



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE
EN UNA CONSUMIDORA DE ALCOHOL Y DE UN PROGRAMA
DE REHABILITACIÓN EN UN CONSUMIDOR DE MARIHUANA”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
EDUARDO MATEO CASTREJÓN ZÁRATE**



DIRECTORA DE REPORTE: DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

COMITE TUTORIAL: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
DR. AGUSTÍN VÉLEZ BARAJAS

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Canto de Moyocoyatzin

X

Percibo su secreto,
oh vosotros, príncipes:
De igual modo somos, somos mortales,
_ los hombres, cuatro a cuatro, [...] todos nos iremos,
todos moriremos en la tierra.

XI

Nadie esmeralda
nadie oro se volverá
ni será en la tierra algo que se guarda:
todos nos iremos
hacia allá igualmente:
nadie quedará, todos han de desaparecer:
de modo igual iremos a su casa.

XII

— Como una pintura
nos iremos borrando.
Como flor
hemos de secarnos
sobre la tierra.
Cual ropaje de plumas
del quetzal, del zacuan,
del azulejo, iremos pereciendo.
Iremos a su casa.

XIII

Llegó hasta acá,
anda ondulando la tristeza
de los que viven ya en el interior de ella...
No se les llore en vano
a águilas y tigres...
— ¡Aquí iremos desapareciendo:
nadie ha de quedar!

XIV

Príncipes, pensadlo,
oh águilas y tigres:
pudiera ser jade,
pudiera ser oro
también allá irán
donde están los descorporizados.
Iremos desapareciendo:
nadie ha de quedar!

—

—

Agradecimientos

Gracias a mis maestros, en especial a
Shoshana, Mariana, Agustín, Miguel Ángel y Horacio
Por sus enseñanzas

A mis padres
Francisco y Sofía
Por su amor y paciencia

—
A mis compañeros
Sarahí, Oscar, Linda, Alfredo, Lilian y Rafa
Por brindarme su amistad y conocimiento

A la familia Ramírez Zarate
Por recibirme en su hogar y tratarme como su hijo y hermano

—

—

—

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.	1 – 3
 PARTE I: COMPETENCIAS PROFESIONALES.	
Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.	4 – 10
Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.	11 – 16
Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.	17– 24
Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.	25 – 30
Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas para aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.	31– 35
Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, de investigación, de docencia y supervisión.	36 - 40
 PARTE II: CASOS CLINICOS.	
a) Aplicación del Programa de Bebedores Problema.	41 – 63
b) Aplicación del programa de Satisfactores Cotidianos.	64 - 73
 PARTE III: CONCLUSIONES.	 74
 REFERENCIAS.	 75 - 79

Introducción

La adicción es un problema de alcance mundial; sólo el tabaco y el alcohol, sustancias legales y socialmente aceptadas, matan anualmente a millones de personas en el mundo (OMS, 2005). La descomposición social y familiar, causan graves problemas emocionales y psicológicos, que conducen a la persona a la búsqueda de escape por medio del consumo de sustancias adictivas para amortiguar el malestar que dicha desintegración provoca.

El consumo de alcohol está profundamente arraigado en muchas sociedades, y hay unos 2000 millones de personas que lo beben en gran parte del mundo. Los problemas de salud pública asociados al alcohol han cobrado proporciones alarmantes, haciendo de su consumo uno de los más importantes riesgos de salud en todo el mundo. Es el principal factor de riesgo en los países en desarrollo con baja mortalidad, y del tercero en los países desarrollados (OMS, 2005).

El consumo de alcohol contribuye más que cualquier otro factor de riesgo a padecer: enfermedades, traumatismos, discapacidades y muertes prematuras en los países en desarrollo con baja mortalidad, donde es responsable de un 6,2% de los años de vida con discapacidad (AVAD). A escala mundial, se estima que ha causado 1,8 millones de muertes, lo que equivale a un 3,2% del total de fallecimientos registrados en el año 2000 (OMS, 2005).

Asimismo el consumo de tabaco es uno de los problemas que ha causado un impacto significativo en la salud pública mundial, es causa de muerte de aproximadamente 4 millones de personas en el mundo. Se estima que la quinta parte de las muertes ocurridas en los países desarrollados, y de la décima parte de las acontecidas en los países en vías de desarrollo se relacionan con el consumo de tabaco. Se ha estimado que podría ocasionar hasta 2 millones de muertes en los países en vías de desarrollo, afectando un número importante de países de América.

Mientras que con respecto al consumo de drogas ilícitas, los expertos calculan que hay unos 14 millones de consumidores de cocaína, que representan 0,3 por ciento de la población mundial mayor de 15 años, y que más de nueve millones de esos consumidores son del continente americano: 6,35 millones en América del Norte y 2,7 millones en América del Sur. El consumo de marihuana, la droga ilícita más popular en el mundo, con 162 millones de personas que la usan siguió aumentando, mientras que la demanda de estimulantes del tipo de las anfetaminas se estabilizó.

Sin embargo el índice de consumo de drogas ilícitas en México es inferior al observado en otros países. Según estimaciones internacionales (ONU, 2002), existen en el mundo 185 millones de usuarios de drogas, que representan 4.3% de la población mayor de 15 años; en México la proporción de usuarios de la población de 12 a 65 años es inferior (1.68%), es decir por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México (ENA, 2002). La droga de mayor consumo en el mundo y en México es la marihuana, por cada usuario de esta droga en México hay 5.8 en el mundo; en nuestro país el índice de usuarios de anfetaminas es 8 veces inferior, y el de heroína es de la mitad. La tendencia opuesta se observa para la cocaína, por cada usuario de cocaína en el mundo hay 1.75 en México.

Como respuesta a esta problemática social y de salud la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Facultad de Psicología ha creado la Maestría en Psicología Profesional y la Residencia de Adicciones; el objetivo de esta maestría es desarrollar en el alumno: *a) las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación, y sociales-organizaciones-ambientales, a través de una formación teórico práctica supervisada en escenarios; b) la adquisición de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y; c) una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.*

Para lo cual se desarrolla en el estudiante las competencias profesionales de acuerdo a un perfil del egresado. Estas agrupan e integran los conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica profesional de la Psicología, que a continuación se describen:

- I. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.*
- II. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.*
- III. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.*
- IV. Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.*
- V. Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas para aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.*

VI. *Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, de investigación, de docencia y supervisión.*

El presente informe se integra de tres partes: I) *La primera parte reporta y analiza las actividades realizadas para cubrir cada una de las destrezas señaladas. II) La segunda parte describe una sesión típica del ejercicio profesional de un caso tratado con el programa de bebedores problemas y un caso de rehabilitación de consumo de marihuana tratado con el programa de satisfactores cotidianos. III) La tercera parte incluye conclusiones generales acerca de la maestría.*

Cada competencia profesional está estructurada de la siguiente forma:

- I) *Datos epidemiológicos relacionados con la competencia descrita.*
- II) *Definición de la competencia descrita.*
- III) *Teorías y modelos que sustentan la competencia.*
- IV) *Actividades académicas que se llevaron a cabo durante la competencia.*
- V) *Habilidades generales que conforman la competencia.*
- VI) *Conclusiones de la relevancia de la competencia.*

En la segunda parte de la tesis se aborda la sesión típica del ejercicio profesional de un caso del programa de bebedores problema con las siguiente estructura: *a) nombre del programa, b) motivo de consulta, instrumentos, redes de apoyos y habilidades de afrontamiento, diagnostico y tratamiento: 1) razones de cambio y establecimiento de metas, 2) situaciones de riesgo, 3) enfrentar problemas relacionados con el consumo de alcohol, 4) reestablecimiento de meta, 5) seguimientos. 6) pronóstico y conclusiones del caso clínico.*

En la tercera parte se describen las conclusiones generales de la maestría y residencia en adicciones.

Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.

I) Datos Epidemiológicos Generales.

La parte esencial de la Epidemiología en adicciones, es la reunión de datos científicos, epidemiológicos y psicosociales; para determinar las poblaciones que presentan riesgo, y así determinar las formas de intervención y evaluación de las diferentes políticas preventivas y de tratamiento de abuso de alcohol y del daño relacionado al consumo; de la cual se desprenden los siguientes datos: existen actualmente en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol; el volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones (ENA, 2002).

En la población rural adulta, el consumo *per cápita es de* 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años que corresponde a 8.339 litros; en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; mientras que en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad. En relación al consumo de drogas el 5.57 por ciento de la población urbana, que representa 2.9 millones ha usado drogas; en el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34%, con un total de 563,242 personas (ENA, 2002).

A nivel nacional las entidades de Hidalgo, Guanajuato, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala; presenta el porcentaje más alto de personas con síndrome de dependencia al alcohol, se han observado las cifras más altas de cirrosis hepática así como el patrón de consumo de grandes cantidades es muy frecuente, entre hombres rurales y urbanos (SISVEA, 2002).

Debido a los altos índices de consumo y de problemas asociados en estas regiones del país, existen una serie de investigaciones encaminadas a estudiar y a dar propuestas de prevención e intervención en zonas como el Mezquital en Hidalgo. Entre estas opciones, se encuentra el trabajo de la Dra. Guillermina Natera y su equipo enfocado principalmente en el abordaje de la problemática de los familiares de consumidores. Dentro de las actividades desarrolladas en la maestría tuve la oportunidad de participar en este proyecto en su fase de adaptación para población indígena, mi estancia en esta investigación permitió complementar las bases teóricas que sustentan la primera competencia. En las siguientes páginas describiré tanto mi experiencia teórica como práctica asociada con la implementación de un proyecto de investigación.

II) Definición de la competencia.

La Epidemiología se define como el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios (Last, 2000). El método epidemiológico se basa en dos mecanismos esenciales para medir la salud o enfermedad que son la *prevalencia*: el número de casos de una enfermedad en una población y un momento dados, e *incidencia*: el número de casos nuevos que se producen durante un periodo determinado en una población especificada.

La disciplina que estudia la distribución o etiología de las conductas relacionadas con la salud en las poblaciones y tiene el propósito de entender los patrones de conducta relacionados con la salud para prevenir la enfermedad y promover la salud se llama Epidemiología Conductual (Owen y Fotheringham 2000). La cual esta conformada por cinco objetivos: *1) Establecimiento de vínculos entre salud y conducta, 2) Desarrollo de instrumentos para medir la conducta, 3) Identificación de factores que influyen en la conducta, 4) Evaluación de las intervenciones que pueden generar un cambio en la conducta, y 5) Aplicación de los resultados del proceso de investigación.* Bajo este modelo de la epidemiología conductual se estructuraran las actividades académicas y prácticas de esta primera competencia.

Existen dos medidas principales en epidemiología de las adicciones y son utilizadas como indicadores básicos A) *morbilidad relacionada con las drogas*: son los casos de enfermedad directa o proporcionalmente atribuible al consumo de drogas. B) *La mortalidad de drogas* se refiere a los datos sobre los casos de muerte directamente atribuibles al consumo de drogas. En general, no se suele disponer de datos confiables en esta esfera, si bien éstos pueden ser útiles y son evidentemente importantes. Por esto es importante crear indicadores compuestos: años de vida que se perdieron (AVP) y años vividos con discapacidad (AVD) por consecuencia del consumo de sustancias adictivas (Murray y López, 1997).

III) Teorías y Modelos analizados en la competencia.

Estudios realizados con familias mexicanas indican que el consumo de sustancias afecta negativamente la salud de la familia (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998) y asimismo, existen mitos, valores, tradiciones y creencias que trastocan la vida familiar. Dichas barreras en la búsqueda de ayuda, actúan generando expectativas en relación con la función de la familia y en la conducta de cada uno de sus miembros, ya que puede existir gran presión por parte de algunos de ellos para evitar que la información referente a los problemas ocasionados por el consumo salga del contexto familiar (Natera, Mora y Tiburcio, 1999). De ahí la necesidad de contar con un modelo de intervención orientado hacia la búsqueda de nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia, que contribuya a reducir los efectos negativos del consumo y que ayude a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica.

El modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas basado en la aproximación estrés enfrentamiento-salud (Orford, Natera, Davies y Nava, 1998) asume que los individuos que conviven cotidianamente con usuarios de alcohol o drogas están expuestos a una serie de experiencias desagradables de las que no son directamente responsables y dan lugar a la aparición de diferentes síntomas de tensión o de estrés que se manifiestan a nivel psicológico y físico. El conjunto de las respuestas naturales a dicha tensión se conoce como enfrentamiento, y puede tener influencia en las tensiones experimentadas por los familiares así como en el problema de consumo (Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999) se han identificado diferentes formas naturales de responder ante el consumo excesivo de sustancias en la familia. Se tipificaron ocho formas de enfrentamiento ante esta problemática: emocional, tolerante, inactiva, evitadora, controladora, asertiva, apoyadora e independiente.

En un estudio posterior realizado con familias mexicanas e inglesas por Orford y cols., (1998), analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. En este nuevo análisis los datos se agruparon en tres "posiciones de enfrentamiento" que podrían representar formas universales de responder al consumo de un familiar: a) Involucramiento, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser tendientes a prestar apoyo y otras más, asertivas; b) Tolerancia, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y c) Retiro, acciones que conducen a la independencia del familiar.

En relación con los efectos del enfrentamiento sobre la salud familiar, un análisis ulterior de los datos mostró que ciertos grupos de familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental; por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y de drogas, mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e involucramiento, mismos que se correlacionaron significativamente con el nivel de síntomas.

Por otra parte, se observó que la calificación en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología. Esto sugiere que las estrategias de retiro pueden ser un signo saludable en el repertorio de los enfrentamientos (Nolin y Chandler, 1996).

Con base en esta experiencia de investigación se elaboró un modelo de intervención (Orford, Natera, Velleman y Copello, 2001) cuyo principal propósito es propiciar la reflexión en los familiares de tal forma que aprendan a responder de modo más efectivo para disminuir la tensión que sufren, aún si el usuario niega tener un problema o no acepta acudir a tratamiento. Este modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas ya ha sido probado y evaluado en población urbana mexicana (Orford y cols., 2001).

IV) Actividades académicas que permitieron el desarrollo de la competencia

La presente competencia se obtuvo por medio del curso básico de epidemiología impartido en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), del análisis de los componentes básicos que constituye una encuesta y de la construcción de una escala de medición; así como la inserción en el proyecto de investigación antes mencionado en su fase de piloteo y adaptación de instrumentos.

Las actividades académicas se llevaron bajo la supervisión de la Dra. Guillermina Natera Rey y Dra. Marcela Tiburcio Sainz, en el proyecto general: Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol en zona rural; de este proyecto se derivaba una línea de investigación en el cual tuve la oportunidad de participar en el trabajo de campo para evaluar la utilidad de este manual en una comunidad rural indígena del Valle del Mezquital, Hidalgo. El objetivo de esta fase del proyecto fue: La adaptación al contexto ñahñu del cuestionario de enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D).

La investigación constó de dos fases y se llevó a cabo en una comunidad del municipio del Cardonal, Estado de Hidalgo, donde aproximadamente 60% de la población de más de cinco años de edad habla una lengua indígena, principalmente otomí o ñahñú.

En la primera fase participó una muestra no probabilística de 43 mujeres entre 16 y 60 años de edad que hablaban castellano, además de ñahñú, que se contactaron en reuniones comunitarias. Para invitarlas a participar, se les explicaron los objetivos del estudio y se pidió su autorización para grabar las entrevistas. Se empleó la metodología del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual. Cada uno de los reactivos originales y sus opciones de respuesta se leyeron tantas veces como fue necesario, y después se preguntó: ¿Qué quiere decir esta pregunta? ¿Cómo podría decirse de otra manera? o bien, ¿Cómo le explicaría esto a otra persona de su comunidad? Con este método se lograron versiones de comprensión más fácil, ya que se retomaron términos de uso común entre la población de estudio; en consecuencia, se redujo el tiempo de aplicación de los tres cuestionarios.

En la fase 2 se procedió a validar la versión final de los tres instrumentos con una muestra no probabilística de 191 mujeres, que se contactaron en el centro de salud de la cabecera municipal.

- *Cuestionario de enfrentamientos (Orford y cols., 1998)*. Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia: emoción, control, tolerancia, inacción, evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia; así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Las formas de enfrentar se agrupan en tres posiciones: involucramiento, tolerancia y retiro. Adaptado a población mexicana (Orford y cols., 1998) se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de

0.82, 0.73 y 0.70, respectivamente. Llama la atención que el enfrentamiento inactivo estaba originalmente en el factor 1 y en este estudio se encuentra en el factor 3. Ello refleja mejor la forma en que se enfrentan los problemas de consumo en esta población ñahnu a diferencia de lo que ocurre en la población urbana. Como se ha observado también en población urbana, el análisis de frecuencias sugiere que las acciones pertenecientes a la independencia son muy poco comunes y sobresale el empleo de estrategias del factor involucramiento emocional. Este hallazgo tiene importantes implicaciones ya que, de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, son formas poco eficientes de enfrentar el problema. Sin embargo, a pesar de la pobreza de los resultados, continúan haciendo uso de ellas, lo cual habla de la necesidad de ampliar su repertorio de respuesta. Por medio de los laboratorios cognitivos y de los datos cuantitativos, se identificaron formas de enfrentar que no se usan en este contexto cultural; por ejemplo, buscar bebidas alcohólicas entre las pertenencias de los usuarios o no atenderlos cuando están intoxicados. Este hallazgo debe tomarse en consideración al implementar la intervención a fin de promover formas de enfrentar el problema que sean compatibles con los valores y normas de esta población y asegurar la aceptación y éxito del programa.

- *Escala de síntomas (SRT, Kellner y Sheffield, 1973)*. 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). La versión original consta de cuatro áreas: inadecuación, ansiedad, somatización y depresión. En la validación en población mexicana de estudiantes se encontró un nivel de confiabilidad aceptable. Se observó también que la SRT puede emplearse por medio de dos o cuatro subescalas: síntomas físicos y síntomas psicológicos. En el estudio conducido por Orford y cols., (2001) se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93 para la escala total en la muestra mexicana, 0.91 en la subescala de síntomas psicológicos y 0.82 en la subescala de síntomas somáticos. Por otra parte, la estructura del SRT resultó muy similar a la referida en otras investigaciones realizadas en México. No obstante, cinco de los reactivos que forman parte de la subescala de síntomas psicológicos en el estudio de Orford y cols., (2001) forman parte del factor *síntomas físicos* del presente estudio. La media global es inferior a la que se encontró en una muestra de familiares de usuarios de alcohol y drogas de la ciudad de México. Los porcentajes de respuesta más altos en la escala de síntomas físicos concuerdan con otros estudios que documentan una alta somatización en mujeres mexicanas.

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*CES-D, Radloff 1977*). Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de riesgo de depresión mediante 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. Adaptado a la población mexicana (Saigado de Zinder y Maldonado, 1994), respecto a la estructura del CES-D, se encontraron diferencias con la escala original. Así, el factor *afecto negativo* integra cuatro de los reactivos que forman parte del factor 1 original y los seis restantes pertenecen al factor IV de Radloff, en tanto que sólo dos factores de *Relaciones interpersonales* coinciden con el factor IV de Radloff. El comportamiento de los reactivos de afecto positivo fue muy similar a lo encontrado en mujeres mexicanas de origen rural. Por un lado, se trata de los reactivos con mayor persistencia en los tres estudios pero, por otro, conforman factores de baja consistencia interna. Al respecto, Iwata, Umesue, Egashira y Hiro, (1998) proponen redactar estos reactivos en términos negativos. En esta investigación se optó por conservar el sentido positivo de las preguntas con el objeto de comparar los resultados con datos de otras poblaciones, pero es evidente la necesidad de poner a prueba otras formas de evaluar las manifestaciones del afecto positivo.

V) Habilidades generales que conforman esta competencia.

La participación en estas actividades académicas y de investigación, me permitieron desarrollar una serie de habilidades generales para poder aplicarlas al campo de salud, específicamente en adicciones. A continuación se describen en que consisten las habilidades.

- ❖ Identificar poblaciones en riesgo de consumo con características sociodemográficas específicas.
- ❖ Sensibilizar a la población acerca de los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol en la salud y comunidad.
- ❖ Adaptar instrumentos para la evaluación de las consecuencias del consumo de alcohol en la familia que permitan crear medidas de evaluación de morbilidad asociada al consumo de alcohol.
- ❖ Aplicar un modelo de intervención familiar: 1. escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia. 2. proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos. 3. identificar los ocho mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas. mostrar que hay alternativas de respuesta más eficientes. 4. explorar los apoyos

recibidos y sugerir otros nuevos. 5. canalizar hacia fuentes de ayuda especializadas al familiar si éste así lo requiere.

- ❖ Comprobar la efectividad de metodologías cualitativas en la construcción de instrumentos.
- ❖ Canalizar a personas a instituciones especializadas de atención médica y psicológica.

VI) Conclusiones.

Se logró cumplir con los objetivos de la epidemiología conductual: establecer un vínculo entre salud de los miembros de la familia del consumidor y conducta de ingesta de alcohol y otras drogas en una zona rural indígena, así como las formas afrontar el consumo de alcohol y/o otras drogas entre los miembros de la familia del consumidor.

Se desarrollaron una serie de instrumentos para evaluar la salud de la población, se identificó como las formas de afrontamiento influyen en la conducta de consumo y se evaluó una intervención familiar a los miembros de la familia del consumidor.

Es importante enfatizar acerca de los obstáculos que se presentan al llevar un programa de intervención breve a los familiares al llevarlo a un escenario con ciertas características contextuales como: lenguaje, etnia y sobre todo una desconfianza generalizada en la comunidad por ser entrevistados.

La importancia de incluir a la familia en la creación y adaptación de los indicadores epidemiológicos y en la creación de tratamientos del manejo del familiar consumidor de sustancias adictivas.

Desarrollar programas preventivos universales a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.

I) Datos epidemiológicos.

En México, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. Los principales estudios realizados en población adolescente y joven indican que hay un incremento en el consumo de drogas principalmente alcohol, marihuana y metanfetaminas. También se ha observado que las diferencias entre hombres y mujeres son cada vez más pequeñas. Asimismo los estudios establecen que el inicio temprano en el consumo de tabaco y/o alcohol, principalmente antes de los 13 años incrementa de manera importante el riesgo de consumir otras drogas, lo cual es preocupante ya que los últimos estudios reflejan que el inicio de estas drogas se da cada vez más en edades tempranas.

En la actualidad en nuestro país más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez en la vida. De este grupo de usuarios, el 55.3% continuó usándolas en el último año y el 37% las usó en el último mes. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer, proporción muy similar a la observada en la población de 18 años en adelante donde hay 3.31 hombres por cada mujer. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína (ENA, 2002, SISVEA, 2002).

La marihuana sigue ocupando el primer lugar de preferencia entre los adolescentes varones, los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de preferencia. En las mujeres el orden de preferencias es un tanto diferente, la marihuana es el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar. Independientemente del sexo, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años (ENA, 2002).

Para poder llevar a cabo una prevención de impacto en el uso de drogas es importante tomar en cuenta factores anteriormente mencionados como: edad de inicio, género y tipo de población y sustancia consumida para dirigir y aplicar los programas preventivos.

II) Definición la competencia.

La presente competencia concibe a la prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados al consumo de sustancias adictivas (SSA, 2000). La prevención es una serie de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias. La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. El modelo de riesgo-protección explica la susceptibilidad de los sujetos al desarrollo de problemas de abuso de sustancias (Hawkins, Catalano, Miller, 1992). Este enfoque refiere que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos, tales como: amigos que son usuarios de drogas, padres alcohólicos o que adoptan una actitud permisiva hacia el consumo, así como normas comunitarias y/o escolares que apoyan el abuso de drogas.

Los componentes normativos de los programas de prevención se basan tanto en propuestas internacionales como en las nacionales dictadas por la NOM-028-SSA 2-1999. Con base en la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994) que clasifica la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

La Prevención Universal esta dirigida a la población en general y la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias. Las estrategias universales son: La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas. El énfasis es en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección (CONADIC, 2005).

Mientras que la Prevención Selectiva esta enfocada a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, etc. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, *las* estrategias selectivas son : el diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento (CONADIC, 2005).

Por ultimo la Prevención Indicada es la intervención que se dirige a grupos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, lo cual se logra: Diseñando

metodologías de intervención breves del tipo de la consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción.

Por lo anterior, la prevención universal, selectiva e indicada, tiende a 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.

III) Teorías y Modelos analizados en la competencia.

Los programas preventivos deben crear lazos entre los escenarios de familia, escuela y comunidad por medio de la participación activa de los distintos involucrados: individuo, padre, profesor o facilitador del programa y encargados de elaborar políticas acerca de la regulación de sustancias adictivas; siendo la escuela una institución encargada de la educación es importante que se lleve a cabo programas que contengan los siguientes factores de riesgo a disminuir y elevar la calidad de los factores protectores ante el consumo de drogas (NIDA, 1999):

Familia y Escuela	
Factores	
Riesgo	Protección
Comportamiento agresivo	Desarrollo de autocontrol y desarrollo de conciencia emocional
Conducta social negativa	Habilidades de comunicación humana básica y de rechazo al consumo de sustancias y solución de problemas
Dificultades académicas o fracaso y deserción de estudios	Desarrollo de hábitos de estudios

Los programas preventivos universales deben tomar en cuenta los siguientes componentes constantes y cambiantes para lograr una adaptación eficaz del programa dentro de una comunidad (NIDA, 1999):

Comunidad	
Adaptación del programa a las necesidades de la población	
Estructura común	Estructura cambiante
La estructura: cómo está organizado y compuesto el programa.	La cultura de la comunidad
El contenido: la información, las habilidades, y las estrategias del programa.	Al tipo de droga
La introducción: cómo se adapta, implementa y evalúa el programa.	A la persona: edad, sexo, nivel educativo, grupo social

Las características generales que deben contener un programa preventivo en adicciones son los descritos en la siguiente tabla (NIDA, 1999):

Características generales del programa preventivo	
Largo plazo	—
Costo efectivo	
Entrenamiento	
Estrategias/técnicas	
Seguimiento de resultados	
Evaluación comprehensiva : individuo-familia-escuela-comunidad	

Con la aplicación de estos principios teóricos acerca de la prevención se llevaron a cabo unas series de análisis de los programas preventivos aplicados a nivel nacional.

IV) Actividades académicas que permitieron el desarrollo de la competencia.

Las actividades académicas se llevaron por medio de un seminario bajo la supervisión de la Dra. Ma. Elena Castro, la cuales consistieron en una serie de ejercicios de evaluación de modelos de prevención de acuerdo a criterios internacionales establecidos por el NIDA (1999). Bajo el marco teórico conceptual de los niveles de prevención universal, selectiva e indicada se discutieron cada uno de los siguientes puntos de cinco programas de prevención a nivel nacional. A continuación se presenta un ejemplo de evaluación del programa construye tu vida sin adicciones del CONADIC (2005):

Nombre del programa	CONADIC MODELO CONSTRUYE TU VIDA SIN ADICCIONES
Factores protectores y de riesgo	Estrés, malos hábitos alimenticios, falta de creatividad, baja autoestima, relaciones interpersonales conflictivas, y la baja percepción del riesgo por el uso de sustancias tóxicas
Nivel de prevención	Universal
Modelo teórico aplicado.	Aproximación sanitario mente-cuerpo: Este enfoque afirma que los pensamientos y emociones tienen un fuerte impacto en nuestra salud y bienestar.
Metodología	Dispositivo grupal. Trabajo vivencial Trabajo con imágenes. Trabajo psicocorporal
Escenario	Escuela y comunidad
Promotores	El facilitador puede ser cualquier agente de la comunidad que tenga habilidades para propiciar la interacción y el desarrollo de los ejercicios.
Estrategias preventivas	CAMPAÑAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ¿Adicto yo?, Dejar de fumar me conviene y La vida es la neta. PAQUETES PREVENTIVOS. Para la población general

aplicadas	Integrado con documentos impresos, videos, carteles, folletos y material para la capacitación de los coordinadores de las sesiones grupales (facilitadores), RED DE ASOCIACIONES ESTUDIANTILES. propone que en la primera etapa se integre un comité que represente a la población escolar, el cual deberá buscar la participación voluntaria de los alumnos para integrar el programa de trabajo para un ciclo escolar, las normas que deben regular la vida de la asociación y los mecanismos para obtener recursos para el trabajo preventivo.
Evaluación del programa	La evaluación de resultados intenta medir el grado en que se cumplieron los objetivos del plan de acción. Por medio de la aplicación de seguimientos.
Políticas que apoyen su aplicación	Normas oficiales de la SSA

V) Habilidades generales que conforman la competencia

La participación en estas actividades académicas, me permitieron desarrollar una serie de habilidades generales para poder aplicarlas al campo de salud, específicamente en prevención universal de adicciones. A continuación se describen en que consisten las habilidades.

- ❖ Analizar las diferentes técnicas de tamizaje y diagnóstico de población para los programas de atención profesional a nivel preventivo. Por medio del manejo de los niveles de prevención: universal, selectiva e indicada se identifican poblaciones específicas.
- ❖ Adaptar y validar instrumentos de evaluación de factores protectores de uso de sustancias adictivas. Por medio de la aplicación de escalas de factores protectores ante el consumo de drogas y alcohol.
- ❖ Integrar diferentes estrategias de los enfoques preventivos para brindar una oportuna intervención. De acuerdo a la revisión y análisis de artículos se identificaron estrategias psicológicas: habilidades sociales, autocontrol emocional; nivel familiar: disciplina familiar, escuela para padres, escolar y comunitario-político.
- ❖ Sistematizar componentes metodológicos de programas preventivos que permitan una evaluación eficaz. Por medio de la evaluación de los diez modelos preventivos de CONADIC (2005), de acuerdo a criterios internacionales acerca de la construcción de un programa preventivo eficaz.
- ❖ Diseñar programas preventivos en los tres niveles: universal, selectivo e indicado; tomando en cuenta las necesidades de la población. Por medio del manejo teórico – metodológico que sustenta un programa preventivo así como el manejo de estrategias psicosociales como formas de intervención y la construcción de instrumentos de evaluación del programa.

VI) Conclusiones de la competencia:

Se concluye que los programas preventivos aplicados a nivel nacional contienen los elementos necesarios para poder llevar a cabo una prevención eficaz, aunque cabe señalar que en relación al rubro de coste efectividad todavía falta investigación por realizar, además de analizar las estrategias de detección y cuidar que estas no violen los derechos humanos, como puede ser la aplicación de antidoping a los estudiantes o políticas como la revisión de mochilas en las escuelas primarias y secundarias, que actualmente se proyecta implantar en los planteles educativos.

Un gran problema con los programas realizados en México es que muchos de ellos no cuentan con una evaluación constante y sistematizada lo que no permite valorar con exactitud los alcances y limitaciones de los mismos.

Respecto a la enseñanza de la competencia se enfatiza en la importancia de contar con un espacio y supervisión en donde se pueda llevar a la práctica la prevención universal y de esta manera tener una formación integral de la prevención y no solo a nivel teórico como fue en el caso de esta competencia.

Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.

I) Datos Epidemiológicos:

Los patrones de consumo más característicos en México en los varones urbanos son el moderado alto con un consumo mensual de cinco copas o más por ocasión, que representa el 16.9% de esta población y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana con el 12.4%, en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión que equivale a 4.8% de la población. Cabe hacer mención que el 2.7% de las mujeres adultas presenta un patrón de consumo moderado alto (ENA, 2002).

En las poblaciones rurales se observan patrones similares de consumo. Los problemas más frecuentes asociados tanto para los varones rurales como los urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); el presentar problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras.

Para este tipo de consumidores, las intervenciones breves han demostrado ser eficaces para evitar que la problemática se intensifique. Las intervenciones breves son "oportunistas", en el sentido de que sus destinatarios todavía no se han quejado de tener un problema con el alcohol, pero han sido identificados a través de un chequeo como individuos que consumen alcohol a niveles riesgoso de daño tanto para su salud, como para su entorno: familia, trabajo y sociedad en general (Ayala, Echeverría, Galván y Martínez, 2002).

Las intervenciones se efectúan con el fin de lograr una identificación temprana y una prevención selectiva de problemas graves con el alcohol, así como para contribuir al funcionamiento de las medidas tomadas por los servicios sanitarios para reducir la alta prevalencia de bebedores de riesgo y de bebedores a los que el alcohol resulta nocivo. Las intervenciones breves no van dirigidas a bebedores problemáticos con niveles severos de dependencia y con problemas derivados de dicho consumo, quienes necesitan tratamientos más intensivos en centros especializados.

II) Definición de la competencia profesional.

La intervención breve es: "la estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol y drogas que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad – y en algunos casos antes de que adviertan que su estilo de beber puede ocasionarles problemas (OMS, 2005).

La intervención breve en el consumo de alcohol esta dirigida al bebedor problema como persona que no: presenta una dependencia severa, no presenta síntomas de abstinencia, su consumo lo pone en riesgo, el consumo problemático tiene una historia de menos de diez años, en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento, cuenta con redes sociales, laborales y familiares, además de que el consumidor bebe menos de doce tragos estándar a la semana (hombres adultos) ó bebe menos de nueve tragos estándar por semana (mujeres adultas), bebe menos de cinco tragos estándar por ocasión, pero puede haber desarrollado problemas físicos o sociales como resultado de su forma de beber (Ayala et al., 2002). Cabe destacar que este tipo de población puede tener periodos de abuso, periodos de abstinencia y periodos de consumo crónico, ya que no han desarrollado una dependencia al alcohol.

Entre las características que hacen de las intervenciones breves una herramienta efectiva para atender la problemática de consumo entre la población antes mencionada, destaca su costo-efectividad; su flexibilidad para integrarse en programas de tratamiento especializados, ya sea como una serie de intervenciones o como única intervención; la posibilidad de ser manejadas por diversos profesionales de la salud en diferentes escenarios; la detección temprana y canalización oportuna y su enfoque en metas intermedias, que al permitir obtener resultados inmediatos, contribuye a mantener al cliente motivado (Bien, Miller y Tonigan, 1993).

Las técnicas que integran cada componente de la intervención breve son las siguientes: 1) introducir el tema sobre la salud del cliente, 2) realizar un tamizaje, evaluación y asesoría, 3) proporcionar retroalimentación, 4) hablar acerca del cambio y establecimiento de metas y 5) resumir y revisar los acuerdos sobre el cambio. Para lograr lo anterior es necesario identificar la etapa de cambio en que encuentra el paciente de acuerdo con el modelo de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982). De acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentra se debe de proporcionar apoyo motivacional además de monitorear su progreso una vez que la intervención inicial haya concluido. El monitoreo se realiza durante las sesiones de seguimiento. El mantenimiento o rompimiento de la meta es el principal indicador a partir del cual se evalúa el progreso.

Los componentes de una intervención breve (Miller y Rollnick, 1991) son:

1. Retroalimentación: sobre los riesgos que se corren al beber en exceso.
2. Depositar la responsabilidad personal del usuario por su forma de beber, y del cambio de su conducta como una decisión individual.
3. Aconsejar: El consejo debe ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita
4. Menú de alternativas para el cambio: Aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de beber.
4. Estilo empático: del terapeuta
6. Autoeficacia: Permite lograr en los clientes una percepción de optimismo y poder de ayuda por sí mismos, generando confianza en sus habilidades de manejar la situación de consumo.

III) Teorías y modelos que sustentan la competencia profesional

Para la población con dependencia baja y media se ha desarrollado programas de intervención breve bajo un enfoque cognitivo conductual basado en la teoría del aprendizaje cognitivo social (Bandura, 1969). Dentro de esta perspectiva la persona tiene un número de capacidades básicas que a continuación se describen:

Simbolización: Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. El individuo puede generar y probar alternativas para alterar y adaptarse al ambiente.

Anticipación de la acción y establecimiento de metas: Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones. Junto con la simbolización, la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

Capacidad Vicaria: El aprendizaje por observación capacita a la gente para adquirir reglas, para generar y regular patrones conductuales sin tener que aprenderlos por ensayo y error.

Autorregulación: Gran parte de la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autoevaluativas a sus propias acciones.

Capacidad Autorreflexiva: La capacidad para la reflexión autoconciente capacita a la gente para analizar sus experiencias y para pensar acerca de sus propios procesos de pensamiento.

Tomando estos principios de la teoría del aprendizaje social, Abrams y Niaura (1987) formulan los siguientes principios acerca de uso y abuso del alcohol:

El aprender a beber es parte integral del desarrollo psicosocial y es llevada a cabo por cinco principios que a continuación se describen:

- i) Indirectamente por medio de: a) actitudes, b) expectativas y c) creencias.

ii) Directamente por medio del: a) modelamiento del consumo del alcohol, b) reforzamiento por beber;

iii) Los factores individuales interactúan con los agentes socializantes y las situaciones para determinar los patrones iniciales de consumo de alcohol.

iv) El consumo continuo es reforzado negativamente por la reducción de la tensión, y positivamente por las propiedades eufóricas en las interacciones sociales. Si el uso de alcohol es continuo, la tolerancia adquirida a sus propiedades reforzantes promoverá la ingestión de mayores cantidades para alcanzar el mismo efecto.

v) La dependencia psicológica puede motivar el abuso de alcohol. El alcohol como el único método para afrontar sus problemas psicosociales, estados emocionales y déficit de habilidades sociales. Cualquier episodio de abuso de alcohol tiene consecuencias individuales y sociales que pueden exacerbar el beber posterior aumentando la tensión en las interacciones de la persona y el ambiente.

vi) La recuperación del alcohol, está sujeta a los principios del aprendizaje social: dependerá de la habilidad del individuo para elegir explorar formas alternativas de afrontamiento generales para la vida cotidiana, habilidades específicas de autocontrol necesarias para controlar el beber. Lo que le permite desarrollar altos niveles de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes.

Estos principios teóricos anteriormente descritos se enlazan bajo un modelo de identificación del proceso de cambio en las personas (Prochaska y Di Clemente, 1982) en un formato de intervención breve cognitivo conductual:

Este modelo esta conformado por serie de etapas que se describirán a continuación:

1) Precontemplación: la persona no considera la posibilidad de cambiar, ya que no ha identificado tener un problema, o que necesite ayuda para resolverlo. Las personas que se encuentran en esta etapa regularmente no llegan a tratamiento por si mismo sino presionados por terceros. Por lo que estas personas necesitan información de las causas y consecuencias del consumo excesivo, así como de retroalimentación que les permita incrementar el reconocimiento de su problema y la posibilidad de cambiar; por lo cual darán el paso a la siguiente etapa.

2) Contemplación: en esta etapa el usuario reconoce que tiene un problema con el alcohol, es un periodo de ambivalencia en la cual la persona considera un cambio y a la vez lo rechaza, por lo cual es importante como terapeuta apoyar con un balance a favor del cambio, lo cual llevará a la tercera fase

3) Determinación: en esta etapa el usuario se encuentra motivado, por lo cual es importante ayudar al usuario a encontrar estrategias que sean aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas para cambiar y pasar a la acción.

4) Acción: en este momento el usuario tiene la disposición de sentarse a analizar sus situaciones de riesgo y se le puede ayudar a plantear las opciones de solución a estas, así como las estrategias de reducción del consumo.

5) Mantenimiento: durante esta etapa, el objetivo es sostener el cambio y prevenir recaídas que se pueden revisar con detalle para evitar el desaliento, renovar la determinación, continuar buscando el cambio, renovar la determinación, reasumir la acción y mantener los esfuerzos.

IV) Actividades académicas que permitieron el desarrollo de la competencia:

La presente competencia surge a través de seminarios que permitieron obtener las bases teóricas y de cursos de capacitación en los siguientes programas: Tratamiento de Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza y Ayala, 2001); para consumidores de tabaco (Lira, 2002) y el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Ayala y Martínez, 2001). Estos programas fueron derivados del modelo fundamentado en el Programa de Autocambio Dirigido (Sobell y Sobell, 1995) que ha sido adaptado para población mexicana por el Dr. Ayala y cols., (2002) en el Programa de Bebedores Problema. A continuación se describe las actividades académicas desarrolladas en el marco de intervenciones breves:

Recibí capacitación general de los componentes básicos de los programas ofrecidos en el centro de servicios psicológicos Acasulco.

Aplicué el programa de intervención breve en una serie de usuarios, del cual hago el reporte de un caso clínico del programa de bebedores problemas, el cual se describe en la parte II de la tesis.

Se realizaron entrevistas diagnósticas, de canalización y atención en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología.

A continuación se describen las sesiones, instrumentos y manejo de estrategias psicológicas aplicadas en los diferentes programas de intervención breve (ver tabla 1).

Sesiones Terapéuticas	Instrumentos	Estrategias psicológicas	Alcohol	Tabaco	TBUC	Adolescentes
Admisión	Cuestionario de preselección.	Identificación de estadio de cambio	Ser mayor de edad Menos de 30 tragos semanales	Ser mayor de edad Menos de 10 cigarros	Ser mayor de edad Dependencia Severa No consumir heroína	Estudiantes entre 14 y 18 años de edad. No presentar dependencia severa
Evaluación de nivel de dependencia	De acuerdo al tipo de droga	Retroalimentación de patrón de consumo.	Baja media Breve Escala de Dependencia al alcohol (BEDA)	Baja media FAJESTROM (Escala de dependencia a la nicotina)	Baja media Cuestionario de Administración de Drogas	Baja media Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
Razones de cambio y establecimiento de metas.	Línea Base Retrospectiva	Desarrollo de autocontrol Balance decisional	Decisión de cambio y establecimiento de metas	Decisión de cambio y establecimiento de metas.	Balance decisional y establecimiento de la meta	Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas y establecimiento de la meta de consumo. Establecimiento de metas de vida.
Situaciones de riesgo	Inventario de Situaciones de Riesgo	Solución de problemas	Evaluar situaciones de alto riesgo	Evaluar situaciones de alto riesgo.	Manejo del consumo de cocaína Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína Identificación y manejo del deseo de consumir.	Identificación de las situaciones de riesgo.
Planes de acción	Cuestionario de Confianza Situacional	Ensayos conductuales y formas de afrontamiento	Enfrentarse a sus problemas	Enfrentarse a sus problemas	Habilidades asertivas de rechazo	Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas. Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.
Re establecimiento de metas	Autoregistro y Fortalecimiento de la autoeficacia	Retroalimentación de todas las estrategias aplicadas	Nuevo establecimiento de metas	Nuevo establecimiento de metas	Reestablecimiento de la meta y planes de acción.	Reestablecimiento de la meta de consumo y de vida y planes de acción.

Tabla 1. Programas del Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco".

V) Habilidades desarrolladas durante la competencia de intervención breve.

Las actividades académicas anteriormente descritas permitieron el desarrollo de las habilidades que conforman la tercera competencia de la maestría en adicciones. En el siguiente apartado se describe las habilidades en términos generales.

- ❖ Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros servicios; Identificando que tipo de usuarios cuenta con el perfil adecuado para su ingreso a programas de intervención breve: Por medio del manejo de los criterios de inclusión y exclusión de cada uno de los programas.
- ❖ Categorizar las conductas de los usuarios de acuerdo a las etapas de cambio por las que el usuario puede transitar: Por medio del tipo de respuestas que pueda brindar el usuario acerca de su relación con el consumo se puede categorizar en las siguientes etapas: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento del cambio conductual.
- ❖ Seleccionar y aplicar instrumentos de diagnóstico de nivel de dependencia para identificar usuarios de programas de intervención breve. Por medio de ensayos conductuales se aprendió la aplicación adecuada de cada uno de los instrumentos aplicados.
- ❖ Aplicar estrategias motivacionales necesarias para relacionarse de una manera constructiva y empática con el usuario, entre las cuales se encuentra la escucha reflexiva y retroalimentación acerca de las situaciones de consumo de alcohol y sus consecuencias.
- ❖ Aplicar estrategias cognitivos conductuales para generar un cambio en los usuarios: por medio de la supervisión y retroalimentación de los supervisores se aprendieron diversas: balance desicional, desarrollo de autocontrol, solución de problemas, habilidades de afrontamiento.
- ❖ Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas de acuerdo a las necesidades de poblaciones seleccionadas por medio de criterios de abuso de alcohol y otras drogas.
- ❖ Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora en la aplicación de los programas de rehabilitación.

VI) Conclusiones:

La capacitación recibida y los seminarios cursados me permitieron conocer y manejar los distintos tipos de intervenciones breves, en un marco cognitivo-conductual, en donde aplicando los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes programas del Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", se canalizaba al usuario al más adecuado a sus necesidades, además de aplicar las estrategias psicológicas y motivacionales en usuarios de dependencia baja-media acorde a sus necesidades y estadios de cambio conductual.

También permitió evaluar la efectividad de dichos programas por medio de la aplicación de algunos seguimientos a los usuarios, y de conocer los componentes generales de una intervención breve en el campo de las adicciones.

Cabe señalar que el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" debe permanecer en difusión continua de los programas preventivos por medios de comunicación masiva, por medio de convenios con otras instituciones académicas, de gobierno y de asociaciones civiles para dar a conocer la efectividad de dichos programas de intervención breve en el consumo de sustancias adictivas.

Sin embargo falta realizar más estudios para evaluar el costo-efectividad de los mismos, para conocer sus alcances, limitaciones y su posible aplicación a otro tipo de conductas adictivas como son: el juego, la comida, el sexo o el Internet entre otras.

Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

I) Datos Epidemiológicos.

Como ya se ha mencionado, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general. Pero lo más preocupante es el hecho de que el comienzo del uso de sustancias ocurre en su mayor parte durante la adolescencia y juventud temprana, pudiendo ser explicado como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje.

Los trastornos por el uso de sustancias ocupan el segundo lugar en la población general en la República Mexicana en cuanto a discapacidad, dentro de los trastornos mentales, y al realizar un análisis a nivel individual, la dependencia al alcohol que representa el 5.9% de la población ocupa el segundo lugar. Es así que en el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con criterios de diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% en poblaciones rurales respectivamente, mientras que la dependencia a las drogas representa el 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años de edad (Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica, ENEP; 2002).

De las personas que reportaron como droga de inicio el alcohol, el 89.9% progresaron a otro tipo de sustancias: tabaco, marihuana y cocaína principalmente. Mientras que las personas que reportaron consumir marihuana a diario fue el 65.1%, mientras que el 89.7% se convirtió en poli usuario al consumir otras drogas como: alcohol, tabaco, cocaína e inhalables (SISVEA 2002).

Tomando en cuenta estos indicadores, en donde se informa acerca de la dependencia a las sustancias adictivas, además de la gran población de poli usuarios de drogas es necesario crear programas para poder abatir este tipo de consumo y de brindar atención a la problemática de salud pública, debido a la gravedad de sus consecuencias: accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas (Wolfe y Meyers, 1999) enfermedades físicas severas: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovasculares y pancreatitis, pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana: social, psicológica y laboral (Tapia, Medina-Mora, Cravioto, 2001).

Uno de estos programas para rehabilitar a este tipo de usuarios es el Programa de Satisfactores Cotidianos, mismo que describiré en los siguientes párrafos.

II) Definición de la competencia.

La rehabilitación del adicto, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social para la reinserción social (SSA, 2000). Esta competencia tiene como objetivo la reinserción social, que se define como el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social. Por medio de un tratamiento que se define como el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia (SSA, 2000).

III) Teorías y Modelos que sustenta la competencia profesional.

Para este tipo de población con dependencia media y severa a sustancias adictivas que requieren rehabilitación se ha creado el **Programa de Satisfactores Cotidianos (CRA)** (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala 2005), basado en el modelo: **Aproximación de Reforzamiento Comunitario** (Hunt y Azrin, 1974) desarrollada en un marco teórico conceptual cognitivo conductual:

- **Condicionamiento Operante.** El uso y abuso de drogas son considerados como conductas operantes que son mantenidas en parte por los efectos reforzantes de las drogas (Goldberg y Stolerman, 1986).
- **Economía Conductual.** El precio incluye todas aquellas formas en las cuales se puede gastar incluyendo las adversidades físicas, psicológicas y sociales, así como los eventos experimentados en la compra, consumo y recuperación del uso de las drogas. El costo es la pérdida de oportunidades o alternativas por la elección del consumo de drogas (Bickel, Degrandpre y Higgins 1993) la frecuencias del uso de la droga puede ser modificado por una variabilidad en el costo (Higgings, 1996).
- **Teoría del aprendizaje social** de Bandura (1969) y los principios teóricos basado en dicha teoría de inicio y mantenimiento de las conductas adictivas de alcohol y drogas (Abrams y Niaura, 1987) (Ver, competencia No 3.)

El CRA propone que la etiología de los problemas del alcohol es influenciada por patrones de reforzamiento positivo y negativo, recompensas sociales y cualidades inducidas por la dependencia (Hunt y Azrin, 1974). De esta forma el alcohol interfiere con otras formas de satisfacción y reforzamiento positivo del ambiente. Este modelo predice que el consumo puede ser reducido si los reforzadores de no consumo en diversas áreas de la vida cotidiana: como las relaciones interpersonales o satisfacción en el empleo son maximizados en frecuencia y calidad y siendo contingentes sobre la conducta de no consumo. El CRA se dirige hacia dos objetivos: a) Eliminación del reforzamiento positivo de la conducta de consumo; b) Incremento del reforzamiento positivo para la sobriedad. Este tratamiento se ha renovado con integración de componentes (Azrin, 1976, 1982) por lo que no sólo es un paquete de tratamiento (Wolfe y Meyers, 1999), sino también una enfoque más comprehensivo de las conductas adictivas. A continuación se presenta la tabla 1, la evolución que ha tenido este tratamiento hasta la actualidad en donde fue adaptado a población mexicana (Barragán y cols., 2005).

Tabla 1: Adaptación del programa CRA a la población mexicana.

Hunt y Azrin (1974)	Azrin (1976)	Azrin et al. (1982)	Barragán et al. (2005) PSC.
Búsqueda de empleo	Prescripción de	Consejo motivacional	Habilidades de comunicación.
Terapia conductual	Disulfiram	Muestra de sobriedad	Evaluación de variables
marital	Adherencia al disulfiram	Habilidades de rechazo	predictoras de recaídas:
Consejería	Solución de problemas	Administración	autoeficacia y precipitadores.
recreativa	Sistema de apoyo	inmediata	funcionamiento cognitivo
Consejería de acceso	Monitoreo de advertencia	de disulfiram	Habilidades de rehusarse al
a otros reforzadores	temprana de estado de	Entrenamiento	consumo
Club social	humor	en relajación muscular	Autocontrol de emociones
Visitas a domicilio			Sesiones dos veces por semana

IV) Actividades académicas que permitieron el desarrollo de esta competencia.

Para el logro de esta competencia profesional se tomaron seminarios a lo largo de la maestría y se integro a un curso de capacitación del Programa de Satisfactores Cotidianos. A continuación se describe el formato de capacitación y formación del Programa de Satisfactores Cotidianos a cargo de la Dra. Lidia Barragán creadora y supervisora de dicho programa correspondiente a la competencia en rehabilitación de personas con dependencia severa a sustancias adictivas. La capacitación consistió en las siguientes actividades:

Manejo de bases teóricas en que descansa el Programa de Satisfactores Cotidianos, por medio de la exposición y discusión grupal de artículos relacionados a la aproximación de reforzamiento comunitario.

Ensayos conductuales de cada uno de los componentes del PSC, en donde se adoptaba los dos roles tanto de terapeuta como de usuario.

Modelamiento de cada uno los componentes por parte de la supervisora.

Se evaluó cada uno de los componentes mediante la video grabación y aplicación de listas cotejables de las estrategias psicológicas aplicadas y de las tareas asignadas al usuario para su rehabilitación y recibiendo retroalimentación por parte de la supervisora y compañeros de la maestría.

Se aplicó el programa como coterapeuta en un caso de cocaína y alcohol.

Se aplicó el programa en un usuario de marihuana que se describe en la parte II de este reporte profesional y en donde se encuentra descrito dicho programa.

A continuación se describen las sesiones terapéuticas recibidas durante la capacitación del PSC, asimismo sus estrategias y materiales empleados en cada una de las sesiones.

Sesiones	Objetivos	Estrategias psicológicas	Materiales e instrumentos
ADMISION	Evaluar criterios de inclusión. Informar características del Modelo.	Firma de carta compromiso Instrucción verbal Entrevista Motivacional Entrevista Conductual	Formato Filtro; Folleto del Modelo; Escala de dependencia al alcohol/ Cuestionario de administración de drogas/Línea Base Retrospectiva/Cuestionario de confianza situacional
EVALUACION	Evaluar: Patrón de consumo, precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana, percepción de riesgo y datos variables psicosociales	Instrucción verbal Entrevista Motivacional	Línea Base Retrospectiva/Cuestionario de confianza situacional/Inventario Situacional de Consumo de Alcohol/ inventario situacional de consumo de drogas.
ANALISIS FUNCIONAL	Identificar precipitadores internos y externos, consecuencias positivas y negativas del consumo, conductas de no consumo gratificante. Aprender a elaborar planes de acción	Instrucción verbal; modelamiento; ensayos conductuales. Retroalimentación Instigación verbal	Autorregistro Formato de Análisis funcional de conducta de consumo y de no consumo
MUESTRA DE NO CONSUMO	Establecer compromiso del periodo de no consumo. Identificar ventajas de la muestra de no consumo. Identificar riesgos. Elaborar planes de acción. Considerar motivadores, períodos previos de no consumo	Instrucción verbal. Entrevista Motivacional Retroalimentación Modelamiento ensayos Conductuales	Autorregistro Instrucción verbal Entrevista Motivacional Retroalimentación. Ensayos conductuales
METAS DE VIDA COTIDIANA	Establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana. Establecer planes y períodos para su consecución	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro Escala de satisfacción general de vida cotidiana. Formato de metas de vida cotidiana
COMUNICACION	Aprender a iniciar conversaciones, escuchar, expresar empatía, ofrecer ayuda, aceptar responsabilidad, dar y recibir críticas, dar y aceptar reconocimiento, hacer peticiones positivas, compartir sentimientos positivos y negativos.	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia

SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender: estrategia de solución de problemas, identificar un problema, generar alternativas de solución, analizar cada alternativa con sus ventajas/desventajas, elegir la alternativa más conveniente,	Instrucción verbal Modelamiento, ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia aplicar en su escenario natural la alternativa elegida, evaluar los resultados de aplicación de la alternativa.
REHUSARSE AL CONSUMO	Aprender conductas eficientes para lograr resistirse al consumo: rehusarse asertivamente, con otra alternativa, con cambio de tema, con justificación, confrontando e interrumpiendo interacción,	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo a solicitar el apoyo familiar y social para el no consumo, a utilizar re-estructuración cognitiva ante invitaciones autogeneradas
CONSEJO MARITAL	Aprender habilidades de reconocimiento diario: dar reconocimiento de conducta y cualidades, ofrecer ayuda sin que la pida el cónyuge, muestras de afecto positivo, sorpresa agradable, escuchar e iniciar temas de interés para el cónyuge, aprender a hacer	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro, Escala de Satisfacción marital formato de matrimonio funcional Formato de recordatorio de peticiones positivas, a solucionar problemas y negociar con la pareja reconocimiento Registro de ocurrencia
BUSQUEDA DE EMPLEO	Aprender a conseguir un empleo libre de precipitadores, identificar intereses laborales, habilidades profesionales /personales. Llenar solicitud de empleo. Elaborar curriculum. Identificar fuentes de empleo.	Instrucción verbal. Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Solicitud de empleo, Registro de fuentes probables de empleo. Lista de cotejo de habilidades personales y profesionales. Realizar llamadas telefónicas para solicitar ayuda y concertar cita de empleo. Conductas eficientes en la entrevista laboral, y enfrentar el rechazo entrevista laboral
HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS	Identificar y practicar actividades gratificantes. Identificar actividades, y personas con quienes realizarlas. Probar reforzadores de actividades recreativas. Propiciar el acceso al reforzador.	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de actividades /personas de interés, Lista de recursos comunitarios
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	Aprender a evitar recaídas. Aplicar análisis funcional de recaídas. Anticipar situaciones de riesgo. Aprender estrategia de advertencia temprana, y a identificar sistemas de apoyo para evitar recaídas	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de análisis funcional, Recaídas
POSTEVALUACION/ SEGUIMIENTO a 1, 3 6 y 12 meses	Evaluar: patrón de consumo, precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana,	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro Inventario de situaciones de riesgo de consumo de alcohol. Inventario de situaciones de riesgo de consumo de drogas. Cuestionario de confianza situacional. Establecer compromiso para fechas de seguimiento.

V) Habilidades de conforman la competencia.

Estas actividades académicas descritas anteriormente, me permitieron desarrollar una serie de habilidades que son necesarias para abordar la problemática de consumo leve a moderado de

alcohol y otras drogas en diferentes usuarios. A continuación se describen una serie de habilidades adquiridas durante el curso de la maestría en Psicología con residencia en adicciones.

- ❖ Identificar los factores que propician la conducta de consumo y encontrar patrones que mantienen la conducta.
- ❖ Identificar y describir los componentes de tratamiento que pueden ser aplicados en poblaciones específicas.
- ❖ Detectar, y diagnosticar problemas emocionales asociados al consumo de sustancias adictivas.
- ❖ Diagnosticar trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, y establecer diagnósticos diferenciales.
- ❖ Inferir y sistematizar qué tipo de técnicas de intervención son las más adecuadas dependiendo las necesidades de los usuarios de los programas.
- ❖ Aplicación y demostración de la efectividad de las técnicas de intervención psicológica.
- ❖ Evaluar la efectividad de programas a personas dependientes al alcohol y otras drogas.
- ❖ Formulación de casos clínicos y devolución de información de análisis de pruebas de evaluación.

VI) Conclusiones:

Considero que el Programa de Satisfactores Cotidianos cumple con los componentes necesarios para lograr el objetivo de la rehabilitación de las personas con dependencia media-severa en las diversas áreas en las cuales presenta déficit como son: área laboral por medio de incrementar su satisfacción en el trabajo o incorporarse a la vida laboral por medio del ensayo conductual de cómo conducirse en una entrevista de trabajo de acuerdo a sus habilidades y destrezas profesionales; en el área matrimonial se le dota de habilidades básicas de comunicación de pareja, así como un manejo asertivo de los celos; igualmente el manejo de emociones negativas asociadas al consumo como síntomas de depresión, ansiedad y agresividad.

Cabe mencionar que como aproximación comprensiva de las conductas adictivas, deben desarrollarse componentes en otras áreas en las cuales los usuarios también presentan déficit como son la educación y disciplina con los hijos y en el área individual el manejo de problemas sexuales asociados al consumo.

Es también importante mantener la difusión del programa por medio de convenios con instituciones de gobierno como centros de readaptación social y en los departamentos involucrados con problemas legales y viales, por lo cual estos espacios serian escenarios perfectos para poder llevar a cabo este programa de satisfactores cotidianos.

Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas para aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

I) Datos epidemiológicos

Las consultas en unidades de medicina familiar, servicios de especialidades y de urgencias originadas por problemas asociados al consumo de alcohol ocuparon el primer lugar en todos los grupos de edad. El grupo de 50 a 59 años, alcanzó 91.8% de las consultas registradas en ese grupo, se identificó que 30.1% de los hombres y 6% de las mujeres mayores de 18 años reportaron consumir más de cinco copas por ocasión de consumo (IMSS 2001).

Mientras que en otras instituciones médicas se registra que entre 1998 y 2000 fueron detectados 980,000 pacientes con problemas de adicciones, de los cuales 39% están relacionados con el abuso del consumo de alcohol. En lo que se refiere a edad, el grupo que con mayor frecuencia solicitó consulta por problemas asociados al consumo de alcohol fue el de 45 a 64 años (ISSSTE 2001).

Sin embargo todo parece indicar que los profesionales de la asistencia de salud han sido muy lentos en la incorporación de su práctica habitual: la prevención, las intervenciones breves y tratamiento de rehabilitación en el campo del alcohol y otras drogas, por lo que es necesario desarrollar estrategias efectivas y eficientes para la diseminación de innovaciones acerca del cuidado de la salud en general, basada en evidencia empírica, lo que ha llevado a explorar tanto las dificultades metodológicas como sociopolíticas que impiden la diseminación y la evaluación de las mismas. Ante esta problemática resulta importante el desarrollar programas de intervención en el campo de las adicciones que (CONADIC, 2005): a) Posean amplio alcance para llegar a toda la población y apoyar a los jóvenes, las familias, y a la comunidad tanto urbana como rural; b) Estén basados en el conocimiento científico, es decir, fundamentados en información objetiva; c) Consideren a sustancias legales o ilegales; d) Incluyan acciones permanentes, esto es, la capacitación y evaluación de las acciones; e) Se desarrollen acordes a las diferencias culturales, de edad, género, etc.

II) Definición de la competencia

Las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse tomando en cuenta la diversidad cultural de la población, para lo cuál deberá realizarse bajo un enfoque intercultural, tomando en cuenta la prevalencia y los patrones de consumo, con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, reducción de

daños, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de drogas así como elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos.

Las acciones en materia de capacitación deben: realizarse a través de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación y difusión de conocimientos científicos dirigirse al personal y a los profesionales de la salud que lo requieran para que efectúen actividades de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, reducción de daños e investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, y orientarse a grupos y organismos de diversos sectores (familiar, educativo, laboral y comunitario). Las acciones en materia de enseñanza deben realizarse a través de diplomados, cursos especializados, maestrías y doctorados que cuenten con valor curricular, de conformidad con las disposiciones educativas vigentes.

III) Teorías y Modelos que sustentan la competencia.

Actualmente existen diversos modelos teóricos propuestos por diferentes autores que consideran la adopción y adaptación a las nuevas tecnologías como factores primordiales que determinan el éxito o el fracaso de un sistema de información y capacitación. La American Psychological Association (1993) desarrolló una serie de recomendaciones para la promoción del desarrollo de competencias de los profesionales de la salud para adaptar y adoptar nuevos procedimientos a través de los programas de educación continua (que combinen aprendizaje didáctico estructurado con trabajo clínico supervisado), y actividades que pueden realizarse sin costo elevado y en poco tiempo con audiencias numerosas, como son los talleres, y la capacitación en la aplicación de estas estrategias, seguidos por la supervisión de los resultados de estas aplicaciones.

De acuerdo con Crosswaitie y Curtice (1994) existen tres estrategias básicas que permiten diseminar adecuadamente un programa: 1) Definir la diseminación e identificar las barreras a la diseminación efectiva para lo cual esta estrategia se basó en la *Teoría de la Difusión de la Innovación* de Roger (1995). A partir de la definición de la *Difusión*: como el proceso por el cual una innovación se comunica por cientos de canales a través del tiempo entre individuos de un sistema social y de *Innovación*: como la idea, práctica u objeto percibido como nuevo por un individuo u otra unidad de adopción.

2) Las estrategias psicológicas de capacitación estarán en función del establecimiento de diferentes categorías de usuarios: los innovadores, los primeros adoptantes, la mayoría precoz, la mayoría rezagada y los tradicionales: cada categoría obedece a una serie de características personales, socioeconómicas y educacionales de los usuarios que les configuran como grupo diferenciado: a) Los *innovadores*, importan la idea de fuera y la incorporan al sistema; b) Los *primeros adoptantes*, tradicionalmente aceptan la innovación y las estrategias empleadas para su

difusión antes que la mayoría, mantienen posiciones de liderazgo entre sus colegas y tienen un cierto peso en la toma de decisiones; c) La mayoría precoz, juega un importante papel en la difusión ya que es experta en mantener canales informales de comunicación, pero se diferencia de las anteriores categorías en que necesita más tiempo para adoptar una innovación; d) La *mayoría rezagada*, adopta las nuevas ideas por presiones del entorno, por lo que necesita una mayor motivación; el punto de referencia es el pasado y actúan con reservas en cuanto a la adopción y al papel de los intermediarios. Una vez identificado estas categorías se procede a establecer la tercer estrategia de capacitación.

3) Identificar las estrategias adecuadas para implantar la diseminación y promover la utilización de los resultados de la investigación. Entre las diversas estrategias de diseminación aplicadas la realización de *talleres interactivos*, reportan una mayor efectividad (Shanley, Lodge y Mattick, 1996) para cumplir con el objetivo de informar y promover procedimientos psicológicos validados empíricamente. Los talleres interactivos tuvieron una duración de cinco horas aproximadamente y se llevaron a cabo en una sola sesión de trabajo. Los talleres constaron de tres partes. Durante la primera se efectuaron las siguientes actividades: a) además de las presentaciones de rigor, se llevó a cabo la primera aplicación del instrumento de actitudes, intereses y conocimientos; b) se discutió el problema del consumo excesivo de alcohol en México, así como el papel a desempeñar por el profesional de la salud, además de las políticas de salud con respecto a la prevención y tratamiento del consumo excesivo de alcohol. En la segunda parte se analizaron y discutieron conceptos contrastantes como "alcohólico" *versus* "bebedor problema" y "enfermedad progresiva y mortal" *versus* "conducta aprendida y modificable". Se apoyó esta discusión mediante viñetas que ilustraban casos. Además se presentaron los fundamentos principales del modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. La tercera parte comprendió un "juego de roles" entre uno de los participantes y uno de los facilitadores, con la intención de ilustrar la adecuada identificación y canalización de un bebedor problema.

III) Actividades académicas

La presente competencia se llevo a cabo por medio de la incursión en un seminario de la Teoría de Difusión de Rogers el cual estaba a cargo del Mtro. Cesar Carrascosa. A continuación se describen las actividades académicas en las cuales participé:

Se revisaron artículos relacionados con la teoría de difusión de Rogers, anteriormente se describieron sus elementos para una difusión eficaz de un programa.

Se analizó el Programa de Bebedores Problema del Centro de Servicios "Acasulco", de la Facultad de Psicología de la UNAM, para su difusión en instituciones de atención primaria de salud,

por medio de la capacitación de los médicos. De los cuales se hace mención de sus características para poder ser diseminado.

Se analizó la estrategia de talleres interactivos (Martínez, Carrascosa y Ayala, 2003) como forma de capacitación a profesionistas de la salud en las intervenciones breves. A continuación se describen los instrumentos que se utilizaron en la evaluación de los talleres interactivos.

Se exploró los siguientes instrumentos:

a) Cuestionario de *actitudes* (15 reactivos). El instrumento evalúa las actitudes del profesional de la salud en tres dimensiones: i) Evaluación del bebedor problema y sus características (tres reactivos). ii) Papel del profesional de la salud en el tratamiento de los bebedores problema (siete reactivos). iii) Evaluación de la evidencia empírica de la efectividad de diferentes tratamientos para el consumo problemático de alcohol (cinco reactivos).

b) Cuestionario de *conocimientos* (ocho reactivos). El instrumento evalúa los conocimientos acerca del programa en tres dimensiones: i) Meta del tratamiento (moderación o abstinencia). ii) El papel de las recaídas en el proceso de tratamiento. iii) Importancia de la evaluación del patrón de consumo (cantidad, frecuencia y situaciones de consumo).

c) *Cuestionario de interés*. Está compuesta por nueve reactivos para identificar el interés del profesional de la salud en las siguientes dimensiones: i) interés por conocer los tratamientos exitosos en relación con los problemas derivados del abuso del alcohol, ii) interés por capacitarse en el programa Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, iii) interés por identificar, canalizar y tratar esta problemática dentro del modelo Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

d) *Instrumento de satisfacción* (nueve reactivos). Se elaboró este instrumento para evaluar la satisfacción de los participantes del taller interactivo, en cuanto a las características generales del taller (duración y temas presentados) y técnicas didácticas (lectura, juego de roles, lluvia de ideas). Se evaluó a través de una escala likert que va de "muy satisfactorio" a "nada satisfactorio".

Además se conoció la habilidad didáctica que permite diferenciar los conceptos contrastantes como "alcohólico" *versus* "bebedor problema" y "enfermedad progresiva y mortal" *versus* "conducta aprendida y modificable". Se apoyó esta discusión mediante viñetas que ilustraban casos.

Se analizó la técnica de capacitación de "juego de roles". Se evaluó por medio de listas de cotejo.

La participación en las actividades académicas anteriormente detallada permitió adquisición de las siguientes habilidades profesionales:

IV) Habilidades profesionales desarrolladas en la competencia:

Las habilidades desarrolladas en esta competencia de enseñanza y capacitación son las siguientes:

- ❖ Identificar a posibles adoptadores de programas
- ❖ Conocer y aplicar instrumentos de evaluación de un curso de capacitación
- ❖ Aplicar estrategias de capacitación y enseñanza en programas de intervención breve
- ❖ Diseñar estrategias de capacitación y enseñanza basadas en principios teóricos de la difusión de Rogers que permitan la adquisición de conocimientos y habilidades a los profesionistas involucrados en el campo de las adicciones.

VI) Conclusiones

La incursión en este seminario me permitió conocer un enfoque teórico acerca de cómo deben divulgarse y difundirse los programas preventivos a nivel universal selectivo o indicado, además de que se analizó que el Programa de Bebedores Problema tiene las características necesarias para difundirse en centros de atención primaria de salud.

Sin embargo no basta con que el programa difundido sea eficaz, hay otros elementos que intervienen en su aplicación por lo cual es necesario tener conocimiento de distintos modelos de capacitación que permita insertar el programa en distintos ambientes no solo el de salud sino también el laboral, comunitario y escolar.

Se analizó la efectividad de la aplicación de talleres interactivos como estrategia eficaz para capacitar a personal de la salud en la aplicación de un programa de intervención breve.

Instrumentar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la investigación, la docencia y la supervisión.

I) Datos epidemiológicos.

La investigación en materia de adicciones, tiene por objeto: a) Proveer una base científica que permita diseñar e implementar políticas en materia de adicciones, b) Evaluar los resultados de los modelos y programas preventivos, así como de tratamiento, rehabilitación y control, registrando sus ventajas y desventajas y su repercusión a nivel local y nacional, c) Identificar grupos y factores de riesgo y orientar la toma de decisiones, y d) Establecer el costo, beneficio y efectividad de las acciones y programas (SSA, 2000).

En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá acatarse lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, su Reglamento y los Ordenamientos Nacionales e Internacionales que resulten aplicables y los principios éticos y recomendaciones que confieran el grado de protección más alto del individuo, en lo relativo al respeto de sus derechos, de su dignidad, bienestar y anonimato (SSA, 2000).

En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe: Obtener el consentimiento informado y por escrito, por parte del sujeto y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, debiendo informárseles, de acuerdo a sus condiciones individuales, extensa y explícitamente en forma verbal y por escrito, las características del estudio, la participación que se espera tener del sujeto, su derecho a aceptar o rehusar por libre albedrío y en cualquier momento del desarrollo de la investigación, sin demérito en su atención, así como los riesgos que corre.

Elaborar por parte del investigador el protocolo de investigación, entendiendo por éste, el documento que contenga de manera ordenada y cronológica todos los aspectos que se requieran para realizar el estudio como: Recursos humanos, materiales, los del orden científico, metodológico, analítico, estadístico, los costos que en su caso implique el estudio, el cronograma de actividades, la bibliografía que lo sustenta, los aspectos legales y éticos, el escrito de consentimiento informado, que en ejercicio de su derecho, solicite retirarse del estudio en cualquier fase en que éste se encuentre y que debe ser autorizado de inmediato por la autoridad competente, o por quien haga sus veces.

Los resultados de la investigación deben ser dados a conocer a la comunidad donde se efectuó el estudio y difundirse, en su caso, a través de reportes y publicaciones, respetando el anonimato y confidencialidad de los participantes en el mismo.

La declaratoria de conflicto de intereses, entendiéndose por ello cuando un autor, evaluador o editor tienen relaciones personales o financieras que influyen de forma poco adecuada en sus acciones, y aquellos resultados que se hayan obtenido en la investigación, que sean negativos o contrarios a los esperados en un principio.

II) Definición de la competencia.

El diseño de sujeto único, tal como lo entendemos en la actualidad, tiene su origen en la investigación conductual operante y su desarrollo se produce dentro del análisis conductual aplicado. De hecho, el diseño de sujeto único se plantea, en la práctica, como alternativa a la investigación psicológica clásica de comparación de grupos, y suele utilizar, con frecuencia, un sólo sujeto de estudio (Kratowill, Mott y Dodson 1984).

De acuerdo con ese nuevo enfoque, el investigador obtiene una gran cantidad de datos de uno o varios sujetos bajo condiciones tanto de ausencia como de presencia de tratamiento. Dado que, con frecuencia, un mismo tratamiento es aplicado varias veces al mismo sujeto, este enfoque es conocido también por estrategia de replicación intra-sujeto (Gentile, Roden y Klein 1972). Mediante la aplicación de los diseños experimentales de sujeto único, se pretende evaluar el posible efecto de una intervención o tratamiento sobre la conducta o variable de respuesta que es objeto de estudio. Con el transcurso del tiempo, el diseño experimental de sujeto único ha ido evolucionando y recibiendo distintas denominaciones. Inicialmente, recibió los nombres de diseño operante (Sidman, 1960), diseño de caso único (Hersen y Barlow, 1976), diseño intensivo (Chassan, 1967), y diseño de control propio (Millon y Diesenhau, 1972).

Es evidente que todas esas acepciones comparten un concepto común: son estudios donde una sola unidad de observación (sujeto individual o grupo de sujetos) constituye la muestra. Por esa razón, Dukes (1965) los define como estudios de $N = 1$. Desde la perspectiva social y educativa, Campbell y Stanley (1963, 1966) acuñaron dentro el contexto cuasi-experimental, el término diseño de series temporales interrumpidas que, posteriormente, ha sido adoptado por una gran cantidad de autores (Kazdin, 1976).

II) Teorías y modelos que sustentan la competencia

La modalidad básica de diseño de sujeto único, que es la expresión más elemental de esta estructura de investigación, supone una notable mejora del enfoque basado en el estudio de casos. Así, el investigador, tras establecer algún control experimental, aplica el tratamiento a un individuo o grupo de individuos después de un período de línea base.

En lo relativo a la estructura de diseño **A-B**, han de destacarse los aspectos y condiciones que atañen a las distintas fases. En primer lugar, está la cuestión del tamaño o amplitud de las fases, en particular de la línea base. Aunque como señalan Hersen y Barlow (1976) son necesarios al menos tres puntos para conseguir una estimación de la estabilidad, nivel y tendencia, este criterio no ha de ser aplicado de forma estricta. Así, cuando se posee información acerca del problema investigado por otros trabajos, es posible reducir la cantidad de puntos de tiempo (Hayes, 1981).

En caso contrario, deben registrarse los puntos de datos suficientes para conseguir una información empírica adecuada de la conducta estudiada (Kazdin, 1978). En segundo lugar, cabe considerar la estabilidad de la línea base. Cuando los datos de respuesta muestran gran variabilidad, es aconsejable tomar más registros para la emergencia de algún patrón conductual estable. Con frecuencia, es difícil atribuir el cambio de fase con formatos de diseños simples a la acción del tratamiento, dada la posibilidad del cambio se deba a factores distintos al tratamiento y esto puede contribuir a la confusión del efecto. Una posible solución consistiría en repetir la fase de cambio en sentido inverso, **A-B-A**, es decir, retirando el tratamiento (Hayes, 1981).

III) Actividades académicas que permitieron el desarrollo de la competencia.

Para la adquisición de esta competencia se curso una serie de seminarios de métodos de investigación en Psicología, bajo la supervisión del Dr. Ariel Vite Sierra en el campo de las adicciones: se analizaron los diseños de investigación bajo los cuales fueron desarrollados los programas del centro de servicios Acasulco, así como sus fortalezas y debilidades de cada uno de ellos.

Estas actividades académicas, permitieron desarrollar una serie de habilidades profesionales en el campo de la investigación de adicciones, específicamente en la evaluación de diseños de investigación. En el siguiente apartado se describen cada una de las habilidades desarrolladas.

V) Habilidades desarrolladas durante la competencia de investigación.

A continuación se describen una serie de habilidades profesionales, en el área de investigación en el campo de las adicciones en las áreas: intervención breve y capacitación:

- ❖ Identificar problemas de investigación de acuerdo a sus características psicosociales.
- ❖ Explicar los razonamientos implicados en los diseños de investigación de un solo sujeto y de grupo.
- ❖ Seleccionar entre los diferentes prototipos de investigación experimental de un solo sujeto, y sus múltiples variantes.
- ❖ Evaluar la pertinencia del planteamiento de la hipótesis, así como las diferentes razones para realizar una investigación.
- ❖ Seleccionar y categorizar las pruebas estadísticas pertinentes para los diseños experimentales de caso único y de grupo
- ❖ Analizar los diferentes métodos y criterios mediante los cuales se pueden obtener conclusiones válidas sobre el cambio cognitivo conductual.
- ❖ Reflexionar acerca de la importancia de la ética en las obligaciones profesionales y de investigación.
- ❖ Aplicar los criterios básicos del formato de redacción e informe de proyectos de investigación.
- ❖ Comprender el concepto de replicación y su función para establecer la generalidad de los resultados de la investigación de caso único.

VI) Conclusiones.

Los programas de intervención breve del Centro de Servicios "Acasulco" cuenta con diseños de investigación que le permiten extraer conclusiones e inferir que el tratamiento el que origina un cambio en el patrón de conducta de consumo y que se ve reflejado en un mejor estilo de vida del usuario.

Se concluye que con el desarrollo de esta competencia de investigación se puede proveer a los profesionistas de la salud de una base científica que permita diseñar e implementar políticas en materia de adicciones y evaluar los resultados de los modelos y programas preventivos aplicados en las instituciones de salud, así como de tratamiento, rehabilitación y control, registrando sus ventajas y desventajas y su repercusión a nivel local y nacional, y establecer el costo, beneficio y efectividad de las acciones y programas.

En la actualidad existe un amplio consenso entre los investigadores interesados por las cuestiones aplicadas en considerar a los diseños de series temporales interrumpidas, no sólo como los más utilizados, sino también entre los más poderosos diseños cuasi-experimentales que existen.

Además que este tipo de diseños puede manejar cierta predicción sobre los efectos del programa en diversas áreas: individual, familiar y social, permiten establecer y predecir sus resultados, siendo esto la base para mejorar el costo efectividad de los programas aplicados.

Parte II a: Caso Clínico

PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA.

En el presente reporte se describe la aplicación del *Tratamiento Breve para Bebedores Problema* (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

El Programa de Autocambio Dirigido está enfocado a los individuos que aún no presentan problemas de dependencia, pero que tienen importantes dificultades asociadas con su forma de beber. La meta de la intervención puede ser la moderación o la abstinencia; se busca motivar al individuo para que cambie sus patrones de consumo de alcohol. Está diseñada para realizarse en cuatro sesiones. El programa inicia con una fase de admisión y evaluación y posteriormente cuatro sesiones, una cada semana. En la primera sesión, el usuario hace un balance decisional y establece metas; en la segunda identifica sus situaciones particulares de riesgo; en la tercera, forma planes de acción, y en la cuarta se fijan objetivos para los siguientes seis meses. Se contempla una serie de seguimientos del paciente al mes de haber participado, a los tres, a los seis y finalmente a los doce meses. Si durante este tiempo el paciente tiene alguna recaída se le da todo el apoyo necesario.

Motivo de consulta: Usaria de sexo femenino de 45 años de edad, con nivel de escolaridad medio superior, estado civil: divorciada; actualmente se desempeña como secretaria, labor que viene ejecutando desde hace 12 años, vive con su hija de 14 años de edad; canalizada del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco". El motivo de consulta refiere la usuaria es por consumo de alcohol y problemas emocionales, de pareja y familiares que le ha ocasionado en su vida. En la esfera individual los problemas emocionales: son síntomas de depresión y nerviosismo. A nivel familiar sus problemas son por la molestia e incomodidad que les ocasiona a sus hijos mayores su consumo, ya que recientemente tuvo una pelea con su actual pareja, cuando se encontraba intoxicada y sus hijos fueron por ella, encontrándola bajo los efectos del alcohol. A partir de este suceso los hijos deciden separarse emocionalmente de ella; esta serie de situaciones genera la motivación por la cual asiste a tratamiento.

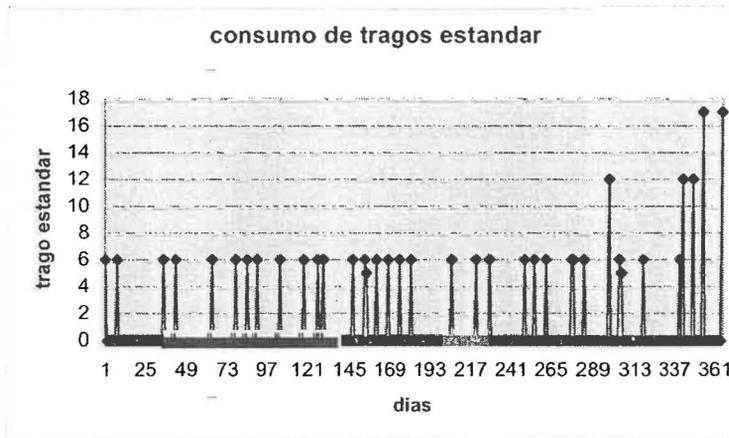
Con referencia a la historia de consumo de alcohol, manifiesta que a la edad de 28 años empezó a consumir alcohol y se considera un bebedora excesiva y problemática desde hace 6 años; describe su consumo de alcohol como un problema mayor en donde ha tenido consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria en el área familiar descrita anteriormente, el contexto en el cual consume es principalmente su casa; cuando se encuentra sola y se siente triste; y en casa de una vecina y ocasionalmente en fiestas con su pareja y casa de sus padres.

Instrumentos: En el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema se emplean diversos instrumentos diseñados para identificar: el patrón de consumo, problemas relacionados con el uso de la sustancia, situaciones de riesgo, confianza situacional; mismos que sirven para medir el impacto de la intervención.

Los instrumentos se administran de forma individual durante las sesiones de admisión y evaluación. En el siguiente apartado se describen los instrumentos y datos obtenidos de ellos mediante su aplicación:

1. La Línea Base Retrospectiva, (LIBARE), (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979; adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala, 1997). Es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo durante el último año. Mediante la LIBARE se identificó que la usuaria consumió durante los doce meses previo a la evaluación, un total de 31 días con un promedio de 6.69 copas estándar por ocasión, los días de mayor consumo fueron los fines de semana, principalmente viernes y sábado (ver tabla 1), mientras que los meses de mayor consumo comprendieron junio y octubre con 29 tragos y septiembre y diciembre con 24 tragos cada uno (ver tabla 2), 28 días en promedio en los cuales consumió 6 copas, 4 días con un consumo de 12 copas y dos ocasiones con 17 copas. (Ver grafica 1).

Grafica 1.



Consumo semanal de tragos estándar.

Tabla 1

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
0	0	0	0	0	155	71

Consumo mensual de tragos estándar.

Tabla 2

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
12	12	18	18	18	29	18	12	24	29	12	24	0

2. Escala Breve de Dependencia al Alcohol (BEDA). (Elaborada por Davidson y Rastrick en 1986 y traducida y adaptado por Echeverría y Ayala en 1997). Esta conformada por 15 reactivos que se califican a través de una escala Tipo Likert (desde nunca hasta frecuentemente) y que permite conocer el nivel de dependencia al alcohol en tres niveles: dependencia baja = 1- 10 puntos, media = 11-20 puntos y severa= 21 o + puntos. Algunas de las preguntas que se incluyen son: ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber? ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida? ¿Organiza su vida de acuerdo a cuando y dónde puede beber?, ¿bebe por la mañana, tarde y noche?

La paciente obtuvo en esta escala un puntaje de 15 que corresponde a un nivel de dependencia media ,por lo que se considera como posible candidato a participar en el modelo, ya que acuerdo a los criterios del DSM-IV, el diagnóstico del abuso de alcohol o drogas requiere uno de los siguientes cuatro síntomas: 1) uso recurrente de alcohol o drogas que genera un fracaso para cumplir con las obligaciones en el trabajo, la escuela o en el hogar; 2) uso recurrente de alcohol o drogas en situaciones en las cuales se pone en riesgo la integridad física; 3) problemas legales recurrentes relacionados con el consumo de alcohol o drogas; 4) uso continuo de alcohol o drogas a pesar de presentar problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por el alcohol o las drogas. De los criterios anteriormente descritos, la usuaria presentó el 1) ya que fracaso en las obligaciones con el hogar; y el 4) presenta un uso continuo a pesar de los problemas interpersonales anteriormente descritos.

3. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (Annis y Martín, 1985; traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997) permite identificar la auto-eficacia del usuario para resistirse del consumo ante 8 situaciones de consumo excesivo, que a continuación se presentan: emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Se define la autoeficacia

como una convicción personal de que uno puede realizar con éxito cierta conducta requerida en una situación dada. Se argumenta que es lo que el individuo cree acerca de su eficacia lo que determina si la conducta se va a realizar o no. Esta escala va del 1 al 100 donde el 1 es "definitivamente consumiría" y 100 "definitivamente no consumiría" se le pidió a la usuaria que evaluará el porcentaje de confianza ante las 8 situaciones ya mencionadas. Como se observa en la tabla 3 la usuaria presento la mayor confianza para no consumir ante un malestar físico o ante la presencia de emociones agradables. Donde se observo la menor confianza para resistirse a beber fue ante el conflicto con otros, emociones desagradables, cuando sentía que perdía el autocontrol ante el consumo y ante la presencia de síntomas físicos asociado con el beber. En la tabla 3 se muestran los resultados del CCS.

Tabla 3 Resultado de la evaluación inicial del CCS

Subescala	Porcentaje %	Interpretación
Emociones agradables	95	Alta confianza
Malestar físico	100	Alta confianza
Emociones desagradables	75	Moderada confianza
Probando autocontrol	75	Moderada confianza
Necesidad física	75	Moderada confianza
Conflicto con otros	60	Poca confianza
Presión social	90	Alta confianza
Momentos agradables con otros	90	Alta confianza

4. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas ISCA (Annis, 1982, traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997). Evalúa la frecuencia de consumo de los usuarios ante diversas situaciones. Está conformado por 100 reactivos divididos en ocho categorías (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros). A partir de los puntajes obtenidos en cada categoría se obtiene el nivel de riesgo, el cual puede ser: situación de consumo sin problema, de riesgo y de consumo problemático. A continuación se presentan los resultados iniciales: La forma de evaluación es la siguiente: 0 = bajo riesgo; 1-33 riesgo moderado; 34-66 alto riesgo; 67-100 muy alto riesgo. En la tabla 4 se muestran los resultados de la aplicación del ISCA.

TABLA 4 Resultados del ISCA (Pretratamiento)

Subescala	Puntaje %	Interpretación
Emociones agradables	30	Riesgo moderado
Malestar físico	25	Riesgo moderado
Emociones desagradables	50	Alto riesgo
Probando autocontrol	50	Alto riesgo
Necesidad física	30	Riesgo moderado
Conflicto con otros	50	Alto riesgo
Presión social	30	Riesgo moderado
Momentos agradables con otros	30	Riesgo moderado

En las situaciones en que la usuaria menciona percibir más riesgo fueron ante la presencia de emociones desagradables, perdiendo autocontrol y conflicto con otros (ver tabla 4).

Recursos disponibles y déficits: En relación a los recursos disponibles, los comentarios y la conducta de la usuaria reflejan un grado importante de motivación. Las conductas que sugieren un grado de motivación para el cambio están: asistir a tratamiento. Otros indicadores que sugieren motivación para el cambio son: la vinculación que realiza entre su consumo de alcohol y sus problemas asociados con la sustancia en el área familiar principalmente. Además refiere como razones de cambio el mejorar la relación con su pareja y tener mayor comunicación con sus hijos. Atribuye al consumo de alcohol su problemática actual, principalmente, problemas familiares, estados de tristeza y desinterés por actividades que anteriormente disfrutaba. Expresa la necesidad de modificar su conducta de consumo para resolver sus problemas actuales por lo cual elige la meta de abstinencia *"quiero dejar de tomar alcohol para poder estar con mis hijos y poder tener una relación de pareja estable"*

Con base en las expresiones que la usuaria hace acerca del consumo de alcohol y sus problemas se puede considerar que se encuentra en la etapa de acción, por las siguientes razones: reflexiona que en las últimas semanas su consumo de alcohol ha aumentado, además de asociar su consumo con sus problemas actuales; además de tener identificadas las consecuencias individuales a corto y largo plazo.

En cuanto a sus déficits logró identificar las situaciones en donde puede correr más riesgo estas son ante la presencia de un malestar emocional, cuando mantiene problemas con otras personas, principalmente con la familia de su pareja y cuando decide solo tomar una o dos copas y se excede, por lo que su autorregulación y autocontrol son un déficit a considerar.

Redes de apoyo: Actualmente tiene una relación de pareja, otra red de apoyo es que actualmente conserva su trabajo, lo cual le permite mantenerse ocupada en el transcurso de la semana. Además de contar con el apoyo de su familia de origen.

Habilidades de afrontamiento: La usuaria mantiene efectivas habilidades de afrontamiento antes situaciones sociales, en cuales expresa que se ha expuesto y no ha consumido alcohol, además de manejar asertivamente las situaciones en donde se le presiona para beber. (Ejem., en fiestas familiares y de su centro de trabajo en donde le han ofrecido beber y ella a rehusado de manera asertiva).

4. Tratamiento: El programa de bebedores problema se basa en el modelo de detección temprana e intervención breve que consta de 6 componentes: a) Admisión: se trabaja en la identificación de la disposición al cambio; y si el usuario cuenta con los criterios de inclusión al programa. B) Evaluación: se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, así como las principales situaciones de riesgo de consumo y la autoeficacia del usuario para enfrentarse ante diversas situaciones. C) Sesión 1: Decisión de cambio y establecimiento de metas D) Sesión 2: Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol. E) Sesión 3: Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol. F) Sesión 4: Nuevo establecimiento de metas.

SESIÓN 1. RAZONES DE CAMBIO Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

El objetivo de esta primera sesión fue ayudar a la usuaria a reflexionar sobre su consumo de alcohol, y a encontrar las razones para moderar o suspender su consumo. También sirvió para explorar y reducir la ambivalencia normal que experimentaba cuando contemplaba el cambio de reducir o importante en su estilo de vida. Al concluir esta sesión se logro que la usuaria estableciera su meta de consumo (abstinencia o reducción) que intentará alcanzar durante las semanas siguientes.

Como punto inicial de la sesión, se comentó con la usuaria las actividades que se realizaron durante la sesión de evaluación (evaluación del patrón de consumo a través de la LIBARE, las situaciones de riesgo y la exploración de la confianza del usuario para controlar el consumo en diferentes situaciones)

Posteriormente, se le solicitó su auto-registro con el propósito de revisar como había estado su consumo semanal. Para lograr lo anterior se realizaron las siguientes preguntas:

- **¿Que sucedió durante la semana?** Asistió a dos lugares en donde antes consumía, y le comento a su pareja que no consumiría más alcohol cuando estuvieran juntos, lo cual el apoyo con no consumir alcohol cuando salieran.
- **¿Hubo cambios significativos en su consumo?** Se ha mantenido en abstinencia. Aunque ha tenido deseos de consumir alcohol cuando esta sola, lo cual ha manejado efectivamente teniendo pasatiempos como ver televisión y salir a caminar.
- **¿En cuanto tiempo consumió cada copa?** No hubo consumo, pero anteriormente consumía una copa estándar en media hora.
- **¿Cuánto tiempo transcurrió entre copa y copa?** El consumo anterior era inmediato al terminar la copa.
- **¿Cómo se sintió antes, durante, y después del consumo?** Era común que consumiera cuando se peleaba con su pareja o tenía sentimientos de tristeza y soledad y durante el consumo sentía una sensación de relajación y de disminución de sus problema; Una vez pasado el efecto del alcohol tenía fuertes remordimientos y se sentía avergonzada del comportamiento que había tenido cuando se encontraba alcoholizada, además de sufrir malestar físico; como consecuencia se aislaba de su pareja e hijos.
- **¿En que lugares consumió y con quien realizo su consumo?** Principalmente era con su pareja, en casa de una amiga y en reuniones familiares.
- **¿Existió el deseo de seguir consumiendo alcohol?** Cabe señalar que la usuaria se mantuvo en abstinencia pero refiere que antes de entra a tratamiento hubo dos ocasiones consumió de alcohol y después de beber al siguiente día sintió la necesidad de continuar su consumo, pero que no lo hizo.

Después de analizar el autoregistro, se preguntó a la usuaria sobre los aspectos que consideraba más importantes de la lectura de la sesión, ella comento que la lectura le facilitó detectar los costos y beneficios de su consumo actual de alcohol, y de la urgencia de tomar decisiones y las consecuencias de estas, asimismo la identificación de las razones de cambio, la importancia de establecer una meta y de reflexionar acerca de la confianza para lograrla, lo cual quedo estructurado en los ejercicios contestados por la usuaria.

A continuación se explica el Ejercicio 1^a.

Ejercicio 1 A DECISION DE CAMBIO, se le pidió a la usuaria que completará cuatro celdas de una tabla de dos por dos con los siguientes encabezados: "cambiar mi forma de beber"; "continuar con mi forma de beber"; y en la parte inferior "beneficios de" y costos de".

En un primer momento se le pidió que describiera los beneficios de continuar con su forma actual de consumo, después que analizará los costos de continuar con el mismo patrón y finalmente los beneficios que tendría un cambio en el consumo.

Como se observa en la tabla 5 del ejercicio 1ª la usuaria identificó los costos y beneficios de continuar con su forma de beber y los de cambiar su conducta de consumo. La usuaria encontró importantes beneficios tanto personales como sociales al disminuir su consumo; del mismo modo tiene muy claro que el continuar con su forma de beber le traerá consecuencias negativas a corto y largo plazo.

Tabla 5. Ejercicio 1ª

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Personales: mi salud ❖ Familiar: mejorar mi relación con mis hijos ❖ Pareja: tener una mejor comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que al principio me siento un poco feliz y mis problemas pienso que no me importan mucho
Costos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No tendría forma de sentirme relajada y feliz. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sería totalmente mi destrucción tanto en mi salud, en el dinero y mi relación con los seres queridos

El ejercicio 1ª le permitió clarificar sus razones de cambio, lo cual facilitó la aplicación de la siguiente tarea llevada en la sesión.

En el ejercicio 1b razones para cambiar, se le pidió a la usuaria que pensará en tres de las razones mas importantes que la llevarán a decidir un cambio en su manera de beber. Se le apoyó a la paciente para enriquecer las razones asociadas y en aclararle el por que cada una de las tres razones que identificó son importantes. Además de expresar dichas razones en términos positivos.

Ejercicio 1B

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

1. Principalmente para sentirse bien consigo misma, ver la vida diferente sin alcohol, estar despejada de la mente para poder disfrutar realmente de la vida.
2. Para recuperar el amor y la confianza de sus hijos
3. Para poder mantener una buena relación con las personas que la rodean tanto en su casa como en el trabajo y no caer en estados depresivos. Especialmente con su pareja

Posteriormente se le entregó a la usuaria los resultados de la LIBARE, la cual, como ya se había mencionado recopiló la información del periodo 17/01/2005 al 17/01/2006. En la tabla 6 se presentan los principales resultados.

Tabla 6. Resultados de LIBARE.

Consumo de tragos estándar	Resultado
Su consumo total anual de tragos estándar es de	226 tragos estándar
Su consumo total semanal de tragos estándar es de	10 tragos estándar
Su numero promedio de tragos en un día de consumo es de	6.69
El numero máximo de tragos que tomo en un día en los últimos 30 días fue	17 tragos estándar
El numero máximo de tragos que tomo en un día en el ultimo Año	17 tragos estándar
Durante el año pasado	
No bebió el	344 días
Bebió moderadamente de 1 a 3 tragos	0 días
Bebió excesivamente 5 a 10 tragos	28 días
Bebió muy excesivamente	6 días

Esta información acerca de su consumo le ayudo a darse cuenta que no había tenido nunca un consumo moderado y que en todas las ocasiones fue un consumo excesivo. Lo cual la llevo a pensar que la mejor decisión era la abstinencia. Las siguientes preguntas le ayudaron a elegir la meta de tratamiento.

Debe suspender su consumo de alcohol Si:

- ❖ ¿Sufre de temblores por la mañana después de haber bebido? No
- ❖ Después de haber bebido en exceso. Al dejar de beber ¿siente angustia por uno o dos días? Si

- ❖ ¿Tiene algún problema de salud severo (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, hígado, etc.)? NO
- ❖ ¿Esta a punto de perder su empleo? NO
- ❖ ¿Tiene problemas serios con su pareja (amenaza de divorcio o separación)? NO
- ❖ ¿Esta segura de no poder beber más de una a cuatro copas estándar por ocasión? Si

Contestadas estas preguntas la usuaria prosiguió a elegir su meta de tratamiento. Por lo que se continuó con el siguiente ejercicio.

Ejercicio 1C. Establecimiento de metas

La meta elegida fue:

Cuadro 1
No beber en absoluto X

Se le informo la usuaria que la meta que había sido escogida tenia dos caminos por los cuales podría llegarse a ella: 1) por medio de la reducción hasta llegar a la abstinencia y 2) dejar de beber desde un inicio. La usuaria tomo la segunda alternativa, es decir, no beber más a partir de este día.

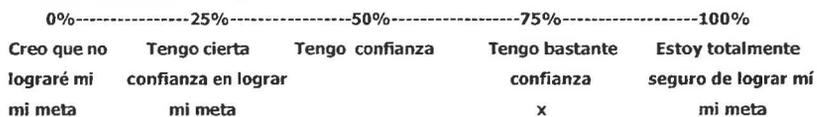
Después de que se revisó la meta de consumo y como parte del mismo ejercicio se analizó el nivel de motivación de la paciente para cambiar su actual forma de beber a través de la siguiente pregunta:

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

0%-----25%-----50%-----75%-----100%
Nada importante menos importante Tan importante Más importante Totalmente
x

Por otra parte, con relación a la confianza de la usuaria para lograr su meta, se le comentó que el 50% de la confianza la obtuvo con su participación en el programa y ella debía determinar en donde se encontraría el otro 50% restante. Se le explicó que una percepción alta de eficacia para el logro de la meta se puede traducir en una mayor probabilidad de éxito, sin embargo, se tuvo cuidado en que la usuaria no se sintiera demasiado confiada, sobre todo en estos primeros momentos del cambio y que, pues una confianza excesiva también puede favorecer que la usuaria descuide las señales a las que debe estar atenta y que favorecen su consumo excesivo de alcohol. Se enfatizó que esta sesión es el primer paso de un proceso de cambio y que requiere de constancia y compromiso hacia el cumplimiento de su meta.

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



Al terminar la sesión, se le recordó a la usuaria los puntos importantes que se vieron, resaltando los beneficios de cambiar su consumo de alcohol; los costos de su consumo actual; sus razones de cambio; también se le pidió que continuará con el autoregistro de su consumo. Se le hizo énfasis en que no dejará de anotar en el autoregistro las situaciones, los pensamientos y sentimientos que se asociarán con su consumo, ya que esto le servirá como un apoyo para desarrollar un mayor autocontrol para mantenerse en abstinencia y a identificar las situaciones que pudieran promover la conducta de consumo. Se le explicó que realizar este ejercicio de manera constante le permitirá plantear estrategias de afrontamiento exitosas.

Por ultimo, se le entregó y se explicó como resolver en casa la lectura del paso 2, la cual consistió en identificar las situaciones que la ponen en riesgo de beber en exceso, señalándole que las respuestas a los ejercicios serían revisadas en la siguiente sesión.

SESIÓN 2. IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO.

El objetivo de esta sesión fue la identificación entre el estilo de vida que llevaba con relación a su anterior consumo y las consecuencias de esa forma de vivir.

La sesión se inició con un resumen de lo revisado en la cita anterior. También analizamos el auto-registro de esa semana: la usuaria tuvo dos situaciones de riesgo las cuales estuvieron asociadas con emociones desagradables y conflictos con otros, es decir, los disparadores del consumo fueron los mismos que los planteados en la evaluación con el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol. Sin embargo la usuaria manejó adecuadamente estas situaciones de riesgo recordando las consecuencias negativas que le traía su consumo y valorando sus razones de cambio.

Durante el análisis de la lectura de la montaña de éxito se resaltó el hecho de que a pesar del mejor esfuerzo de la usuaria por alcanzar la abstinencia, se le presentaran situaciones de consumo lo que puede hacerle experimentar reacciones emocionales negativas, tales como sentir que cambiar es muy difícil y no vale la pena el esfuerzo, sentirse culpable, y pensar que es una persona débil o perdedora. No obstante se le reconoció el esfuerzo por mantener su meta y su motivación de asistir al tratamiento y que las reacciones emocionales negativas son naturales a las

situaciones de riesgo las cuales le pueden llevar a una recaída y que en dado caso de que tuviera una podrá combatirlas con las siguientes estrategias.

1. *Pensar en la caída como un error. Todos cometemos errores. Al igual que con otros errores, nosotros podemos pensar sobre que hicimos mal y como corregirlo, y evitar hacerlo de nuevo.*
2. *Reconocer que una recaída no significa que se este regresando al patrón de consumo anterior.*
3. *Recordar sus razones de cambio: revisar estas razones para cambiar y comprometerse con ellas.*

Es importante mencionar que al realizar este ejercicio se le aclaró a la usuaria que no era un permiso para tener recaídas.

Después de este ejercicio se continuó con el análisis de las situaciones de riesgo que ella identificó como parte de su tarea, pues esto le permitió en la siguiente sesión analizar las opciones que puede desarrollar para afrontar estas situaciones.

Ejercicio Dos: "Situaciones en las que se haya tomado alcohol en exceso"

En el ejercicio dos la usuaria describió tres situaciones de alto riesgo asociadas con su anterior conducta de consumo y las consecuencias que tuvo el consumir en exceso. Los precipitadores usuales para cada una de estas situaciones también están incluidos: situaciones inesperadas, situaciones que busca el usuario, situaciones emocionales, problemas personales. Cabe señalar que este ejercicio se llevó a cabo con anteriores situaciones de consumo que tuvo antes de entrar a tratamiento

Primera situación en la que haya tomado alcohol en exceso

1. **Identificar situaciones de riesgo:** Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que usted considere como la mas frecuente: *En la casa de su pareja, en donde se consumieron 17 tragos estándar (cerveza)*
2. **Identificar precipitadores de consumo:** Describa lo mas específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión: *Porque al principio empecé por gusto, estaba en la casa de mi*

pareja, los dos estábamos tomando y estábamos muy a gusto, pero al transcurso del tiempo me molesto él que una de sus sobrinas me dijo que si yo tenía un bebe no lo iban a querer porque su tío era nada mas de ellas.

3. **Identificar consecuencias de consumo:** Describa lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias corto y largo plazo: *La inmediata fue la discusión que tuve con mi pareja en ese momento y después a raíz de eso, una de las hermanas de mi pareja le hablo por teléfono a mis hijos y hasta la fecha están enojados conmigo por esa situación.*

Segunda situación en la que se haya consumido alcohol en exceso

1. **Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso.** *Fue un viernes por celos, me imagine que mi pareja se había ido con una compañera y me molesto tanto que ese mismo día en la tarde me fui a tomar, me acuerdo que ingerí como 6 cervezas y 3 copas de tequila.*
2. **Describa lo mas específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso,** en esa ocasión: *pues al principio lo hice para que no sintiera mas el problema o mas bien no sentir mucho el coraje y el despecho, pensé que así se me hacia menos doloroso, quería sentirme relajada y contenta.*
3. **Describa lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso.** Recuerde considerar las consecuencias inmediatas y demoradas y también las consecuencias negativas y positivas: *que me puse hablarle por teléfono varias veces y como no lo encontraba y lo comencé a insultar por medio de recados en la grabadora y al otro día aparte que me sentía mal físicamente estaba totalmente arrepentida de lo acontecido*

Tercera situación en la que se haya consumido alcohol en exceso

1. **Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso:** *Esta vez fue en casa de mi vecina y amiga en una mañana de sábado, me levante y fui a verla para ver si iba a correr conmigo, pero yo fui la primera*

que le dijo ¿no tienes una cerveza por ahí? Y así empezamos tomándome 2 cervezas y media botella de tequila.

2. **Describe lo más específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:** *Me sentía presionada por muchos de mis asuntos familiares y quería desahogarme.*
3. **Describe lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso:** *que después como mi vecina tenía que irse a trabajar le pedí me regalara lo que sobraba de la botella y si me la dio y me la tomé en mi casa y después ya muy mareada me caí y me pegue en la cabeza.*

En este ejercicio se le enfatizó a la usuaria que esta revisión de anteriores situaciones de consumo le permitió ver claramente como las consecuencias positivas inmediatas son las que mantienen su conducta de ingesta de alcohol pero también se le retroalimentó acerca de la probabilidad de sufrir consecuencias negativas de alto impacto como un accidente que le provoque una discapacidad o el deterioro de sus relaciones interpersonales por lo cual se le motivó a que se mantuviera en su meta de tratamiento que eligió al inicio del tratamiento que fue la abstinencia.

Por ultimo, se realizó un resumen de los puntos mas importantes planteados en la sesión, señalándole a la usuaria que su cambio es un proceso de aprendizaje a largo plazo, se recordaron las situaciones principales de riesgo para consumir en exceso, así como los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y Cuestionario de Confianza Situacional, con los cuales la usuaria estuvo de acuerdo en que las situaciones de riesgo son las emociones desagradables, conflicto con otros y probando autocontrol. Se le entregó y explicó la lectura y ejercicios de la sesión 3 que consiste en enfrentar los problemas relacionados al alcohol, también se le recordó su meta de consumo y la necesidad de continuar con su autoregistro como estrategia para el desarrollo de planes de acción que le permitan hacer frente a esas situaciones de riesgo, tomando en cuenta los disparadores anteriormente mencionados.

SESIÓN 3. ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

El objetivo de este tercer paso del tratamiento, fue el desarrollo de estrategias por parte de la usuaria para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro consumir alcohol y para mantenerse en abstinencia.

La sesión se inició con la revisión de los puntos mas importantes abordados durante la sesión anterior recordándole las situaciones por las que consumía antes de iniciar el tratamiento. Posteriormente, se hizo el análisis semanal del autoregistro en donde la usuaria refirió no consumir alcohol, pero que se presentaron situaciones de riesgo. En este caso, se le enfatizó a la usuaria la importancia de proponer opciones que le permitieran desarrollar estrategias detalladas para controlar su consumo ante situaciones específicas, dando lugar con esto al análisis de los ejercicios de la lectura.

A la usuaria se le recordó que las opciones no debían limitarse solo a lo que le hace sentirse cómoda; se le explicó que experimentar algo de incomodidad como ella lo ha referido en las situaciones de riesgo anteriormente señaladas , pueden llevarla a una buena recompensa a largo plazo. Se le pidió que seleccionara sus dos mejores opciones y que desarrollara planes de acción basados en estas opciones. Se le explicó que los planes de acción deben subdividirse en pasos realistas y si un plan no funciona se le propone analizar por qué se da esta situación y a que considere otras alternativas.

Ejercicio 3a opciones y probables consecuencias

Primera situación de consumo problemático: Conflicto con otros. Escenario: En la casa de su pareja, en donde consumió 18 tragos estándar (cerveza) y hubo una discusión con la familia de su pareja.

Opción 1: No ir a la casa de mi pareja. Forma de afrontamiento: evitación

Probables consecuencias de la opción 1: Tal vez se enojaría y tendríamos problemas.

Opción 2: Ir con mi pareja a cualquier lado (incluyendo su casa) pero no consumir alcohol.

Probables consecuencias de la opción 2: Me sentiría nerviosa por tener cerca el alcohol y no podría divertirme.

Opción 3: Hablar con mi pareja antes de ir a su casa de o cualquier lugar con él.

Probables consecuencias de la opción 3: Me sentiría mejor conmigo misma y mi pareja no se disgustaría

Segunda situación de consumo problemático: El disparador fue emociones desagradables. Fue un viernes por celos, me imagine que mi pareja se había ido con una compañera y me molesto tanto que ese mismo día en la tarde me fui a tomar, recuerdo que ingerí 6 cervezas y 3 copas de tequila (total nueve tragos estándar).

Opción 1: Salir a hablar con mi hermana(o con una persona de su confianza) acerca de los problemas de mi pareja.

Probable consecuencias de la opción 1: Es probable que no la encuentre en casa y eso me frustre más.

Opción 2: Hacer ejercicio para mantenerme ocupada en la casa.

Probable consecuencias de la opción 2: Estaría con la tentación de consumir.

Opción 3: Tranquilizándome recordando que tengo el apoyo de mi pareja para mantener mi abstinencia lo que indica que se interesa en mí y hablar con él acerca de mis sentimientos cuando no puedo localizarlo.

Probable consecuencia de la opción 3: Podríamos arreglar nuestros problemas de pareja y sentirme bien conmigo misma, lo cual me llevaría mas fácilmente a tener una relación mas estable y madura.

Tercera situación de consumo problemática: Probando autocontrol. Escenario: En la casa de mi amiga. Disparador: solo tomarme dos copas.

Opción 1: Ver menos a mi amiga (forma de afrontamiento: evitación)

Probables consecuencias de la opción 1: Me distanciaría de mi amiga y ya no tendría con quien platicar mis problemas.

Opción 2: Convivir con mi amiga pero no beber.

Probables consecuencias de la opción 2: Sentiría que algo me hace falta para poder platicar con ella, lo que me pasa. Además de estar nerviosa por estar en una situación de riesgo de consumo.

Opción 3: Ir a casa de mí amiga y decirle que no me invite a tomar.

Probables consecuencias de la opción 3: No creo que se moleste y de ser así; pues seria mejor para mí ya que significaría que solo quiere estar conmigo por estar tomando alcohol.

Ejercicio 3B Planes de acción.

Ejercicio 3b plan de acción: para la primera situación de riesgo.

Le pediría a mi novio que me invitara a lugares donde no se venda alcohol y después le comentaría mi decisión de dejar de beber, por lo cual le solicitaría su apoyo y comprensión para mantenerme en abstinencia.

Ejercicio 3b plan de acción: para la segunda situación de riesgo.

Primero tranquilizarme, después hablar por teléfono a mi amiga o hermana para platicarle mi situación y decirles que no quiero consumir alcohol, después ya mas tranquila ya le hablaría a mi pareja para que me explique porque no pude encontrarlo.

Ejercicio 3c: plan de acción: para la tercera situación de riesgo.

Decirle a mi amiga que ya no tomo pero que podemos salir a otro lugar: como a tomar un café o un refresco, o salir a realizar otra actividad como correr juntas o ir a ver una película.

Se realizaron una serie de ensayos conductuales para practicar diferentes maneras de cómo podrían llevarse a cabo estos planes de acción.

Para concluir se hizo un resumen de la sesión con los puntos mas importantes, señalando las dos mejores opciones que eligió para cada una de las situaciones de consumo y los planes de acción que desarrolló para enfrentar las mismas. Se le recordó su meta de consumo, se le entregó el paso 4 que consiste en el nuevo establecimiento de metas y se le solicitó que continuará con el llenado de su auto-registro.

SESIÓN 4. NUEVO RESTABLECIMIENTO DE METAS.

El objetivo es que la usuaria defina la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. El análisis de la meta de consumo se realiza considerando todos los aspectos planteados en la primera sesión. Como parte del ejercicio, se comparan las respuestas dadas al comienzo del programa respecto a la importancia que tiene para en este momento lograr la meta establecida y que tan confiada se siente para el logro de la misma.

La meta de este programa fue proporcionarle una estrategia general que pudiera utilizar, para hacer frente y controlar su consumo de alcohol. Se le realizaron una serie de preguntas que sirvieron de base para que analizáramos su progreso:

❖ **¿Qué tanto ha cambiado su forma de beber alcohol?** He logrado la meta de tratamiento que elegí: la abstinencia.

❖ **¿Qué tan capaz se siente para tener control sobre su forma de beber alcohol?** "Me siento más segura de poder asistir a reuniones sin tener la necesidad de consumir y de manejar mis sentimientos de forma controlada".

❖ **¿Aprendió a identificar las circunstancias que la llevan a beber en exceso?** La usuaria logró identificar los estados de ánimo que la llevan a consumir alcohol, por ejemplo, "cuando me siento frustrada por que las cosas a veces no me salen bien" o tengo sentimientos de soledad y de celos. También identificó las situaciones interpersonales que la llevan al consumo, por ejemplo, "las peleas con mi pareja o mis hijos".

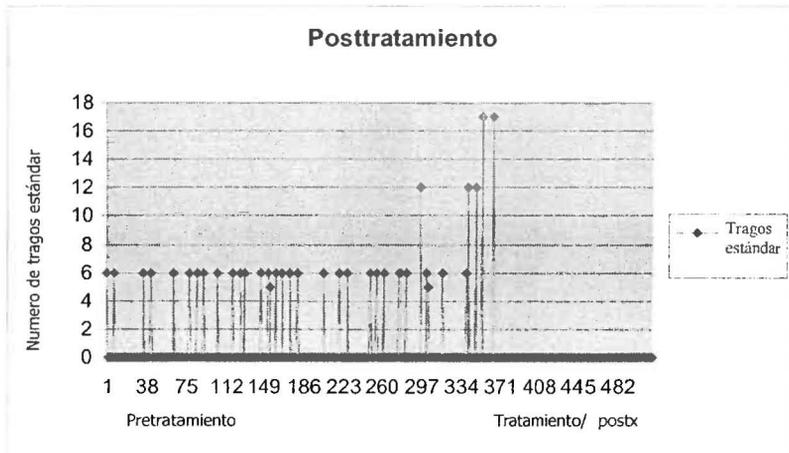
❖ **¿Identificó eventos que influyen para que beba en exceso y consecuencias de su consumo (inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas)?** Las consecuencias positivas que mantenían mi conducta de consumo fueron: "me sentía relajada, sentía que convivía mejor y era mas desenvuelta socialmente"; las consecuencias negativas fueron: "el malestar de la resaca, el nerviosismo y la vergüenza de consumir y socialmente el aislamiento por estos sentimientos".

❖ **¿Elaboró planes de acción?** Ejecutó varios planes de acción llevados a cabo desde la primera sesión al principio fue la evitación de asistir a esos lugares y después con las estrategias analizadas en el programa fue afrontar las situaciones de consumo excesivo con éxito manteniéndose en abstinencia, además de fortalecer su relación con su pareja y de recuperar la confianza y cariño de sus hijos. Estos planes se enfocaron en controlar sus emociones negativas que la llevaban al consumo y a comunicarlas de manera asertiva sin consumir alcohol a sus familiares y pareja, además de solicitar su apoyo para cuando estuviera en una situación de riesgo.

❖ **¿Qué tan capaz se siente para llevarlo a cabo?** Aumentó su confianza para poder llevarlos a lo largo de su vida para mantenerse en abstinencia, como lo demuestra la tabla de resultados del cuestionario de confianza situacional.

Se retomó el análisis del autoregistro. Sin embargo en esta ocasión este instrumento no sólo sirvió para hablar acerca de las situaciones de riesgo que presentó en la semana, sino que

también permitió analizar junto con la usuaria el desarrollo y fortalecimiento de su conducta de abstinencia a pesar de las situaciones presentadas a lo largo de todo el programa. Por lo tanto, el primer punto de análisis durante esta sesión consistió en determinar como se sintió con su conducta de abstinencia. Para esto, durante la sesión se elaboró una grafica de registro de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol durante los días de tratamiento, donde al usuario se le mostró su progreso. A continuación se presenta la grafica 2 de consumo a partir del que se entró a tratamiento.



Gráfica 2. Resultados del postratamiento (Postx).

Además se le retroalimentó acerca de todas las estrategias llevadas a cabo durante el tratamiento, depositando en ella la responsabilidad de mantener su abstinencia, también se llevó a cabo la exploración de su autoeficacia la cual se fortaleció por medio de la identificación de las circunstancias que la llevaban a beber en exceso antes de entrar a tratamiento, y por la ejecución efectiva de los diversos planes de acción. Para evaluar su autoeficacia se aplicó el Cuestionario de Confianza Situacional respuestas dadas por la usuaria en esta ocasión se compararon con las de la primera aplicación. El objetivo de este ejercicio fue que la paciente observará en que porcentaje había incrementado su autoeficacia para cada situación, en especial en aquellas que la ponían en riesgo de consumir en exceso. En la siguiente tabla se presenta el grado de autoeficacia que tenía la usuaria antes de entrar al tratamiento y la lograda al terminar la cuarta sesión (Ver tabla 6).

TABLA 6. Resultados de autoeficacia (CCS): pretratamiento y postratamiento

Situaciones de consumo	Pretratamiento	Postratamiento
Emociones desagradables	95	100
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	75	100
Probando autocontrol	75	100
Necesidad física	75	100
Conflictos con otros	60	100
Presión social	90	100
Momentos agradables con otros	90	100

Posterior a este ejercicio se le motivó a la usuaria para que definiera la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. El análisis de la meta de consumo la realizó considerando todos los aspectos planteados en la primera sesión. Como parte del ejercicio, se compararon las respuestas de la usuaria al comienzo del programa, respecto a la importancia que tiene para el en este momento lograr la meta establecida y que tan confiada se siente para el logro de esta.

Ejercicio 1

Marque en el cuadro 1 o e en l 2, la meta que desea alcanzar

Mi meta es

No beber en absoluto

X

Una vez descrita su meta de abstinencia para los siguientes meses. ¿Qué tan motivado se siente para continuar su conducta de no consumo? De acuerdo a a lo anterior la usuaria, contestó las dos siguientes preguntas marcando una x la respuesta que mas se acerque a lo que se siente.

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

0%-----25%-----50%-----75%-----100%

X

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

0%-----25%-----50%-----75%-----100%

X

Se le recordó a la usuaria: Ahora que terminó este programa es importante que no olvide que su meta fue lograr la abstinencia. Para que realmente los progresos que ha realizado se mantengan y el esfuerzo de estas semanas no sea en vano deberá seguir alerta en cuanto a sus situaciones de riesgo, así como seguir aplicando las estrategias aprendidas.

Recuerde que si llegara a ocurrir una recaída debe considerarlo como un evento aislado, nunca como un fracaso, considérela como una experiencia de la cual puede aprender. Piense que es un tropiezo que tiene remedio y utilícelo para prevenir futuras situaciones de riesgo.

Al terminar la sesión, se le recordó que se tendrían algunas sesiones de seguimiento para ver si ha logrado mantener la meta establecida o cuales han sido las dificultades para lograrla.

SEGUIMIENTOS

Primer seguimiento (al mes de terminar el tratamiento)

Al término del tratamiento se le recordó a la usuaria que habría 4 sesiones más de seguimiento. La primera se llevo a cabo al mes de terminado el tratamiento en donde se llevaron a cabo las siguientes actividades

- ❖ Se recibió a la usuaria en la sala de recepción del Centro de Servicios Psicológicos Acazulco, y se le invito a llevar a cabo la sesión en la sala 4.
- ❖ Se llevo a cabo la revisión del auto registro de la usuaria y la revisión de las estrategias utilizadas durante este periodo para afrontar las situaciones de riesgo con las siguientes preguntas:
- ❖ **Que sucedió durante el primer mes después de tratamiento?** La usuaria refiere que visitó lugares en donde no se vendía alcohol para sentirse segura y asistió a dos lugares donde sí se consumía alcohol con su pareja, donde el esposo dejo de consumir alcohol para no ponerla en una situación de riesgo.
- ❖ **¿Se han mantenido los cambios significativos en su consumo?** Se ha mantenido en abstinencia. Aunque la usuaria manifiesta haber tenido deseos de consumir alcohol cuando esta sola, lo cual ha manejado efectivamente teniendo pasatiempos como ver televisión y salir a caminar y hacer ejercicio.
- ❖ **¿Cómo se sintió antes, durante, y después de las situaciones de riesgo de consumo?** Manifestó sentirse nerviosa cuando se presento una situación riesgo como por ejemplo ir a la casa de su pareja por lo cual evitó asistir a ese tipo de lugares.
- ❖ **¿Existió el deseo de consumir alcohol?** La usuaria refirió presentar en dos ocasiones deseos de consumir alcohol, sin embargo señaló haber utilizado las estrategias aprendidas en el tratamiento para controlar el deseo recordando que ya antes había intentado moderar su consumo, pero que no había podido por lo cual recordó sus logros obtenidos a nivel familiar generando que se abstuviera de consumir.
- ❖ **Analizar las recaídas que se hayan presentado.** No se presentaron recaídas
- ❖ **Resolver dudas del usuario:** La usuaria tiene la duda de cambiar su meta a consumo moderado. Se le menciono que no era recomendable cambiar su meta de consumo, ya que una situación de alto riesgo era su confianza de poder controlar su forma de beber y que

en anteriores ocasiones ya había comprobado no poder respetar su meta auto impuesta. La usuaria estuvo de acuerdo de mantenerse en abstinencia.

- ❖ **Análisis de los problemas relacionados.** Mencionó la usuaria que los problemas con su pareja disminuyeron considerablemente y la relación con sus hijos ha mejorado bastante, realizando salidas en familia.
- ❖ **Por ultimo se acordó la fecha de la siguiente sesión de seguimiento.**

Segundo seguimiento (a los dos meses de haber concluido el tratamiento)

Se revisó el auto registro: no se registro consumo

Se revisaron las estrategias utilizadas para enfrentar las situaciones de riesgo implementado tres estrategias específicas: alejarse de los lugares de consumo, hablar con su pareja acerca de sus preocupaciones y sentimientos, detener el pensamiento cuando siente que le invaden los celos y cambiar su pensamiento a positivo recordando los momentos agradables que ha pasado con su pareja. No se presentaron recaídas, aunque refiere que hubo deseo de consumir cuando se encontraba en una fiesta con su pareja. La usuaria tiene dudas acerca de su meta ya que desea consumir en situaciones en donde sea seguro. Se le mencionó acerca de que opinaban sus hijos acerca de retomar su conducta de consumo, estas reflexiones la llevaron a pensar que no era recomendable en su caso regresar a su conducta de consumo. Por lo cual la usuaria estuvo de acuerdo con mantenerse en abstinencia.

Conclusiones de caso clínico:

El presente caso permitió evaluar en la usuaria la eficacia del modelo de bebedores problema para impactar significativamente en las siguientes áreas: aumentar la autoeficacia y disminuir la cantidad de precipitadores y el manejo de los mismos eficazmente; esto se vio reflejado en un mantenimiento significativo de la abstinencia. El programa de bebedores problema aplicado a la usuaria modificó el estilo de vida al asociar expectativas y consecuencias negativas del consumo para evitar recaídas e incrementar su autoeficacia; por medio de la elaboración de planes de acción efectivos frente a situaciones de consumo y por medio de la generalización de las habilidades de rehusarse al consumo en diferentes escenarios. Al inicio la usuaria tenía un consumo de alcohol y por medio del programa estableció conductas más satisfactorias, al incluir actividades incompatibles con el consumo. Por otra parte aprendió y aplico una serie de habilidades de comunicación que le permitieron incrementar su interacción social haciendo énfasis en las habilidades de comunicación de pareja y expresión asertiva de emociones negativas como celos. Asimismo desarrolló autocontrol de emociones en específico el nerviosismo y la tristeza y logró tener un mejor afrontamiento emocional y mantenerse en abstinencia. Los cambios anteriormente mencionados permiten

establecer que el programa le ayudo a mantener la abstinencia y evaluar el impacto del mismo como positivo.

Pronostico: Estos cambios se han mantenido y mejorado hasta el 2do seguimiento, después de haber terminado el tratamiento. Sin embargo desde el primer seguimiento había por parte de la usuaria el deseo de reiniciar su consumo de manera moderada; ante esta situación se motivo a la usuaria a mantener la abstinencia y se le recordó las razones por las cuales no podía optar por un consumo moderado. Se le recomendó continuar con sus actividades reforzantes e incompatibles con la conducta de consumo. Serian recomendables futuros seguimientos para poder evaluar si la usuaria logro mantener la abstinencia y para reforzar las estrategias que le permitan entender el porque ella no es una candidata para el consumo moderado, por ejemplo recordándole sus principales situaciones de riesgos, las consecuencias adversas que ha vivido ante la pérdida de control del consumo; los beneficios que ha logrado a partir de dejar de beber, etc.

Parte II b: Caso clínico

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS EN UN USUARIO DE MARIHUANA.

INTRODUCCION.

Este programa ha sido validado y probado en México demostrando ser eficaz para el tratamiento de personas dependientes (Barragán 2007; 2005). El objetivo de este programa es alcanzar la abstinencia por medio de la eliminación de del reforzamiento positivo del consumo elevando el reforzamiento positivo de la sobriedad, presupone que otras contingencias ambientales son reforzadores tan potentes como el mismo consumo. A través del tratamiento el usuario genera un estilo de vida de no consumo más saludable y más atractivo Se integran varios componentes incluyendo la construcción de la motivación a iniciar la sobriedad aprendiendo nuevas conductas de afrontamiento e involucrando a otros significativos siempre teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada usuario. Este modelo incluye los siguientes componentes de intervención: Análisis funcional, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales, prevención de recaídas (autoeficacia y precipitadores). Los instrumentos de evaluación pre-postet utilizados en este programa son: Línea base retrospectiva, autoregistro, escala de autoconfianza de consumo de drogas, escala de satisfacción, inventario de situaciones de consumo e Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.

En este apartado presento un ejemplo de la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), para consumidores pasivos de marihuana con dependencia media-severa, para evaluar su eficacia en el proceso de rehabilitación. El usuario acudió a las sesiones de tratamiento durante un periodo aproximado de dos meses. Asistió además a 2 sesiones de seguimiento. Las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", que es sede de la Residencia en Psicología de las Adicciones.

MÉTODO

Sujeto: Participante masculino de 22 años de edad, soltero, con de escolaridad de 4to. semestre de nivel superior. **Motivos de Consulta:** Las razones por las que el usuario acude a tratamiento son: 1) mejorar su salud psicológica y controlar sus síntomas depresivos y de ansiedad; 2) mejorar su rendimiento académico y 3) aumentar su calidad y cantidad de relaciones sociales, específicamente relaciones heterosexuales.

Criterios de inclusión: a) ser mayor de 18 años de edad, b) saber leer y escribir, c) tener dependencia media y severa al alcohol, y/o sustancial o severa a otras drogas, d) tener una ingesta en hombres de 14 o mas tragos por ocasión de consumo y/o 20 o mas copas semanales, en mujeres de 10 o mas por ocasión de consumo y/o 15 o mas copas semanales, e) tener uno o mas internamientos o tratamientos previos asociados al consumo, f) perdidas en el área de la vida cotidiana asociadas a la problemática. Los usuarios pasivos en periodos de abstinencia debieron cubrir dichos criterios en el año anterior de su asistencia al servicio.

Criterios de exclusión: a) no cubrir los criterios de dependencia del modelo, b) presentar un cuadro psicótico. Se establecieron criterios de canalización a instituciones de internamientos o desintoxicación y/o a otra modalidad de tratamiento.

El usuario cubrió los criterios de inclusión en periodo de abstinencia por lo que se aprobó continuar con la fase de evaluación de consumo de marihuana.

Escenario: La aplicación del programa se llevo en una sala de 4x4 metros del Centro de Servicios Acasulco, perteneciente a la Residencia en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología, UNAM

Materiales: Folletos didácticos de cada uno de los componentes del programa de satisfactores cotidianos y autoregistros de ocurrencia de cada componente. Material para antidoping: tira reactiva para consumo de marihuana.

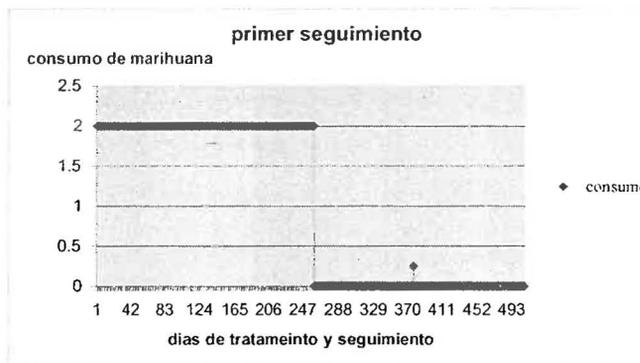
Instrumentos.

Entrevista Conductual: Formato que registra, datos sociodemográficos y familiares del participante y evalúa daños o pérdidas en las diferentes áreas de la vida cotidiana: individual, familiar, social y laboral. Con la aplicación de la entrevista conductual se obtuvo información de su historia de consumo de marihuana; inició desde los 15 años de edad con un promedio de 2 cigarros diarios de marihuana aproximadamente; a los 19 años tuvo una sobredosis al combinar alcohol, marihuana y LSD: refiere que a partir de este consumo se incrementaron sus síntomas de ansiedad y depresión, también reporta que su consumo le generó aislamiento social y bajo rendimiento académico. Reporta haber dejado de consumir marihuana desde dos meses antes de entrar a tratamiento. Hace un año entro en un programa de AA en donde logro una abstinencia de marihuana por tres meses y después regreso a su patrón de consumo anterior.

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD): (Skinner, 1982), adaptado a la población mexicana (De las Fuentes y Villalpando, 2001). Instrumento que consta de 20 reactivos, mide la percepción de consecuencias de consumo y el nivel de involucramiento en el consumo; su confiabilidad es de .86 y en cuanto a la validez, cuatro de sus componentes explican el 50% de la varianza total y se correlacionan con el número, la frecuencia y los problemas asociados al consumo (Oropeza y Ayala, 2001; Martínez K y Ayala, 2003). Se aplicó el cuestionario de adicción a drogas en el cual obtuvo el puntaje de 8 por lo cual se estableció una dependencia sustancial a la marihuana.

Línea Base Retrospectiva, (LIBARE): (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell 1979; adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala, 1997). Instrumento que permite conocer el patrón de consumo del usuario, en cuanto a frecuencia y cantidad, durante el último año. Es un registro retrospectivo del consumo del usuario un año antes de iniciado su tratamiento; tiene una confiabilidad test – retest .91. La correlación entre el informe del consumo del participante y del colateral es de .82. (Barragán 2005). Como se observa en la gráfica 1, el usuario tuvo un consumo de 2 cigarros en promedio diarios durante el último año, ingresó al programa con dos meses de abstinencia. Entre la sesión de admisión y la de evaluación reportó haber consumido una pequeña cantidad de marihuana "le di las tres marías" (aproximadamente una cuarta parte de un cigarrillo). Después de este consumo mantuvo la abstinencia hasta el segundo seguimiento.

Grafica 1



Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD): (Annis, Graham y Martín, 1991, adaptado a población mexicana por Martínez, Ruiz y Ayala, 2003): Instrumento que consta de 60 reactivos y evalúa la cantidad de situaciones que precipitan el consumo mediante porcentajes de 0 – 100% en 8 situaciones precipitadoras. Conserva una confiabilidad test – retest .98 y una validez en la que todos sus reactivos fueron significativos (emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con

otros, presión social, momentos agradables con otros). La forma de evaluación es la siguiente: 0 = bajo riesgo; 1-33 riesgo moderado; 34-66 alto riesgo; 67-100 muy alto riesgo. En la tabla 1 se muestran los resultados de la aplicación del ISCD.

Tabla 1

Subescala	Puntaje %	Interpretación
Emociones agradables	73	Alto riesgo
Malestar físico	32	Riesgo moderado
Emociones desagradables	28	Riesgo moderado
Probando autocontrol	75	Alto riesgo
Necesidad física	48	Riesgo moderado
Conflicto con otros	22	Riesgo moderado
Presión social	30	Riesgo moderado
Momentos agradables con otros	48	Alto riesgo

Questionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD): (Annis, 1988), adaptado a la población mexicana (De León, Pérez, 2001). Instrumento que consta de 60 reactivos que evalúan la percepción de resistir el consumo de drogas ante las 8 áreas de situaciones de riesgo antes mencionadas. Se obtuvo una autoeficacia para enfrentar el consumos de drogas en un 100% en todas las áreas, excepto en emociones agradables 60%, necesidad física y tentación con 40%, probando autocontrol 60% y momentos agradables con otros 50%.

Tabla 2. Resultados del CACD.

Subescala	Porcentaje %	Interpretación
Emociones agradables	60	Poca confianza
Malestar físico	100	Alta confianza
Emociones desagradables	100	Alta confianza
Probando autocontrol	60	Poca confianza
Necesidad física	40	Poca confianza
Conflicto con otros	100	Alta confianza
Presión social	100	Alta confianza
Momentos agradables con otros	50	Poca confianza

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, y Garbin 1988. adaptado a la población mexicana, Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998): Instrumento que consta de 21 reactivos expuestos en cuatro grupos de aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias respuestas que mejor reflejan como se sintió durante la semana pasada hasta el día de hoy. La calificación se lleva a cabo sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera: 0 – 9 puntos = mínima, 10 – 16 puntos = leve. 17 – 29 puntos = moderada y 30 – 63 puntos = severa. En la escala de depresión se obtuvo un puntaje de 12 lo que indica una depresión leve

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988, adaptado a la población mexicana Robles, Varela, Jurado, y Paez. 2001). Instrumento que consta de 21 reactivos, que evalúa los síntomas de ansiedad. Las respuestas se califican con los siguientes niveles de ansiedad: 0 – 5 puntos: mínimo, 6 – 15: leve, 16 – 30: moderado y de 31 – 63 puntos: severo y en la escala de ansiedad se obtuvo un puntaje de 6 indicando un nivel de ansiedad leve.

Escala de Satisfacción Cotidiana (Teichner, De Cato, Donohue, Azrin y Howell, 1988). Consta de 10 reactivos que evalúan la satisfacción del individuo de 0 – 100% en nueve áreas de su vida cotidiana y su satisfacción general. Su confiabilidad es de .76 y su validez es adecuada al correlacionarse en promedio de las diferentes áreas con el general. De las cuatro áreas que evalúa el instrumento solo el área general de calidad de vida fue aplicado obteniendo un puntaje de 85.3%, las demás áreas (laboral, pareja e hijos) no se aplicaron debido a que el usuario no contaba en ese momento con trabajo, pareja, ni hijos.

Autoregistro de alcohol y otras drogas. (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1976). Adaptado a la población mexicana (Echeverría y Ayala, 1977), es un formato en el que se indica el día, la cantidad y el tipo de consumo, tiene validez concurrente al coincidir el consumo reportado con el reportado por los otros significativos. Con la aplicación de este instrumento el usuario pudo detectar cuales fueron sus disparadores para tener una recaída, unos días antes de la segunda sesión de evaluación, las situaciones que lo llevaron al consumo fue emociones agradables y momentos placenteros con otros.

Procedimiento: Las sesiones que se describieron en el siguiente apartado fueron los aplicados. Antes del tratamiento en la admisión se le informó al usuario sobre las características del modelo quien al aceptar participar firmó una carta compromiso elaborada según la Norma Oficial Mexicana títulos 3 y 5, artículos 3.9, 5.4.4. y 5.4.5. para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. La duración del tratamiento general es de 15 a 24 sesiones, en el caso que se describe

aquí se concluyeron 17 sesiones. La duración de cada sesión fue de una hora treinta minutos dos veces por semana. El seguimiento se llevo a cabo en 4 sesiones a 1 mes, 3, meses 6 meses y 12 meses de haber concluido el programa.

TRATAMIENTO

Sesión 1 Autocontrol emocional (ansiedad): en esta sesión el usuario aprendió las estrategias necesarias para controlar la ansiedad, las cuales consistieron en relajación correcta, relajación muscular y relajación mental, estas estrategias fueron aprendidas en la sesión mediante ensayos conductuales y las cuales el usuario aplico en escenarios reales; las mismas quedaron registradas en un formato, lo que permitió monitorear que la estrategias fueran empleadas eficazmente, dichos escenarios naturales fueron los siguientes: ante la presencia de personas del sexo opuesto, en la escuela y jugando football.

Sesión 2 Autocontrol emocional (tristeza): En esta sesión el usuario aprendió las estrategias necesarias para controlar la tristeza, las cuales consistieron en: la reestructuración cognitiva, búsqueda de lo positivo y elección de actividades agradables. Un ejemplo del uso de esta estrategia fue el aceptar el reconocimiento de otros y mantenerse en su curso de fotografía.

Sesión 3 Análisis funcional: En esta consulta el usuario aprendió a reconocer los precipitadores internos y externos del consumo, así como las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo respectivamente. El principal precipitador interno fue su estado emocional y el externo las relaciones interpersonales. Para manejar lo anterior se trabajó con habilidades para mejorar la comunicación con otros tales como, "solicitar apoyo", "iniciar conversación", etc.

Sesión 4 Metas de vida cotidiana: En esta consulta el usuario logro identificar el nivel de satisfacción de cada una de las áreas de vida y estableció las metas específicas que quería alcanzar (concluir sus estudios universitarios, conseguir una pareja y mantenerse sin consumir marihuana).

Sesión 5 Solución de problemas: en esta sesión el usuario aprendió las conductas necesarias para enfrentar situaciones difíciles de su ambiente, sin que estas sean un disparador de su consumo. Un ejemplo de lo anterior fue el pensar estrategias para pasar las materias que debía, para evitar que esto lo pusiera mal emocionalmente y por tanto consumir la droga.

Sesión 6 Prevención de recaídas: el usuario aprendió a evitar recaídas por medio de la aplicación del análisis funcional de la conducta de consumo de marihuana, por medio de la

anticipación de situaciones de riesgo y aprendió a utilizar estrategias de advertencia temprana e identificó sistemas de apoyo para evitar recaídas. El usuario reportó que sus mayores situaciones de riesgo fueron emociones agradables y momentos placenteros con otros, los cuales le llevaron a tener una recaída, la cual sucedió durante un concierto en donde se encontraba con amigos con los que antes fumaba.

RESULTADOS FINALES:

CAD: Después de administrado el tratamiento se obtuvo una puntuación de 3 lo que señala que la dependencia a la marihuana disminuyó de sustancial a leve. (Ver tabla 3). A pesar de que ya no consumía dos meses antes de entrar a tratamiento, debido a la recaída que sufrió durante la segunda sesión de evaluación obtuvo un nivel leve de dependencia a la marihuana.

Tabla 3. CAD.

Pretratamiento	Postratamiento
8 sustancial	3 leve

ISCD: Al finalizar el tratamiento se obtuvo una disminución significativa en todas las áreas: emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física y momentos agradables con otros, cabe mencionar que estas eran sus áreas de mayor riesgo. Ver tabla 4. Las cuales el usuario reportó manejar eficazmente, ya que logró identificar y mantener otras conductas incompatibles con el consumo, en escenarios libres de disparadores, como lo son asistir a su curso de fotografía y mantenerse en el equipo de fútbol

Tabla 4. ISCD.

Situaciones de consumo	Pretratamiento	Postratamiento
Emociones agradables	73	0
Malestar físico	32	0
Emociones desagradables	28	0
Probando autocontrol	75	0
Necesidad física	48	0
Conflictos con otros	22	0
Presión social	30	0
Momentos agradables con otros	48	0

CACD: Al finalizar el tratamiento la autoeficacia del usuario aumento en todas las áreas. Ver tabla 11 Se obtuvo una autoeficacia para enfrentar el consumos de drogas en un 100% en todas las

áreas, incluso en aquellas en donde el usuario reportó al inicio del tratamiento no sentirse totalmente confiado como fueron: emociones agradables 60%, necesidad física y tentación con 40% y probando autocontrol 60%.

Tabla 5. Resultados de CACD.-

Autoeficacia ante situaciones de consumo	Pretratamiento	Postratamiento
Emociones agradables	60	100
Malestar físico	100	100
Emociones desagradables	100	100
Probando autocontrol	60	100
Necesidad física	40	100
Conflictos con otros	100	100
Presión social	100	100
Momentos agradables con otros	50	100

DEPRESIÓN: Al terminar el tratamiento hubo un puntaje de 4 en el inventario de depresión de Beck, lo que señala que la depresión se redujo a mínimo. El usuario manifestó sentirse bien consigo mismo y que las estrategias de reestructuración cognitiva fueron empleadas adecuadamente ya que si alguna actividad que emprendía y esta no resultaba como el quería no generalizaba esa situación a todo su comportamiento, además que comprendió que no todas las actividades siempre tendrán que salir a la perfección como cuando perdía algún partido de futbol o si alguna mujer no aceptaba salir con él (Ver tabla 6).

TABLA 6

Depresión			
Pre tratamiento		Postratamiento	
puntaje	diagnostico	puntaje	diagnostico
12	leve	4	mínimo

ANSIEDAD: El nivel de ansiedad disminuyo en un puntaje de 4 correspondiente a un nivel mínimo de ansiedad. Al entrar a tratamiento el usuario manifestó sentir niveles de ansiedad que no le permitían desenvolverse adecuadamente en sus relaciones interpersonales, específicamente con las relaciones heterosexuales y en actividades académicas y con las estrategias aprendidas de respiración correcta, relajación muscular y relajación mental, el usuario reportó llevarlas a cabo en las situaciones anteriormente señaladas, dando como resultado un mejoramiento en sus relaciones

personales y académicas, lo cual aumento su autoeficacia y también encontró otro tipo de reforzadores incompatibles con el consumo (Ver tabla 7).

Tabla 7

Ansiedad			
Pretratamiento		Pos tratamiento	
puntaje	diagnostico	puntaje	diagnostico
6	leve	4	mínimo

En cuanto al puntaje obtenido en la calidad de vida general hubo un incremento de 80% antes de entrar a tratamiento a 100% después del tratamiento. Incrementando dos áreas más: de pareja y de trabajo, las cuales reportó sentirse satisfecho en un 80% y 100% respectivamente.

SEGUIMIENTOS

Primer seguimiento.

Durante este primer seguimiento, se encontró que no hubo consumo de marihuana. Se motivo la importancia de la abstinencia y su importancia de esta para alcanzar sus metas de vida cotidiana, se aplico el ISCA, el CACD y el cuestionario de calidad de vida misma que se mantienen en nivel óptimo alcanzando el 100% en cada uno de ellos. Refirió tener una situación de riesgo, la cual fue el día de su cumpleaños en donde el usuario manejo adecuadamente por la aplicación las habilidades de rechazo del consumo, en donde confronto asertivamente a sus anteriores amigos consumidores, manifestándoles que ya no consumiría mas marihuana y que les agradecería que no le ofrecieran mas en un futuro.

Segundo seguimiento. Durante el segundo seguimiento se mantuvo la autoeficacia y la calidad de vida, por lo que el usuario se mantuvo en abstinencia y reporto manejar adecuadamente situaciones de riesgo de consumo. Estas situaciones giraron en torno a su relación de pareja, ya que días anteriores a este seguimiento habían tenido peleas por celos, y que después de dicha situación se sintió bastante deprimido y reaparecieron los deseos de consumir, mismos que manejo adecuadamente recordando las estrategias de reestructuración cognitiva y de búsqueda de lo positivo, además de solicitar apoyo a una amiga no consumidora con la cual le comunico su estado anímico actual y esto disminuyó sus deseos de consumir.

Los otros dos seguimientos no pudieron ser llevados a cabo ya que no se pudo localizar al usuario ni a su familia, ya que por motivos de ajenos al tratamiento el usuario cambió de domicilio.

DISCUSIONES

El presente caso permitió evaluar en el usuario la eficacia del modelo para impactar en su estilo de vida por medio de: aumentar la autoeficacia y satisfacción de vida cotidiana y disminuir la cantidad de precipitadores; esto se vio reflejado en un mantenimiento significativo de la abstinencia. El nivel de actividad total incrementó en el usuario, después del tratamiento, propiciando obtener otro tipo de reforzadores en diferentes escenarios, como el iniciar y mantener una relación de pareja con la cual él se siente satisfecho. En este caso clínico el entrenamiento conductual modificó el estilo de vida del usuario al asociar expectativas y consecuencias negativas del consumo para evitar recaídas (Annis y Davis, 1989,) e incrementar su autoeficacia (Marlatt y Gordon, 1985); por medio de la elaboración de planes de acción efectivos frente a situaciones de consumo y por medio de la generalización de las habilidades de rehusarse al consumo en diferentes escenarios (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala 2005), siendo la habilidad de confrontación la que el usuario reporta que tuvo mayor efectividad. Dos meses antes de entrar al tratamiento el usuario tenía un estilo de vida restringido solo al consumo de marihuana y por medio del programa estableció conductas más satisfactorias, al incluir actividades incompatibles con el consumo (Higgins, 1997). Por otra parte aprendió y aplicó una serie de habilidades de comunicación que le permitieron incrementar su interacción social, dichas habilidades fueron: recibir críticas e iniciar conversaciones y recibir reconocimiento. Asimismo el componente de autocontrol de emociones (Barragán y cols., 2005) en específico el de ansiedad y depresión lograron que el usuario tuviera un efectivo afrontamiento emocional y mantenerse en abstinencia y que estos estados emocionales no fueran disparadores internos que le llevaran al consumo. El usuario reportó problemas al inicio del tratamiento en el área académica (Azrin, 1976) y en el transcurso del tratamiento obtuvo logros y consecuencias positivas logrando cerrar su ciclo escolar sin ningún retraso académico. Por último el autoregistro de consumo de sustancias fue validado por la aplicación de un examen antidoping de orina, el cual resultó ser negativo al consumo de sustancias, lo que permite establecer que el programa le ayudó a mantener la abstinencia y evaluar el impacto del mismo como positivo.

Conclusiones Generales.

Considero que la maestría logró formar en mi persona una serie de destrezas que permitirán abordar el problema de las adicciones desde dos esferas a nivel individual y familiar. Con la capacitación que recibí en los distintos programas de intervención breve que se ejecutan en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco se puede atender al usuario, a nivel familiar se puede trabajar con los efectos que ocasiona el consumo en la familia.

Sin embargo considero que deben integrarse al plan de estudios de la maestría otro tipo de enfoques que tengan como bases académicas la psicología comunitaria para fortalecer las áreas de prevención y tratamiento en el campo de adicciones. Además considero que faltan escenarios de ejecución de las competencias que forman el programa de maestría.

Se debe tomar en cuenta que el programa de la maestría está inmerso en contexto sociopolítico que también obstaculiza y genera prejuicios en torno al cierto consumo de drogas, mientras que por otro lado genera una permisividad excesiva. Considero que la división legal que existe actualmente en nuestro país, interfiere en demasía con el trabajo desempeñado de los profesionales de la salud en el campo de las adicciones. En el área sociopolítica el psicólogo debe desempeñar un papel más activo de manera tal que pueda influir en la clasificación actual de drogas basándose en argumentos científicos que permitan tratar y rehabilitar a los consumidores de drogas, más que tratarlos como delincuentes.

Referencias.

- Abrams, D. & Niaura, R. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. In H. Blane & K. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (131-178). New York: Guilford Press.
- American Psychological Association. (1993). Task force on the promotion and dissemination of psychological procedures. En: *The meeting of the American Psychological Association*; August; Toronto, Canada.
- Annis H, Davis C. (1988). Assessment of expectancies. En: Donovan D, Marlatt G (eds). *Assessment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, 84-111, Nueva York.
- Annis H, Graham J, Martin J. (1988): *Situational Confidence Questionnaire (SCQ): User's Guide*. Addiction Research Foundation. Toronto.
- Annis H, Martin G. (1985): *Inventory of Drug-Taking Situations*. Addiction Research Foundation. Toronto.
- Annis, H.M. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Ayala, H., Echeverría, I., Galván, E., y Martínez, M. (2002). Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. UNAM. CONACYT. México D.F.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6 (1) 71-93.
- Ayala, H., y Martínez, K. (2001). Resultados preliminares de un modelo de intervención breve para adolescentes que consumen drogas. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Toluca, Estado de México.
- Azrin, N. (1976). Improvements in the community – reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research Therapy*, 14: 339 – 348.
- Azrin, N., Sisson, R., Meyers, R., Godley, M. (1982). Alcoholism treatment disulfiram and community reinforcement therapy. *J. Behavioral Therapy Experimental Psychiatry*, 13: 195 - 112, 182.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY, EE.UU. Holt, Rinehart & Winston.
- Barragán, L. González, C. Medina-Mora, M. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo conductual para usuarios dependientes a alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental*. 28: 1.
- Beck, A., Steer, R. y Garbin M. (1988). Psychometric proprieties of the Beck Depression Inventory: Twenty five year of evaluation. *Clinical Psychology. Review*, 8 77- 100.
- Bickel, W., Degrandpre, R., Higgins, St. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach to the study of drug dependent. *Drug alcohol dependence*, 33: 173-192.
- Bien, T. Miller, W. & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addictions*, 88, 315-336.

- Campbell, D. and Stanley, J. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research on Teaching*. In N. L. Gage (Ed.). *Handbook of Research on Teaching*. Chicago: Rand McNally.
- Campbell, D. and Stanley, J. (1966). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally.
- Chassan, J. B. (1965). *Research design in psychology and psychiatry*. New York: Appleton Century Crofts
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2005). *Serie Planeación. Modelos preventivos*. Secretaría de Salud. México D.F.
- Crosswaite C, Curtice L. (1994). Disseminating research results - The challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promot Internation* 9(4):289-296.
- Davidson, R. & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222.
- De las Fuentes VM, Villalpando UJ. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para la población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- De León, BI, Pérez FI, *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire*.
- Dukes, W.F. (1965): N=1. *Psychological Bulletin*. 64 (1), 74-79.
- Echeverría, L. Ayala, H. (1977). *Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y adaptación*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1977). *Autoregistro de consumo de alcohol y otras drogas*. Traducción y adaptación Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Encuesta Nacional de Adicciones, México. (2002). Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica. (2002). Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud México.
- Goldberg, R. and Stolerman, I. (1986). Review of Behavioral analysis of drug dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1988 Vol. 2(3) 148-150.
- Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Hawkins, J. Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hayes, S. C. (1981). Single-case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193—211.

- Hersen, M., Barlow, D. H. (1976). Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.
- Higgins, St. (1996). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: a brief review. *Pharmacology, biochemistry, behavior*, 57: 419-427.
- Hunt, GM. y Azrin, NH. (1974). A community reinforcement approach to alcoholism behavior. *Research therapy*, 11:91-104.
- Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones. (2003). Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas.
- Institute of Medicine. (1994). Reducing risks for mental disorders. Washington: National Academy Press.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Concentrado Nacional de Adicciones (2001). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2001). Concentrado Nacional de Adicciones. Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas.
- Iwata, N. Umesue, M. Egashira, K. Hiro, H. y cols. (1998). Can positive affect items be used to assess depressive disorders in the Japanese population? *Psychological Medicine*, 28(1):153-158.
- Jurado, S. Villegas, M. Méndez, L. Rodríguez, F., Loperena, V. Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3):26-31.
- Kazdin, A. E. (1978). Methodological and interpretative problems of single case experimental design. *Journal of consulting and clinical psychology*. 46 629-649
- Kazdin, A. E. (1976). Statistical analysis for single case experimental designs. En M. Hersen y D.H. Barlow Eds. *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York Pergamon Press
- Kellner, R. Sheffield, B. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88-100.
- Kratochwill, T. R. Mott, S.E. Y Dodson, C.L. (1984). Case study and single case in research in clinical and applied psychology. En A.S. Bellack y M. Hersen. Eds. *Research methods in clinical Psychology*. New York. Pergamon Press.
- Last, J. (2000). *A Dictionary of Epidemiology*, (4a. ed.), New York, Oxford University Press.
- Lira, J. (2002). Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina. Tesis de Maestría en Metodología de la Teoría e Investigación Conductual. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M., & Sobell, L.C. (1979). Test retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavioral*

- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment
- Martínez, K. Carrascosa, C, Ayala, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública*, 45, 5-12.
- Miller, R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing*. New York, EE.UU.: Guilford Press.
- Millon y Diesenhau, (1972). *Research methods in psychopathology*. New York. John Wiley.
- Murray, C. & Lopez, A. (1997). *The global burden of disease: a comprehensive 1990 /1996*. Harvard School of Public Health Cambridge.
- Natera, G. Mora J, Tiburcio M (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud mental*, 22(número especial):114-120.
- Natera, G. Orford, J. Tiburcio, M. Mora J (1998). Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el orientador. OIT/OMS/SSA/IMP. México.
- Natera, G. Tiburcio, M. Mora, J. Orford, J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*, 7(4):47-54.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents*. Washington.
- Nolin, M. Chandler, K. (1996.). Use of cognitive laboratories and recorded interviews in the national household education survey. US Department of Education. National Center for Education Statistics. Washington.
- Orford, J. Natera, G. Davies, J. 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):1799-1813.
- Orford, J. Natera, G. Velleman, R. Copello, A. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5):761-774.
- Organización de las Naciones Unidas. ONU. (2002). *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas. Estudio de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas Ilícitas*. Estadísticas ISBN 92-1-348076-8 New York.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Serie de Informes Técnicos*, N° 929.
- Oropeza, T. y Ayala, H. (2001). Resultados de un piloteo de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Toluca, Estado de México.
- Owen, N. y Fotheringham, MJ. (2000). Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of Behavioral Medicine*. 22(4):294-8
- Prochaska, J. & Diclemente, C. (1982) *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Radloff Is: the CES-D scale: a new self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychology measurement*, 1:385-401, 1977.

- Robles, R. Varela, R. Jurado, S. Paez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana Psicología*, 18(2):211-218.
- Rogers, EM. (1995). Diffusion of innovations. 4th Edition. Nueva York (NY): Free Press
- Salgado de Znyder N. Maldonado M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública México*, 36(2):200-209.
- Secretaria de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones NOM 02 SSA2-1999, 12 19-20. México.
- Shanley, C. Lodge, M. Mattick, R. (1996). Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners. *Drug Alcohol Rev.*15:89-94.
- Sidman, M. (1960). Tactics of scientific research. New York. Basic Books.
- Skinner. H. (1982). Drug use questionnaire (DAST-20) by the Addiction Research Foundation.. Toronto, Canada.
- Sobell, L. Sobell, M. (1995). Guided Self-Change clinical treatment manual. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Tapia, Medina-Mora, Cravioto. (2001). Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas en: Tapia c. Las adicciones: dimensión impacto y perspectiva: Manual Moderno 207-218 Bogota.
- Wolfe y Meyers. (1999). Cost effective alcohol treatment: the community reinforcement approach: cognitive behavioral practice 6: 105-109.

