sheffield, 1973): esta escala consiste en 30 reactivos que evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). Esta se ha empleado con éxito en investigaciones previas y ha sido validada en una población mexicana de estudiantes. En dicho estudio se encontró un nivel de confiabilidad aceptable ($\alpha=0.93$) y una estructura factorial de dos subescalas claramente definidas: síntomas físicos y síntomas psicológicos (Tiburcio y Natera, 2007).

PROCEDIMIENTO

Participante

Mujer de 45 años, con licenciatura sin terminar.

Ocupación: Maestra particular de computación.

Estado civil: Casada (separada aproximadamente un mes).

Motivo de consulta: “Problemas de relación y comunicación con su hija”.

Sesión 1

Evaluación

Se realizó una exploración general sobre el problema reportado por la señora, obteniendo información sobre la historia de consumo de la hija, antecedentes de intervención,

relación con su hija y esposo, razones por las que solicitó tratamiento y expectativas con respecto al mismo.

Las expectativas iniciales eran la búsqueda de alternativas para mejorar la relación con su hija, no enfocándose en su situación particular, es decir: cómo le ha afectado el problema física y psicológicamente.

La señora M es casada desde hace 24 años, actualmente vive separada desde hace 2 años, debido al consumo de alcohol del esposo. Trabaja como profesora particular de computación. Anteriormente trabajaba en empresas como secretaria, desde hace cinco años comenzó a dar las clases de computación.

En relación a su hija, reporta que comenzó a consumir inhalables a la edad de 13 años. Ella se da cuenta de que su hija consume un año después, debido a que es descubierta en la escuela. La reacción es anexarla en un centro de rehabilitación durante 3 meses.

El consumo continuó, pero ahora con sus primos, además de iniciar con *mariguana*, crack, tabaco y el alcohol.

Es cambiada de escuela, en esta también es expulsada debido a una pelea que tuvo con una compañera por la obtención de la droga (mona). Por esta pelea fue acusada de intento de homicidio. Esto desencadenó un nuevo internamiento, pues se le exigió que asistiera a tratamiento en vez de ser llevada a un tutelar, sin embargo, fue excluida nuevamente de este internamiento por consumir inhalables dentro del lugar.

Después fue llevada al psiquiátrico donde estuvo 20 días, su diagnóstico fue: *dependencia a los disolventes volátiles, trastorno disocial opositorista y desafiante, distimia, episodio depresivo moderado, disfunción familiar y soporte familiar inadecuado*. Administrándole los siguientes medicamentos: haloperiol, valproato y anfebutamona, además de participar en tratamiento terapéutico individual y familiar. Este tratamiento no continuo, tampoco asistió a sus últimas citas con el psiquiatra.

La señora M se siente responsable y culpable de lo que le ha ocurrido a su hija, además de la mala relación con ella.

Con esto se le da la explicación de los objetivos del programa, haciendo énfasis en que la atención primordial sería dedicada a ella misma, más que a sus familiares, siendo una opción para iniciar cambios que promuevan una mejor calidad de vida.

Sesión 2

Exploración y análisis de las formas de enfrentamiento y fuentes de apoyo social

El objetivo de ésta sesión fue profundizar sobre la problemática reportada en la sesión anterior, así como analizar las formas de enfrentamiento de la señora M, ante el consumo de sus familiares.

La señora llegó con una preocupación debido a que le avisaron que su esposo y su hija habían asistido a los tribunales para cambiar la custodia de la hija. Comentó que no sabía qué hacer, si *“sentarse en sus laureles”* o seguir en el proceso de divorcio y la custodia.

Ante esto, pregunta *¿qué debo hacer, acaso debería regresar con mi esposo para tener una familia unida y así poder cuidarlos mejor?*

Se le comenta que recibiría el apoyo para analizar distintas opciones y que ella misma decidirá la mejor manera de actuar.

Después se utilizaron láminas impresas que representan los distintos tipos de enfrentamiento (emocional, tolerante, evitador, controlador, inactivo, confrontativo, apoyador e independiente) para analizar sus ventajas y desventajas.

La señora se identificó con varias formas de enfrentamiento, entre las que más comentó utilizar, fueron: pasivo, emocional, controlador, tolerante, por lo que se dio cuenta de que estas a pesar de que le han permitido sobrellevar la relación con su familia, no son las más adecuadas y quisiera cambiarlas para llevar una mejor relación con su familia.

Algunos ejemplos fueron: inactiva *“me comentaban que mi hija se drogaba pero no hacía caso y no hacía algo para averiguarlo”*. Emocional, *“se expresaba con agresividad hacia el esposo y la hija...”*. Controladora, se manifestaba cuando *“vigilaba a su hija a la salida de su trabajo, le revisa el cuarto, la ropa y el aliento al llegar a su casa”*. Tolerante, se mostraba cuando *“aceptaba a su esposo al día siguiente del consumo, preparando el desayuno, de igual forma a su hija le llevaba el desayuno a la cama cuando se sentía mal después de consumir”*.

Después de la revisión anterior, se generó en la señora la duda acerca de las formas que utiliza para solucionar los problemas con su hija y esposo, reconociendo este hecho, agregando que este tipo de análisis le puede permitir tomar decisiones favorables.

Sesión 3

Análisis de las formas de enfrentar

Durante ésta sesión abordó el consumo de alcohol del esposo. La señora comenta que se presentaba antes de casarse pero creyó que cambiaría una vez que se casaran. Ante la petición de asistir a tratamiento, el señor aceptó, comentando que aceptaría cualquier cosa para regresar con su esposa.

A raíz de lo anterior, se reconoció el establecimiento de reglas claras hacia su esposo, lo cual podía ayudar a mejorar la relación.

Además comenta que *“ya le cayó el veinte”*, en cuanto a las formas de enfrentamiento.

Se le indicó que sería importante aprender a negociar con su hija y esposo, por lo que se trabajó la siguiente situación: *“su hija quiere que le facilite la compra de un celular, con el uso de un crédito que tiene en una tienda”*. Se exploró la situación, se guió a la señora para que analizara las formas en las que podría acercarse a su hija y comenzar a negociar lo referente al celular, dándole algunas alternativas como: aprovechar un momento tranquilo, con disposición de hablar, evitando momentos molestos o cansados, evitando gritos, reclamos, no utilizar etiquetas (eres una irresponsable y enojona)”.

Además se recomendó elogiar aquello que le gusta de su hija, ejemplificando con lo siguiente: dejar de consumir, conseguir trabajo, así como un acercamiento hacia su madre.

Sesión 4

Estructuración del plan de acción y cierre

En esta sesión se trabajó la reestructuración de un plan de acción que sirva como guía para la negociación y el establecimiento de una nueva forma de relacionarse con su hija.

La señora M llegó enojada por la hija, ya que ese día le había encontrado una cajetilla de cigarros en la chamarra. Ella comenta que ante esta situación no sabe qué hacer con su hija, se le comentó que se analizarían las circunstancias para que posteriormente tomara la decisión que mejor le conviniera y quedara satisfecha.

Se procedió al análisis haciéndole recordar lo visto en la sesión pasada, una vez hecho esto se continuó con las ventajas y desventajas que le podría traer el “reclamarle” fuertemente a su hija sobre los cigarrillos encontrados, pedirle la cajetilla y la decisión de sacarla del trabajo. Con esto se pudo dar cuenta de que el tomar una decisión precipitada

no le traería beneficios, al contrario le acarrearía más desventajas, las cuales podrían ser: perder la comunicación con su hija, la confianza que había ido ganando, volverían las peleas y gritos en casa, el ambiente de hostilidad, la desconfianza de ambas, etc.

De esta formase se le orienta a emplear nuevas estrategias de apoyo como la asertividad e independencia cuando se presenten situaciones como la oposición, la tolerancia e inacción.

Después de que la señora M tomó de otra manera la situación anterior, se procedió con un moldeamiento que simulará hablar con su hija. Desde el primer contacto que le iba a decir, en qué tono de voz, la postura, el lenguaje verbal “acorde” con el lenguaje no verbal, esto con el fin de que tuviera más herramientas para la convivencia con su hija y vida propia en general.

Por otro lado, como se había acordado en la sesión anterior, se le informó sobre las instancias a las que podría acudir para seguir recibiendo atención psicológica y continuar con su desarrollo personal, ya que los objetivos del programa se habían cumplido, y necesitaba de ayuda más especializada, para esto la señora M ya había acudido a la Facultad de Psicología para solicitar apoyo, ya que reconoció que tiene sus propios problemas y necesita atenderse.

Análisis del caso

Con lo descrito anteriormente se puede dar cuenta del proceso que siguió la señora M, madre de una usuaria de inhalables y esposa de un usuario de alcohol, el objetivo fue mostrar el desarrollo de los pasos que integran el modelo de intervención: recopilación de información, identificación y análisis de las formas de enfrentar, identificación de fuentes de apoyo, elaboración de un plan de acción y canalización a otras fuentes de atención.

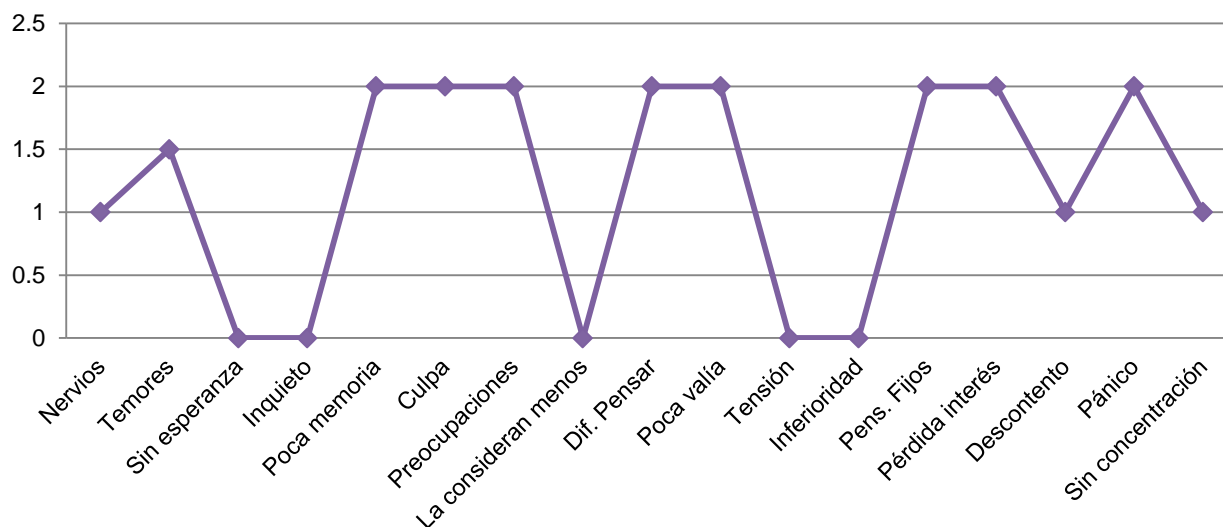
En la narración de la señora M fue posible determinar como problema principal la “poca” o “mala” comunicación que había entre la familia (hija y esposo), lo cual conducía a un ambiente familiar disfuncional. El análisis preliminar de las formas de enfrentar reveló un patrón de enfrentamiento con una marcada tendencia a la tolerancia, la pasividad, el control y lo emocional.

La intervención concluyó con la reestructuración y puesta en marcha de un plan de acción, cuyo objetivo consistió en establecer nuevos lineamientos para la relación familiar (tanto con la hija, como con el esposo) rescatando elementos que caracterizan a las formas de enfrentar, pero de manera asertiva, de apoyo a sus familiares usuarios y de una mayor independencia

Resultados

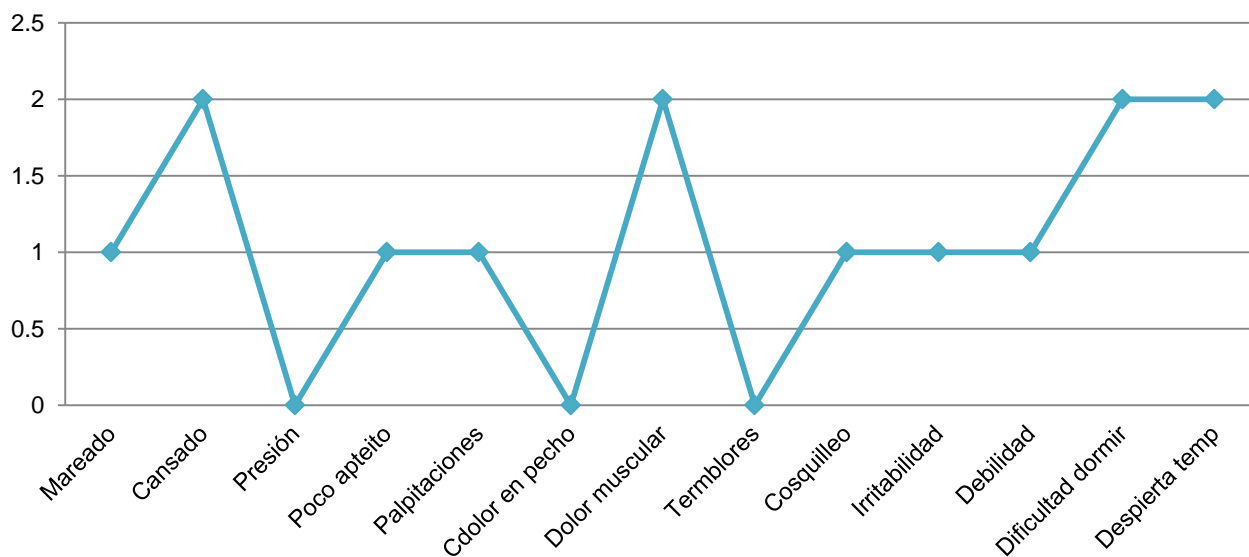
A continuación se muestran los resultados de la aplicación de instrumentos durante la primera sesión. En relación a los síntomas psicológicos, resaltan los temores, inquietud, culpa, preocupaciones, dificultad para pensar, poca valía, pensamientos fijos, pérdida de interés y pánico (gráfica 11). Cabe destacar que, ante la falta de seguimiento (por cambio de teléfono de la señora), se pretende discutir estos resultados iniciales con información obtenida al finalizar el tratamiento. De acuerdo a lo observado, la señora comentó sentirse más tranquila a pesar de que el problema no se había resuelto, se mostraba motivada y con ganas de seguir realizando un esfuerzo constante para la mejora de este. Con respecto a la culpa, aceptó que ella no es la responsable de la conducta de sus familiares. En relación a la propia valía, se dio cuenta de que es válido preocuparse por ella misma.

Sub Escala de Síntomas Psicológicos



Gráfica 11. Sub Escala de Síntomas Psicológicos.

Sub Escala de Síntomas Físicos



Gráfica 12. Sub Escala de Síntomas Físicos.

Los síntomas físicos identificados en la evaluación con las puntuaciones más altas fueron: cansancio, dolor muscular, dificultad para dormir y despertarse temprano. Estos indicadores no fueron comparados al final de la sesión.

De acuerdo con lo expuesto en este texto, se puede observar el caso de una señora dentro de un ambiente familiar relacionado al consumo de sustancias, por parte de los dos únicos miembros de familia, sumergidos en un ambiente problemático. La aplicación del presente programa, de acuerdo a una primera evaluación y a los comentarios al finalizar el tratamiento por parte de la señora mostraron ser una alternativa que permitió la obtención de algunos logros, brindando información relevante y diseñando estrategias para la solución de problemas específicos. Se resalta la importancia de este tipo de intervenciones dirigidas a los familiares con el fin de promover soluciones por medio de la identificación oportuna de los problemas específicos, así como de las alternativas más adecuadas de acuerdo con las necesidades del usuario.

2.2 CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ)

A continuación se presentará la descripción de casos atendidos en CIJ, el cual forma parte de la residencia en adicciones. La actividad principal fue la admisión y tratamiento de usuarios de sustancias psicoactivas.

El CIJ cuenta con una experiencia de más de 40 años, las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

Esto comenzó con la labor de un grupo organizado de la comunidad, que fue encabezado por Kena Moreno, quién se preocupó por contrarrestar el abuso de drogas y sensibilizar a los diversos sectores sociales del país acerca de este problema, esta acción se concretó con la fundación del Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, a la cual se sumaron diversos esfuerzos que se derivaron en organismos y personas, entre la cuales, estuvieron las autoridades federales y de la comunidad en general.

Los CIJ son una asociación civil no lucrativa que está incorporada al Sector Salud desde 1969, el objetivo en un principio fue atender el consumo de drogas entre los jóvenes. Que en aquel entonces, era apenas, un incipiente problema de salud pública.

Misión

Proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas con criterios de equidad, igualdad y no discriminación, basado en el conocimiento científico y formando personal profesional especializado.

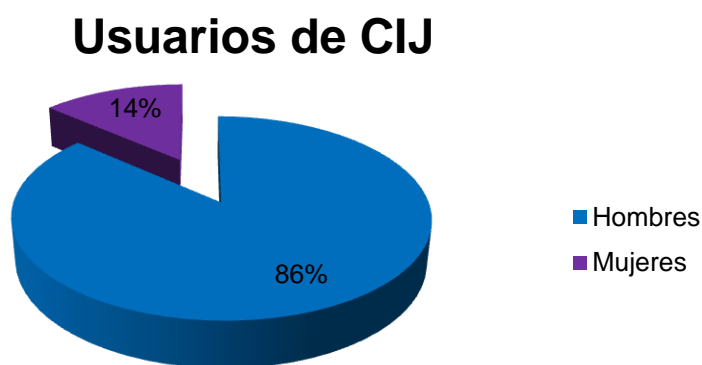
Visión

Otorgar servicios de calidad con equidad de género y no discriminación en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes.

Objetivos Contribuir en la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de programas de prevención y tratamiento con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población².

A continuación se presentan los usuarios atendidos en el CIJ-IO, lugar donde se realizaron las prácticas correspondientes a la formación de la maestría.

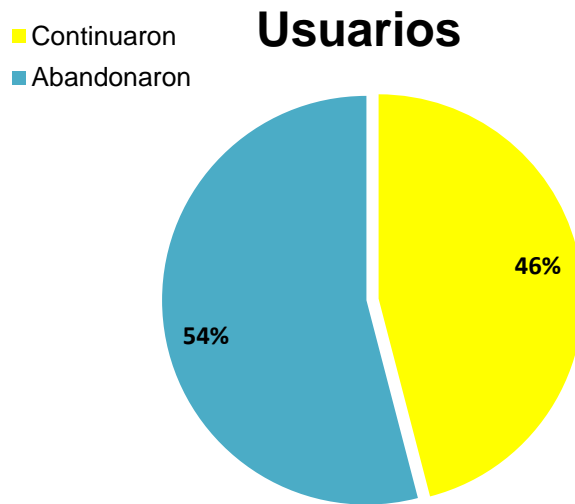
Se les brindó tratamiento a un total de 37 usuarios consumidores de diversas sustancias psicoactivas (de acuerdo a los programas revisados en la maestría (PIBA, Bebedores Problema y PSC)), la mayoría de estos fueron poliusuarios, las razones por las que acudían al centro era por una droga en específica (gráfica 13).



Gráfica 13. Porcentaje total de usuarios atendidos en el CIJ, divididos por género.

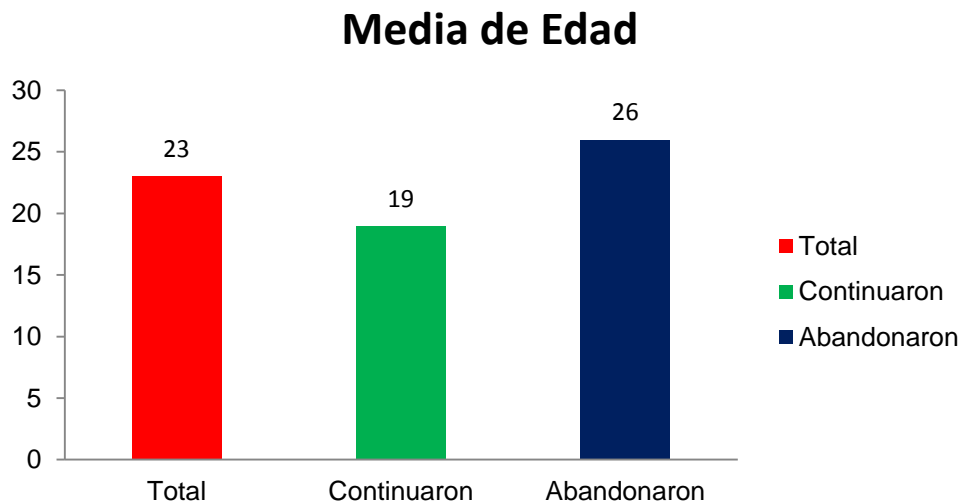
De los cuales 17 terminaron el tratamiento y 29 de ellos lo abandonaron en la primera sesión (Entrevista Inicial) y 1 fue canalizado a la unidad de internamiento de CIJ Iztapalapa, según los procedimientos del CIJ-IO (gráfica 14).

² Tomado de la página de Centros de integración Juvenil.
http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/que_es_cij.html



Gráfica 14. Porcentaje total de usuarios que continuaron el tratamiento y los que lo abandonaron

Las edades de los usuarios oscilaron entre 15 y 44 años de edad, con una media de 23. Haciendo una división por grupos, el rango de edad del grupo que continuó en tratamiento fue de 15 a 40 años de edad, teniendo una media de 19.6, mientras que en el grupo que lo abandonó, el rangode edad fue de 15 a 44 años, con una media de edad de 26 (gráfica 15).



Gráfica 15. Media de edades del grupo total de los 37 usuarios y los dos grupos divididos: usuarios que continuaron en tratamiento (17) y usuarios que abandonaron (20).

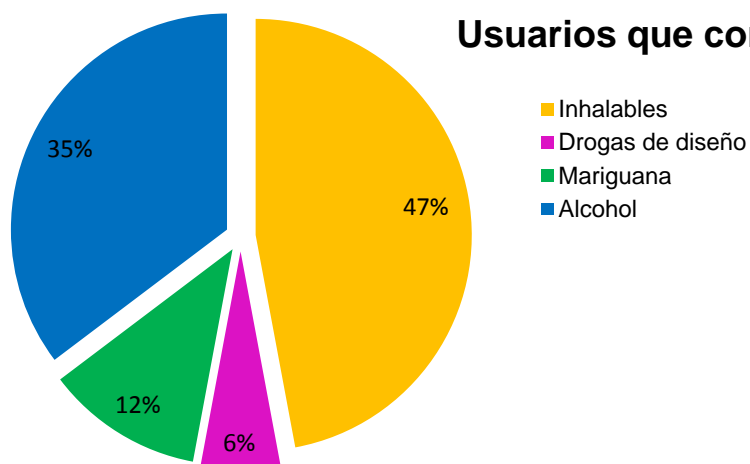
A continuación se describe a los usuarios que continuaron en tratamiento (tabla 7).

Tabla 7. Usuarios que acudieron a CIJ y que continuaron en tratamiento.

Usuario	Edad	Estado civil	Sustancia	Ocupación
D.C.	17	Soltero	Alcohol	Estudiante
E.A.	23	Soltero	Alcohol	Estudiante
M.U.	19	Soltero	Alcohol	Estudiante
T.B.	19	Soltero	Alcohol	Chofer
L.R.	18	Soltero	Alcohol	Estudiante
D.D.	16	Soltera	Alcohol	Estudiante
E.C.	16	Soltero	Inhalables	Estudiante
E.O.	16	Soltero	Inhalables	Estudiante
B.B.	16	Soltero	Inhalables	Estudiante
G.R.	17	Soltero	Inhalables	Estudiante
O.L.	17	Soltero	Inhalables	Estudiante
E.A.	16	Soltero	Inhalables	Estudiante
H.M.	17	Soltero	Inhalables	Estudiante
B.P.	15	Soltera	Inhalables	Estudiante
L.P.	40	Unión L.	Marihuana	Comerciante
A.F.	34	Unión L.	Marihuana	Obrero
E.A.	18	Soltera	Drogas de Diseño	Estudiante

En la tabla anterior se puede observar que la mayoría de los usuarios que continuaron en tratamiento son solteros y estudiantes, razón por la cual la media de edad es más baja.

A continuación se presenta la gráfica 16; donde aparece el porcentaje de las sustancias por las cuales los usuarios acudieron al centro a buscar tratamiento.



Gráfica 16. Porcentaje de las sustancias de usuarios en tratamiento.

Como se puede observar las sustancias con mayor porcentaje por las cuales acuden al centro son inhalables y alcohol, esto coincide con lo que reporta la ENA 2011, respecto a las principales sustancias psicoactivas de inicio en jóvenes de 12 a 17 años.

Retomando algunos componentes del PSC se le aplicó el PIBA a 15 usuarios, esto con la idea de reforzar algunas habilidades que podieran ayudar a dejar el consumo de sustancias psicoactivas. Pues como señala la Organización Mundial de la Salud (2001), las Habilidades para la Vida son un buen método preventivo para evitar situaciones y conductas de riesgo.

Los componentes del PSC que más se utilizaron fueron: Comunicación, Solución de Problemas, Metas de Vida, Habilidades Sociales y Recreativas además del Control de las Emociones (enojo, tristeza y ansiedad), porque se observó que los usuarios tenían problemas con su familia y/o redes de interacción cercanas, se sentían solos y encontraban “acompañamiento” en la sustancia, lo hacían por moda y/o por la inclusión dentro de ciertos grupos.

Las razones por las que acudieron fueron las siguientes:

14 usuarios (de menor edad) fueron llevados por su familia (padres o tíos). Ya que habían sido “descubiertos” consumiendo en casa o en los alrededores.

3 usuarios(de mayor edad)

1 había sido “descubierto” por policías fumando marihuana y remitido al MP, ahí le “sugieren” acudir a tratamiento.

Los otros 2 usuarios restantes acudieron al CIJ-IO condicionados a buscar algún tratamiento, ya que estos habían terminado un proceso de reclusión, uno por 15 años y el otro por 4 años, ambos consumidores de marihuana.

En este grupo de usuarios se observó que las redes de apoyo (familia o pareja), fueron una variable que influyó para que continuaran en tratamiento, ya que la mayoría de ellos llegó acompañado y durante el proceso, éste acompañamiento fue continuo.

A continuación se mencionan algunas situaciones que se presentaron en sesiones de los usuarios. En uno de los casos la familia se mostró como factor protector, sin embargo el padre era consumidor de cocaína y estaba en el reclusorio, por lo que podría considerarse como un factor de riesgo, porque el ir a ver al padre en ciertas condiciones (golpeado,

delgado, sucio, etc.) desencadenaba el consumo en el cual, el usuario buscaba una salida para el manejo de esas emociones.

Otro factor de riesgo no sólo en relación al consumo, sino también a la sexualidad era el novio dentro del reclusorio. Por lo tanto se tuvo que trabajar la restructuración cognitiva sobre su imagen y lo que percibía de su familia, esto junto con las técnicas del programa para adolescentes.

Otra situación que se presentó, es que los usuarios acudían al centro por problemas “ajenos al consumo”, a partir de ahí se empezaba el tratamiento para reducir el mismo.

En la mayoría de los usuarios en un principio se trabajó otra cuestión “ajena” a su situación de consumo para mover al usuario de la etapa de cambio y que aceptara continuar en el tratamiento, conforme se iban haciendo las entrevistas, mostraban que el consumo también era el generador de muchas de esas situaciones que ellos consideraban problemáticas y por las que habían “aceptado” continuar en el tratamiento.

Con respecto a los 2 usuarios consumidores de marihuana, se aplicó el Programa de Marihuana, complementado con componentes del PSC como el consejo marital y la búsqueda de empleo. El trabajo con estos al principio causó un poco de temor por los antecedentes y lugares de dónde venían pero conforme al progreso de las sesiones, estos fueron adquiriendo confianza y avanzando en el proceso terapéutico.

Un usuario de *marihuana*, llegó a la abstinencia total, para llegar a esta meta influyó el seguimiento que hizo la penitenciaría (psicólogo de la misma), porque al usuario le pedían sellos de las sesiones a las que asistía y para verificar llamaban por teléfono al CIJ-IO preguntando si había asistido el usuario. Esto “aceleró” el proceso de tratamiento.

El otro usuario de *marihuana*, no llegó a la abstinencia total. En un primer momento manifestó fumar 20 cigarrillos de marihuana al día. Con este usuario no se intentó la abstinencia total por el patrón de consumo y la resistencia a dejar de fumar, pero se le planteó la reducción gradual: en un principio dejar de fumar 2 cigarrillos menos, conforme avanzaban las sesiones de tratamiento el consumo se iba reduciendo.

El usuario se fue dando cuenta de los beneficios de disminuir el consumo, había momentos donde ya no estaba bajo los efectos de la sustancia y comenzaba a sentir

cosas ya desconocidas para él, por ejemplo: cambios en su familia, en un principio ésta no se acercaba tanto porque andaba bajo los efectos de la sustancia, sólo tenía contacto con su pareja y con un hermano, pero al reducir su consumo la convivencia iba mejorando poco a poco, esto también fue un importante motivador en la reducción del consumo. Inicialmente se consideró a la pareja un factor protector, pero con el tiempo se detectó que tenía un problema de consumo de alcohol, por lo que se le consideró un factor de riesgo. El usuario planteó separarse para que ella buscara ayuda respecto al consumo de alcohol.

Al principio la separación afectó al usuario sin embargo la relación familiar (cuñadas, sobrinos y hermanos) se estaba fortaleciendo cada vez más, fueron ellos quienes ayudaron al usuario a no recaer y a continuar en su proceso de cambio. El usuario continuó con la reducción. Hasta llegar a ½ cigarrillo cada tercer día.

Como se indicó al inicio de este capítulo, la formulación de casos tiene por objetivo describir las actividades de residencia en las que se participó durante la maestría. Se describieron las actividades realizadas que estuvieron encaminadas al tratamiento en el ámbito de las adicciones.

En general se pudo observar que la mayoría de la población que acude al CIJ-IO, son “instigados” a solicitar ayuda.

En el tiempo en que se estuvieron realizando las prácticas, no se atendió a algún usuario que acudiera por voluntad propia.

Es interesante contrastar esto con los usuarios del CEPREA, ya que el perfil de los usuarios que acudía a solicitar tratamiento, la mayoría era por “voluntad propia”, además acudían solos, otras variables que también pueden influir pueden ser la escolaridad y el contexto donde están ubicadas dichas instituciones.

Los usuarios atendidos mostraron una disminución en el patrón de consumo de drogas después del tratamiento y durante los seguimientos, llegando en algunos casos a la abstinencia. Estos datos coinciden con lo reportado en los resultados de otros tratamientos cognitivo conductuales con relación a la disminución del consumo de sustancias (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers y Otto, 2008; Swindle, Peterson, Paradise, y Moos, 1995).

Además los usuarios aprendieron y utilizaron diferentes habilidades de comunicación, de rechazo al consumo, autocontrol emocional, habilidades para identificar pensamientos y deseos asociados al consumo durante el tratamiento que permiten la disminución del consumo de sustancias. Lo anterior coincide con lo reportado en los resultados de los estudios que mencionan que el entrenamiento en habilidades sociales influye en la disminución del consumo de sustancias y en el mejoramiento de la calidad de vida (Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, Montgomery, Hester, y Tonigan 1995).

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento que plantea que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales dificulta a las personas con problemas de consumo de alcohol a un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social de beber o consumir sustancias psicoactivas, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales del procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo emocionales, afrontamiento de eventos estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

En relación a la aplicación de los tratamientos cognitivo conductuales, se observó dificultad para realizar todos los seguimientos de cada uno de los usuarios. Se considera que éstos seguimientos debieron realizarse para evaluar y hacer un análisis más completo respecto a los logros o limitaciones de los usuarios en el cambio y mantenimiento de su consumo y en la aplicación de las estrategias enseñadas durante el tratamiento, así como en la posibilidad de sesiones adicionales para trabajar con las limitaciones en caso de ser necesarias.

También es importante destacar que la mayoría de los participantes reportaron haber tenido una recaída en el consumo de sustancias en el último año. Este aspecto coincide con las observaciones que han hecho Rossi, Rossi, Velicer y Prochaska (1995) sobre la continua presencia de la recaída en el proceso de cambio.

Los programas utilizados demostraron efectividad al transmitir conocimientos y habilidades así como al disminuir el patrón de consumo, niveles de dependencia, situaciones de consumo e incremento de la autoeficacia. Esto último coincide con lo reportado en otros estudios donde se han utilizado programas cognitivo conductuales en el tema (Carroll,

1998; Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Carroll y Onken, 2005; Flynn, Kristiansen, Porto y Hubbard, 1999) y en aquellos donde se ha utilizado el PSC (Barragán, 2005; Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005; Barragán, Flores, Medina-Mora, y Reidl, 2007).

Cabe señalar que una de las limitantes de esta descripción fue el hecho de no tener más usuarias del género femenino, pues hubiese sido interesante poder hacer una comparación por sexo sobre discursos y problemáticas que viven los jóvenes .

Por tal motivo quisiera exhortar a quienes consulten este documento a que no hay que caer en generalizaciones poco útiles o en afirmaciones sobre que los usuarios pertenecen a hogares desintegrados, o son jóvenes que necesitan cariño, delincuentes potenciales, etc. Lo cierto es que el consumo de sustancias psicoactivas lo integran bastantes jóvenes pertenecientes a familias no desintegradas, así como a muchachos que son excelentes estudiantes.

El haber desarrollado el trabajo de prácticas en este centro constituyó una gran ayuda y experiencia, dejó ver otras realidades y contextos donde los usuarios se desenvuelven, y como algunos de ellos lo decían “nosotros aparentamos lo que somos”, el convivir, conocer algunas dinámicas de interacción, brinda otra perspectiva para continuar desarrollando mejores estrategias de intervención y prevención de adicciones.

Esta breve descripción solo intentó dar un boceto de los usuarios que se atendieron en el CIJ-IO y CEPREA, sin constituir una explicación determinista. Se entiende que en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, intervienen una larga serie de factores psicológicos, fisiológicos, sociológicos, políticos y culturales.

En el siguiente capítulo se describirá de manera más detallada la intervención que se realizó con un usuario consumidor de alcohol en el CIJ-IO, abordando la problemática y la descripción del tratamiento aplicado para hacer frente a la problemática planteada.

CAPÍTULO 3

Después de escalar una montaña muy alta,
descubrimos que hay muchas
otras montañas por escalar.
Nelson Mandela

REPORTE DE CASO

En el siguiente capítulo se presenta un caso cuya intervención se basó en el “*Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*” (Ayala et al., 1998, en Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

El caso que se presenta a continuación fue tomado del CIJ IO (Iztapalapa Oriente), este usuario cumplía con los criterios de inclusión del programa: mayor de edad, con una dependencia de consumo de alcohol baja, domicilio permanente, vivía con su familia la cual representaba una red de apoyo estable e importante en la adherencia al programa y en el cambio.

DATOS GENERALES, PATRÓN DE CONSUMO Y MOTIVO DE CONSULTA

NOMBRE: C. C. D. R., para efectos más prácticos lo llamaremos Leo.

EDAD: 19 años

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: 6º semestre de educación media superior.

OCUPACIÓN: Estudiante

FECHA DE INGRESO: 24/06/09

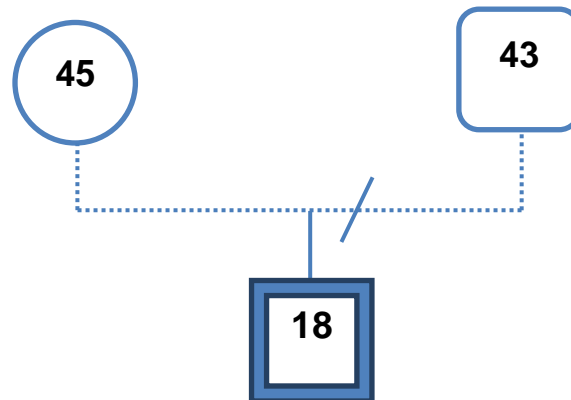
SUSTANCIA: Alcohol y tabaco



MOTIVO DE CONSULTA

El usuario es llevado por la madre, ésta manifiesta que “su hijo ha estado bebiendo continuamente”.

Este por su parte comenta que en estos momentos no tiene ningún motivo de consulta, sólo va por “complacer a la madre”.

FAMILIOGRAMA



 = Conflicto con la madre por la sobreprotección
 = Límites difusos

En el familiograma se observa la familia nuclear de Leo, al padre y la madre, donde la relación que llevan los padres no es muy buena, por un lado la madre establece límites pero el padre no la apoya, es por eso que el usuario no tiene una buena relación con el padre.

PATRÓN DE CONSUMO

EDAD DE INICIO: 17 años

DÍAS DE MAYOR CONSUMO: viernes

CANTIDAD MÁXIMA: 15 tragos estándar

CANTIDAD MÍNIMA: 2 tragos estándar

DURACIÓN DEL CONSUMO: 5 horas

DÍAS DE CONSUMO: 70

CONSUME: en compañía de amigos

LUGAR DE CONSUMO: tardeadas escolares

PERIODO DE MENOR CONSUMO: siete meses. (antes el consumo era esporádico y moderado, pero en los últimos cinco meses aumentó y se mantuvo por tres meses.

CONSECUENCIAS:

- *Familiar:* peleas con sus padres, lo han corrido de su casa, lo amenazaron con anexarlo.
- *Pareja:* discusiones, pérdida de la pareja.

- *Escolar*: 1 ½ año sin terminar la preparatoria.
- *Físicas*: dolor corporal (pero no lo asocia completamente al consumo).
- *Emocionales*: tristeza.
- *Sociales*: el grupo de amigos es reducido (solo “amigos” de domicilio).

RAZONES DE CONSUMO:

- Le gusta el efecto (lo tranquiliza, lo hace pensar)
- Le da “amigos”
- Le ayuda a olvidar la perdida de la novia
- Lo hace disfrutar los «buenos momentos »

ETAPA DE CAMBIO EN LA QUE SE ENCUENTRA: Pre-Contemplación/Contemplación, esto se detecta debido al discurso que trae el usuario, en donde desconoce la existencia de un problema de salud, desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud y sólo lo hace por complacer a la madre.

HISTORIA DE CONSUMO

Leo comenta que su consumo inició aproximadamente a los 12 años de edad, durante una fiesta familiar en la que por curiosidad él y unos primos se pusieron a consumir bebidas alcohólicas para ver qué se sentía. En esa ocasión el consumo fue excesivo (borrachera) y a sus padres no les causó mucho problema en esa ocasión. Comenta que no le gustó y concluyó que no volvería a tomar debido a los efectos obtenidos (cruda). Sin embargo a los 15 años de edad, retoma su consumo de manera esporádica, en las fiestas y tardeadas a las que asistía cuando iba en 4º semestre de preparatoria.

A los 17 años conoce a la que era su novia (con 13 años de edad),en un principio ella aparece como un factor protector, porque por ella comenzó a abandonar a los amigos para a dedicarle más tiempo a la relación. y por la misma razón pero tiempo después comenzó a descuidar la escuela.

Después de aproximadamente 1 año de relación, ésta termina, Leo se “refugia” en el futbol dentro de la escuela, y trae como consecuencia el consumo de alcohol, dos o tres veces por semana con 2 o 3 vasos de cerveza.

Leo manifiesta que consume tabaco y no ha consumido otro tipo de drogas, le han ofrecido mariguana y cocaína, pero no le llama la atención.

Para comenzar se siguieron los lineamientos del CIJ Iztapalapa Oriente:

- Entrevista inicial (puede ser realizada por psicólogos, trabajadoras sociales o psiquiatra del centro).
- Entrevista psicológica (realizada por psicólogos).
- Estudio Social (realizado por las trabajadoras sociales)
- Historia Clínica (realizada por la psiquiatra).
- Diagnóstico Familiar (solo en caso de que el psicólogo lo considere necesario, puede ser realizado por el mismo o trabajadoras sociales).

Todo esto con el fin de obtener un mejor diagnóstico y dar un mejor tratamiento al usuario.

SESIONES

SESIÓN 1

ENTREVISTA INICIAL

El objetivo de esta primera sesión es obtener los datos generales del usuario, así como el motivo de consulta y etapa de cambio en que se encuentre.

En la primer sesión, Leo llegó acompañado de su madre y por cuestiones de logística del centro se les hace pasar juntos, se le realizó una entrevista estructurada y la madre comentó el motivo de consulta y el usuario, callado, asintió con la cabeza.

Posteriormente se le pide a la madre que salga del cubículo para continuar con la entrevista y que el usuario adquiriera mayor confianza, se comienza a trabajar retomando las técnicas de la entrevista motivacional con la finalidad de identificar la etapa de cambio en la que se encontraba el usuario al momento de su llegada.

En la sesión se le preguntan situaciones dirigidas al consumo que ha tenido últimamente. Esto con la finalidad de ver las consecuencias de su consumo. Después se ven los beneficios de la asistencia a tratamiento (como el usuario no estaba convencido de ingresar al tratamiento se le convence a trabajar la pérdida de la novia).

Se finaliza la sesión comentándole que se le asignarán citas para el proceso de evaluación, donde se le hará un estudio socioeconómico, una historia clínica (realizada por una psiquiatra), una entrevista psicológica, y otra familiar.

Sesión 2

Entrevista Psicológica

El objetivo de la sesión fue «indagar de manera global la vida del usuario».

El usuario llega puntualmente a la sesión, se retoman las técnicas de la entrevista motivacional para conocer más sobre el inicio del consumo (características y consecuencias que ha tenido hasta el momento). Se detectó que el usuario no se daba cuenta de las consecuencias, por lo que se acudió a la escucha reflexiva para que él mismo se diera cuenta de los problemas que le estaba trayendo su consumo, esto causó que Leo cambiara de postura al respecto.

Se indagó sobre metas de vida del usuario, y estas eran: terminar la preparatoria y trabajar al Seguro Social.

Al final de la sesión se informó a Leo que en la próxima se le aplicarían instrumentos que ayudarían a conocer de manera más precisa el patrón de consumo, las situaciones, y el nivel de dependencia respecto a éste. Además se da a conocer la confianza acerca de no consumir alcohol, lo anterior con el fin de utilizarlo durante el tratamiento.

Sesión 3

Evaluación

A esta sesión el usuario no acude y se desconocen los motivos.

Un día después de la sesión que se tenía programada el usuario llamó para que se le reagendara una nueva cita.

Sesión 4

Evaluación

Al inicio de la sesión el usuario llega pidiendo una disculpa por no haber asistido a la cita pasada, comenta que tuvo que asistir a la escuela y no le dio tiempo de llegar.

El objetivo de la sesión fue la aplicación de los siguientes instrumentos:

- **BEDA** (Escala sobre Dependencia de Alcohol)
- **LIBARE** (Línea Base Retrospectiva)
- **ISCA** (Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol)
- **CCS** (Cuestionario de Confianza Situacional)

Los instrumentos dieron a conocer el patrón de consumo en los últimos seis meses, nivel de dependencia y situaciones de consumo, en las que Leo reporta tener mayor confianza para poder controlar o detener su consumo.

Resultados

BEDA

Puntaje: 6 = Dependencia Baja

LIBARE

Número total de días de consumo: 70

Número total anual de copas estándar consumidas: 397

Promedio de tragos consumidos por día: 6 (5.6)

Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 175 días: 15

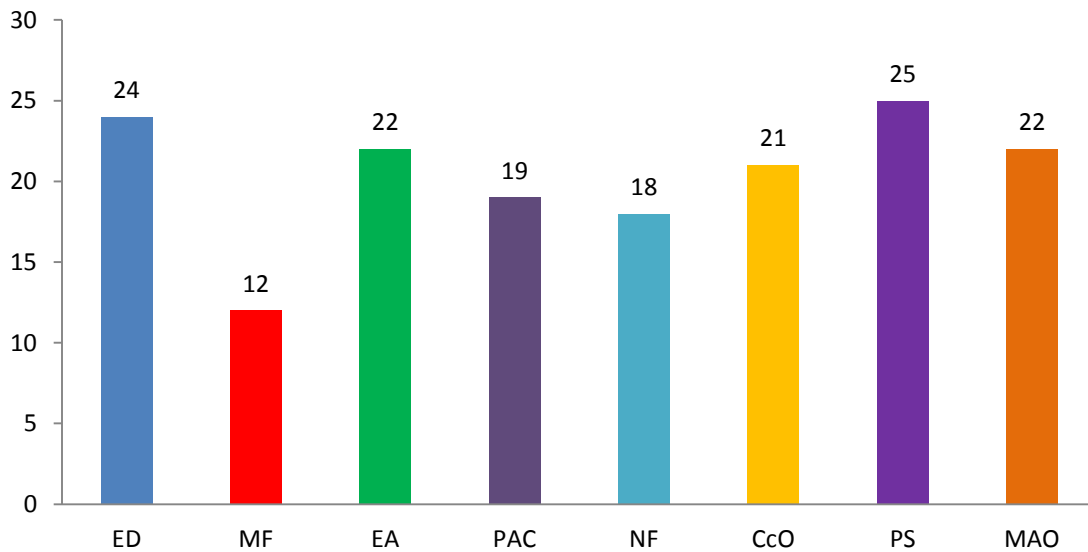
Número máximo de días de abstinencia: 105

LIBARE



Gráfica 17. LIBARE a 6 meses.

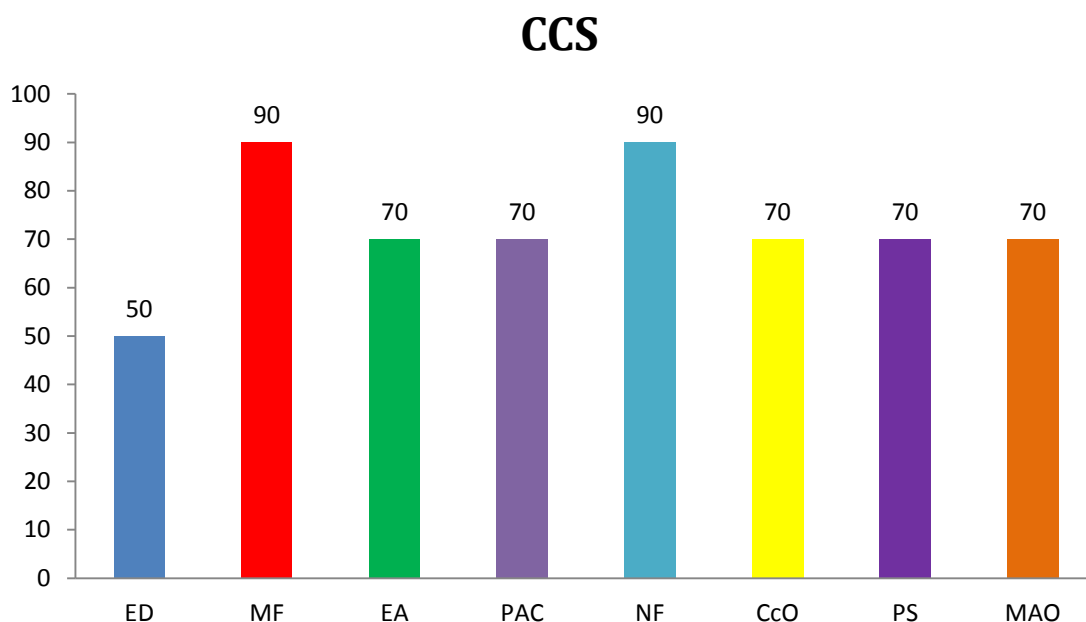
ISCA



Gráfica 18. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA.

En la gráfica 18 se muestran los resultados obtenidos de la aplicación ISCA, se observa que los momentos de mayor consumo de alcohol se asocian con: la Presión Social, las Emociones Desagradables y los Momentos Agradables con Otros (MAO), que

efectivamente y de acuerdo a lo indagado en las sesiones, corresponde con lo comentado por Leo. El usuario comentó que su nivel de consumo se había incrementado por la pérdida de su novia, la necesidad de sentirse mejor y la búsqueda de pasar un buen rato.



Gráfica 19. Cuestionario de Confianza Situacional CCS.

En la gráfica 19 se muestran los resultados del CCS, se observa que Leo se siente confiado en la mayoría de las áreas (con una media de 71.25), excepto en emociones desagradables en donde obtuvo un 50% de confianza, esto viene a coincidir con los momentos que estaba viviendo actualmente por la pérdida de su novia.

Finalmente se le recordó al usuario los beneficios de haber contestado las pruebas. Se termina la sesión reforzando al usuario por su asistencia, haciendo hincapié para que acuda a las siguientes sesiones y se le entrega el formato de auto-registro, explicando la forma en qué debe llenarlo.

Sesión 5

Entrega de Resultados

El objetivo de esta sesión fue revisar el autoregistro y entregar los resultados para lograr que Leo se convenciera respecto a la importancia de asistir a tratamiento, y así moverlo de la etapa de cambio (precontemplación).

Se inicia la sesión preguntando a Leo ¿Cómo te fue en la semana? ¿Hubo consumo de alcohol? Leo responde: “consumí, porque me enteré que su mi ex novia tiene otro novio”.

Después del reporte, se prosiguió con la entrega de resultados, donde se le manifestó al usuario lo importante de identificar emociones, lugares, situaciones o personas que lo puedan llevar al consumo.

Posteriormente se fueron retomando algunos componentes del PSC como el de control de emociones (tristeza), debido a que en los resultado del ISCA y CCS las emociones desagradables eran fuertes precipitadores del su consumo. También se retomaron técnicas de la entrevista motivacional: empatía, la escucha reflexiva, el parafraseo, el señalamiento emocional para que Leo se sintiera escuchado, se logrará una mejor adherencia y motivación al tratamiento, después se le dieron algunas técnicas de relajación, detención del pensamiento y búsqueda de lo positivo, también se le sugirió la búsqueda de actividades agradables para que no todo el tiempo estuviera pensando en lo mismo y no optara por el consumo de alcohol como forma de afrontamiento.

A continuación se le entrega la primera lectura y el ejercicio del Paso 1 “*Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas*”. Haciendo un breve resumen de los puntos importantes de la lectura y un ejemplo de cómo resolver un ejercicio. Explicándole que esta le ayudará a analizar: 1) los costos y beneficios de su actual forma de beber, 2) la toma de conciencia de sus decisiones y sus consecuencias 3) la identificación de razones para cambiar y 4) el establecimiento de su meta para disminuir el consumo.

Al terminar, Leo dio un ejemplo acerca de una situación desagradable que lo pudiera llevar al consumo, ¿cómo podría afrontarla?, ¿qué estrategias emplearía? A partir de las respuestas se plantean planes de acción con el fin de que el usuario no solo fuera cambiando la parte conductual, sino también la cognitiva respecto al afrontamiento que tenía ante ciertas situaciones.

La sesión concluyó con un resumen que remarcó porqué era importante continuar en el tratamiento y recordándole que continúe con su llenado del autorregistro.

Nota: Al usuario le sorprendieron los resultados, no creía haber bebido tanto, y cuando se hizo la comparación del dinero que pudo haber ahorrado. “*ya me hubiera comprado un celular nuevo y un iPod*”, esto sirvió para mover al usuario de etapa de cambio (acción).

Sesión 6

Paso 1 “Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas”

El objetivo de esta sesión fue el establecimiento de metas.

El usuario llegó puntual. No consumió durante esa semana, se le refuerza esta conducta y se le pregunta ¿qué fue lo que le ayudó a no consumir esta semana? Leo responde: *“entré a mis clases de la prepa y evité ir a las canchas de fútbol”*.

Se le hace notar a Leo que estas estrategias le ayudaron a mantenerse sin consumo, se le hace la sugerencia de mantenerse ocupado y de que siga buscando otras cosas que le impidan involucrarse con las actividades anteriores que lo llevaban al consumo.

Posteriormente se revisan los resultados de la evaluación para que Leo vaya identificando las diferentes situaciones y emociones que lo han llevado y pueden llevar al consumo, esto permite anticiparlas y controlarlas. Se le pregunta sobre los aspectos que considera importantes en la tarea, destacando la importancia de tomar decisiones, las consecuencias, los beneficios y costos de ellas, se hace especial énfasis en las de su consumo de alcohol y se ve la importancia de que establezca una meta del tratamiento.

Se revisó el ejercicio de *Decisión de Cambio* en el que Leo comenta los beneficios de continuar consumiendo: *“convivir con mis amigos, saciar mi sed, conocer chicas y olvidar mis problemas”*, después se le pregunta ¿cuáles son los costos que trae la forma en que está tomando?: *“no veo ningún costo, todo está bien”*, ¿cuál es el motivo por el que acudió al tratamiento y qué problemas tiene actualmente?: *“problemas familiares, mis padres ya no confían en mí, el no terminar la escuela”*, ¿cuáles son los costos de cambiar su manera de beber?: *“perder amigos, no ir a fiestas, me aburriría”*, ¿beneficios de cambiar su consumo de alcohol?: *“no tener problemas familiares, recuperar la confianza de padres, mejorar mi economía”*.

Finalmente se le pide que imagine una balanza, que ponga en cada lado costos y beneficios de continuar con su forma de beber, para que notara gráficamente la inclinación.

Posteriormente se inicia el ejercicio de *Razones para Cambiar*, donde se le pidió a Leo 3 razones importantes para cambiar su manera de beber, se le indica que puede apoyarse del cuadro sobre costos y beneficios, comenta: *“Quiero recuperar la confianza de mis padres, terminar la preparatoria y entrar a la universidad”*.

A continuación se le muestra la LIBARE para que Leo pueda elegir cuál será su meta de consumo (*reducción o abstinencia*) y en cuánto tiempo quiere lograrla. El usuario elige como meta *“abstinencia”*, se le pregunta qué tan confiado se siente de poder ser constante en la meta que acaba de plantearse y responde que se siente *“muy confiado”*. Se le recuerda entonces que acaba de adquirir un compromiso con él mismo y que requerirá constancia y compromiso para lograrlo.

Para finalizar la sesión se le menciona el llenado del auto-registro, esto le servirá como apoyo y le ayudará a ir identificando las situaciones que promueven su consumo; además le permitirá anticiparse y generar estrategias de afrontamiento.

Se le entrega la lectura del Paso 2. Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso. Se le explica que se lo lleva como tarea para resolver en casa, y será revisada la siguiente sesión.

Nota: La meta elegida por el usuario no se considera viable debido a su patrón y lugares de consumo pero no se le menciona para no afectar la “motivación”.

Sesión 7

Paso 2. Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso

El objetivo de la sesión fue que el usuario identificara la relación existente entre el estilo de vida que lleva y su consumo además de las consecuencias que le acarrea.

El usuario reporta no haber consumido gracias a las estrategias adquiridas, pero comenta sentirse vigilado por la madre. Se le pregunta al usuario por el padre ¿qué hace, qué le dice?, este manifiesta: *“mi papá apoya en las decisiones a mi mamá, él no me molesta, solo apoya”*.

Se le sugiere que la canalización de su familia a sesiones de apoyo, por lo que Leo dice: *“sí, a la que más le faltan es a mi mamá”*.

Posteriormente se retoma el paso 2, se trae la lectura de la “Montaña del Éxito”, donde se menciona que existen ocasiones donde el camino “más fácil” no siempre es el mejor, al contrario puede hacerlo sentir mal o sentir que no puede cambiar, que es muy difícil que no vale la pena o sentirse triste y culpable. Se le comenta que son reacciones naturales

en el proceso de cualquier tratamiento, sin embargo puede enfrentarlas de diferente manera con las siguientes estrategias:

1. Pensar en la caída como un error y que todos cometemos errores, lo importante sería pensar qué hicimos mal, cómo corregirlo, qué aprendimos y evitar hacerlo de nuevo.
2. Reconocer que una recaída no significa que se está regresando al patrón de consumo anterior.
3. Recordar las razones del cambio, es muy importante revisar estas razones para y comprometerse con ellas para lograrlo.

Después de esto se pasó con el análisis de las situaciones de riesgo para el consumo, Leo mencionó que solamente era estar con sus amigos de la escuela y calmar su sed, se le recordó su LIBARE e ISCA, y se identificaron más situaciones.

Este punto se relacionó con el ejercicio “Situación en la que haya tomado alcohol en exceso”, donde se le pidió que eligiera 3 situaciones de las que había identificado donde hubiese bebido en exceso.

Leo comentó: *“fue un viernes, iba a ver a mi novia pero me llamó unas horas antes para cancelar, decidí que como no la vería me iría con mis amigos a una tardeada, ya estando ahí comencé a tomar y tomar, hasta ponerme mal, finalmente unos amigos terminaron llevándome a casa, cuando llegué, mis papás se enojaron, me dijeron que era la última vez que me recibían así, que si no entendía me iban a anexar”*.

Ante esa situación se le pidió que identificara lo qué había disparado su conducta de consumo y las consecuencias de esta.

El identificó: *enojo con su novia, el ser viernes, pasarla con sus amigos, antojo y la tardeada escolar”*.

¿Qué consecuencias tuvo este consumo explosivo? “sus papás se enojaron con él y estuvieron a punto de anexarlo”.

¿Se hubiese podido evitar y cómo lo hubiese hecho? *“sí, en vez de haberme molestado con mi novia, pude haber preguntado causas de la cancelación, o pude haberme ido con mis amigos de la unidad, así tal vez no hubiera consumido”*, comenta que eso no le pasó por la cabeza, sólo hasta ese momento.

Finalmente se revisa la importancia de tener identificados los posibles precipitadores de consumo para saber qué hacer y cómo evitarlos.

Se le entrega la lectura del Paso 3. “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”, se le recuerda el llenado de su auto-registro para continuar con su meta de consumo en la siguiente cita.

Nota: Aunque el usuario en un principio se mostró un poco resistente en identificar los precipitadores y las consecuencias que trae el consumo de alcohol, finalmente acepta que puede haber más situaciones que lo pueden llevar al consumo y al riesgo durante y después de este, además de que logra identificar que se pueden parar los consumos “explosivos” y realizar otro tipo de actividades, se da un avance en el tratamiento.

Sesión 8

Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol

El objetivo de esta sesión fue que el usuario comenzará a desarrollar nuevas estrategias para enfrentar futuras situaciones de riesgo a fin de evitar el consumo.

En la sesión se indagó sobre su consumo, Leo reportó haber consumido de forma controlada. Se le recordó que su meta es la abstinencia, Leo responde que *“desea modificarla, la decisión de abstinencia fue un poco drástica; sirvió para controlar mi manera de beber durante este tiempo, me he dado cuenta de que puedo consumir sin beber en exceso, por lo que ahora la meta será: **2 copas estándar por ocasión**”*. Se le menciona que debe ser más específico en cuanto al planteamiento, se trabaja nuevamente con el material del paso de: planteamiento de una meta de consumo, y Leo replantea: *“elegir no beber más de 2 copas estándar por ocasión y no más de 2 veces a la semana, además de no beber en la escuela”*, se le recuerdan los consejos para tener un consumo responsable, las situaciones en las que estaba consumiendo y lo que se trabajó en la sesión pasada para reforzar esta nueva meta de consumo en el tratamiento.

Una vez terminado esto, Leo comentó que también quería contar que *“no se ha sentido bien en la parte emocional-sentimental, ha estado recordando mucho a su exnovia, no sabe si buscarla y regresar con ella o qué hacer”*. Ante esta situación se retoma un poco del componente de “solución de problemas” del PSC para que finalmente Leo pudiera tomar una decisión al respecto.

Con esto Leo tomó la decisión de “no buscar a su exnovia”, se le cuestionó la diferencia de edades y la compatibilidad que pudieran llegar a tener, además de que pareciera que él no quiere terminar la preparatoria por estar esperando a que la novia terminara la secundaria e ingresara a la preparatoria con él. Se le mencionaron beneficios de continuar con su crecimiento: terminar la preparatoria, ingresar a la universidad, conocer nuevas personas, adquirir mayor libertad y confianza en cuanto a sus padres.

Leo comentó *“no lo había pensado de esa manera”*. Con esto se logró un cambio en el usuario y que este se sintiera mejor respecto a la decisión que había tomado anteriormente, además también se trabajó la dependencia con la madre y comenzar a responsabilizarse de sus actos, por ejemplo: levantarse por sí mismo, recoger su cuarto, hablar con los profesores de la escuela, etc. Después de esta explicación se da por finalizada la sesión, dejándole de tarea un balance decisional del crecer o seguir siendo el “adolescente” y cómo se ve a futuro.

Se le recuerda hacer de nueva cuenta la lectura del paso 3 para que la siguiente sesión se retome y trabaje sobre eso.

Nota: en esta sesión no se puede trabajar con el siguiente paso que se tenía planeado dentro de la intervención debido a las demandas que manifestó Leo, se les dieron prioridad así que para la siguiente sesión no se avanzará con el siguiente paso del tratamiento sin embargo se obtuvo un avance significativo, al replantear la meta de consumo “más real”.

Sesión 9

Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol

El objetivo de esta sesión, fue retomar lo que no se hizo la sesión anterior y seguir con el siguiente paso, que consistió en que el usuario comenzará a desarrollar nuevas estrategias para enfrentar futuras situaciones de riesgo a fin de evitar el consumo.

La sesión inicia con el resumen de la anterior (decisión de no buscar a la exnovia, crecer, e ir cerrando ciclos). Leo comenta que se ha sentido mejor, no ha tenido consumos, pero que fue: *“algo pesado el ver a mi exnovia como un ancla que no me permitía crecer, es tiempo de continuar mi camino, en general me sentí bien”*, se le refuerza por estas decisiones que tomó y por no consumir durante la semana. Leo comentó que la tarea (balance decisional sobre el crecer o seguir siendo adolescente y cómo se ve a futuro) le

servió para pensar sobre su futuro, le ha abierto más preguntas, por ejemplo, *“¿qué quiere estudiar y dónde?”*, se le comenta que ahora él se da cuenta de otros “problemas” que antes no contemplaba, estas nuevas decisiones y el no consumir alcohol, le han traído otros pensamientos, qué, más que problemas, son alternativas diferentes, que antes no percataba, se le indica que para la siguiente sesión hará algo similar a la resolución de problemas respecto a sus estudios.

Posteriormente se retoma el paso 3 “Opciones y Probables Consecuencias” y “Planes de Acción”, se trabajó con la situación de “pelea con la exnovia” donde hubo consumo excesivo. Leo se da cuenta de otras consecuencias como: *“no darme cuenta que parte del no querer crecer, el estar esperando a que mi exnovia terminara la secundaria para comenzar la preparatoria juntos, creo que también mi consumo de alcohol era parte de ese miedo a perderla, me doy cuenta de que en realidad no conozco a muchas personas, era falsa la idea de varios amigos, ahora comprendo que la preparatoria ya no es mi tiempo, ni mi espacio, mi futuro está fuera de ella”*.

Después de esto se le pregunta *¿cuáles son sus planes para continuar con lo que quiere?* Responde que en un inicio es *“seguir con el tratamiento, entrar a clases, comenzar a realizar el tema de investigación para poder terminar la prepa y ganarme la confianza de mis padres”*.

Se felicita al usuario por el avance que ha tenido durante el tiempo que ha estado asistiendo al tratamiento, por la constancia que ha mostrado, también se le comenta que todo lo que ha ido aprendiendo en el transcurso del tratamiento puede generalizarlo para que no solo su consumo de alcohol continúe cambiando, sino que este cambio se de en su vida general.

Para concluir con el trabajo de la sesión se hace un breve resumen de esta, resaltando la importancia que ha tenido su constancia y compromiso, instigándolo a que continúe haciendo planes para el futuro, no solo relacionados al consumo, sino también para su vida en general y familiar.

Se le recuerda que siga con el llenado del auto-registro y se le entrega la lectura del paso 4 “Nuevo Establecimiento de Metas” para que lo revise en casa y se trabaje la siguiente sesión.

Nota: Leo parece haber encontrado una razón más para terminar la preparatoria y continuar con su desarrollo personal e intelectual, además de que esto puede ser un factor protector, ya que él mismo no se ve como un integrante más de la preparatoria, lo que lo aleja de uno de sus precipitadores de consumo.

Sesión 10

Nuevo establecimiento de metas

El objetivo de la sesión fue que el usuario definiera nuevamente su meta de consumo, si se mantendría o se modificaría, además de decidir si el tratamiento finalizaría o requeriría de sesiones adicionales.

La sesión se inició como todas, preguntando ¿Cómo te fue en la semana? ¿Hubo algún consumo? ¿Cómo te fue con las tareas? Leo responde que le fue bien con la tarea de la lectura, no tuvo problema pero que estaba entendiendo que “¿el tratamiento está finalizando?”, eso lo tenía un poco “desconcertado”. Respecto a la tarea de solución de problemas, quería seguir estudiando porque tenía varias opciones, de las cuales, aún no había decidido.

Se comienza revisando la última parte, viendo qué opciones tenía, Leo comenta: “quiero estudiar Derecho, Economía o Administración en la UNAM”. Se le platica sobre la variedad de opciones de universidades, por ejemplo el Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana o la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Se pasa al siguiente punto; explicación de finalización del tratamiento, se le comenta que no finaliza aquí, que aún quedan tres sesiones más, estas serán de seguimiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses) , si él considera y siente que necesita trabajar o reforzar alguna área, se puede agendar una nueva cita para tratar el tema, de todas formas se le dará la cita para dentro de un mes, esta queda “abierta” por si él lo necesita.

Posteriormente se revisa el auto-registro de consumo. En el reporta que no ha tenido ningún consumo. Se le felicita por el trabajo realizado a lo largo del tratamiento, y que no ha sido fácil, pero que hay que lograrla meta que se re-planteó. Incluso se ha mantenido en abstinencia, se recomienda que siga así para que pueda ver el progreso de manera objetiva a través de la pre-gráfica de consumo.

Además se hace un resumen de lo que se ha visto durante el tratamiento: situaciones que pueden disparar su consumo o llevarlo a beber en exceso, consecuencias positivas como

negativas y cómo se siente ahora de seguir con su meta de consumo. Al realizar esto, Leo comentó estar contento.

Con esto nos podemos dar cuenta de los avances que tuvo el usuario durante el tratamiento.

A continuación se inicia el ejercicio “Nuevo Establecimiento de Metas”, donde define nuevamente la meta de consumo para los siguientes meses, considerando avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. Leo decide mantener la meta de: *no beber más de 2 copas por ocasión y no más de 2 veces por semana.*

Para finalizar la sesión se le recordaron las sesiones de seguimiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses), también se le recomendó que si durante este tiempo llegara a existir cualquier consumo, lo registre. Se enfatiza que existe la opción de sesiones adicionales, estas se darán negociando entre ambos y se le da cita para su primer seguimiento.

Nota: Se puede observar a un usuario con mayor confianza con respecto a su meta de consumo, sin ningún problema, además de que sus intereses han cambiado.

Sesión 11

1er Seguimiento (1 mes)

El objetivo de este primer seguimiento fue evaluar el mantenimiento del cambio en Leo y ver la eficacia de lo visto durante el periodo del tratamiento.

Se inicia la sesión preguntando de manera general por el estado de ánimo y acontecimientos pasados durante el mes. Leo responde: *“me fue bien, no he rebasado la meta que me propuse, consumí en una sola ocasión, fue en la fiesta de un amigo”*, se le pregunta *¿Qué estrategias empleó? ¿Cuáles fueron los pensamientos que pasaron por su mente en esos momentos? “la verdad no tenía muchas ganas de tomar, lo hice por la insistencia, la técnica fue: tomar solo un trago y alejarme de ellos, ir con otros amigos y amigas”*, después se le pregunto *¿Cómo se había sentido con esta estrategia? “me sentí bien, la presión era bastante, veía a todos tomar y yo también lo hacía pero no tenía ese sentimiento de perderme, pensé en las consecuencias”*. Por lo tanto se reforzó el comportamiento de Leo, haciéndole ver que en verdad estuvo en una situación difícil, sin

embargo pudo superarlo y continuar con la meta de consumo que se había planteado durante el tratamiento.

Después se indagó cómo se había sentido con los cambios, cómo iba la relación con su familia y en especial con su mamá. Leo comentó: *“Las sesiones familiares también han ayudado mucho, mi mamá se dedica a hacer otras actividades y no está todo el tiempo atrás de mí, me siento contento”*, a lo que agregó que está por terminar la preparatoria y decidió hacer como tema de trabajo final *“el consumo del cigarrillo y sus efectos”*, se le dice, que es una buena decisión y que si necesita de algún apoyo puede contar con el terapeuta para lo que se le ofrezca.

Finalmente se le preguntó sobre el aspecto personal-sentimental, y este respondió que: *“estoy mejor, he visto a mi exnovia, ya no quiero regresar con ella, estoy saliendo con otras amigas de mi edad, por el momento no pienso en tener ninguna relación”*.

Se le recomienda mantener la constancia con la que ha venido trabajando durante el tratamiento, que no olvide seguir registrando situaciones de consumo y que su próxima cita será hasta dentro de 3 meses, considerando que cuenta con cita abierta por si cree necesitar alguna sesión adicional.

Nota: al final de la sesión se le entrega un folleto informativo del consumo del tabaco, útil en el programa de adolescentes. En cuanto a las citas adicionales se considera que no son necesarias ya que la terapia familiar está ayudando en el proceso.

Sesión 12

2º Seguimiento (3 meses)

El objetivo de este segundo seguimiento fue continuar evaluando el mantenimiento del cambio en el usuario y ver la eficacia del tratamiento.

Leo comenta: *“me he sentido muy bien, la cuestión escolar avanza”*, ha encontrado mucha información para el trabajo final y ahora no sabe cómo sintetizar, se le recomienda utilizar la técnica de resolución de problemas para poder definir su trabajo.

En cuanto al consumo manifestó que: *“hubo 3 consumos sin rebasar la meta, están registrados en mí auto-registro”*.

Se le pregunta ¿qué estrategias utilizó? *“pensar en las consecuencias negativas que me trae el consumo en exceso”*. Se le comenta que esto es parte del tratamiento y del crecimiento que ahora está teniendo.

También se le cuestiona si ¿cree necesitar sesiones adicionales o trabajar otros temas para continuar con su crecimiento y desarrollo personal? Leo responde que *“no”*. Por lo tanto se recomienda que siga como hasta ahora, registrando su consumo y si él considera necesario una cita antes de la próxima sesión, la puede solicitar y agendar. Para la siguiente sesión deberá plantearse una lista de metas a corto, mediano y largo plazo.

Se finaliza la sesión agendando la tercer y última cita.

Nota: el usuario aún se ve firme con la decisión que ha tomado, sigue viendo cambios positivos en su manera de beber además con la realización del trabajo del tabaco se está dando cuenta de nuevas consecuencias y problemas que conlleva su consumo.

Sesión 13

3er Seguimiento (6 meses)

El objetivo fue continuar evaluando el mantenimiento del cambio en el usuario y la eficacia del tratamiento.

En esta sesión se aplicaron BEDA y el CCS para observar el patrón de consumo de Leo durante los últimos seis meses, las situaciones de principal consumo y qué tan confiado está para controlar o detener su consumo.

La sesión inició explicándole el objetivo de la misma, se le comentó que esta sería un poco más larga que las anteriores debido a que se aplicarían los mismos instrumentos que al inicio del tratamiento.

Después se le preguntó cómo le fue con el consumo, la parte escolar, familiar y personal. Leo respondió: *“me ha ido bien, por fin termine la escuela, ya metí documentos para ingresar a la licenciatura en Ciencia Política y Administración Urbana de la UACM, y revisar convocatorias de otras universidades”*.

Respecto lo relatado por Leo, se hace una pausa y se utiliza la escucha reflexiva para que se dé cuenta de lo que dijo y sus avances, también se hace una reestructuración cognitiva, destacando los aspectos positivos y apoyando lo dicho por él, mediante comentarios y frases de comprensión (reforzando el autocontrol de no sobrepasar su

consumo máximo por ocasión), además de un balance entre pasar la meta de consumo y continuarla.

Posteriormente Leo comenta: *“comencé a trabajar, tiene como 2 meses, por el momento estoy como cobrador de un estacionamiento en un teatro de la Ciudad. Siento que me hará bien ganar mi propio dinero. Mis papás están más relajados conmigo, ellos me dicen que vaya viendo la posibilidad de entrar al Seguro Social, lo estoy considerando, por ahora me interesa entrar a la universidad y después ya vendrán las cosas”*.

Se le comenta que es un placer poder observar los logros que ha ido obteniendo durante todo este tiempo, que no es fácil, sin embargo, él se propuso hacerlo y lo ha ido logrando poco a poco, e incluso cosas que no se había propuesto, como el trabajar, que ya lo estaba llevando a cabo. Se le instiga a que continúe como hasta ahora.

Finalmente se le pregunta, si quiere hacer un re-planteamiento de la meta de consumo, a lo que responde: *“no, no lo creo necesario, solo pondré mayor atención a la meta de no más de 2 copas a la semana”*.

Al comparar los resultados de los instrumentos se observa que el BEDA en un inicio del tratamiento obtuvo una puntuación de **6**, que si bien indicaba una *dependencia baja*, ahora con la nueva aplicación del 3er seguimiento sale con **0** puntos, lo que indicaría que *no hay dependencia*, se observó una mejoría significativa. En el CCS, su nivel de confianza situacional está muy alto con un promedio de 99.9 %, sin embargo se le recomienda no olvidar las estrategias revisadas durante el tratamiento e incluso que fuera creando otras para situaciones futuras que llegara a presentar. Hasta el tercer seguimiento se le mostró la gráfica de consumo, para que pudiera observar el avance que había logrado durante este tiempo.

Se finaliza la sesión y se da por concluido el tratamiento, comentándole a Leo que si en algún otro momento cree que necesita de alguna ayuda, tenga o no que ver con el consumo de sustancias psicoactivas, no dude en solicitarla, ya sea en el CIJ o con cualquier otro profesional de la salud.

Nota: se observa a un usuario fortalecido, con mucha confianza para mantener su meta de consumo planteada, puede manejar las situaciones que se le presenten aunque aún

está en crecimiento y desarrollo personal. Las consecuencias de la vez que creía que lo iban a anexar están muy presentes, lo cual es una cuestión que lo paraliza, además hizo un trabajo sobre tabaco para salir de la preparatoria, con este se pudo dar cuenta de las consecuencias del consumo de tabaco.

El tratamiento individual y familiar, la constancia y disposición mostrados a lo largo del tratamiento tanto familiar como individual, contribuyeron de manera sustancial al logro del objetivo. De no haber sido así, el impacto y resultados del tratamiento habrían sido distintos. Por lo tanto se concluye con un pronóstico favorable para el usuario y su familia.

Resultados del Seguimiento

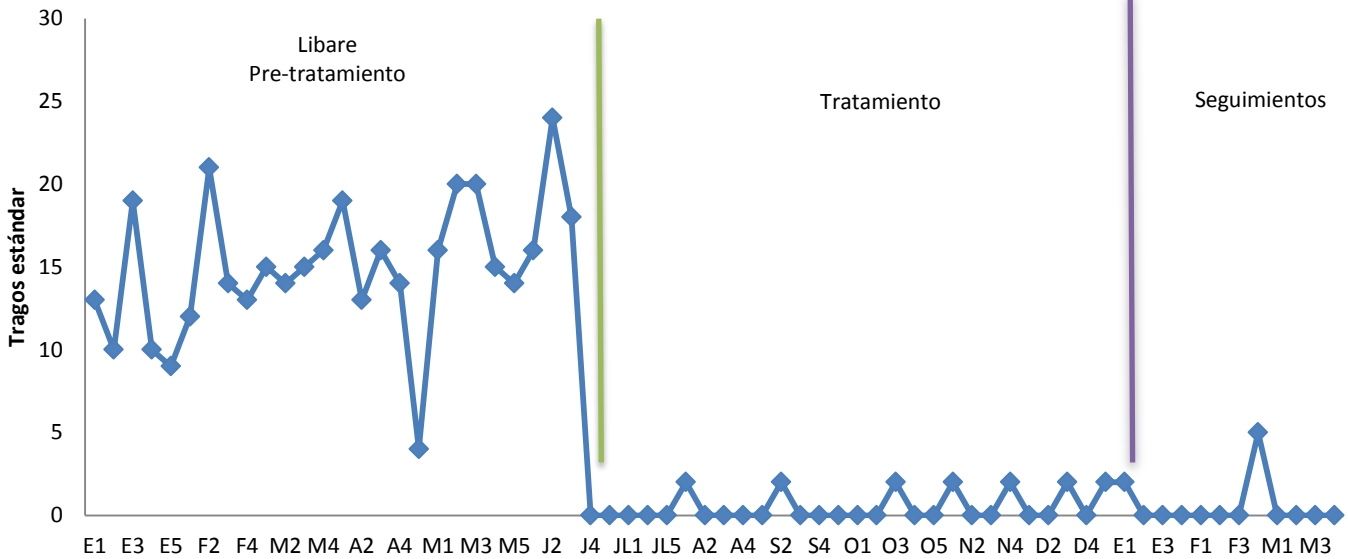
A continuación se presentan los instrumentos aplicados durante el 3er seguimiento y la gráfica del auto-registro del mismo.

Tabla 8. Resultados del BEDA antes y después del tratamiento.

Pre-tratamiento	Post-Tratamiento
6 = Dependencia Baja	0 Sin dependencia

En la tabla 8 se muestra una comparación de los resultados del BEDA al inicio y al final del tratamiento. Se puede notar que el nivel de dependencia del usuario a pesar de no ser alta, disminuyó considerablemente al final.

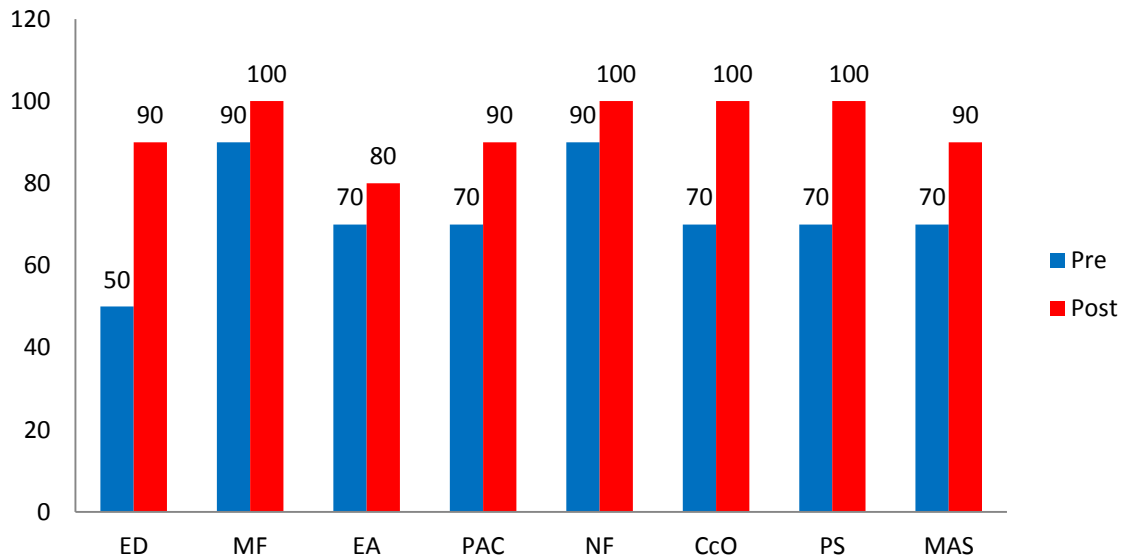
Registro de tragos estándar



Gráfica 20. Resultados de los auto-registros reportados por Leo, antes, durante y después del tratamiento.

En la gráfica 20 se muestra el patrón de consumo con el que llegó el usuario. Al inicio fue de 12 a 15 copas por ocasión, durante el tratamiento se redujo a 1 o 2 copas por ocasión y así se mantuvo, finalmente se muestra un consumo de 5 copas en una semana.

CCS



Gráfica 21. Cuestionario de Confianza Situacional CCS, antes y después del tratamiento.

En la gráfica 21 se observa la confianza que tenía el usuario para no consumir alcohol antes de iniciar el tratamiento y cómo esta fue aumentando al final del mismo (con una media de 93.75), lo cual coincide con todo lo visto durante tratamiento.

Registro de Sesiones Familiares

A continuación se describen brevemente las sesiones que se llevaron a cabo con la familia del usuario.

Sesión 1 Familia

Objetivos: lograr establecer acuerdos familiares para llevar a cabo la terapia y las expectativas de esta.

La madre se compromete en apoyar al hijo y comenta la importancia de que ellos como padres establezcan límites claros entre ellos, para que a su vez puedan establecerlos con su hijo y así llevar una mejor relación familiar.

Sesión 2 Familia

Objetivos: analizar el proyecto de vida de los miembros de la familia para apoyarse.

Resumen: se logró que cada uno de los padres mencionará su proyecto de vida para que el hijo lo conociera y refuerce la relación entre ellos, ver proyectos individualizados.

Los padres se muestran contentos ya que el hijo les expresó sus objetivos de vida y ellos tratarán de apoyarlo.

Sesión 3 Familia

Objetivo: conservación de roles interpersonales.

Resumen: la madre habla de que ella trata de involucrar al padre en cuanto a establecer los límites y que el hijo los respete, así como el rol que cada uno tiene y cumpliendo sus propias funciones.

Sesión 4 Familia

Objetivos: analizar la codependencia de la madre con el usuario.

Resumen: la madre habla de la forma en que intenta obtener la obediencia total por parte del usuario. Se analiza qué es la codependencia y cómo la madre la está ejerciendo al controlar en todo al usuario, impidiendo que se independice y que él mismo tenga responsabilidad en todo lo que realiza.

Sesión 5 Familia

Objetivos: que los miembros de la familia continúen la práctica de las habilidades para la negociación de reglas.

Resumen: la madre y el usuario en ocasiones tienen problemas de negociación ya que su estilo de comunicación es agresivo, más que asertivo, por lo tanto se le explica la comunicación y los estilos.

Sesión 6 Familia

Objetivos: analizar la interacción entre los miembros de la familia y la capacidad para resolver problemas.

Resumen: la madre comenta que está tratando de ya no resolver los problemas de su hijo, para así evitar la codependencia, y hacerlo responsable en cada uno de sus propias decisiones.

Sesión 7 Familia

Objetivos: analizar el clima afectivo en la familia.

Resumen: existe una atmósfera apropiada y optimista ante las situaciones. Los afectos se expresan de forma abierta y está mejorando la relación con los padres, ya que hay una mayor atención y valores compartidos en cada uno de los miembros de la familia.

Sesión 8 Familia

Objetivos: reforzar la calidad de la atención hacia los demás (empatía, involucramiento y valores).

Resumen: la madre comenta que su hijo no quiere comprometerse en cada una de las actividades que le corresponden en el hogar, esto afecta también el tiempo de convivencia familiar.

Se analiza la importancia de la empatía entre ellos y el involucramiento en las actividades para reforzar la relación familiar.

Sesión 9 Familia

Objetivos: realizar evaluación del proceso terapéutico.

Resumen: se analizarán los objetivos de la terapia familiar; donde se cumplieron con los acuerdos en la terapia y hubo mejoría en la familia.

En cuanto al usuario, este se mantiene en abstinencia, al parecer concluirá la preparatoria en el mes de enero del 2010.

Se le da de alta parcial por el cumplimiento de los objetivos.

Sesión 10 Familia (1er Seguimiento)

Objetivos: realizar seguimiento de 1 mes para verificar los avances que ha logrado la familia.

Resumen: el usuario comenta que él trata de cumplir con su proyecto de vida (concluyó la preparatoria).

La madre intenta mantener una comunicación más clara con el hijo con la finalidad de seguir resolviendo problemas.

Se les cita para el 2do seguimiento que correspondería a los 3 meses.

El usuario continúa en abstinencia y se les deja tarea para los 3 siguientes meses.

Nota: el segundo y tercer seguimiento no aparecían en el expediente, por lo que son no registrados en la hoja de Alta.

Alta

Fundamentación: cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Resumen: el usuario y la familia lograron los cambios necesarios para que el usuario se mantenga en abstinencia y cumplieran los acuerdos establecidos en la terapia.

Se deja abierta la posibilidad de realizar el reingreso en caso necesario.

Discusión y Conclusiones

Lo que se mostró en el capítulo fue la evaluación del patrón de consumo, dependencia a la sustancia, situaciones de consumo y autoeficacia. Las variables fueron evaluadas: antes de iniciar el tratamiento (pre-tratamiento), después de la intervención (post-tratamiento) y al sexto mes de terminar el tratamiento (3er seguimiento). Estas variables también han sido utilizadas en otros estudios para evaluar la efectividad del PSC (Barragán *et. al*, 2005; Barragán *et. al*, 2006).

Además se expuso la importancia del uso de diferentes habilidades de comunicación, habilidades para rehusarse al consumo, autocontrol emocional durante el tratamiento y los seguimientos. Lo anterior incide en la disminución del consumo, coincidiendo con lo reportado en los resultados de los estudios que mencionan que el entrenamiento en habilidades sociales influye en la disminución del consumo de sustancias y en el mejoramiento de la calidad de vida (Miller, *et al.*, 1995; Holder *et. al*, 1991).

También se consideraron estrategias adicionales para lograr el cambio, estas fueron, autocontrol del enojo, cumplir con compromisos para tener logros, cambio de pensamientos negativos (deseo, ansiedad, tristeza, etc.), planear actividades diarias, identificar logros para mantener un estado de ánimo favorable y evitar el acceso a sustancias.

Durante los seguimientos se enfatizó la importancia de seguir practicando estas estrategias efectivas para mantener los cambios en el consumo y evitar futuras recaídas.

La limitación fue no realizar un seguimiento al año después de terminado el tratamiento. Se considera que este seguimiento debió realizarse para evaluar y hacer un análisis de los logros o limitaciones del usuario en el cambio y mantenimiento de su consumo y en la aplicación de las estrategias enseñadas durante el tratamiento, así como en la posibilidad de sesiones adicionales para trabajar con las limitaciones en caso de ser necesarias.

Como se describió en un inicio, el consumo de alcohol ha aumentado significativamente en nuestra población, por tal motivo es evidente la necesidad de utilizar intervenciones eficaces que permitan brindar un adecuado tratamiento. En el caso presentado en este reporte, el Programa demostró efectividad en la disminución del patrón de consumo,

dependencia y situaciones de consumo, así como en el incremento de la autoeficacia y satisfacción general. Esto coincide con lo reportado en otros estudios donde se han utilizado programas cognitivo conductuales utilizando los mismos componentes (Carroll, 1998; Carroll y Onken, 2005; Carroll *et. al*, 1991; Flynn *et. al*, 1999) y en aquellos donde se ha utilizado el PSC en población mexicana (Barragán *et. al*, 2005; Barragán *et. al*, 2006).

El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes. La prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa de la adolescencia y adultez temprana, son altas. Ante la alta disponibilidad que hay de drogas en la actualidad, los adolescentes tienen que aprender a convivir con ellas, tomar decisiones respecto a su consumo o la abstinencia de las mismas. El proceso de socialización con la familia, amigos, escuela y medios de comunicación es importante en ello. La percepción de riesgo y los factores de riesgo junto al ocio, tiempo libre y vida recreativa son elementos que debemos considerar para comprender esta problemática (Becoña, 2007).

En cuanto a los tratamientos de adicciones Rojas, Real, Solberman y Medina-Mora (2001) llevaron a cabo una investigación sobre estos en México, y encontraron 220 publicaciones sobre tratamiento, de las cuales solo 26 (11.8%) correspondieron a ensayos clínicos para evaluar el impacto de diferentes intervenciones. Además de que el tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia.

Llegaron a la conclusión de que los tratamientos tienen alcances cortos debido al reducido tamaño de las muestras, y consideran la necesidad de implementar programas dirigidos a poblaciones específicas y acordes a cada tipo de droga. Además de contemplar intervenciones específicas de acuerdo con cada tipo de droga considerando en qué casos los tratamientos deberán estar orientados al cese del consumo, al consumo moderado y aquéllos orientados a la reducción del daño, todo ello adecuado a la magnitud de la demanda.

La experiencia con la intervención de corte cognitivo conductual en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, cuenta con alta efectividad, en ello influye que el

tiempo de realización también lo es. El tratamiento debe ser personalizado en función de los problemas relacionados al consumo de cada usuario.

Volkow (2008) plantea que no hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas y que es de suma importancia lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente con las necesidades particulares de cada usuario, para que dicho usuario logre el éxito final, que es abandonar o moderar su consumo.

En las intervenciones que se realizaron en el CIJ-IO, el tratamiento abarcó las necesidades diversas del usuario, no solamente su problema de consumo de drogas, sino también problemas médicos, psicológicos, sociales, vocacionales y legales que llegaron a tener los usuarios, además de que el tratamiento brindado se adecúa de acuerdo la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada usuario.

Con las intervenciones cognitivo conductuales revisadas en la maestría, se modifican actitudes y comportamientos relacionados al abuso de drogas, tratando de aumentar habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden disparar los deseos del consumo de drogas. Volkow (2008) menciona que “las terapias conductuales pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas se adhieran al tratamiento por más tiempo, además de ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales y la crianza de hijos, así como la dinámica familiar”.

Respecto a las intervenciones cognitivo conductuales vistas en la maestría, se ofrecen alternativas para contrarrestar el consumo de sustancias psicoactivas (algunas de estas generadas por los mismos usuarios) con el objetivo de que la intervención con el usuario tenga mayor éxito. Respecto a lo anterior Paglia y Room (1998) comentan que *“si las actividades de ocio se integran a un enfoque de comunidad más amplio, se puede obtener un efecto en la reducción del consumo de sustancias”*, pues comentan que *mientras más jóvenes sean los usuarios cuando se impliquen en enfoques basados en alternativas, es más probable que se incorporen a actividades alternativas en sus estilos de vida adolescentes y adultos.*

Otro aspecto importante a considerar en las intervenciones es la representación que se tiene del consumo de sustancias para comenzar a verse como enfermedad, porque si bien, en la maestría no está considerada como tal. La sociedad o las sociedades en el

tiempo son diferentes y generan formas propias y específicas de socialización, por lo tanto la adolescencia se forma con características diferenciales y propias (algunas muy similares, pero siempre en constante cambio). García (2010) dice que algunos de los valores y actitudes vitales que se están definiendo en la adolescencia, son señalados en numerosas investigaciones como posibles “explicaciones” de los comportamientos “descontrolados” y los consumos compulsivos de drogas durante los fines de semana, especialmente durante el ocio nocturno.

Los adolescentes son particularmente sensibles ante la sociedad que les rodea: sus valores, tensiones políticas y económicas, sus reglas, las modas, las actitudes vitales dominantes, etc.

Con respecto a la sociedad (postmoderna), autores como Lorenzo y Del Moral (1998); Conocente y Stehlik, (2007) mencionan algunas características:

- Individualismo en el cual priman los intereses, deseos y necesidades de cada persona
- Hedonismo: lleva a una búsqueda del placer en todas las situaciones de la vida, evitando cualquier situación que implique sufrimiento o sacrificio.
 - Consumismo; comprar y consumir compulsivamente cuanto producto se presenta en el mercado, aceptando como propias las necesidades creadas por el mercado capitalista
 - Inmediatez en la búsqueda de resultados y satisfacción, los únicos tiempos válidos son los individuales, la necesidad creada artificialmente conlleva a una urgencia de satisfacción
- Baja tolerancia a la frustración, relacionado con lo antes mencionado ya que la tensión generada por la necesidad, alcanza montos elevados que presionan a la persona hacia una búsqueda rápida de satisfacción, logrando disminuir la tensión
- Primacía de la imagen; presenta una realidad ligada principalmente al consumo ya que los protagonistas de las imágenes televisivas y publicitarias demuestran ciertas características que ante la mirada de las personas son consideradas esenciales para acceder directamente al éxito, aunque implícitamente se configuren acorde a los intereses del mercado.

García (2010) hace referencia a algunos estudios sociológicos sobre drogas que confirman que en los últimos años se ha producido un importante aumento del consumo de drogas entre los menores y que poco o nada tienen que ver con el perfil de toxicómano “al uso” de épocas anteriores. Se trata de un consumo con características muy particulares que por tanto requieren un tipo de intervención diferente respecto a los enfoques preventivos y terapéuticos tradicionales. Ella propone considerar en los usuarios adolescentes, los siguientes puntos:

- Sujetos que se inician en el consumo de drogas a temprana edad.
- Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
- Conviven y dependen de su familia
- Realizan un uso social de las sustancias
- Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo
- Consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo (más vitalidad, “más marcha” y/o mayores alteraciones y perceptivas) para posteriormente retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios y/o a su trabajo.
- Mayoría de policonsumidores; consumo simultáneo de varias drogas pero sobre todo de alcohol, cannabis, y/o estimulantes, drogas de síntesis y cocaína (los menos) y también consumos minoritarios de ácidos.
- Poca percepción de riesgo de las sustancias que consumen (sobre todo del alcohol y del cannabis). Tampoco se percibe riesgo por consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína, etc. Aunque sí perciben ciertos riesgos en estas últimas, algunos están dispuestos a asumirlos, porque en su particular balanza “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan, superan el costo que su consumo les puede deparar.
- Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.
- Percepción del consumo de drogas como uso masivo y algo muy extendido en su generación (todos los chicos/as toman algo cuando salen los “fines”), lo cual autojustifica su propio consumo.

Con respecto a lo anterior, es importante resaltar que hay muchos tipos de adolescentes y que por tanto tienen diferentes formas de aproximarse a los usos de drogas.

También entra la cuestión biológica, pues en las intervenciones con adolescentes se tiene que considerar “necesidades especiales”, ya que en estos, aún existe una inmadurez neurocognitiva y psicosocial correspondiente a la etapa de desarrollo. Volkow (2008) dice que las investigaciones han demostrado que el cerebro atraviesa un proceso prolongado de desarrollo y refinamiento, desde el nacimiento hasta la adultez temprana, durante el cual ocurre un cambio de madurez en el que las acciones pasan de ser más impulsivas, a ser más razonadas y meditadas. De hecho, las áreas del cerebro más estrechamente vinculadas con los aspectos del comportamiento, como la toma de decisiones, el juicio, la planificación y el autocontrol, atraviesan un periodo de desarrollo rápido durante la adolescencia.

Es evidente la necesidad de utilizar intervenciones científicas y efectivas que permitan elaborar programas de prevención y tratamiento adecuados para el manejo de las adicciones. También es importante rescatar la necesidad de contar con instrumentos confiables que permitan la evaluación oportuna de las personas que buscan atención psicológica.

Referencias

- Ayala H., Cárdenas, G., Echeverría L. y Gutiérrez M. (1997). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México. Editorial Porrúa y Facultad de Psicología.
- Ayala H., Echeverría L., Sobell M. y Sobell L. (1997). *Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México*. Revista Mexicana de Psicología, 14, 113-127.
- Ayala H. y Echeverría, L. (1998). *Detección temprana e intervención breve*. En Medina-Mora (comp.), *Beber de tierra generosa: ciencias de las bebidas alcohólicas en México*. México, D. F: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
- Ayala H. E. (2001). *Desarrollo y Evaluación de Modelos de Intervención para Comportamientos Adictivos en Poblaciones Urbanas y Rurales*. Proyecto CONACYT.
- Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Edit. Prentice-Hall.
- Barragán L., González J., Medina-Mora M. E. y Ayala H. (2005). *Adaptación de un modelo cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de Alcohol y otras Drogas a población mexicana: un estudio piloto*. Salud Mental, 28; 1: 61-71.
- Barragán L., Flores M., Morales S., González J. y Martínez M. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta*. México: UNAM. CONADIC.
- Bauman Z. (2005). *Vida Líquida*. Barcelona, España. Edit. Paidós.
- Beaglehole R, Bonita R y Kjellstrom T. (2006). *Basic epidemiology*. Geneva. World Health Organization. 2nd edition.
- Beck, A. y Steer R. (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck A., Steer R. y Garbin, M. (1988). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. Clinical Psychology Review, 8, 77-100.
- Becoña I. (2007). *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas*. Papeles del Psicólogo, 28, 11-20.
- Brailowsky S. (2002). *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*. 3ª ed México, Fondo de Cultura Económica.
- Barlow D., Hayes S. y Nelson R. (1984). *The scientist practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon Press.
- Breslin F., Sdao-Jarvie K., Tupker E. y Pearlman S. (1999). *First contact: A brief treatment for young substance users*. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario.
- Cervantes, L. (2007). *La familia y las adicciones*. Anudando. Edición Especial Familia y Adicciones. Mayo-junio. Disponible en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_fam.pdf

Carroll K., Rounsaville B. y Gawin F. (1991). *A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy*. Am J Drug Alcohol Abuse 17(3):229-247.

Carroll K. (1998). *A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, Maryland, EU: NIDA.

Carroll K. y Onken L. (2005). *Behavioural therapies for drug abuse*. Am J Psychiatry 162:1452-1460.

Centro de Integración Juvenil. En Línea
http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/que_es_cij.html

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). *Modelos Preventivos*. (2009).

Consejo Nacional contra las Adicciones, 1997. En línea:
www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/terap_Ap2.pdf

Conocente, M. y Stehlik, C. (2007) *Adolescentes y consumo* en Conocente, M. y Kameniecki, M. (comp). *Adicciones. Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. 1° Ed. Buenos Aires: Letra Viva

Conyer R., Medina-Mora M. E., Natera G., Borges G., Cravioto P. y Fleiz C. (2001). *Del siglo XX al tercer milenio, las adicciones y la salud Pública*. Drogas, Alcohol y Sociedad, Revista Salud Mental, 24 (4).

Cruz S. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y de pesadillas*. México, Editorial Trillas.

Dutra L., Stathopoulou G., Basden S., Leyro T., Powers M. y Otto W. (2008). *A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders*. American Journal of Psychiatry.

Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2011). *Consejo Nacional contra las Adicciones: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, México*.

Flay B. y Petraitis J. (1995). *Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos*. En C.G. Leukefeld y W.J.

Flynn P., Kristiansen P., Porto J. y Hubbard R. (1999). *Cost and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS*. Drug and Alcohol Dependence.

Gamella J. y Álvarez R. (1999). *Las Rutas del éxtasis: drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona, España. Edit. Ariel.

García A. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Editor: colegio oficial de psicólogos de las palmas. Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias

González, G. (2008). *Psicoanálisis y toxicomanía. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud. Mental* Vol. 1 n° 4.

González F., Solís T., Jiménez T., Hernández F., González G., Juárez G., Medina-Mora y Fernández V. (2011) *Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Salud Mental* 34 (1).

Horn J, Wanberg K y Foster F. (1997). *A differential assessment model of alcoholism; the Scales of the Alcohol Use Inventory. J Studies Alcohol*, 38.

Holder H., Longabaugh R., Miller W. y Rubonis A. (1991). *The cost-effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. Journal of Studies on Alcohol*. 52.

Hunt G. y Azrin N. (1973). *A Community Reinforcement Approach to alcoholism. Behavioral Research and Therapy*, Pergamon Press. Inglaterra.

IAPA-UNAM (2011). Consulta Juvenil Sobre Adicciones en el Distrito Federal

Kellner R. y Sheffield B. (1973). *A self-rating scale of distress. Psychological Medicine*. 3.

Labrador F., Echeburúa E. y Becoña E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid. Dykinson.

Laespada T., Iraurgi I., Aróstegi E. (2004) *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV* Coordinación IDD.

López M., Garrido L. y Hernández A. (2000). *Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Revista Salud pública de México*. 42 (2).

Lorenzo P., Ladero J., Leza J. y Lizasoain I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana.

López L. y Rodríguez-Arias P. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo, Psicothema 2010. Vol. 22, no 4*.

Mariño G., González F. Andrade N. y Medina-Mora. *Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT)*.

Martínez K., Ayala H., Salazar M., Ruiz, T. y Barrientos C. (2005). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Martín del Moral, M. y Fernández, P. (1998). *Conceptos fundamentales en drogodependencia* en Lorenzo, P; Ladera, J; Leza, J; Lizasoain, I.(comp.). *Drogodependencia*. Buenos Aires: Panamericana

Miller W., Brown J., Simpson T., Handmaker N., Bien T., Luckie L., Montgomery H., Hester R. y Tonigan J. (1995). *What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature*. En Hester R. y Miller R. (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 12-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Monti P., Rohsenow D., Colby S. y Abrams D. (1995). *Coping and social skills training*. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Effective alternatives. Needham Heights, Massachusetts: Allyn y Bacon.

National Institutes of Health (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Department of Health and Human Services,. Maryland : NIDA, 2004. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/Preventin/Spanish/indice.html>

National Institutes of Health (2004). *¿Qué son los inhalantes?* Serie de Reportes de Investigación: Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/que-son-los-inhalantes>

NIDA (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Segunda edición

NIDA (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*. Segunda Edición.

Orford J., Natera G., Davies J. y Nava A. (1998). *Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City*. *Addiction*. 93(12).

Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*. En línea: www.who.int/entty/wr/2001/en/whr01_ch1_es.pdf. 2004.

Paglia A., Room R. (1998) *Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations*. *Research Document No. 142* Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

Peñafiel P. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*, *Pulso* 2009, 32. 147-173

Prochaska J. y DiClemente C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3).

Rosenweig M. y Leiman A. (1998). *Psicología Fisiológica*. Madrid, España. : McGraw-Hill.

Secretaría de Salud (1993). *Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares*. México, D.F.

Sobell L., Maisto S., Sobell, M. y Cooper A. (1979). *Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior*. *Behavior Research and Therapy*.

Rojas E., Real T., García-Silberman S. y Medina-Mora M.E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*,34.

Rossi J., Rossi S., Velicer W. y Procaska J. (1995). *To change or not to change: That is the question*. En Allison D. *Handbook of the Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight Related Problems*. Newbury Park, CA: Sage.

Sánchez, T. (1991). *Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos*. Anuario de Psicología, 49.

Sobell M. y Sobell L. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. Guilford Press. New York.

Swindle R., Peterson K., Paradise M. y Moos R. (1995). *Measuring substance abuse program treatment orientations: The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory*. *Journal of Substance Abuse*. 7(1).

Tapia R. (2001). *Las Adicciones, Dimensiones, Impacto y Perspectivas*. México: Manual Moderno.

Tiburcio S. y Natera G. (2007). *Adaptación al contexto ñahñú del cuestionario de enfrentamientos (CQ), La escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)*. *Salud Mental*. 30 (3). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México.

Tiburcio S. y Natera G. (2003). *Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto*. *Salud Mental* 2003; 26 (5)

Villatoro, Gaytán, Moreno, y cols. (2009). *Consumo de Alcohol Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México*. INPRFM.

Villatoro, Moreno, Oliva y cols. (2012). *Consumo Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México*. INPRFM, IAPA, AFSEDF

Volkow N., Ting-Kai L. (2004). *Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry*. *Nature Neuroscience Reviews*, 5.

Volkow, N. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. NIDA.

Yalom D. (2001). *El día en que Nietzsche lloró*. Emece Editores, 2001 15ª Ed.

ANEXOS

EJERCICIO 1A: DECISIÓN DE CAMBIO

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
Beneficios	<i>Mejorar mi relación familiar</i> <i>No tendría problemas con ellos</i> <i>Ganaría su confianza</i> <i>Mejoraría mi economía</i> <i>Podría comprar otras cosas</i> <i>Terminar la escuela</i>	<i>Convivir con mis amigos</i> <i>Saciar mi sed</i> <i>Conocer chicas</i> <i>Olvidarme de mis problemas</i>
Costos	<i>Perder amigos</i> <i>No ir a fiestas</i> <i>No divertirme</i> <i>Aburrirme</i>	<i>Problemas con mis padres</i> <i>Poca confianza</i> <i>Ir mal en la escuela</i> <i>No terminar la escuela</i>

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por la cuáles quiero cambiar mi forma de beber son:

1. *Quiero recuperar la confianza de mi familia, que ellos vuelvan a sentir que yo puedo y soy capaz de terminar cosas, además de que puedo ir a cualquier lugar.*
2. *Quiero terminar la escuela porque también ahí mis papás ya no confían en mí.*
3. *Continuar estudiando, entrar a la universidad y demostrarle a mis padres que sí puedo.*

EJERCICIO 1C: ESTABLECIMIENTO DE METAS

Mi meta es:

No beber en Absoluto

Ya has descrito tu meta de consumo para las siguientes semanas. ¿Qué tan motivado te sientes para cambiar tu forma actual de beber? De acuerdo a tu meta, contesta las siguientes preguntas marcando con una "X" la respuesta que más se acerque a lo que sientes:

1. En este momento, ¿qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

0%	25%	50%	75%	100%
Nada	Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Más importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	La más importante
				X

2. En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

0%	25%	50%	75%	X 100%
Creo que no lograré mi meta	Tengo cierta confianza en lograr mi meta	Tengo confianza en lograr mi meta	Tengo bastante confianza en lograr mi meta	Estoy totalmente seguro de lograr mi meta

EJERCICIO 2: SITUACIÓN EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

Situación 1

1. Describe brevemente una situación en la que hayas tomado alcohol en exceso. Inicia especificando aquélla que tú consideres como LA MÁS FRECUENTE.

Un viernes, iba a ver a mi novia pero me llamó unas horas antes de verla para cancelarme, no me dio motivos, solo dijo que no podríamos vernos, yo me enoje mucho y decidí que como no la vería me iría con mis amigos a una tardeada, como sé que eso a ella le molestaba, lo hice por molestarla. Ya una vez en la tardeada comencé a tomar y tomar, hasta ponerme mal.

2. Describe lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomaras alcohol en exceso en esa ocasión:

El ser viernes, el pasársela con sus amigos, estar en la escuela, antojo y la tardeada escolar.

3. Describe lo más específicamente las CONSECUENCIAS que tuviste , por haber tomado alcohol en exceso. Recuerda considerar las consecuencias INMEDIATAS Y DEMORADAS, también las consecuencias NEGATIVAS Y POSITIVAS:

Mi mamá se enojó mucho conmigo por llegar en ese estado, y me aventó un sermón, pero en ese momento no le hice mucho caso, al día siguiente me sentía muy mal, me dolía la cabeza, el cuerpo, vomité, y mi mamá y mi papá hablaron conmigo, me dijeron que era la última vez que me recibían así, que la siguiente no me iban a permitir entrar a la casa, también comenzaron a sacar lo de la escuela y esas cosas, finalmente me dijeron que si no entendía, me iban a anexar en uno de esos centros para personas drogadictas, entonces ahí fue cuando ya me dio miedo, porque vi a mi mamá muy decidida, y les dije que no lo volvería a hacer, así que pedí una oportunidad, y eso fue todo.

4. ¿Qué tan frecuente ocurrió esta situación durante el año pasado?

Es la primera vez que ocurre, fue por pelear con mi ex novia.

Situación 2

1. Describe brevemente una situación en la que hayas tomado alcohol en exceso.

Otro viernes, en la escuela estaba jugando futbol y jugábamos de a “caguama” (cerveza familiar), entonces como la verdad éramos buenos, pues ganamos y comenzamos a tomar, yo me prendí y quería seguir tomando, después encontramos a otros amigos que nos invitaron a una tardeada muy cerca de la escuela, así que nos fuimos con ellos y comenzamos a tomar.

2. Describe lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomaras alcohol en exceso, en esa ocasión:

Viernes, el estar jugando futbol de apuesta de caguamas, el sentirme bien “relajado”, en encontrarme a los otros amigos.

3. Describe lo más específicamente las CONSECUENCIAS que tuviste ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerda considerar las consecuencias INMEDIATAS Y DEMORADAS, también las consecuencias NEGATIVAS Y POSITIVAS:

Sentirme bien con mis amigos, ganar en el futbol, comenzar a tomar gratis, pasarme un buen rato con ellos.

Llegar tarde a mi casa, esperar a que se me bajara, vomitar para que eso pasara y el regaño de mi mamá.

4. ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado?

Pues como estas han pasado varias veces, la verdad no tengo una idea exacta.

Situación 3

1. Describe brevemente una situación en la que hayas tomado alcohol en exceso.

En una reunión familiar, nos juntamos varios primos e hicimos nuestra propia “reunión” aparte de los tíos y demás adultos de la reunión, así que a unos se les ocurrió que comenzáramos a tomar en la casa de uno de ellos que estaba al lado, y así fue, nos fuimos a su casa y comenzamos a tomar, en ese tiempo yo apenas comenzaba a tomar, pero pues había que aparentar ante los demás que si sabía y fue que me puse muy mal.

2. Describe lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomaras alcohol en exceso, en esa ocasión:

La reunión familiar, que estuvieran varios primos reunidos, que en la casa del primo que estaba al lado no hubiera nadie, la facilidad que tuvimos para conseguir las bebidas y el estar conviviendo todos.

3. Describe lo más específicamente las CONSECUENCIAS que tuviste ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerda considerar las consecuencias INMEDIATAS Y DEMORADAS , también las consecuencias NEGATIVAS Y POSITIVAS:

Pues el sentirme realmente mal, muy mareado, sin tener control de nada, olvidarme de cosas que pasaron y no recordar nada, un leve regaño de mis padres, en esa ocasión no se molestaron tanto conmigo, no sé si porque la mayoría de mis primos estaban igual, eso aligero un poco el regaño y a todos nos tocó una parte, pero no pasó a mayores.

4. ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado?

Fue la única ocasión que ha pasado.

EJERCICIO 3A: OPCIONES Y PROBABLES CONSECUENCIAS

Situación 1

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo en exceso # 1

Cuando fui con mis amigos de la escuela a la tardeada después de haber peleado con mi ex novia y me tome 15 tragos aproximadamente.

DESCRIBE CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

Opción # 1

Haber hablado con mi ex novia, no pelear con ella y después ir a verla.

Probables consecuencias de la opción # 1

No me hubiese ido a la fiesta, no me hubiese emborrachado y no hubiera tenido todas las consecuencias que finalmente tuve.

Opción # 2

Ir a la tardeada pero no tomar

Probables consecuencias de la opción # 2

No hubiese podido, ya que estaba enojado con mi ex novia y lo hice como venganza para que ella se enojara.

Opción # 3

No ir a la tardeada

Probables consecuencias de la opción # 3

No hubiese tomado.

SELECCIÓN DE OPCIONES

DE LAS OPCIONES ARRIBA DESCRITAS PARA ESTA SITUACIÓN DE ALTO RIESGO PARA BEBER EN EXCESO, CONSIDERA:

1. ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCIÓN: 1
2. ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? OPCIÓN: 3

EJERCICIO 3B: PLAN DE ACCIÓN

Ahora describe tus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 1

Selecciona las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describe un Plan de Acción que te permita afrontar mejor esa situación.

a) Mi mejor opción: 1**Plan de Acción:**

Hablar con mi novia tranquilamente por teléfono y en caso de que ella no pueda verme a la hora en que acordamos, acordar una nueva hora en la que los dos podamos y así no pelear, ni enojarnos ninguno de los dos

b) Mi segunda mejor opción: 3**Plan de Acción:**

Tener planeadas otras actividades alternas a realizar, no sé, por ejemplo: ir a ver a mis amigos de la unidad y ponernos a jugar x-box.

Situación 2

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo en exceso # 1

El jugar fútbol de a "caguama", picarme tomando y después irme a una tardeada con mis amigos.

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

Opción # 1

No haber jugado futbol de a "caguama" Probables consecuencias de la opción # 1

No hubiésemos tomado ninguno de mis amigos y yo, y no hubiese ido a la tardeada.

Opción # 2

Terminando de jugar, irme a mi casa.

Probables consecuencias de la opción # 2

No hubiese ido a la tardeada.

Opción # 3

Jugar y tomar poco.

Probables consecuencias de la opción # 3

No sé si hubiese podido controlar el tomar poco, después de que habíamos ganado las caguamas.

SELECCIÓN DE OPCIONES

DE LAS OPCIONES ARRIBA DESCRITAS PARA ESTA SITUACIÓN DE ALTO RIESGO PARA BEBER EN EXCESO, CONSIDERA:

1. ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN: 1
2. ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN: 2

EJERCICIO 3B: PLAN DE ACCIÓN

a) Mi mejor opción: 1

Plan de Acción:

Jugar futbol y en caso de que quieran de apuesta, comentar desde un principio que en vez de caguama me compren lo equivalente en refresco y papas.

b) Mi segunda mejor opción: 2

Plan de Acción:

Al terminar de jugar y haber ganado, comentar que tengo que retirarme pronto, porque debo hacer otras cosas. Así no tendría que quedarme a esperar a que lleven las caguamas.

Situación 3

Describe las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo en exceso # 1

El tomar mucho con mis primos cuando no hubo quien nos lo impidiera ni nos dijera nada, en casa sola.

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

Opción # 1

Haber tomado poco.

Probables consecuencias de la opción # 1

Burlas y críticas por no querer tomar al parejo de todos los demás.

Opción # 2

No tomar.

Probables consecuencias de la opción # 2

Burlas y críticas.

Opción # 3

No ir con mis primos.

Probables consecuencias de la opción # 3

Enojos, burlas y críticas.

SELECCIÓN DE OPCIONES

DE LAS OPCIONES ARRIBA DESCRITAS PARA ESTA SITUACIÓN DE ALTO RIESGO PARA BEBER EN EXCESO, CONSIDERA:

1. ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN: 2
2. ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN: 3

EJERCICIO 3B: PLAN DE ACCIÓN

a) Mi mejor opción: 2

Plan de Acción:

Puedo decir que estoy tomando medicamento y que en esos momentos no puedo tomar alcohol, pero puedo servirme refresco con agua mineral para que parezca a lo que ellos toman y seguir conviviendo con ellos, además de proponer algunas otras actividades, ver una película o un torneo de fifa en el x-box.

b) Mi segunda mejor opción: 3

Plan de Acción:

Comentar que tengo tareas que realizar e irme de la reunión, pasar un rato con mis amigos o novia y así evitar consumir.

EJERCICIO 4. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Cuál es tu meta en este momento?

¿No beber en absoluto?

¿Disminuir tu consumo?

Mi Meta es:

Beber moderadamente

Como tu meta es beber moderadamente, es necesario que definas como propones beber de ahora en adelante:

1. En un DÍA PROMEDIO cuando beba, planeo beber NO MÁS DE 2 tragos estándar durante ese día.
2. Durante una SEMANA PROMEDIO, planeo beber NO MÁS DE 2 días. (Si planeas beber menos de un día por semana pon una marca en este lugar) _____.

Recuerda que estás iniciando un cambio, evita por lo pronto, situaciones o circunstancias donde consideres que va a ser muy difícil controlar tu consumo, ahora contesta las siguientes preguntas.

3. Planeo NO BEBER EN ABSOLUTO en las siguientes circunstancias:
Cuando me encuentre enojado, triste o decaído.
En la escuela (canchas de futbol).

4. Planeo beber SOLAMENTE en las siguientes circunstancias:
Cuando me sienta bien y confiado de que no pasará nada y no me exceda.
En un ambiente en el que me sienta seguro.
Solo cuando quiera convivir.

Ya has descrito tu meta de consumo para las siguientes semanas. ¿Qué tan motivado te sientes para cambiar tu forma actual de beber? De acuerdo a tu meta, contesta las siguientes preguntas marcando con una "X" la respuesta que más se acerque a lo que sientes:

1. En este momento, ¿qué tan importante es para mí lograr la meta establecida?

0%	25%	50%	75%	X 100%
Nada	Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Más importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	La más importante

2. En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

0%	25%	50%	75%	X 100%
Creo que no lograré mi meta	Tengo cierta confianza en lograr mi meta	Tengo confianza en lograr mi meta	Tengo bastante confianza en lograr mi meta	Estoy totalmente seguro de lograr mi meta

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
				1 3	2 6	3 4
4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	9 4	10 6
11 0	12 0	13 0	14 0	15 3	16 10	17 6
18 0	19 0	20 0	21 0	22 0	23 4	24 6
25 0	26 0	27 0	28 0	29 0	30 5	31 4

ABRIL						
D	L	M	M	J	V	S
			1 0	2 2	3 10	4 7
5 0	6 0	7 0	8 0	9 4	10 6	11 3
12 0	13 0	14 0	15 0	16 3	17 8	18 5
19 2	20 0	21 0	22 0	23 0	24 10	25 4
26 0	27 0	28 0	29 0	30 4		

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 8	7 4
8 0	9 0	10 0	11 0	12 3	13 12	14 6
15 0	16 0	17 0	18 0	19 3	20 4	21 7
22 0	23 0	24 0	25 0	26 2	27 6	28 5

MAYO						
D	L	M	M	J	V	S
					1 8	2 8
3 0	4 0	5 0	6 0	7 4	8 10	9 6
10 0	11 0	12 0	13 0	14 3	15 7	16 10
17 0	18 0	19 0	20 0	21 2	22 8	23 5
24 0	25 0	26 0	27 0	28 2	29 9	30 3
31 0						

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 10	7 5
8 0	9 0	10 0	11 0	12 3	13 7	14 4
15 0	16 0	17 0	18 0	19 5	20 6	21 4
22 0	23 0	24 0	25 0	26 0	27 12	28 4
29 0	30 0	31 0				

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
	1 0	2 0	3 0	4 2	5 9	6 5
7 4	8 0	9 0	10 0	11 5	12 15	13 5
14 4	15 0	16 0	17 0	18 3	19 8	20 3
21 0	22 0	23 0	24 0	25 0	26 0	27 0
28 0	29 0	30 0				

Número total de días de consumo: **70**

Número total semestral de copas estándar consumidas: **397**

Promedio de tragos consumidos por día: **6 (5.6)**

Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 175 días: **15**

Número máximo de días de abstinencia: **105**

AUTOREGISTRO

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25 0	26 0	27 6
28 0	29 0	30 0				

JULIO						
D	L	M	M	J	V	S
			1 0	2 0	3 0	4 0
5 0	6 0	7 0	8 0	9 0	10 0	11 0
12 0	13 0	14 0	15 0	16 0	17 0	18 2
19 0	20 0	21 0	22 0	23 0	24 0	25 0
26 0	27 0	28 0	29 0	30 0	31 0	

AGOSTO						
D	L	M	M	J	V	S
						1 0
2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 2
9 0	10 0	11 0	12 0	13 0	14 0	15 0
16 0	17 0	18 0	19 0	20 0	21 0	22 0
23 0	24 0	25 0	26 0	27 0	28 0	29 0
30 0	31 0					

SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
		1 0	2 0	3 0	4 0	5 0
6 0	7 0	8 0	9 0	10 0	11 0	12 2
13 0	14 0	15 0	16 0	17 0	18 0	19 0
20 0	21 0	22 0	23 0	24 0	25 0	26 0
27 0	28 0	29 0	30 0			

OCTUBRE						
D	L	M	M	J	V	S
				1 0	2 0	3 0
4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	9 0	10 0
11 0	12 0	13 0	14 0	15 0	16 2	17 0
18 0	19 0	20 0	21 0	22 0	23 0	24 0
25 0	26 0	27 0	28 0	29 0	30 0	31 0

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 2
8 0	9 0	10 0	11 0	12 0	13 0	14 0
15 0	16 0	17 0	18 0	19 0	20 0	21 0
22 0	23 0	24 0	25 0	26 0	27 0	28 2
29 0	30 0					

DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
		0	0	0	0	0
6	7	8	9	10	11	12
0	0	0	0	0	0	0
13	14	15	16	17	18	19
0	0	0	0	0	2	0
20	21	22	23	24	25	26
0	0	0	0	0	0	0
27	28	29	30	31		
0	0	0	0	2		

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
	0	0	0	0	0	0
7	8	9	10	11	12	13
0	0	0	0	0	0	0
14	15	16	17	18	19	20
0	0	0	0	0	0	0
21	22	23	24	25	26	27
0	0	0	0	1	2	2
28						
0						

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
					0	0
3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	2
10	11	12	13	14	15	16
0	0	0	0	0	0	0
17	18	19	20	21	22	23
0	0	0	0	0	0	0
24	25	26	27	28	29	30
0	0	0	0	0	0	0
31						
0						

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
	0	0	0	0	0	0
7	8	9	10	11	12	13
0	0	0	0	0	0	0
14	15	16	17	18	19	20
0	0	0	0	0	0	0
21	22	23	24	25	26	27
0	0	0	0			
28	29	30	31			

Número total de días de consumo: **12**

Número total de copas estándar consumidas en diez meses: **23**

Promedio de tragos consumidos por día: **.075**

Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 304 días: **2**

Número máximo de días de abstinencia: **2**