

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA NACIONAL DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA P R E S E N T A ALEJANDRO SÁNCHEZ SOLÍS

TUTORA: DRA. ASUNCIÓN LARA CANTÚ

COMITÉ TUTORIAL: TITULAR: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
TITULAR: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
TITULAR: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
TITULAR: DR. ROBERTO OROPEZA TENA
SUPLENTE: GUILLERMINA NATERA REY
SUPLENTE: SARAH GARCIA SILBERMAN



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre
A mi Padre

A la Dra. Asunción Lara Cantú

Al Dr. Eduardo Oliva
Al Dr. Agustín Vélez Barajas
Al Mtro. Víctor Manuel Arreguín (UASLP)
A la Mtra. Mariana Gutiérrez Lara
Al Dr. Ariel Vite Sierra
Al Mtro. José María Luna
Al Dr. Hugo González (CAAF)
Al Mtro. Horacio Quiroga Anaya

CENTRO ACASULCO

Dra. Lydia Barragán Torres
Mtro. Miguel Angel Gutiérrez
Mtro. César Carrazcosa Venegas
Lic. Leticia Echeverría San Vicente
Dr. Roberto Oropeza Tena
Lic. Marlene
Mtra. Gabriela Ruíz

CONADIC

Dr. Angel Pardo
Mtro. Raúl Martín del Campo

Al Maestro Eiji Fukushima Taniguchi
A la Doctora Jennifer Lira Mandujano
A la Maestra Sandra Izquierdo

A la Dra. Haydeé Rosovski
Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas
A la Dra. Isabel Reyes Lagunes

A la Dra. Sara E. Cruz Morales
A la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo
A la Dra. María Suárez Castillo

A la Mtra. María Elena Castro Sariñana

A la Universidad Autónoma Nacional de México
Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA

Dra. Sarah García Silberman
Mtra. Guillermina Natera Rey
Lic. Mario Domínguez García
Guadalupe Hernández Saborio
Lic. Rosario Infante Rodríguez
Silverio Cañas Durán
Lic. Rosario Martínez Martínez
Mtro. Alberto Jiménez Tapia
Sra. Estela López Bañales

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1ª PARTE. COMPETENCIAS PROFESIONALES | |
| PERFIL DE EGRESO | 8 |
| COMPETENCIAS | |
| 1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para escribir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país. | 9 |
| 2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente. | 12 |
| 3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias adictivas. | 20 |
| 4. Aplicar programa de intervención para rehabilitar a personas adictas. | 25 |
| 5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. | 33 |
| 6. Implementar proyectos de investigación 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 y la rehabilitación de este problema. | 37 |
| 2ª PARTE. PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA | |
| ANTECEDENTES | 43 |
| REPORTE DE CASO | 47 |
| CONCLUSIONES GENERALES | 83 |
| REFERENCIAS | 86 |

INTRODUCCIÓN

Una realidad en México es el uso y abuso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, la que exige ser abordada por una visión multidisciplinaria. La psicología, como parte de esta visión, produce conocimiento y se esfuerza en la comprensión de tal fenómeno. La especialización en el campo de las adicciones se ha considerado una necesidad urgente para responder a problemas complejos con consecuencias negativas a la estructura social de nuestro país.

El abuso de sustancias adictivas representa una amenaza para la salud pública de nuestro país. Son varios los problemas asociados -directa e indirectamente- al consumo de alcohol: mortalidad en edad productiva, incapacidades físicas, daños a la estructura familiar, accidentes y violencia, problemas laborales, y altos costos para los recursos de atención a la salud, tratamiento y rehabilitación.

Para la salud pública fue difícil definir el problema del alcohol y otras sustancias en la segunda mitad del siglo pasado. Esto se debió en parte, a la predominancia del modelo médico de enfermedad, además de que históricamente las primeras acciones clínicas se centraron en aquellos individuos con dependencia severa. Según Sobell (2001) esto es comprensible ya que estas personas presentan un mayor deterioro, por lo que reciben más atención del público en general.

La Encuesta Nacional de Adicciones nos dice que los dependientes severos de alguna sustancia adictiva sólo son responsables de una mínima parte de los problemas relacionados al consumo de drogas lícitas e ilícitas (Medina-Mora, 2001). Los problemas más comunes que se asocian al abuso de sustancias son: accidentes automovilísticos, problemas legales o con la policía, los problemas médicos, otros accidentes en el hogar y en el trabajo, peleas, etc.

Un cambio fundamental en el campo de las adicciones ha sido el abandono del concepto de “alcoholismo” como punto central para adoptar el de *problemas relacionados con el alcohol* propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979. Esto se ve reforzado en estudios epidemiológicos donde se señala que aunque los bebedores más fuertes muestran las tasas más altas de problemas con el alcohol, existe un número mayor de bebedores de bajas cantidades que, en términos absolutos, muestran más problemas con el alcohol. Por tanto, la población blanco de las políticas preventivas en salud debe ampliarse e incluir no sólo a los dependientes severos (Rosovsky, 2001).

Como consecuencia del cambio de paradigma, estrategias como la prevención primaria y la secundaria tuvieron un incremento en su utilización. Algunos programas preventivos fueron elaborados para brindar información al público en general sobre las consecuencias negativas del abuso de sustancias. En cuanto a la prevención secundaria, en las últimas décadas ha aumentado el interés por detectar aquellas personas que se encuentran en las primeras etapas del

desarrollo de alguna problemática relacionada al consumo de sustancias adictivas con el fin de ofrecer un tratamiento oportuno que impida un daño severo (Velasco, 2001).

La investigación epidemiológica en el campo de las adicciones cumple con una función importante para la identificación de poblaciones en riesgo o de consumo excesivo. Además se pueden rastrear las características poblacionales con el fin de elaborar estrategias de prevención, en los diferentes niveles, que sean adecuados al grado de la problemática.

Se estima que hay alrededor de 2 billones de personas en el mundo que consumen bebidas alcohólicas y 76.3 millones diagnosticadas con desorden en su consumo de alcohol (World Health Organization [WHO], 2004). En México, existen más de 32 millones de personas (representando el 46% de la población general entre los 12 y 65 años) que consumen alcohol y más de 14 millones que presentan patrones de consumo riesgoso para la salud y la de otros. Se estima que existen alrededor de 2.8 millones de mexicanos que han experimentado tres o más síntomas de dependencia, de los cuales 281,903 son menores de edad (Medina-Mora et al., 2003).

En el reporte mundial de la salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) se reflejó el impacto que tiene el abuso del alcohol sobre la mortalidad prematura y sobre los años perdidos por discapacidad (*DALY's: disability adjusted life years lost*). En países en desarrollo, como México, el consumo de alcohol aparece como el primer factor de mortalidad prematura y además es responsable del 6.2% de los DALY's totales.

Sin embargo el alcohol no es la única sustancia nociva, el tabaco es otra droga legal tiene grandes repercusiones directas en la calidad de vida. En México, aproximadamente 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que equivale a 147 muertes por día. El tabaco es responsable de un 4% de los DALY's totales para los en países en vías de desarrollo con una baja tasa de mortalidad, en donde México es ubicado (Tapia-Conyer et al., 2003).

Otra preocupación es que la edad de inicio en el consumo de tabaco ha ido disminuyendo en los últimos años. En 1988 aproximadamente un 40% de los jóvenes entre 18 y 25 años se iniciaban en el consumo de tabaco. Para el 2002, se presentó también un 40% aproximado, pero en edades más tempranas: de 15 a 17 años de edad. Se sabe que aquellos que empezaron a fumar entre los 15 y 18 años, presentan cinco veces más el riesgo de consumir otro tipo de droga (Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2004).

Al hablar de otras sustancias adictivas, encontramos que el consumo de drogas ilegales aumento durante la década de los noventas en nuestro país, especialmente el consumo de marihuana y cocaína. De acuerdo a los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002, el 5.03% de una

población entre 12 y 65 años de edad ha usado alguna vez en su vida algún tipo de droga, lo que equivale a 3.5 millones de personas. También se sabe que el 3.48% y el 1.23% de la población ha consumido alguna vez en su vida marihuana y cocaína respectivamente. La mayor parte de los consumidores lo hacen de forma experimental (de 1 a 5 veces); y en cuanto a los problemas derivados del consumo de drogas, se reconocen las discusiones, las peleas y los problemas con la policía (Villatoro et al., 2003).

El panorama general sobre el abuso de sustancias psicoactivas pone en evidencia la necesidad de profesionalización de psicólogos capaces de implementar acciones, que van desde la prevención primaria hasta los tratamientos de rehabilitación, con el fin de disminuir y atender la problemáticas directas e indirectas del consumo.

La Universidad Nacional de Autónoma de México a través del programa de Maestría en Psicología Profesional con residencia en Adicciones contempla la capacitación de profesionales en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema de las adicciones. Se busca desarrollar aquellas habilidades que permitan tomar decisiones en la prevención y solución de problemas relacionados a las adicciones.

La Residencia en Adicciones parte de una perspectiva *cognitivo-conductual*, y tiene como eje central el modelo de la *Intervención Breve* en el campo de las adicciones. La Intervención Breve es entendida por la OMS como aquella práctica cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial, y motivar al individuo a reaccionar ante su propia conducta de consumo (Babor y Higgins-Biddle, 2001). Aunque el programa descansa, en gran parte, sobre el marco conceptual de la Intervención Breve como una estrategia de la Salud Pública, la estructura de la maestría permite la capacitación en otras posibilidades de intervención (prevención primaria o terciaria).

El presente reporte de experiencia profesional presenta una síntesis de las *competencias profesionales* adquiridas que permiten emprender acciones definidas hacia la solución de problemas generados por el fenómeno de las adicciones en las siguientes áreas:

- Epidemiología
- Programas de Prevención
- Intervenciones Breves
- Programas de Rehabilitación
- Capacitación a Profesionales
- Proyectos de Investigación

El presente reporte se divide en dos partes:

- I. Competencias Profesionales.
- II. Reporte de Caso (Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema).

PRIMERA PARTE

COMPETENCIAS PROFESIONALES

PERFIL DE EGRESO

El egresado de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones cuenta con los conocimientos y las habilidades para identificar, prevenir y solucionar problemas relacionados al consumo de sustancias adictivas. También podrá diseñar y realizar proyectos de investigación epidemiológica, clínica, psicosocial, experimental aplicada y de proceso.

El Programa de Maestría emplea un sistema de formación teórica y supervisión práctica durante cuatro semestres, además de incorporarse a proyectos de investigación psicosocial en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Son seis las *Competencias Profesionales* a desarrollar durante el Programa de Maestría:

1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para escribir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias adictivas.
4. Aplicar programa de intervención para rehabilitar a personas adictas.
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
6. Implementar proyectos de investigación 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 y la rehabilitación de este problema.

A continuación se presenta una mayor descripción de cada una de las competencias.

COMPETENCIA 1

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

INTRODUCCIÓN

La epidemiología se utiliza como método de investigación en la identificación de factores asociados a diversos problemas de salud y psicosociales: adicciones, accidentes, violencia intrafamiliar, etc. En este caso, el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, son el fenómeno a investigar a través de la epidemiología

México cuenta con una serie de estudios epidemiológicos sobre adicciones, tal es el caso de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) que se ha venido realizando cada cinco años desde 1988, sin embargo ésta tiene su antecedente más temprano en el estudio titulado “Las drogas y sus usuarios” publicado en 1976, lo que constituye un importante acervo en la generación de información sobre el tema que, sin duda, apoya a la realización de nuevos estudios en el campo.

La adicción puede estudiarse de dos formas, una como desorden en sí mismo o como un factor de riesgo de problemas sociales. Por lo tanto, lo más conveniente para estudiar estas dos cuestiones sería a través de una concepción “bixial” donde las *variables dependientes* son el consumidor y sus consecuencias. La investigación epidemiológica del abuso de sustancias retoma del modelo de Salud Pública los siguientes elementos que componen la triada epidemiológica (Tapia-Conyer, Medina-Mora y Cravioto, 2001):

a) **Agente:** sustancia psicoactiva.

Se busca el control de la disponibilidad que se asocia con el incremento y la probabilidad de consumo en ocasiones y circunstancias de riesgo;

b) **Huésped:** el individuo consumidor.

Se identifica a las personas que empiezan a presentar problemas con el alcohol, a fin de tratarlas para que controlen el consumo u logran la abstinencia. En algunos casos se fomenta la moderación del alcohol.

c) **Ambiente:** la sociedad donde se comercializa y se consume la sustancia. Se identifican los factores que promueven el abuso y aquellos que apoyan la moderación o la abstinencia.

Dentro de la epidemiología de conductas adictivas, la atención se centra en la interacción entre el *ambiente* y el *huésped*. De lo anterior surgen dos relaciones,

por un lado la vulnerabilidad del individuo ante los factores de riesgo en el ambiente; y por otro, la susceptibilidad del individuo en razón de los factores protectores también existentes en el ambiente. Con frecuencia estas dos relaciones se involucran a diferentes niveles de interacción simultánea, lo que conlleva a una complejidad inherente en los estudios epidemiológicos: desde su diseño hasta su respectivo análisis.

La epidemiología de las adicciones representa un reto para la creatividad. Esto se observa al estudiar sustancias ilícitas, lo que implica lidiar con cuestiones de tipo ético-moral (Tapia-Conyer y Cravioto, 2001). Sin embargo, los usuarios muestran patrones de comportamiento susceptibles a la medición: se pueden calcular curvas de incidencia, estimar prevalencias e identificar factores de riesgo o protección.

Con la información epidemiológica resultante de la investigación se pueden establecer directrices dentro de los programas preventivos y de tratamiento, así como su instrumentación correspondiente. Los datos epidemiológicos funcionan como un método de retroalimentación, ya que periódicamente reflejan la situación de nuestro país.

A través de la epidemiología se han identificado algunas variables relacionadas a la etiología y a las consecuencias del consumo, por lo que este conocimiento contribuye a la identificación de factores de riesgo (accesibilidad, disponibilidad, actitudes y creencias) en relación a las sustancias.

Los resultados arrojados por la investigación, nos permiten situar al consumo de alcohol como la sustancia de mayor consumo en nuestro país por lo que es considerado como un problema de salud pública. Es por esto que la investigación epidemiológica permite profundizar y actualizar el conocimiento sobre el consumo de sustancias, así como sus posibles causas, sus consecuencias y su distribución demográfica, facilitando la toma de decisiones en acciones preventivas o de tratamiento.

HABILIDADES DESARROLLADAS

A través de la maestría se desarrollaron habilidades referentes a la investigación epidemiológica las cuales conforman la competencia en cuestión. Tales habilidades se enlistan a continuación:

- Comprender conceptos epidemiológicos, los cuáles se enmarcan dentro de la visión de Salud Pública, lo que implica entender una postura ecléctica de diversas epistemologías (psicología, estadística, ciencia médica, etc.). Algunos de los conceptos básicos que se adquirieron: prevalencia, incidencia, mortalidad, variable, tasa, escalas de medición, historia natural de una enfermedad, entre otros.

- Aplicar y contextualizar conceptos epidemiológicos a distintas poblaciones que suponen características diversas.
- Definir la población a investigar así como la identificación de características que sean utilizables para posteriores comparaciones.
- Interpretar datos o resultados obtenidos por estudios epidemiológicos tales como prevalencia, incidencias, características del consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad (distribución demográfica) y características de los usuarios.
- Comparar datos o resultados de distintos estudios, respetando el marco de referencia de cada uno de estos.
- Elaborar preguntas objetivas y sensibles en busca de respuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas.
- Construir instrumentos epidemiológicos a través de un proceso que garantice criterios como: validez y confiabilidad.
- Utilizar el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS: Statistical Package for the Social Sciences). Elaborar bases de datos y utilizar pruebas estadísticas correspondientes a los objetivos del estudio.
- Analizar las semejanzas y diferencias en patrones de consumo que presenta México en relación a otros países del mundo a través de los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud.
- Establecer el tipo de prevención (primaria, secundaria o terciaria) que requiera la población seleccionada a partir del análisis de los datos obtenidos.
- Analizar e identificar tendencias de consumo, drogas de preferencia, factores de riesgo y protección en las poblaciones estudiadas.
- Implementar, a partir de la correlación entre el abuso de sustancias y diversos problemas sociales, estrategias que respondan a las necesidades.
- Identificar y clasificar elementos característicos del uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas como parte del objetivo de la Detección Temprana.
- Actualización en las nuevas tendencias, necesidades preventivas y de tratamiento.

COMPETENCIA 2

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

ANTECEDENTES

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (NIAAA, 2004 Octubre) a través del grupo de Trabajo Social utilizan las siguientes dos definiciones para establecer sus acciones preventivas. La Prevención es un conjunto de:

- Acciones que minimizan o eliminan condiciones psicológicas, sociales o de otro tipo, que contribuyen a las enfermedades físicas o emocionales. La Prevención también incluye aquellas condiciones en la sociedad que fomentan las oportunidades para alcanzar propósitos positivos (Barker, 1999, citado).
- Acciones coordinadas ante problemas predecibles; para proteger el estado saludable y funcionamiento saludable existente; y para promover la potencialidad de individuos y grupos en los ambientes físicos y socioculturales a través del tiempo (Bloom, 1996, citado).

En resumen la Prevención implica centrarse sobre las condiciones que contribuyen a los problemas tomando ciertas acciones antes de que estos se desarrollen o se compliquen más. Además se tiene como objetivo el fortalecimiento de la responsabilidad individual y social en relación a su salud integral. En el caso particular de las adicciones, se busca establecer estilos de vida que permitan desarrollar el potencial individual y también, propiciar condiciones que eleven la calidad de vida (Vélez, Prado y Sánchez, 2004).

Actualmente existen dos tipos de clasificación en prevención. Una fue propuesta por la Comisión de Enfermedades Crónicas en la década de 1950, la cual sirvió durante muchos años como punto de partida para dirigir las intervenciones preventivas. Esta clasificación consiste en tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

La *Prevención Primaria* involucra la promoción de la salud y la eliminación del abuso del alcohol y sus consecuencias a través de esfuerzos a lo largo de la comunidad, tales como incrementar el conocimiento, modificación del ambiente, y cambios en la estructura social, en las normas y en el sistema de valores.

La *Prevención Secundaria* utiliza formas de acercamiento como es la detección temprana de casos en grupos de alto riesgo e intervenciones oportunas y

efectivas para corregir o minimizar el abuso de alcohol en los primeros años de inicio.

La *Prevención Terciaria* consiste en tomar medidas para reducir el daño o la incapacidad y para minimizar el sufrimiento a causa del abuso del alcohol.

Por otra parte, Gordon (1987, citado) propuso una nueva clasificación preventiva, basándose en los grupos poblacionales y en las intervenciones más óptimas de acuerdo a las características de estos grupos. Esta clasificación divide a la prevención en tres tipos:

La *Prevención Universal* se aplica a cada uno de los integrantes de la población y la atención se centra en personas que no se consideran en mayor riesgo que los demás.

La *Prevención Selectiva* se dirige a aquellas personas o subgrupos que se encuentran en mayor riesgo que el promedio de la población de desarrollar problemas de consumo excesivo de alcohol o dependencia.

La *Prevención Indicada* es aplicada a personas que exhiben factores de riesgo específicos o condiciones que los identifican como individuos en riesgo de desarrollar problemas relacionados al abuso del alcohol (por ejemplo, experimentación a temprana edad).

Superficialmente estas clasificaciones aparentan ser lo mismo ya que existe un traslape entre la prevención universal y la primaria, así como en la selectiva y secundaria. Sin embargo, existen diferencias importantes al comparar la prevención indicada con la prevención terciaria.

La prevención indicada interviene con individuos que tiene alta probabilidad de desarrollar un problema, pero antes de la manifestación del problema. La prevención terciaria se dirige al problema después de que se ha desarrollado y es esencialmente una forma de tratamiento que también involucra la prevención hacia el empeoramiento de las condiciones o a problemas secundarios. La prevención indicada se basa en la probabilidad de que surja un problema en desarrollo y por lo tanto los beneficios se verán solo en la forma de un retraso o en la eliminación de un futuro problema, mientras que la prevención terciaria provee beneficios inmediatos a una problema ya existente (Mrazek y Haggerty, 1994, citado).

Sin importar el sistema de clasificación que utilizamos, el objetivo general de la prevención es reducir la ocurrencia de nuevos casos. Esto es a menudo realizado mediante la disminución de factores de riesgo y de vulnerabilidad y del incremento de factores protectores y de resiliencia (Begun, 1993, citado). Los factores de vulnerabilidad y de resiliencia son intrínsecos al individuo a través de la biología (genética, constitución, etc.), del aprendizaje y experiencias pasadas (historial

personal), y conductas, características (personalidad y temperamento). Los factores de riesgo y de protección se refieren a todas aquellas características que son extrínsecas al individuo y que forman parte del contexto de sus vidas.

La perspectiva sobre la probabilidad de que un individuo desarrolle un problema se ilustra a continuación (figura 1), en donde se representa la interacción entre los dos continuos: Vulnerabilidad-Resiliencia y Riesgo-Protección (NIAAA, 2004 Octubre)

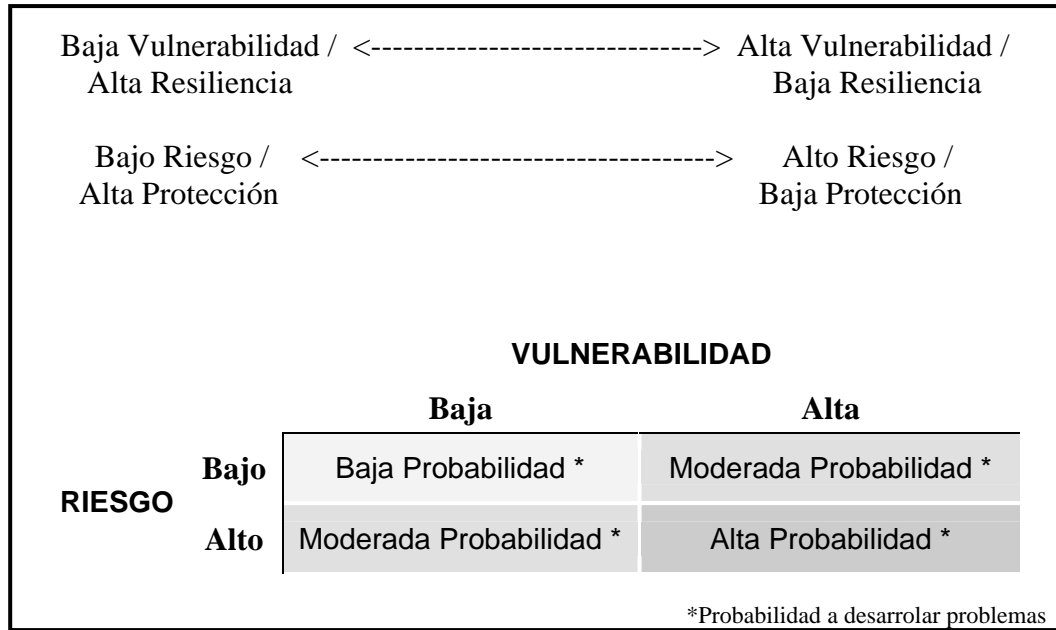


Figura 1. Continuos “Vulnerabilidad” / “Riesgo” y sus resultados al interactuar en un individuo o en subgrupo.

Las estrategias preventivas, según esta perspectiva, se dividen en las siguientes acciones:

- Incrementar la Protección
- Disminuir el Riesgo
- Incrementar la Resiliencia
- Disminuir la Vulnerabilidad

Por otra parte, Hawkins, Catalano y Miller (1992, citado) definieron dos tipos de categorías de riesgo relacionadas al desarrollo de problemas:

- a) Factores individuales e interpersonales, incluyen pobre control de impulsos, conductas y actitudes familiares que promueven el abuso, disciplina inconsistente por parte de los padres, conflictos familiares, baja unión familiar, fracaso escolar, poco compromiso a la escuela, actitud rebelde y uso temprano del alcohol.

- b) Factores contextuales y ambientales de riesgo, incluyen la disponibilidad de las sustancias, privación económica, pobreza, desorganización comunitaria, y leyes o normas que favorecen el consumo de sustancias.

Algunos de los predictores de consumo propuestos por la investigación epidemiológica en México son: el abandono de la escuela, la falta de contacto con la familia, la iniciación temprana de trabajo en la calle, el uso de drogas entre los hermanos y los amigos, etc. (Castro, 2001). También se ha observado que el papel que juega el grupo de pares y los lugares de reunión son las principales fuentes para la obtención de drogas.

La Tabla 1 muestra los factores de riesgo o de protección divididos en seis áreas principales propuestos por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2001, citado). Este esquema funcional es de gran utilidad al organizar las estrategias preventivas dirigidas a grupos con factores similares.

| AREA | FACTORES DE RIESGO / PROTECCIÓN |
|--------------------------|--|
| Individual | Disposición biológica y psicológica, actitudes, valores, conocimiento, habilidades, problemas de conducta. |
| Familiar | Funcionamiento, dinámica, lazos o unión. |
| Grupo de Pares | Normas, actividades, lazos o unión. |
| Escuela | Apego, desempeño, políticas, ambiente. |
| Comunidad | Normas, recursos, preocupación y atención, políticas y movilización. |
| Sociedad/Ambiente | Normas, políticas y sanciones. |

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección clasificados en seis áreas principales.

Las estrategias preventivas deberán basarse en la identificación de los factores de riesgo que predisponen a las personas al abuso de sustancias, y entonces, se reducen o se eliminan aquellos factores. Además se refuerzan aquellos factores protectores previamente identificados. El Centro de Prevención de Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse Prevention, 1995, citado) ofrece una guía para el desarrollo e implementación de programas preventivos. Algunos pasos clave son:

1. Definir el problema de tal manera que se puedan dirigir los factores principales.
2. Revisar literatura para conocer que intervenciones han sido usadas, el proceso para llevarlas a cabo, y que resultados se espera.
3. Evaluar las fortalezas disponibles, las debilidades, así como las barreras potenciales y los recursos con los que se cuenta.
4. Desarrollo e implementación del programa preventivo.
5. Evaluación del programa preventivo.

Bush (2000, citado) agrupa las actividades preventivas en seis categorías, las cuales pueden ser mezcladas dentro de un solo programa preventivo:

- Ofrecer información
- Promover la auto-conciencia y la auto-eficacia.
- Desarrollo de habilidades
- Proveer alternativas saludables
- Cambiar normas
- Alentar la colaboración comunitaria

PREVENCIÓN EN MÉXICO

En nuestro país, como en gran parte del mundo, las acciones preventivas han cobrado importancia en las planeaciones públicas, lo que impulsa a que investigadores busquen modelos congruentes a las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales por las que pasa nuestra sociedad. El CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones) convocó a expertos en la materia a la creación del Grupo Interinstitucional de Evaluación de Modelos Preventivos, el cual se conformó por 11 organizaciones reconocidas por su ejercicio metodológico que exige la investigación en prevención (Secretaría de Salud [SSA], 2004).

| Nombre e Institución | Tipo de Prevención | Lugares de Aplicación | Objetivos Generales |
|---|----------------------------------|---|---|
| <i>Construye tu vida sin adicciones.</i> CONADIC | Universal. | Grupos locales de la comunidad, escuelas. | Fortalecimiento en la responsabilidad individual y social. Estilos de vida saludables. Potencializar la calidad de vida positiva. |
| <i>Modelo de Prevención en CIJ</i> | Universal, Selectiva e Indicada. | Comunidad, escuelas, Centros de Integración Juvenil. | Disminuir, atenuar o retardar el consumo de drogas en población en riesgo. |
| <i>Chimalli – DIF</i> SNDIF | Universa y Selectiva. | Grupos de la comunidad. | Incremento de habilidades protectoras. Solución de problemas. Creación de proyectos de vida positiva. |
| <i>Programa de educación preventiva contra las adicciones</i> SEP | Universal y Selectiva. | Escuelas de educación primaria y secundaria, familias de los alumnos. | Promoción y fomento de valores que fortalezcan la capacidad de discernimiento. Enfrentamiento a los problemas. |
| <i>Yo quiero, yo puedo</i> IMIFAP | Universal. | Escuelas desde nivel preescolar hasta secundarias. | Mejorar calidad de vida en personas y su comunidad. Desarrollo de habilidades psicosociales. Enfrentamiento vida cotidiana. |

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---|
| <i>Modelo comunitario de integración psicosocial</i> Fundación Ama la Vida, IAP | Universal, Selectiva e Indicada. | Comunidad | Desarrollo de un dispositivo integral de intervención. Articulación de esfuerzos comunitarios. Salud y seguridad personal. |
| <i>Educación para la vida y el trabajo</i> INEA | Universal. | Escuelas | Estilos de vida sanos. Incremento de protección Toma de decisiones, reflexión. Afrontamiento. |
| <i>Chimalli</i> INEPAR, A.C. | Universal y Selectiva. | Escuelas, centros comunitarios de desarrollo, barrios, colonias. | Promover la resiliencia. Contrarrestar conductas de riesgo. Habilidades y actitudes protectoras. |
| <i>ECO²</i> CÁRITAS | Universal, Selectiva e Indicada. | Comunidad. | Incremento de la acción social y su eficacia. Creación de una cultura consciente de su entorno social. Incidir en políticas públicas. |

Tabla 2. Principales modelos que se aplican en México para la prevención de las adicciones.

HABILIDADES DESARROLLADAS

El programa de maestría en psicología de las adicciones propone la revisión de intervenciones preventivas centradas al fortalecimiento de niños, jóvenes y familias en su capacidad de enfrentar la adversidad en su medio familiar y social, por ejemplo, ante la disponibilidad de la droga, el desempleo, la pobreza y la desintegración familiar.

Como objetivo de esta competencia, el psicólogo egresado, podrá desarrollar acciones preventivas que incrementen el índice de factores de protección a través del entrenamiento de habilidades de enfrentamiento: relaciones positivas con pares, solución de problemas, manejo de las emociones, tolerancia a la frustración, entre otras.

Durante el desarrollo de la competencia se llevaron a cabo actividades de carácter teórico (seminarios); la revisión de conceptos y el análisis de modelos preventivos de tipo universal contribuyeron a entender las acciones preventivas del modelo de salud pública y su importancia de costo/efectividad para el país.

Un último punto por resaltar, sería la necesidad de evaluaciones programadas de los modelos preventivos en México y de otros países. Esto con el fin de mantener actualizadas las estrategias y en caso necesario realizar las modificaciones adecuadas para buscar siempre la efectividad del programa preventivo.

El análisis y la comprensión durante la maestría del proceso preventivo y sus implicaciones se capitalizan en un conjunto de habilidades descritas a continuación:

- Analizar el sustento teórico y metodológico de la prevención; los fundamentos de las intervenciones preventivas de tipo cognitivo-conductuales.
- Identificar ventajas y desventajas de modelos preventivos ya existentes; así como elegir el modelo más adecuado para ser implementado en una situación específica.
- Comprender cada uno de los componentes de los diferentes modelos.
- Realizar análisis de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos: transversales, longitudinales, de campo, de caso, etc., con el fin de proponer estrategias preventivas adecuadas (interpretación de datos).
- Identificar grupos vulnerables o inmersos en riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias adictivas o que presentan un consumo experimental (escuelas, barrios, comunidades, etc.).
- Medir y Evaluar la situación actual de aquellos grupos identificados como vulnerables. Elaborar un diagnóstico de la situación actual: estado de riesgo-protección.
- Integrar las diferentes posturas teóricas que comprende el modelo de Salud Pública en materia de prevención.
- Reconocer aquellos elementos (factores de riesgo y de protección) que caracterizan la conducta adictiva a través del análisis de los resultados arrojados por investigaciones epidemiológicas.
- Planear estrategias de intervención comunitaria para la prevención de conductas adictivas que sean congruentes con las necesidades reales.
- Emplear principios de la comunicación interpersonal con el propósito de lograr una aceptación en el grupo o en la comunidad en la que se piensa instaurar el programa preventivo.
- Observar, escuchar y analizar las demandas reales de los miembros del grupo o de la comunidad; corroborar el diagnóstico inicial.
- Integrar pruebas de tamizaje a los modelos de prevención con el propósito de detectar oportunamente un caso y canalizar aun programa ajustado a sus necesidades.
- Manejo teórico de diferentes Modelos Preventivos propuestos por el CONADIC.

- Evitar o posponer el inicio de consumo a través de estrategias preventivas: reducción de demanda; modificación de actitudes, percepciones y conductas que se relacionan al consumo de sustancias lícitas o ilícitas.
- Conocer y aplicar estrategias de reducción de daño.

COMPETENCIA 3

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

ANTECEDENTES

La investigación epidemiológica sobre el alcoholismo reporta que el consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas constituye un problema social y de salud en México así como en otros países en desarrollo (OMS, 2002). Muchos de estos problemas se relacionan a patrones de consumo bien identificados. Un ejemplo de lo anterior es el caso de nuestro país, en donde es predominante el patrón consumo *poco frecuente* de alcohol pero en *grandes cantidades por ocasión* lo que representa un 18% en la población masculina mientras que el 9% de los varones, entre 18 y 65 años cumplieron con el criterio de dependencia alcohólica según el DSM IV (Tapia-Conyer et al. 2001).

Por su parte el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente ha realizado investigaciones sobre la relación entre el consumo de alcohol y los traumatismos dentro de los servicios médicos de urgencias (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye y Rosovsky, 2003). El consumo elevado de bebidas alcohólicas puede provocar graves consecuencias que se traducen en un alto costo económico y social. Algunas de estas consecuencias son: violencia, accidentes, homicidios, lesiones autoinfligidas y diversas enfermedades.

Los datos reportados en las salas de urgencia, por ejemplo, de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, demostraron que un 10% de los pacientes lesionados o con complicaciones médicas manifestaron consumo elevado de alcohol, de los cuales solo el 4.9% fue diagnosticado con síndrome de dependencia al alcohol (Borges, 2001). El consumo episódico y muchas veces intoxicante es más frecuente en las urgencias traumáticas que el consumo relacionado a la dependencia alcohólica (Borges et al., 2003). Estos datos demuestran que los Bebedores Problema representan un mayor gasto en recursos utilizados por las salas de urgencias que los dependientes al alcohol.

Esta proporción entre Bebedores Problema y Dependientes también se observa en otras problemáticas asociadas al consumo de alcohol. La mayoría de los accidentes por vehículo motor son provocados por personas que no presentan una dependencia alcohólica sino que se encuentran en una intoxicación aguda episódica (Borges, 2001).

Es por estas circunstancias y otras más, que se han creado estrategias específicas para responder a problemas asociados al consumo de alcohol y a

otras sustancias en personas que no presentan síntomas de dependencia pero en quienes su consumo excesivo pone en riesgo su salud y la de otros.

Algunas de estas estrategias han sido estudiadas por el Grupo de Investigación sobre las Intervenciones Breves de la Organización Mundial de la Salud, y encontraron que un simple consejo de cinco minutos fue tan efectivo que el *counselling* de 20 minutos (WHO, 1996). Más aun, la Detección Temprana y la Intervención Breve han mostrado ser estrategias costo-efectivas ya que reducen el consumo de alcohol y sus problemas asociados (Wutzke, Shiell, Gomel y Conigrave, 2001). Para estas estrategias la población meta es definida por aquellos individuos que aun no se responsabilizan por su consumo riesgoso.

Por otra parte el concepto de Detección Temprana se refiere, según Connors y Volk (2003) a las habilidades destinadas a identificar individuos con probables problemas de alcohol; también se incluyen a personas que están en riesgo de desarrollar tales problemas (Fleming, 2003).

Como otro objetivo de la Detección Temprana es el establecer una etapa previa a la evaluación clínica y posteriormente a una intervención en la que se establece un meta como parte de una Intervención Breve o un tratamiento (Connors y Volk, 2003).

La distinción entre “Consumo” y “Abuso” de alcohol ofrece un punto de partida para entender la finalidad de la Detección Temprana y de la Intervención Breve. La palabra *consumo* se refiere a cualquier ingesta de alcohol, y cuando se habla de *abuso* se refiere a un continuo de posibilidades que va desde el *consumo de riesgo* hasta la *dependencia*. El abuso de alcohol puede producir daños a la salud sin ser dependiente a la sustancia (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

El consumo excesivo causa problemas de salud los cuales son abordados por el sistema de salud pública a nivel primario. Por lo tanto, la atención primaria es un escenario apto para el desarrollo de la Detección Temprana. Se estima que por lo menos un 20% de los adultos que acuden a consulta médica han tenido un problema relacionado al alcohol alguna vez. De los pacientes internados, entre un 12 y 30 por ciento cumplieron con los criterios de alcoholismo (NIAAA, 1990). Datos más recientes indican que cerca del 20% de los pacientes tratados en la práctica médica general reportan niveles de consumo de alcohol riesgoso y peligroso y que pudieran estar en riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo (NIAAA, 1999).

Debido a la alta demanda por servicios de salud en atención primaria, es necesario instrumentar estrategias breves y costo-efectivas que respondan a tal demanda. Por otro lado, se reconoce que los profesionales de atención primaria, se encuentran en un lugar clave para identificar e intervenir en pacientes con un consumo perjudicial. Otra ventaja de la atención primaria es que facilita la monitorización y la intervención repetida.

Para una detección oportuna en escenarios primarios es necesaria la construcción y difusión de instrumentos de tamizaje estandarizados, confiables y válidos para el fortalecimiento en la relación costo-efectividad de las acciones preventivas. El programa de Maestría en Psicología de las Adicciones provee de los elementos necesarios para el desarrollo de tal empresa: construcción de instrumentos de tamizaje, medición de constructos psicológicos, así como su evaluación.

La Detección Temprana identifica casos (reales o potenciales) en etapas tempranas y avanzadas generando la posibilidad de intervenir eficientemente a diferentes niveles dependiendo del grado de severidad del daño. Algunos de los instrumentos cortos de tamizaje más utilizados en la detección del abuso de alcohol son: AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Tests* (De la Fuente y Kershenovich, 1992), CAGE: *Cut down, Annoyance, Guilty, Eye-Opener* (Ewing y Rouse, 1970), entre otros. En otros escenarios las pruebas de tamizaje se inclinan por pruebas de laboratorio: pruebas de aliento, pruebas de orina y pruebas sanguínea de γ -glutamyl-transferasa, GGT (Cherpitel, 1997).

Por otra parte, la Intervención Breve es la aplicación de estrategias que dirigen o facilitan la ocurrencia del proceso natural de cambio (Bien, Miller y Tonigan, 1993). Este enfoque ayuda a crear una conciencia de los problemas creados por el consumo excesivo, dando lugar a una disonancia cognitiva sobre el propio patrón de consumo. Dicho esto la intervención ofrece al individuo una oportunidad para considerar otras alternativas de consumo.

La Intervención Breve no está diseñada para dependientes severos al alcohol o a otra sustancia, sin embargo influye positivamente en la derivación a tratamientos especializados. Podemos resumir que el objetivo de la Intervención Breve es: 1) ayudar al paciente a que entienda que su patrón de consumo lo está colocando en riesgo, y 2) alentarle a que reduzca o detenga su consumo. Para que lo anterior tenga efecto la Intervención Breve deberá ser personalizada y ofrecida como una forma de apoyo y no de juicio (Henry-Edwards y et al., 2003).

En conjunción, el objetivo de la Detección Temprana y de la Intervención Breve es doble: a) identificar y derivar a las personas con dependencia previniendo la progresión, b) identificar y ayudar a los bebedores con consumo perjudicial impidiendo el desarrollo de un síndrome de dependencia (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Para Zweben y Fleming (1999) la Detección Temprana y la Intervención Breve cumplen con los siguientes propósitos:

- 1) Incrementar la conciencia sobre los costos y consecuencias del abuso,
- 2) Elevar la auto-eficacia al cambio,
- 3) Utilizar el sistema de ayuda para apoyar el cambio,
- 4) Alentar a la responsabilidad sobre el cambio, y
- 5) Promover el compromiso al cambio.

Para el modelo de salud pública la Detección Temprana y la Intervención Breve no sólo ahorran recursos sino también aseguran una mejor distribución de los recursos limitados con el propósito de beneficiar a la mayor cantidad de personas (Sobell, y Sobell, 1993).

A través del programa de maestría (materias, seminarios y residencia) se identificó la utilidad que ofrecen las estrategias de Detección Temprana y de Intervención Breve en relación al costo-efectividad de las acciones destinadas al sector salud. Estas herramientas se ubican dentro de los lineamientos de la Prevención Secundaria, donde el objetivo es identificar y detener la enfermedad en sus primeras etapas evitando un tratamiento especializado generando un mayor gasto público.

Como parte de las actividades de residencia se aplicó el programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, el cual es una intervención breve cognitivo-conductual de tipo motivacional que busca la abstinencia o el consumo moderado del alcohol. Este programa se insertó en el modelo de Detección Temprana e Intervención Breve que fue evaluado en médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003). A continuación se describen las habilidades adquiridas para el desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños asociados al consumo de sustancias.

HABILIDADES DESARROLLADAS

La revisión teórica y metodológica para el abordaje de la prevención secundaria, la aplicación de las intervenciones cognitivo-conductuales y el análisis de los mecanismos de diseminación a lo largo del programa de maestría contribuyeron en la consolidación de las siguientes habilidades:

- Identificar los efectos a corto y largo plazo de las diferentes drogas, así como de las características particulares de los consumidores abusivos de los dependientes (bebedor problema y alcohólico).
- Reconocer a través de una entrevista semi-estructurada, los elementos que caracterizan la conducta adictiva: patrón de consumo (frecuencia y cantidad), tiempo de consumo problemático, problemas asociados (familiares, sociales, laborales, etc.).
- Diferenciar el síndrome de dependencia de otros patrones de consumo excesivo que no cumplen con los criterios de dependencia.
- Aplicar e interpretar pruebas de tamizaje que proporcionen información sobre la severidad del patrón de consumo.

- Elaborar instrumentos de tamizaje sensibles para la identificación de patrones de consumo tanto perjudicial como el que implique una dependencia a la sustancia.
- Identificar individuos con probables problemas de alcohol o que estén en peligro de desarrollarlos.
- Asignar a los usuarios al nivel de tratamiento correspondiente de acuerdo al tipo específico de su problemática: síntomas, problemas asociados, clase tipo de sustancia, etc.
- Tomar decisiones en lo referente a la aceptación de casos o canalización a un centro especializado de acuerdo a una evaluación objetiva.
- Adaptar o diseñar el tratamiento de acuerdo a las necesidades del usuario o a sus capacidades. Adaptar o estructurar la planeación.
- Aplicar el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Conocer los instrumentos de admisión y evaluación: fundamentos, objetivos, alcances, limitaciones e interpretación, así como de los pasos para su aplicación. Conocimiento de las bases teóricas y metodológicas del Programa de Auto-Cambio Dirigido.
- Establecer un adecuado clima terapéutico de acuerdo a los principios de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnik (1991): *a) Expresar Empatía, b) Crear Discordancia, c) Evitar la Discusión, d) Dar un Giro a la Resistencia y e) Fomentar la Autoeficacia.*
- Identificar la etapa de cambio en la que se ubica el usuario al momento del tratamiento de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.
- Reconocer las habilidades sociales con las que cuenta el usuario y capitalizarlas en los planes de acción.
- Llevar a cabo un Análisis Funcional de conductas involucradas al consumo de sustancias psicoactivas; identificar las consecuencias positivas y negativas de la conducta de consumo, así como los “disparadores” que llevan al consumo.
- Ayudar al usuario dentro de Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema que pueda establecer sus metas de tratamiento, así como la identificación de situaciones de riesgo y sus planes de acción correspondientes.
- Ofrecer retroalimentación de manera positiva fomentando al aprendizaje grupal sobre la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales.

COMPETENCIA 4

Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

ANTECEDENTES

Anteriormente se mencionaron acciones específicas relacionadas a la población usuaria de sustancias adictivas pero que no presentan una dependencia severa a la sustancia (competencia 3). Para el desarrollo de esta competencia, se trabaja con individuos dependientes severos monousuarios o poliusuarios. La residencia en adicciones se basa en el trabajo del Programa de Reforzamiento Comunitario para el tratamiento y rehabilitación de esta población..

Programa de Reforzamiento Comunitario

En casi todas las revisiones sobre tratamientos para el alcoholismo, el Programa de Reforzamiento Comunitario se ubica entre los abordajes con mayor solidez por su evidencia científica referente a la eficacia, a pesar que son pocos los clínicos que lo llevan a cabo. El Programa se basa en la evidencia empírica sobre el papel que juegan las contingencias ambientales en el mantenimiento del consumo de alcohol y otras drogas.

El Programa Reforzamiento Comunitario se desarrolla dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Consecuentemente, el programa utiliza reforzadores sociales, recreacionales, familiares y vocacionales para asistir a los usuarios en el proceso de recuperación. La meta principal es establecer un estilo de vida sin alcohol y que los reforzadores sean de alta calidad y más atractivos que los reforzadores asociados al consumo de sustancias, es decir se elimina el reforzamiento positivo del consumo y se incrementa el valor reforzador de la sobriedad (Meyers y Squires, 2001).

El Programa de Reforzamiento Comunitario fue desarrollado por Azrin y Hunt (1973). El concepto básico establecido por ellos fue que el tratamiento debía estructurar todos los refuerzos para mantener una vida en sobriedad. Una reflexión fundamental hecha por ellos es que el alcoholismo es prevenible y reversible; el individuo es capaz de enfrentar los retos de la vida y además obtener ganancias de sus esfuerzos manteniendo el estilo de vida saludable y de tipo pro-social (Peele, 2004).

Dicho Programa el cual se aplica en el Centro de Servicios Acasulco tiene una duración aproximada de 18 sesiones (3 meses) de tratamiento. Durante las sesiones iniciales se evalúa el problema con el fin de establecer las necesidades

urgentes del usuario. Más que forzar al usuario a aceptar su problema, el programa se enfoca en resolver los problemas asociados (maritales, laborales, sociales, etc.) ya que en la mayoría de ellos el simple hecho de lidiar con estos problemas podría desencadenar la conducta de consumo.

La integración de varios componentes es una característica del Programa. Algunos componentes son: construcción de la motivación del cliente para dejar de consumir; apoyo para iniciar la sobriedad; análisis del patrón de consumo; incremento del reforzamiento positivo; aprender nuevas conductas de enfrentamiento; involucrar a otros significativos; habilidades en la búsqueda de empleo; y un componente agregado en el Centro de Servicios Acasulco es sobre el control de las emociones. Estos componentes pueden ser ajustados a las necesidades individuales del cliente para alcanzar óptimos resultados en el tratamiento.

Otra de sus características es que el abuso de sustancias no es visto como una conducta aislada del resto de la vida del individuo. En lugar de esto, se ve como una conducta interrelacionada con muchos otros elementos de la vida del usuario. La atención deberá ser puesta en el contexto donde el consumo ocurre, como resultado, el terapeuta del Reforzamiento Comunitario deberá poseer las habilidades de trabajar en pareja (consejo marital).

Los terapeutas del Programa de Reforzamiento Comunitario

El terapeuta del Programa de Reforzamiento Comunitario debe tener habilidades básicas y sólidas en *counselling*, sin embargo, se requiere que también sea directivo, enérgico y comprometido. Algunos autores como Meyers y Squires (2001) afirman que se debe alentar a los terapeutas a que se consideren a sí mismos tanto porristas como terapeutas ya que es su propio entusiasmo y motivación lo que facilita que los mismos usuarios se motiven al cambio.

Como programa conductual, se hace gran uso del modelamiento, del rol-playing y del moldeamiento. Tales acciones de este abordaje implican que el terapeuta esté en verdad comprometido con el usuario y que trabaje con él en la resolución de problemas. En esta misma lógica, se declara que los problemas son siempre definidos como una propiedad de ambos tanto del usuario como del terapeuta (Meyers y Squires, 2001).

El terapeuta del Programa de Reforzamiento Comunitario debe utilizar reforzadores positivos en cada paso o intento de cambio sin importar que tan pequeño sea, lo que implica estar alerta para observar cada oportunidad. El terapeuta ayuda al usuario a identificar reforzadores positivos así como analizar los costos y beneficios implicados en el aprendizaje de nuevas habilidades y nuevas conductas. Lo anterior con el fin de crear la propia motivación al cambio del usuario.

La habilidad del terapeuta para estructurar el plan del tratamiento es factor de éxito temprano en el tratamiento. Al seleccionar cuidadosamente las metas iniciales del tratamiento de acuerdo a las capacidades del usuario, la auto-eficacia es realzada, la relación terapéutica es fortalecida y el usuario continúa siendo atendido. A su vez, el terapeuta tiene la oportunidad de ayudar al usuario a que aprenda a identificar las contingencias de su conducta y a empezar a incrementar el número de conductas pro-sociales de su repertorio, mientras que disminuyen las actividades de consumo.

Antecedentes del Abordaje de Reforzamiento Comunitario

Varios estudios han provisto de evidencia sobre la efectividad del Programa de Reforzamiento Comunitario en alcanzar la abstinencia. Más aun, ha sido exitosamente integrado a una variedad de modelos de tratamiento, *terapia familiar* y *entrevista motivacional*, y ha sido probado en tratamientos para el abuso de otras drogas además del alcohol (Miller, Meyers, y Hiller-Sturmhöfel, 1999).

El primer estudio que demostró la efectividad del Programa fue conducido hace más de 25 años por Hunt y Azrin en 1973. En este estudio, participaron 16 usuarios dependientes al alcohol, los cuales fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos tratamientos disponibles: Reforzamiento Comunitario y el tratamiento tradicional centrado en los 12 pasos de AA. Después de seis meses de seguimiento, los participantes del Programa de Reforzamiento Comunitario sobresalieron con un 14% de días de consumo comparado con un 79% del grupo de AA (Meyers y Squires, 2001).

En un segundo estudio realizado por Azrin en 1976 se contrastó nuevamente que el Programa es superior al de los 12 pasos a los 6 meses de seguimiento, esta vez con una muestra más amplia. El grupo de Reforzamiento Comunitario promedió un 2% del tiempo dedicado al consumo, comparado con un 55% por aquellos que participaron en el programa de 12 pasos (Meyers y Squires, 2001).

Descripción general de Programa de Reforzamiento Comunitario y sus componentes.

El Programa de Reforzamiento Comunitario está estructurado de forma que la terminación esté abierta. Dado el objetivo de ayudar al usuario a que maneje perfectamente un conjunto de habilidades específicas para alcanzar sus metas, la terapia no está completa hasta que esas habilidades sean ejecutadas adecuadamente y que haya alcanzado un grado de progreso hacia la obtención de las metas establecidas previamente. El tiempo requerido varía de un individuo a otro, además de que las variables individuales del usuario también afectan la duración del tratamiento.

La frecuencia del tratamiento es dictada por la motivación y el progreso del usuario. Aunque el terapeuta normalmente tiene sesiones una vez por semana, la decisión puede cambiarse por varias sesiones por semana dentro de la primera o segunda semana de tratamiento si es que el usuario se muestra ambivalente o si existe preocupación por una recaída.

Este programa está conformado por once componentes principales de tratamiento. No siempre son aplicados los 11 componentes, sino que a través del proceso de evaluación y de planeación se decide por aquellos componentes que son necesarios para cubrir las deficiencias del usuario.

A continuación se presenta una tabla en la que se enlistan los once componentes, además de las sesiones de admisión y evaluación. Cada paso presenta los objetivos correspondientes:

| COMPONENTE | OBJETIVOS |
|-----------------------------------|--|
| A. ADMISIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los criterios de Inclusión en el Usuario • Informar sobre características del Modelo • Firma de Carta Compromiso |
| B. EVALUACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar Patrón de Consumo Línea Base • Evaluar Precipitadores • Evaluar Auto-eficacia • Evaluar Satisfacción Gral. de vida Cotidiana • Evaluar percepción de Riesgo • Datos Variables Psicosociales |
| 1. ANÁLISIS FUNCIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar precipitadores internos y externos • Identificar consecuencias positivas inmediatas del consumo • Identificar consecuencias negativas del consumo • Identificar conductas de no consumo que le permiten obtener gratificantes y satisfacer la función de la conducta de consumo • Aprender a elaborar planes de acción |
| 2. MUESTRA DE NO CONSUMO | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un compromiso de un período de no consumo • Identificar las ventajas de la muestra • Considerar motivadores, períodos previos de no consumo • Identificar situaciones riesgo • Elaborar Planes de Acción |
| 3. METAS DE VIDA COTIDIANA | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana • Establecer Planes y períodos para su consecución |
| 4.COMUNICACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |

| | |
|---|--|
| <p>5.SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender la estrategia de solución de problemas • Aprender a Identificar un problema • Aprender a generar alternativas de solución • Aprender a analizar c/u de las alternativas con sus ventajas/desventajas • Aprender a elegir la alternativa más conveniente • Aplicar en su escenario natural la alternativa elegida • Evaluar los resultados de la aplicación de la alternativa |
| <p>6.REHUSARSE AL CONSUMO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender conductas eficientes para lograr resistirse al Consumo • Aprender a rehusarse asertivamente, con otra alternativa, con cambio de tema, con justificación, confrontando e interrumpiendo interacción • Aprender a solicitar el apoyo familiar y social para el no consumo • Aprender a utilizar la Reestructuración Cognitiva ante invitaciones auto-generadas |
| <p>7.CONSEJO MARITAL</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender habilidades de Reconocimiento Diario: dar reconocimiento de conducta y de cualidades, ofrecer ayuda sin que la pida el cónyuge, muestras de afecto positivo, sorpresa agradable, escuchar temas de interés para el cónyuge, iniciar conversaciones de interés para el cónyuge. • Aprender a hacer peticiones positivas • Aprender a solucionar problemas y negociar con la pareja |
| <p>8. BÚSQUEDA DE EMPLEO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a conseguir un empleo acorde a sus intereses y habilidades y libre de precipitadores. • Aprender a identificar intereses • Aprender a identificar sus habilidades profesionales/personales • Aprender llenado de solicitud de empleo • Aprender elaboración de currículum vitae • Identificar 10 Fuentes probables de Empleo • Aprender conductas eficientes en la entrevista laboral • Aprender a enfrentar el rechazo |
| <p>9. HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y practicar actividades gratificantes • Identificar actividades, y personas con quienes realizar actividades gratificantes • Probar reforzadores de actividades recreativas • Propiciar el acceso al reforzador |
| <p>10. AUTO-CONTROL EMOCIONAL</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la función de emociones: tristeza, ansiedad, enojo, celos • Aprender el ciclo de la violencia, y la escalada del enojo. • Autoregistro de enojo, ansiedad, tristeza y celos • Aprender a utilizar: tiempo fuera, distracción del pensamiento, auto-instrucciones positivas; respiración correcta, relajación muscular progresiva, relajación mental; cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables, búsqueda de lo positivo; cambio de conductas, cambio de pensamientos, otras técnicas preventivas. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| 11. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a evitar recaídas. • Aprender el Análisis Funcional de Recaídas • Aprender a anticipar situaciones de riesgo • Aprender estrategia de advertencia temprana • Aprender a identificar sistemas de apoyo para evitar recaídas |
|-----------------------------------|---|

Dentro del Programa se desarrollaron habilidades terapéuticas a través del juego de roles y participando activamente en sesiones como co-terapeuta en dos casos. En el primero de ellos se cumplieron 15 sesiones de trabajo dando de alta al usuario y continuando con los seguimientos. En el segundo caso se presentaron recaídas en su consumo lo que originó la canalización del usuario.

También se elaboraron bases de datos para posteriores análisis estadísticos. Las variables que fueron definidas: cantidad de consumo, depresión, ansiedad, calidad de vida, precipitadores de consumo, auto-confianza ante el consumo, enojo, dependencia al alcohol o a drogas adictivas. Y por último se inició la conformación de un Manual del Programa de Reforzamiento Comunitario con el fin de transmitir a otros terapeutas la forma de llevar a cabo dicho tratamiento para usuarios crónicos de sustancias adictivas.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS DESARROLLADAS

Habilidades relacionadas al Aprendizaje Teórico:

- Conocer e identificar las características farmacológicas (principios de neurotransmisión química, farmacodinámica y farmacocinética) de las sustancias psicoactivas más comunes en los tratamientos por conductas adictivas.
- Identificar y valorar aquellos síntomas específicos asociados al consumo crónico de sustancias.
- Entender el patrón de consumo, frecuencia y cantidades particulares de cada sustancia.

Habilidades terapéuticas:

- Establecimiento de adherencia y alianza al tratamiento.
- Características y manejo de los instrumentos de evaluación propios del Programa de Reforzamiento Comunitario
- Conocer y manejar la lógica de cada uno de los componentes.

- Elegir los componentes necesarios para cada uno de los usuarios.
- Identificar a través de una entrevista estructurada cuales son los antecedentes (disparadores) y las consecuencias del consumo de sustancias (Análisis Funcional).
- Clasificar los antecedentes en disparadores internos o externos de acuerdo al historial de cada usuario.
- Señalar conjuntamente con el usuario qué situaciones son de alto riesgo de consumo y que otras son de bajo riesgo.
- Ayudar al usuario a establecer conductas alternas que compitan con el consumo de sustancias.
- Enseñar al usuario a identificar las características de su propio patrón de consumo a través de la descripción de un episodio típico de consumo.
- Analizar las consecuencias (positivas y negativas; a corto plazo y a largo plazo) del consumo de sustancias.
- Ayudar al usuario a encontrar conductas que produzcan consecuencias positivas y a corto plazo similares a la conducta de consumo.
- Señalar y resaltar las consecuencias negativas y a largo plazo (salud, económicas, familiares, laborales, etc.) del consumo.
- Examinar antecedentes y consecuencias de conductas placenteras que no se relacionan al consumo de sustancias.
- Establecer estrategias que incrementen la aparición de conductas no relacionadas al consumo de sustancias.
- Identificar y reconocer la presencia de obstáculos que puedan complicar la ejecución de estas nuevas conductas alternas.
- Motivar en todo momento y recompensar cualquier conducta o intento favorable de no consumo, por más mínima que parezca.
- Conducir la meta de abstinencia de manera apropiada sin producir amenaza para el usuario.
- Resaltar los beneficios que acarrea la abstinencia como un proceso de negociación sin confrontación motivando al usuario en su toma de decisiones.
- Asistir al usuario para definir las metas y el plan de tratamiento.

- Vigilar que al establecer las metas posean las tres características básicas: breves, específicas y en términos positivos.
- Identificar que habilidades son necesarias para alcanzar las metas establecidas.
- Modelar (*rol-playing*) las habilidades necesarias en las áreas de comunicación, solución de problemas y rechazo al consumo.
- Aplicar los pasos necesarios dentro del componente solución de problemas: identificar y definir el problema de manera concreta.
- Analizar la situación laboral del usuario. Examinar si el empleo actual resulta placentero o cumple con las expectativas personales.
- Enseñar las habilidades necesarias para la obtención y mantenimiento de un empleo, así como incrementar la satisfacción del trabajo.
- Ayudar al usuario a identificar nuevas fuentes recreativas no involucradas al consumo de sustancias e integrarlas en el enfrentamiento de obstáculos para participar en estas nuevas actividades.
- Buscar la manera de involucrar al esposo(a) o compañero(a) del usuario al tratamiento.
- Enseñar habilidades de comunicación entre la pareja, así como técnicas que aumenten gradualmente la satisfacción de las interacciones que realizan diariamente.
- Reconocer tanto los precipitadores identificados en el Análisis Funcional como los precipitadores anteriores que aun puedan desencadenar un episodio de consumo (prevención de recaídas).
- Anticipar tales episodios elaborando estrategias de enfrentamiento en caso de que surjan nuevamente.
- Revisar qué estrategias han sido de utilidad en el pasado y cuales deberán ser descartadas por su poca funcionalidad en situaciones anteriores.
- Disposición al trabajo interdisciplinario con otras disciplinas que atienden la misma problemática. Trabajo conjunto o paralelo con médicos, alcoholólogos, trabajadores sociales, etc. (INP – Reforzamiento Comunitario).

COMPETENCIA 5

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

ANTECEDENTES

Uno de los propósitos del programa de maestría es la formación del profesional en el ámbito de la difusión del conocimiento. En específico, en la capacitación de otros profesionales de la salud en programas de prevención secundaria como lo sería el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.

Es bien sabido que la incorporación de procesos resultante de la investigación no termina en éxito en la práctica profesional cotidiana en gran número de casos. Por desgracia muchos de los hallazgos de la investigación científica no han podido incorporarse al cuerpo de las políticas públicas y en la práctica profesional.

Es la carencia de estrategias específicas para la incorporación de innovaciones sustentadas empíricamente lo que contribuye a mantener una brecha existente entre los profesionales del cuidado de la salud y los investigadores. Es así lo que resulta de gran importancia cerrar esta brecha al incluir a los profesionales de la salud como parte integral del proceso de investigación (Parson, 1997).

Por lo tanto, la manera en cómo se adoptan las innovaciones científicas se ha convertido en un tema de investigación por sí mismo, y es en este espacio donde se involucran los propios investigadores del área, los responsables de estudiar lo referente al proceso de divulgación científica y las instancias gubernamentales encargadas de conducir las políticas de desarrollo científico (Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003).

Es por lo anterior que el programa de maestría propone la formación de profesionales en la salud con un perfil integral, que lo capacite en los procesos de divulgación científica, que sea capaz de integrar en su práctica profesional los procesos de diseminación con el fin de crear un puente de comunicación entre la investigación y la práctica profesional.

A través de un aprendizaje didáctico y de un trabajo de supervisión, el profesional en el campo de las adicciones, garantiza la capacitación de otros profesionales y contribuye a la actualización de procedimientos efectivos dirigidos a la disminución de problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Además se propone que la realización de estas actividades sean de bajo costo, de gran efectividad y de corta duración dirigidos a públicos numerosos

para asegurar una continuidad en el proceso de actualización (Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003).

Para diseminar exitosamente una innovación es necesario identificar las diversas etapas que conforman el proceso de difusión:

- a) *La diseminación* o transferencia de las innovaciones del sistema de recursos al sistema de usuarios.
- b) *La adopción* o identificación, así como la aceptación de los programas por parte de los adoptantes potenciales,
- c) *La instrumentación* o la puesta en práctica, o el uso inicial de la innovación enfatizando la importancia de la autoeficacia y habilidades de adoptante,
- d) *El mantenimiento* o uso sostenido del programa y
- e) *La institucionalización*, es decir, la etapa en la que se formalizan las innovaciones de las políticas públicas (Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003).

Por otra parte, en la actualidad la capacitación en alguna técnica terapéutica debe ir acompañada de un proceso de supervisión al terapeuta capacitado. La supervisión se entiende como un desenvolvimiento profesional controlado, teniendo varios elementos esenciales de la profesionalización en el ámbito de la enseñanza práctica que se integran: el contexto, el conocimiento disciplinar, la competencia metodológica, el tipo de intervención y los aspectos éticos (Ampudia, Lira y Ayala, 2001).

La supervisión es un componente central en el entrenamiento de los terapeutas, bajo cualquier enfoque terapéutico. En todo entrenamiento se debe observar la capacidad del terapeuta para estructurar los conocimientos adquiridos al llevarlos a la práctica, así como la capacidad del terapeuta para relacionarse con los usuarios (Ampudia et al., 2000). La importancia de evaluar a los terapeutas en el modelo de tratamiento, es que permite observar las dificultades a las cuales se enfrentan al aplicar el protocolo clínico.

Considerando lo puntos anteriores que son de gran importancia para el proceso de sensibilizar y capacitar a otros profesionales, las actividades realizadas con este fin fueron estructuradas de tal manera que se buscó el aprendizaje significativo por parte de los profesionales.

HABILIDADES DESARROLLADAS

- Analizar y evaluar el contexto al cual se le ofrece el curso, taller o conferencia: características de los participantes (profesión, edad, conocimientos previos, etc.), duración del evento, lugar, material didáctico, etc.
- Diseñar el curso, taller, conferencia, etc., que se ofrece a profesionales de la salud, tomando en cuenta los principios del aprendizaje.
- Utilizar datos objetivos y específicos que respalden nuestra aportación con el fin de crear un ambiente confiable y favorable al proceso de sensibilización.
- Enmarcar los conceptos a las condiciones de nuestro país. Contextualizar los problemas a la realidad actual con el fin de crear una necesidad de respuesta.
- Elaborar un guión del curso, taller, etc., para mantener una lógica explicativa y facilitar el aprendizaje de los participantes.
- Uso de la tecnología con el fin de facilitar el proceso de aprendizaje.
- Fomentar la participación de los integrantes a través de la interacción (preguntas, opiniones, críticas, reflexiones).
- Mantener una postura abierta a las posibles críticas o a posturas diferentes a la nuestra.
- Utilizar las técnicas de Modelamiento, Juego de Roles y Moldeamiento para la adquisición de alguna destreza terapéutica.
- Buscar la retroalimentación, tanto de los participantes como de uno mismo. Analizar el proceso de enseñanza; “evaluarse a uno mismo”.
- Elaboración de instrumentos específicos para evaluar el proceso de la capacitación, supervisión y la aplicación del modelo terapéutico.
- Supervisar la aplicación de la intervención a través de un instrumento claro y objetivo.
- Establecer un sistema de supervisión de acuerdo al contexto garantizando la aplicación del modelo.
- Identificar las conductas que son fundamentales como la integridad del tratamiento y la adherencia a las técnicas utilizadas.

- Observar sistemáticamente la adherencia de las habilidades del terapeuta. Ofrecer retroalimentación del desempeño.
- Establecer un protocolo clínico: estructura de la evaluación directamente relacionada con el objetivo del tratamiento y la aplicación de la intervención.
- Evaluar el tratamiento para observar las dificultades a las cuales se enfrentan los terapeutas al aplicar el protocolo clínico.
- Medir el proceso de supervisión y las necesidades que tienen los profesionales capacitados.

COMPETENCIA 6

Implementar proyectos de investigación 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 y la rehabilitación de este problema.

ANTECEDENTES

La investigación científica es esencial para comprender los fenómenos sociales y para el avance progresivo del conocimiento. Uno de los propósitos de la investigación es simplificar la complejidad de la naturaleza, el análisis minucioso de los fenómenos que nos rodean. El campo de las adicciones es un reto para la investigación, ya que son diversas áreas del conocimiento las que convergen en un terreno aún no bien definido.

En México, la epidemiológica en adicciones ha sido el área de investigación que más estudios reúne y que más tradición posee. En estos días, existen varios mecanismos de recolección epidemiológica que constantemente recaban información manteniendo datos actualizados de la situación real en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas.

Un ejemplo de lo anterior es la Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA, 2002) que se ha llevado a cabo desde 1988 cada cinco años, con excepción del 2002, pero cabe señalar que la ENA tiene su antecedente más temprano en el estudio titulado “Las drogas y sus usuarios” publicado en 1976. La ENA-2002, constituyó un trabajo conjunto por la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Dirección General de Epidemiología, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Esta encuesta tiene como objetivo primordial generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema entre la población de 12 a 65 años. Los resultados de esta Encuesta posibilitan el diseño y la ejecución de acciones destinadas a la prevención y al tratamiento de las adicciones. También se busca identificar los patrones de consumo de las sustancias referidas entre las personas entrevistadas, relacionando este fenómeno con los factores que eventualmente las pueden condicionar, como el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y de ingresos entre otros.

Otro mecanismo que contribuye a la investigación epidemiológica es la creación del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas cuyo principal objetivo es contar con información actualizada, sistematizada y obtenida con metodologías comparables.

Existen otros mecanismos que vale la pena mencionarlos: Encuestas Nacionales de Adicciones en Estudiantes; el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA); los Centros de Integración Juvenil; el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) en la Ciudad de México; Encuestas Nacionales y Regionales de Adicciones coordinadas por la Dirección General de Epidemiología (DGE), el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Consejo Nacional contra las Adicciones.

Cada uno de estos mecanismos contribuye a la investigación epidemiológica de nuestro país al integrar información sobre la extensión, naturaleza y tendencias del problema, las características de los usuarios, las políticas y los programas nacionales y locales. La información epidemiológica proporciona un referente para el desarrollo de políticas de salud y para evaluar el impacto a través de los años.

Por otra lado, la Secretaría de Salud a través del Programa de Acción: Adicciones (SSA, 2001), establece cuatro estrategias en el área de investigación las cuales se enumeran a continuación:

1. Promover, fortalecer y difundir proyectos de investigación biomédica, básica y aplicada en todo el país.

A. Identificar e impulsar el desarrollo de las líneas de investigación que se llevan a cabo actualmente en el país, así como de los investigadores responsables de los proyectos: Crear un inventario de líneas de investigación. Desarrollo de proyectos de investigación en universidades e instituciones que prestan servicios de tratamiento de la farmacodependencia. Desarrollo de proyectos de investigación inmunológicos. Desarrollo de proyectos de investigación con perspectiva de género.

B. Promover la difusión de los resultados de las investigaciones entre la población general, adecuando los contenidos a grupos específicos de población.

2. Fortalecer la concentración y la coordinación interinstitucional para apoyar y fomentar la formación de recursos humanos para la investigación en farmacodependencia.

A. Introducir y reforzar en los programas académicos de las disciplinas médicas y sociales, el estudio de los métodos y técnicas de investigación sobre abuso de drogas y sus problemas relacionados: Incluir en la curricula de las carreras afines, métodos y técnicas de investigación en

farmacodependencia. Continuar con la maestría y doctorado de Salud Mental Pública y Psiquiatría. Impartir el módulo de investigación en el Diplomado en Adicciones (UAM-Xochimilco-Fundación Ama la Vida).

B. Promover la formalización de las opciones de desarrollo de servicio social y tesis, en los programas de investigación existentes: Establecer convenios de colaboración entre titulares.

C. Promover la formación de recursos humanos en el área de investigación en farmacodependencia: Otorgar becas para investigadores en farmacodependencia, en los niveles de especialidad, maestría y doctorado.

3. Consolidar un sistema de información que integre a las diversas instancias que tratan problemas de salud y garantizar la continuidad de los sistemas existentes.

A. Crear el Observatorio Epidemiológico en Drogas, con el fin de contar con un sistema nacional de información orientado a evaluar en forma regular la naturaleza y magnitud del uso, abuso de drogas y los problemas relacionados en la población: Conjuntar en forma periódica, la información proveniente del: SISVEA, SRID, CIJ, CONADIC, y ENA.

B. Fortalecer la vigilancia epidemiológica del consumo de drogas a través de la instalación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), en un mayor número de ciudades.

4. Actualizar y difundir el diagnóstico de la situación de la farmacodependencia a través de encuestas nacionales y estatales para la toma de decisiones y la orientación de las políticas en materia de prevención y tratamiento.

A. Promover la realización de las encuestas nacionales y estatales entre estudiantes, pacientes de primer ingreso a centros de tratamientos públicos y privados y otros grupos de población específicos.

B. Difundir los resultados de las diversas encuestas estatales y nacionales entre los funcionarios responsables de tomar decisiones en los distintos sectores involucrados.

En conclusión, se observa que la investigación epidemiológica es el tipo de investigación que tiene más avances ha logrado en nuestro país. En base a los resultado que arroja la investigación se busca diseñar políticas pública y programas de prevención.

Aunque en las primeras dos estrategias propuestas por la SSA se promueve otro tipo de investigación: biomédica, básica o aplica. Se sabe que no existe gran

acervo sobre investigación en tratamientos psicológicos en conductas adictivas. Las acciones establecidas por la SSA son de carácter general.

Existen áreas que merecen atención en la investigación y que podrían agruparse en los siguientes campos: efectividad de tratamientos, tipos de usuarios con mayor probabilidad de éxito en determinados tratamientos, efectividad de tratamientos mixtos, adaptación de modelos de tratamiento, adherencia terapéutica, diseminación, estandarización en comunidades rurales, entre otros.

Durante el Programa de Maestría se trabajó en el desarrollo de anteproyectos de investigación diseñando estudios de caso único y estudios de grupo. También se observó que en el campo de las adicciones y sus intervenciones arrojan resultados que por su propia naturaleza son tentativos ya que dependen de características únicas del escenario y de la organización experimental en la que se obtuvo el hallazgo. Los descubrimientos también pueden ser ambiguos porque las relaciones pudieran deberse a influencias que el investigador no conocía, reconocía o identificaba en su momento y no por negligencia. Al mismo tiempo, la acumulación de variadas investigaciones puede incrementar la claridad de los hallazgos.

Como profesionales de la salud podemos examinar la relación entre las variables de interés a través de métodos de investigación. La *Metodología* abarca los procedimientos y prácticas para conducir y diseñar la investigación de modo que se puedan identificar las relaciones legítimas. Cuando hablamos de *diseño de investigación* se refiere al plan u organización que se usa para examinar la pregunta o las preguntas de interés. El diseño de investigación no es una compilación de prácticas específicas, procedimientos o estrategias como si fuera un manual inquebrantable a seguir; la cuestión es tratar de entender tanto la lógica de las prácticas metodológicas como las prácticas mismas.

El diseño y la metodología nos alertan sobre los factores que pueden influir en la manera en cómo examinamos e interpretamos los fenómenos de nuestro interés. Más que seguir un orden determinado en una secuencia de pasos establecidos, es poder identificar cuáles son las prioridades que existen en un interés por investigar. Debemos de entender cuáles son las relaciones lógicas que existen entre las variables para después manipularlas de forma congruente con lo que buscamos.

Las ventajas y desventajas que se asocian con las opciones disponibles para el diseño, dando así una plasticidad en la forma en cómo podemos construir las estrategias mejor adecuadas para poder ver reflejadas las relaciones entre nuestras variables de interés. En este sentido construimos el mejor escenario para ver actuar a nuestra hipótesis con respectivas variables.

En resumen, el propósito de la investigación es obtener inferencias válidas de las relaciones entre variables. La metodología consiste en prácticas que ayudan a organizar las circunstancias de modo que se minimice la ambigüedad para

alcanzar las inferencias que nos ayuden a la comprensión de los fenómenos de nuestro interés.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

- Conocimiento y manejo de herramientas de investigación bibliográfica.
- Análisis metodológicos de investigación aplicada en el campo de las adicciones.
- Conocimiento y manejo de diseños de investigación de grupos y de un solo sujeto.
- Conocimiento y manejo de los procedimientos para desarrollar y evaluar proyectos de investigación.
- Conocimiento y manejo de herramientas para desarrollar instrumentos de medición, manejo de procedimientos estadísticos y desarrollo de procedimientos de evaluación.
- Redacción de artículos de investigación.

SEGUNDA PARTE

*PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA
BEBEDORES PROBLEMA*

ANTECEDENTES

Al considerar el consumo de alcohol y algunos aspectos relacionados a la salud pública, observamos que existe un amplio rango de problemas provocados por el consumo excesivo de alcohol en nuestra sociedad. Por lo tanto, es necesaria una variedad de intervenciones para diferentes tipos y grados de severidad del problema. Por ejemplo, el tratamiento que resulte más costoso y demandante, será aquel que se dirija a aquellos individuos que presentan daños severos asociados al consumo.

Los servicios de salud dirigidos a la población consumidora de alcohol en exceso abarcan desde el *consejo breve* hasta una variedad de tratamientos de *rehabilitación de la dependencia*. Dando como resultado una diversidad de intervenciones que difieren en intensidad y en objetivos. El Programa de Auto-Cambio Dirigido forma parte de este continuo, formando parte de las acciones agrupadas dentro de la prevención secundaria, siendo un tratamiento breve, de consulta externa, y dirigido a personas que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar problemas de consumo excesivo de alcohol o de una dependencia alcohólica.

Al considerar el tratamiento de consulta externa, debemos entender cuál es el contexto de los servicios de salud en el área de las adicciones. Existe una preocupación por el gasto nacional en salud pública ya que las fugas en los costos del sector salud son vistas como un gran obstáculo para el crecimiento de la economía del país. Por lo tanto aquellos responsables en realizar las políticas públicas deberán asegurarse que el presupuesto sea gastado en forma equitativa y eficiente en programas costo-efectivos.

La cuestión no es solo ahorrar sino asegurar que los recursos económicos sean utilizados adecuadamente en el beneficio de tantas personas como sea posible. La pregunta clave no es si un tratamiento es mejor que otro, sino si un tratamiento más caro produce resultados superiores y suficientes para garantizar el costo o inversión que representa, tanto para el que brinda el servicio como para la persona que lo paga.

Como resultado de lo anterior, es el Programa de Auto-Cambio Dirigido, el cuál propone una alternativa costo-efectiva en el tratamiento de los Bebedores Problema para el sector salud. El Programa de Auto-Cambio Dirigido es un tratamiento de tipo motivacional con un enfoque cognitivo conductual. Este programa se ajusta a los Bebedores Problema cuyos problemas con el alcohol no son tan severos como aquellos diagnosticados como dependientes al alcohol. El Programa de Auto-Cambio Dirigido (Guided Self-Change Treatment) fue desarrollado por Sobell y Sobell (1993) en Toronto, Canadá por la Addiction Research Foundation. En México el programa se adaptó y evaluó por la Universidad Nacional Autónoma de México con financiamiento del Consejo

Nacional de Ciencia y Tecnología (Ayala, 1994; Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001).

Los modelos cognitivos-conductuales proponen que la mayor parte del comportamiento humano es aprendido y que son estos mismos principios del aprendizaje los aplicados para cambiar la conducta humana. Los fundamentos de este enfoque se resumen de la siguiente manera (Rotgers, 1996):

- ◆ La conducta humana es en su mayor parte aprendida, más que ser determinada por factores genéticos.
- ◆ La conducta es determinada en gran parte determinada por factores contextuales y ambientales; y las conductas internas (pensamientos y sentimientos) son objetos de cambio a través de la aplicación de los principios de aprendizaje.
- ◆ La ejecución de nuevas conductas en el contexto es parte crítica del cambio conductual.
- ◆ Cada cliente debe ser evaluado como un individuo único en un contexto particular.
- ◆ La piedra angular de un tratamiento adecuado es una completa y concienzuda evaluación conductual.

De acuerdo con el modelo cognitivo-conductual y la teoría del aprendizaje social, el abuso del alcohol es considerado como una conducta mal adaptada, la cual se define como un patrón repetitivo caracterizado por la búsqueda de recompensas a corto plazo (relajación, bienestar) y a menudo con efectos dañinos a largo plazo (enfermedad y problemas sociales o personales). Esta conducta se experimenta subjetivamente como “pérdida de control”, debido a que se sigue presentando aún cuando se hagan esfuerzos concretos para abstenerse o moderar su uso.

En el esfuerzo de encontrar una solución a los problemas asociados al consumo excesivo, Sobell y Sobell (1993) se basaron en tres áreas de investigación para la conformación del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema:

- 1) el modelo de intervención breve;
- 2) la recuperación natural del consumo excesivo; y
- 3) la conceptualización de la motivación como un estado de disponibilidad al cambio.

Este programa se basa en la idea de que una gran proporción de Bebedores Problema pueden resolver sus problemas por sí mismos si se encuentran lo suficientemente motivados y apoyados. También se ayuda al usuario a identificar y ejercer sus propios recursos en busca de controlar su consumo de alcohol. Por tanto, es evidente la gran flexibilidad que posee el programa para adaptar los procedimientos a diferentes escenarios clínicos y a diversos individuos.

A continuación se presentan algunas de las características distintivas de los Bebedores Problema con respecto a los dependientes severos al alcohol (Sobell y Sobell, 1993):

- No muestran síntomas físicos de dependencia alcohólica (síndrome de abstinencia y tolerancia). Sus vidas no giran alrededor de consumir alcohol.
- Los Bebedores Problema típicos han experimentado experiencias negativas o se colocan en riesgo cuando consumen alcohol.
- No consumen diariamente y es frecuente que existan episodios de consumo moderado.
- Las dificultades se relacionan a episodios fuera de control (consecuencias de la embriaguez) y reconocer que en ocasiones beben más de lo que se había planeado.
- Los Bebedores Problema puntúan bajo en las escalas de dependencia al alcohol, con una tendencia a una historia de consumo problemático menor a diez años y con menores consecuencias de salud y sociales.
- Los Bebedores Problema tienden a tener mayores recursos personales, económicos y sociales, con los que puede asumir una responsabilidad sobre sí mismo. Por esto es muy probable que un Bebedor Problema no haya recibido un tratamiento anteriormente.
- Tampoco se perciben a sí mismos como “alcohólicos” o como personas diferentes de quienes no tienen problemas con el alcohol.

Es importante tener en mente que la vida de un Bebedor Problema normalmente no ha sido dañada severamente por el consumo del alcohol, por lo que posiblemente no esté tan a favor de realizar grandes sacrificios por algún tratamiento. Las demandas del tratamiento pueden llegar a competir con el trabajo, con la familia, y con las necesidades personales, y puesto que un Bebedor Problema no se percibe a sí mismo como un alcohólico, los modelos tradicionales son muy demandantes para un Bebedor Problema.

La alternativa de tratamiento es el Programa de Auto-Cambio Dirigido ya que cuenta con características que lo hacen atractivo para un Bebedor Problema: consulta externa, cuatro sesiones de tratamiento, elección de la meta de tratamiento por parte del usuario, planeación del tratamiento con base a los recursos y necesidades del usuario, entre otras.

Se ha sugerido que al permitir a los clientes tomar decisiones sobre las metas de tratamiento se incrementa su compromiso en alcanzar sus metas. Además se ha observado que para los Bebedores Problema la meta de moderación es la de mayor elección. Los tratamientos que buscan solo la abstinencia podrían ser contraproducentes para los Bebedores Problema (Sobell y Sobell, 1993).

Con base a las características del Bebedor Problema el objetivo general del tratamiento es la reducción del patrón de consumo de alcohol, sea moderación o abstinencia, y por ende, disminuir las consecuencias negativas del consumo excesivo. Por lo tanto, el programa establece los siguientes objetivos específicos:

- a) Ayudar a los pacientes a establecer metas;
- b) Identificar las situaciones de riesgo para el consumo; y
- c) Desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a dichas situaciones.

Para cumplir con los objetivos de la intervención, el programa se apoya en cuatro componentes básicos durante las sesiones de tratamiento:

Balance Decisional. Especificación de beneficios y costos asociados al consumo y al no consumo de alcohol promoviendo una toma de decisión.

Técnicas de Autocontrol. Auto-monitoreo, auto-selección de las metas del tratamiento.

Análisis Funcional. Identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de consumo de alto riesgo.

Desarrollo de Planes de Acción. Enfrentamiento a situaciones de alto riesgo de consumo.

En una breve conclusión, el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema es visto al igual que una guía de auto-ayuda, donde la gente es orientada al entendimiento de su problemática y asistida en la formulación de los planes de tratamiento, basándose en los propios recursos ya existentes.

A continuación se presenta una descripción del programa en base al desarrollo de las sesiones, mencionando los componentes que lo conforma y tomando como punto de partida el reporte de un caso que fue admitido y atendido dentro de las instalaciones del Centro de Servicios Acasulco como parte de la residencia en la Maestría en Psicología Profesional. Al final se presentan los resultados y algunas conclusiones del caso, así como aspectos relevantes durante los seguimientos (1, 3, 6 y 10 meses).

REPORTE DE CASO

1. MOTIVO DE CONSULTA Y EVALUACIÓN

1.1 ADMISION

La sesión de admisión es el primer contacto que tiene el terapeuta con el usuario, así que el objetivo de este encuentro es conocer el motivo de consulta planteado por el propio usuario e identificar las características generales del consumo, es decir, la cantidad promedio de consumo por ocasión, la frecuencia de consumo moderado y del consumo en exceso, los lugares donde consume alcohol, las personas con las que acostumbra beber acompañado, la preferencia de bebida alcohólica y la duración del episodio de consumo entre otras más.

Durante la misma sesión se identifican algunas consecuencias positivas o negativas del patrón de consumo en el último año o en fechas posteriores. También se establece el historial de consumo del usuario, fijando las edades del inicio del consumo así como su posterior evolución hasta convertirse en un bebedor problema. Es propósito de la misma sesión identificar en que etapa de cambio se encuentra el usuario al iniciar el tratamiento, según el modelo transteórico del cambio.

Al ser esta sesión el primer contacto entre usuario y terapeuta, se debe promover la interacción positiva para establecer un ambiente favorable que coadyuve a la recopilación de información y al proceso de cambio. A través de practicar los principios generales propuestos por la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), se logra crear el clima terapéutico.

Estos principios no se limitan solamente a la sesión de admisión, sino que también se aplican a lo largo del Programa de Auto-Cambio Dirigido. Tales principios nos sugieren una actitud destinada a ayudar a los bebedores problema a que adquieran el compromiso y cumplan con sus metas establecidas.

A continuación se presenta una síntesis de la sesión de admisión de un bebedor problema atendido durante la residencia en el Centro de Servicios Acasulco entre los meses de octubre del 2004 y enero del 2005.

27/IX/2004

Alberto¹ es un hombre casado de 56 años que busca orientación para solucionar sus problemas relacionados con el alcohol. Es licenciado en ciencias políticas y administración pública y trabaja en un despacho de asesoría financiera con un ingreso de 50 mil pesos mensuales. Actualmente vive con su esposa y su suegro, además de tener un hijo de 23 años que se encuentra estudiando fuera del país.

¹ Nombre ficticio del bebedor problema.

Comentó que el problema que más le preocupa son las discusiones que tiene con su esposa a consecuencia de su forma de beber alcohol. Ella le ha dicho que toma más de lo que puede controlar. Alberto considera que sí tiene control sobre su consumo, aunque acepta que hay ocasiones donde ha perdido el control por el consumo excesivo. Cuando se le preguntó acerca de su pérdida de control, dijo que cuando tomaba mucho discutía con algunos hermanos de su esposa y en algunas ocasiones ha estado al borde de la agresión física. Esta situación en particular ha venido acentuándose en los últimos seis meses, según él comentó.

También mencionó que días atrás una amistad le hizo un comentario referente a su forma de beber diciéndole que posiblemente era un alcohólico. El no se considera como tal, sin embargo este comentario más las discusiones con su esposa y reconocer la falta de control lo llevaron a reflexionar sobre su hábito de beber. Tomó la decisión de pedir ayuda y preguntar si en verdad es un alcohólico, y en caso de serlo, está dispuesto a dejar de beber totalmente. Por lo tanto es la primera vez que acude a un tratamiento por cuestiones de alcohol.

Al pedirle que evaluara subjetivamente la severidad de su problema durante el año anterior, Alberto contestó que él considera un **problema mayor** su forma de beber ya que ha tenido consecuencias, y una de las cuales puede considerarse seria.

| | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| En la siguiente escala, marca la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque una sola opción): | | | | |
| Sin Problema | Un pequeño problema | Un problema menor | Un problema mayor | Un gran problema |
| _____ | _____ | _____ | _____✓_____ | _____ |

Figura 1. Escala de severidad del problema con su consumo de alcohol.

Su historia de consumo inicia aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad siendo un consumo tipo experimental. Identificó que alrededor de los 44 años aumentó la cantidad de su consumo coincidiendo cuando dejó de fumar. Al respecto su esposa comentó que había compensado el hábito de fumar con el hecho de beber más alcohol, lo que generó discusiones entre ellos. Alberto considera que son alrededor de 12 años de consumo problemático, aunque existen varios lapsos en los que no hubo ningún tipo de problema por su forma de beber.

Cuando tenía 52 años de edad se abstuvo durante un año del alcohol. El motivo que lo llevó a dejar de consumir fue un accidente automovilístico que sufrió un familiar suyo al conducir bajo los efectos del alcohol. Este evento lo hizo reflexionar y prometerse no beber más alcohol. Sin embargo, la presión de los amigos y los familiares fue la razón que lo llevó a reiniciar su consumo.

En promedio dice que bebe 5 tragos estándar y por lo regular toma cerveza, tequila y en ocasiones algunos “digestivos”. La duración de un copa estándar (o trago estándar) es aproximadamente de 25 minutos y el tiempo de espera para servirse otra es de 10

minutos. El consumo máximo, reportado por él en el último mes fue de 7 copas. Si llega a tomar alcohol entre semana es por cuestión de negocios y es muy raro que llegue a las tres copas. Menciona que en este último año él ha tratado de ir disminuyendo su consumo, y que por lo regular sólo toma los fines de semana.

Los lugares donde consume alcohol son por lo regular restaurantes, en compañía de su esposa y de su suegro; también toma alcohol en reuniones en casa de algunos amigos. En general, en estos lugares son poco frecuentes las discusiones con su esposa ya que logra consumir moderadamente sin consecuencias negativas, al contrario de las “comidas familiares” donde reconoce que bebe más perdiendo el control en varias ocasiones. Comentó que es ahí donde ha tenido la mayoría de las consecuencias negativas que más le preocupan y que desea cambiar.

Además agregó que él ha tenido ciertos problemas personales con los hermanos de su esposa con referencia al cuidado de su suegro. A él le molesta que sus cuñados no tomen la responsabilidad del cuidado de su padre, siendo Alberto y su esposa quienes asumen dicha responsabilidad. Esto lo ha hecho enojar al grado de pelearse con sus cuñados durante algunas reuniones familiares en varias ocasiones.

Alberto dijo que son muy pocas las ocasiones en las que llega a beber solo y si llega a suceder sólo toma una o dos copas. Por otro lado, al preguntarle si prefiere el alcohol por su efecto o por su sabor, contestó que en la mayoría de las ocasiones bebe para relajarse y pasar un buen rato con sus amigos, aunque reconoce que el sabor del tequila le es muy agradable.

En relación a las áreas de vida afectadas al consumo, Alberto considera que su relación matrimonial es la más afectada, siguiéndole la relación con su familia política y su salud. En cuanto a su desempeño laboral no presenta ninguna disminución. En estos momentos no está muy contento con su trabajo pero no considera que sea por su consumo de alcohol sino por la relación con su socio. Con sus amigos la relación es estable, por lo que nunca ha tenido discusiones bajo los efectos del alcohol o con relación a su consumo de alcohol.

| ¿Sus dificultades actuales están afectando alguna de las siguientes áreas? | | | | | |
|--|-------|---------------|-----------------|-----------------|---------|
| Áreas | Nunca | Algunas veces | Ocasional mente | Frecuente mente | Siempre |
| Amistades | | X | | | |
| Laborales | | X | | | |
| Familiares | | | X | | |
| Académicas | X | | | | |
| Sexuales | | | X | | |
| Salud | | | X | | |

Tabla 1. Áreas de vida que se ven afectadas por el consumo de alcohol.

Durante la sesión de admisión se verifica si se cumplen los criterios de inclusión a través del cuestionario de pre-selección que identifica un posible síndrome de dependencia alcohólica con base al DSM-IV. También se aplica el instrumento *CAGE* como una prueba de tamizaje, y para identificar el nivel de dependencia al alcohol se aplica la escala *BEDA*. Tales instrumentos se describen a continuación junto a las demás escalas de evaluación. Por último, es necesaria una prueba neuropsicológica que descarte posibles daños cognitivos: la sub-escala de Pistas (A y B) de la batería Halstead-Reitan. Al reunir con los criterios de inclusión se firma el contrato terapéutico explicando las obligaciones tanto del terapeuta como del usuario.

Al finalizar la sesión se recuerda la fecha y hora de la siguiente sesión y se explica en que consistirá: la evaluación.

1.2 EVALUACIÓN

Durante el proceso de evaluación es importante tener en mente que algunos bebedores problema nunca han reflexionado sobre su patrón de consumo, por lo que el terapeuta debe estar alerta a capitalizar esta experiencia como un elemento motivacional.

El propósito de la evaluación es cuantificar el problema (línea base) que sirva de punto de referencia para valorar que tan viables son las estrategias iniciales y las metas que se quieren alcanzar. Además los datos objetivos funcionan como punto de comparación permitiendo retroalimentar el cambio a lo largo de la intervención.

Los resultados de la evaluación se clasifican en:

- a) Identificación del grado de dependencia,
- b) Patrón de consumo: frecuencia y cantidad, y otras características generales,
- c) Situaciones y estados de ánimo predominantes que anteceden al consumo,
- d) Auto-eficacia en diferentes situaciones y estados de ánimo,

A continuación se describen brevemente cada uno de los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación además de presentar los resultados obtenidos del caso Alberto descrito en el punto 1.1 Admisión.

A) CAGE

Es un instrumento de *tamizaje* corto, de origen norteamericano. Consta de cuatro preguntas. Su nombre proviene de las iniciales en inglés que corresponden a los cuatro aspectos que evalúa:

- C** ut-down: *reflexiones personales sobre el posible abuso,*
- A** nnoyed: *comentarios de terceros con relación a su hábito alcohólico,*
- G** uilty: *existencia de sentimientos de culpa, y*
- E** ye-opener: *necesidad de consumo matutino.*

La respuesta afirmativa a una de las cuatro preguntas supone un riesgo de alcoholismo mientras que dos o más puntos presumen un síndrome alcohólico. La sencillez de este cuestionario ha significado su gran difusión, por lo que resulta un instrumento muy práctico y de fácil uso (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

Resultados CAGE:

Alberto respondió afirmativamente a dos preguntas (*cut-down* y *annoyed*), lo que significó una posible dependencia severa. Posteriormente se descartó tal diagnóstico por la ausencia de síntomas de abstinencia. La utilidad del CAGE en este caso sirvió para dirigir algunas preguntas alrededor de la propia percepción del usuario sobre su patrón de consumo.

B) Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)

Esta escala está diseñada para identificar una dependencia media a una moderada dentro de la población adulta que abusa del alcohol. Tiene una amplia utilidad para programas de Detección Temprana e Intervención Breve ya que refleja todas las dimensiones del síndrome de abstinencia.

La BEDA fue desarrollada para medir todos los rangos del síndrome de dependencia al alcohol formulados por Edwards y Gross en 1976. Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retiro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber.

Esta escala fue diseñada como un instrumento de autorreporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Por su sencillez solo requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Resultados:

BEDA: 7 puntos (Dependencia Baja).

En un estudio anterior se encontró que el 28% de los bebedores problema que se atendieron con el Programa de Auto-Cambio Dirigido presentaron dependencia baja (Ayala et al., 2001).

C) PISTAS A y B

Para intervenciones de corte cognitivo-conductual es necesaria la valoración neuropsicológica. Se sabe que la ingestión prolongada de alcohol puede ocasionar incapacidad neuropsicológica seria: alteraciones cognoscitivas (Lorenzo et al., 2003). El uso de una prueba para diagnosticar el probable daño cerebral ayuda a la eficacia del tratamiento. Los usuarios que tengan deficiencias, por ejemplo de abstracción no son buenos candidatos para tratamientos donde las habilidades cognoscitivas son necesarias para llevar a cabo revisión de material de lectura bibliográfica.

El instrumento que se utiliza para este fin es la sub-escala de Pistas A y B de la Batería Halstead-Reitan. La sub-escala Pistas A, se aplica pidiendo al usuario que con una línea trate de unir los números que se encuentran en el papel empezando por el número uno, siguiendo en orden ascendente hasta terminar con el número 15.

Para Pistas B se le pide al usuario que ahora una con una línea un número uno con la primera letra del abecedario y después el siguiente número con la siguiente letra y así sucesivamente. El terapeuta debe tomar el tiempo en ambas sub-escalas: para Pistas A el máximo son 60 segundos y para B son 120 segundos.

Resultados Pistas:

Parte A: 23 segundos.

Parte B: 40 segundos.

Los tiempos se ubican dentro de los límites donde no hay indicación de alguna alteración neurológica.

D) Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)

Este inventario fue desarrollado por Annis en 1982 como un instrumento que mide las situaciones específicas de consumo de alcohol durante el año anterior y que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída después del tratamiento (Ayala et al., 1998). Tiene un marco teórico cognitivo-conductual con base al trabajo empírico realizado por Marlatt y colaboradores sobre la prevención de recaídas.

El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos para medir ocho categorías las cuales se dividen en dos grupos:

1. Situaciones Personales:

Emociones Desagradables

Malestar Físico

Emociones Agradables

Probando el Auto-control y

Necesidad Física.

2. Situaciones con otras Personas:

Conflicto con Otros,

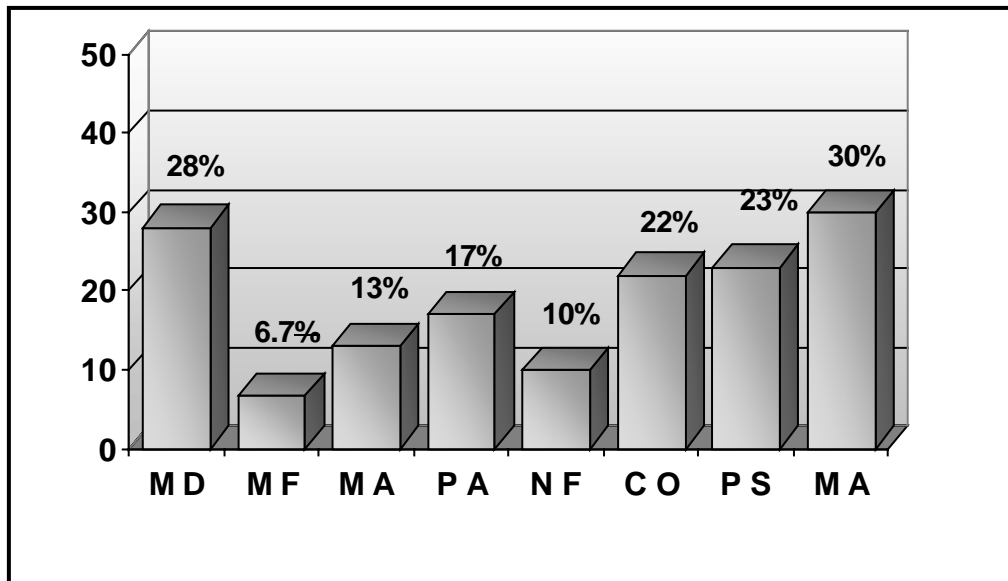
Presión Social y

Momentos Agradables con Otros.

Las ventajas del ISCA es que además de proporcionar la evaluación de las situaciones de alto riesgo, se aplica breve y fácilmente.

Resultados:

| | | | |
|-------------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| <u>Momentos Desagradables</u> | <u>28%</u> | Malestar Físico | 6.7% |
| Momentos Agradables | 13% | Probando Autocontrol | 17% |
| Necesidad Física | 10% | Conflicto con Otros | 22% |
| <u>Presión Social</u> | <u>23%</u> | <u>Momentos Agradables Otros</u> | <u>30%</u> |



Gráfica 1. Porcentajes en cada una de las áreas del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol. Caso Alberto.

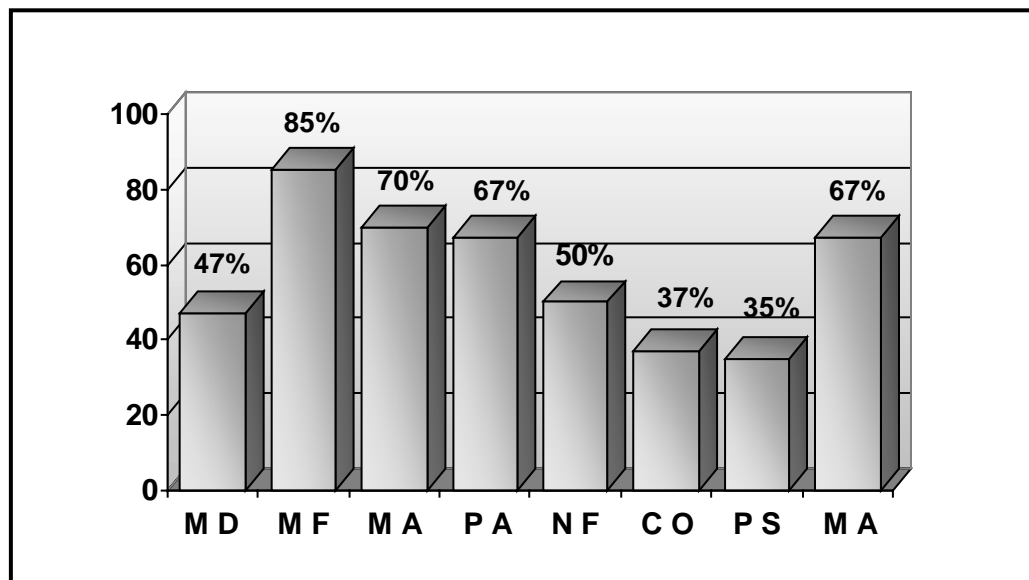
E) Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) - versión breve:

El cuestionario fue desarrollado por Annis como un complemento del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol anteriormente descrito, esta diseñado para evaluar la habilidad que percibe el usuario en si mismo para resistirse al consumo de bebidas alcohólicas en situaciones específicas.

Al contestar el cuestionario se le pide al usuario que se imagine a sí mismo en cada una de las situaciones y que indiquen en una escala del 1 al 10 qué tan confiados o seguros están de resistir la tentación de beber en exceso en una situación determinada. Al igual que en el inventario anterior el CCS breve está dividido en dos categorías principales de situaciones: a) estados personales y b) situaciones que involucran a otras personas.

Resultados:

| | | | |
|-------------------------------|------------|----------------------------|------------|
| <u>Momentos Desagradables</u> | <u>47%</u> | Malestar Físico | 85% |
| Momentos Agradables | 70% | Probando Autocontrol | 67% |
| Necesidad Física | 50% | <u>Conflicto con Otros</u> | <u>37%</u> |
| <u>Presión Social</u> | <u>35%</u> | Momentos Agradables Otros | 67% |



Gráfica 2. Porcentajes en cada una de las áreas del Cuestionario de Confianza Situacional. Caso Alberto.

F) Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE)

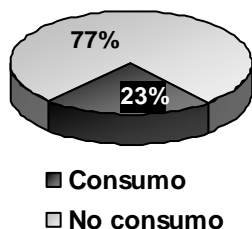
Este instrumento sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes de un tratamiento, aunque en ocasiones se utiliza durante y después como sustituyo del autoregistro diario. Esta técnica presenta a los usuarios un calendario, como principal apoyo y se les pide que recuerden su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. La aplicación puede ser administrada por el entrevistador o en forma de auto-reporte y en promedio toma entre 20 y 40 minutos. Un punto importante es verificar que el usuario no haya consumido alcohol con anterioridad a la evaluación para evitar la falsedad en los datos.

Se ha encontrado que esta técnica es confiable y válida para determinar el consumo de alcohol durante el año anterior a la evaluación en diferentes poblaciones de usuarios de alcohol y también se ha encontrado correlaciones

favorables de los reportes ofrecidos por otros significativos y los del bebedor problema (Sobell y Sobell, 1993).

Resultados LIBARE:

En el periodo del 9 de noviembre del 2003 al 8 de noviembre del 2004, Alberto presenta un total de 440 copas estándar² distribuidas en 83 episodios de consumo, lo que representa un 23% del total de días en un año. El número de copas promedio por ocasión es de 5.3 con un consumo máximo de 6 copas en un episodio.



Promedio de copas estándar por ocasión de consumo: **5.3**

Número máximo de copas en un episodio durante el último año: **6**

Figura 2. Porcentajes de consumo y no consumo en el año anterior; promedio de copas estándar por ocasión y número máximo de copas estándar consumidas en un episodio.

Los tres meses que presentaron un consumo mayor son Mayo (49 copas), Enero (45) y Diciembre (44). Los meses con menor promedio fueron Junio y Julio ambos con 24 copas.

| | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------------|-----------|-------------------|-----------|
| Noviembre '03 | 38 | Abril '04 | 34 | Agosto '04 | 40 |
| Diciembre '03 | 44 | Mayo '04 | 49 | Septiembre '04 | 38 |
| Enero '04 | 45 | Junio '04 | 24 | Octubre '04 | 28 |
| Febrero '04 | 34 | Julio '04 | 24 | Noviembre '04 | 8 |
| Marzo '04 | 34 | | | | |

Figura 3. Relación copas estándar por mes durante el año anterior (LIBARE – Alberto)

La mayor parte del consumo de Alberto se presenta en los fines de semana. Los sábados y domingos representan un 92.3% del total del consumo:

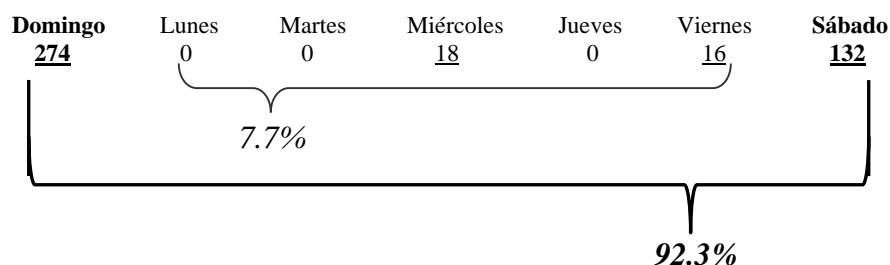
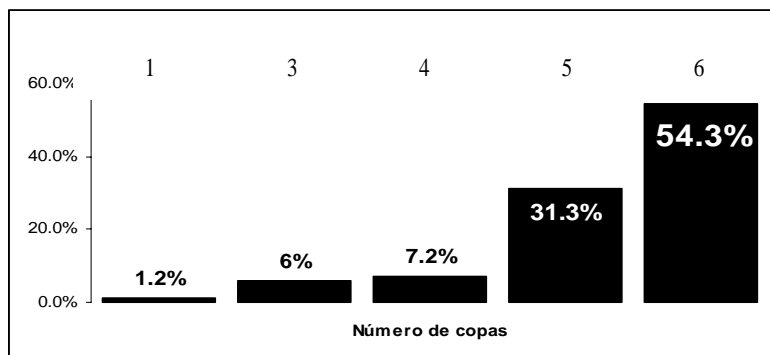


Figura 4. Relación copas estándar por día de la semana durante el año anterior (LIBARE – Alberto).

² Copa o Trago Estándar es equivale a 12 gramos o 0.5 onzas de alcohol absoluto (Medina-Mora, 2001).

En el 86% de los episodios de consumo se alcanzaron niveles considerados como abuso, es decir, consumos de más de cuatro copas estándar. Un 31.3% con cinco y un 54.3% con seis copas.



Gráfica 3. Distribución porcentual del número de copas estándar consumidas durante el año anterior (LIBARE – Alberto).

G) Auto-monitoreo:

El auto-monitoreo es una técnica utilizada para el registro de conductas, para este caso se usa en el registro del consumo diario de alcohol; de las conductas y los escenarios asociados al consumo, y de otras características importantes para la identificación del contexto de consumo. Un beneficio que ofrece el auto-monitoreo es que obliga al usuario a tener una continua atención sobre su propio consumo.

Las ventajas que tiene es que: a) ofrece una imagen del patrón de consumo durante el tratamiento, b) provee una base para evaluar algún cambio en el patrón de consumo, y c) permite hablar del consumo sin necesidad de ser delicados con el tema (Sobell y Sobell, 1993).

Al final de la sesión de evaluación, se explica al usuario el llenado del auto-registro. También se le hace entrega de la primera lectura “Paso 1: Decidir cambiar y establecimiento de metas” además de los ejercicios 1a, 1b y 1c. Se comenta que la finalidad de esta lectura es encontrar razones para el cambio y entender que la ambivalencia es un aspecto normal y esperado.

El hecho de entregar la lectura y los ejercicios es visto como una estrategia que permite al usuario iniciar inmediatamente con el tratamiento y familiarizarse con la orientación del mismo desde este momento. Sobell y Sobell (1993) mencionan que esta estrategia se ajusta a las intervenciones motivacionales y que es un procedimiento no típico de las intervenciones breves. En conclusión, la evaluación no solo sustrae información sino también provee el inicio de un proceso de tratamiento.

Al finalizar la sesión se recuerda la fecha y hora de la siguiente sesión.

2. RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICIT

Existen algunos aspectos relacionados directa e indirectamente con la vida de Alberto que pueden contribuir al desarrollo del programa de tratamiento. Algunos de estos son:

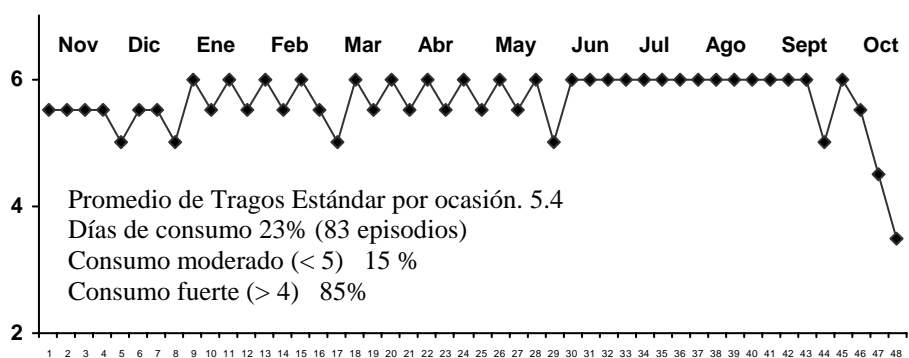
- Entendió rápidamente los conceptos y le fue agradable la manera en como el Programa aborda su problemática con el alcohol.
- Posee el pensamiento lógico que facilita la identificación de los disparadores del consumo así como las consecuencias positivas y negativas a través del análisis funcional.
- La profesión de Alberto y el nivel de educación, contribuyeron positivamente al proceso del tratamiento.
- En sus actividades laborales practica el análisis de datos, lo que pudo haber ayudado a la realización de un buen Análisis Funcional de la conducta de beber y en el desarrollo de los Planes de Acción.
- Alberto mantuvo un trabajo estable y satisfactorio a lo largo de las sesiones, lo que permitió una adecuada inversión de tiempo y dedicación al tratamiento.
- Se presentó altamente motivado además de que le gusta elaborar estrategias, por lo que se facilitó la elaboración de planes.
- Le gusta la lectura, lo que facilita la fluidez del tratamiento al realizar las tareas que conlleva el tratamiento.
- La esposa está dispuesta a apoyarlo en caso necesario para el desarrollo del tratamiento.
- Demostró iniciativa al comenzar con algunas estrategias de acción basándose en el taller que tomó hace 12 años para dejar de fumar.
- Uso de computadoras, lo cual fue de gran ayuda para los seguimientos y los auto-registros.

Por otro lado, no se encontró nada significativo que pudiera interferir el desarrollo del tratamiento, por lo tanto no se consideró ningún déficit por parte de Alberto.

3. INTEGRACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

En base a los resultados obtenidos por el proceso de evaluación y a los datos recolectados durante la sesión de admisión se presentan los siguientes puntos que establecen el comienzo del tratamiento y que además sirven de guía para establecer una meta terapéutica.

Alberto se encuentra en fase de Acción, según el modelo transteórico del cambio, ya que después de reflexionar sobre algunos comentarios sobre su forma de consumir alcohol hechos por personas cercanas a él, decide tomar una decisión sobre su patrón de consumo y solicitar ayuda. La Gráfica 4 nos muestra el patrón de consumo semanal durante el año anterior y en donde se sugiere una disminución de patrón al iniciar el consumo, lo que respalda la hipotética fase de Acción.



Gráfica 4. Distribución del promedio de copas estándar por semana durante el año anterior (LIBARE – Alberto).

Se sabe que el consumo de alcohol ocurre casi en su totalidad durante los fines de semana, con un promedio de 5.4 copas estándar por ocasión y con un promedio de 1.5 episodios de consumo semanalmente. El mayor número de copas por ocasión reportado fue de 6 copas. También se debe resaltar que solo el 14% de los episodios de consumo durante el año anterior se bebió moderadamente, mientras que el 86% fueron episodios en donde se abusó de alcohol.

Por otra parte, Alberto presentó una *dependencia baja* (BEDA) con riesgo de consumo excesivo en situaciones que involucran *momentos desagradables* y *momentos agradables con otros* (ISCA y CCS) como las principales situaciones de riesgo para reincidir. También la *presión social* (ISCA) y los *conflictos con otros* (CCS) son situaciones de riesgo. De lo anterior se puede deducir que las reuniones familiares a las que él hace referencia son situaciones que involucran momentos desagradables y conflicto con otros (tensión con sus cuñados), presión social (en las reuniones familiares la mayoría consume alcohol en grandes cantidades).

4. TRATAMIENTO

4.1 Técnicas de Intervención y Objetivos Terapéuticos

El Programa de Auto-Cambio Dirigido hace uso de técnicas frecuentemente referidas por la literatura de tratamientos de corte cognitivo-conductual en el abordaje de conductas adictivas. A continuación en la Tabla 2 se describen las técnicas utilizadas en el caso Alberto dentro del programa.

| OBJETIVOS | TÉCNICAS |
|---|--|
| Transmitir al usuario que sus pensamientos, sentimientos y puntos de vista son comprendidos sin ser criticados o juzgados. Transmitir empatía al usuario. Crear en el usuario una sensación de aceptación. | Escucha reflexiva |
| Generar un conocimiento claro sobre las consecuencias y riesgos permitiéndole al usuario vea su situación actual en detalle. | Retroalimentación |
| Promover el autocontrol en el consumo de alcohol aumentando la atención en el patrón de consumo. Facilitar el análisis funcional de la conducta de beber. | Auto-registro |
| Provocar una <i>Disonancia Cognitiva</i> entre la conducta actual y objetivos más amplios. Especificar beneficios y costos de su consumo actual y de un posible cambio. | Balance Decisional |
| Promover un ambiente libre y responsable en la toma de decisiones dentro del tratamiento. Disminuir la resistencia y la probabilidad de abandono. | Elección de la Meta |
| Identificar situaciones, personas y estados de ánimo que anteriormente se han relacionado al consumo. Relacionar las consecuencias positivas y negativas del consumo de alcohol. | Análisis Funcional |
| Identificar las situaciones de riesgo que puedan desencadenar el consumo de alcohol en un futuro. | Análisis Funcional Prevención de Recaídas |

| | |
|--|--|
| Desarrollar planes de acción alternos evitando el reestablecimiento del patrón de consumo problemático. | Solución de Problemas Prevención de Recaídas |
| Interesarse de forma activa en el proceso de cambio del usuario. Iniciar acciones que promuevan el cambio. | Ofreciendo Ayuda Activa |
| Comunicar de manera comprensible el tipo de tratamiento. Capitalizar el tiempo de las sesiones cuando el usuario esté presente. Mantener al usuario en actividad en el tratamiento. | Lecturas y Tareas |
| Incrementar la autoeficacia para el cumplimiento de las metas. Identificación de recursos personales | Análisis Funcional del consumo moderado Planes de acción |
| Incrementar o mantener la motivación al cambio | Entrevista Motivacional |

Tabla 2. Técnicas de Intervención y Objetivos Terapéuticos

4.2 Desarrollo del tratamiento.

El Programa de Auto-Cambio Dirigido se conforma por varios componentes, aclarando que no existe un solo y único orden establecido para estos. Al contrario, los autores (Sobell y Sobell, 1993) alientan a los mismos profesionales en la adaptación de los procedimientos en relación a su estilo y a ajustar el programa de tratamiento a cada usuario en particular.

El programa de tratamiento además de la admisión y de la evaluación tiene una duración aproximada de cuatro sesiones con la oportunidad de extenderse en beneficio del usuario. En el caso expuesto, Alberto acudió a sus cuatro sesiones sin necesidad de una adicional. A continuación se describe cada una de estas.

SESIÓN 1

Decisión para cambiar y establecimiento de la meta

En cada inicio de sesión durante el tratamiento se lleva a cabo una revisión del *Autoregistro de consumo* dando pie al *Análisis Funcional*. Esto ayuda a crear una imagen del patrón de consumo, a identificar disparadores y consecuencias, así

como los pensamientos y las emociones involucradas durante la semana anterior. La intención de esto es promover la toma de conciencia por parte del usuario en cuanto a su consumo y aspectos relacionados.

Durante esta sesión se busca establecer cuales son las razones -si las hubiese- para reducir o suspender el consumo. A través de la técnica *Balance Decisional* se ayuda al usuario a especificar lo que percibe como beneficios y costos asociados al consumo de alcohol. También se enlista aquellos beneficios y costos que pudieran surgir en caso de cambiar (disminuir o eliminar) el patrón de consumo actual.

La manera en que estas percepciones contrarias establecen un punto de equilibrio se determinará si el usuario continúa o cambia su manera de consumir. Es necesario recordar que las expectativas del *Balance Decisional* son propias del usuario, y el rol del terapeuta será analizar la validez de algunas de ellas con mayor detalle cuando sea necesario. Para Miller y Rollnick (1991) la ambivalencia es a menudo el núcleo del problema, por eso su abordaje requiere de paciencia y tolerancia por lo que un *Balance Decisional* podría tomar más tiempo del previsto.

El último punto de esta primera sesión es que el usuario seleccione su meta de tratamiento objetivamente: el número de tragos que planea consumir en un día normal y la frecuencia por semana, las situaciones en las que sí se permite beber y las situaciones en donde no planea beber. En este último punto se permite que el terapeuta asesore al usuario en relación a los límites saludables del consumo de alcohol.

Se presenta una descripción de esta primera sesión retomando el caso de Alberto

Caso Alberto


Sesión 1. 15/Noviembre/2004

BALANCE DECISIONAL

Se presume que los individuos se ubican en un estado de desequilibrio cuando los beneficios de beber o consumir drogas no pueden sostenerse por más tiempo sin que el consumo interfiera en las relaciones valiosas o en sus áreas de desempeño de una vida funcional (Zweben, y Fleming, 1999). Por lo tanto en el ejercicio 1A “Decisión de Cambio”, se le pide al usuario que enliste los beneficios y costos tanto de continuar con su forma de beber como de cambiar su forma de beber.

Con este ejercicio se busca crear o potenciar una disonancia cognitiva, es decir una discrepancia entre donde está uno y donde uno quiere estar. Al especificar los beneficios y los costos el usuario encuentra sus propias razones para cambiar. De ahí que la motivación al cambio ocurre cuando se comprende que los costos del consumo son más perjudiciales que los beneficios obtenidos. El resultado es una resolución a la ambivalencia (Miller y Rollnick, 1991).

Al revisar el ejercicio 1a (Figura 5), Alberto pudo identificar que tanto los beneficios de cambiar su consumo como los costos de continuar su consumo tienen mayor peso e importancia que lo demás. Este ejercicio permitió a Alberto que se enfocara en aquellas razones que en verdad lo motivaran a un cambio y no en aquellos motivos que solo lo provocaban ansiedad, es decir cuando en una ocasión lo llamaron alcohólico.



| | CAMBIAR MI CONSUMO | CONTINUAR MI CONSUMO |
|------------|---|---|
| BENEFICIOS | Mejorar mi relación con mi familia [esposa]. Tener más control sobre mi comportamiento. + | Me ayuda a relajarme. Se siente bien beber. - |
| COSTOS | No tendré forma de relajarme. Perderé el placer de la bebida. - | Tendré problemas familiares. Podría llegar a romper una relación de pareja. + |

Figura 5. Ejercicio 1a “Decisión de Cambio”: Balance Decisional realizado por Alberto.

RAZONES DE CAMBIO

El ejercicio 1b “Razones para Cambiar”, se lleva a cabo con la información obtenida del ejercicio 1a. Con lo anterior Alberto pudo establecer tres razones importantes que justificarán un cambio en su manera de beber alcohol.

1. Mejorar mi relación de pareja ya que he tenido fuertes discusiones con mi esposa por mi forma de beber, al grado de no que ya no quería continuar a mi lado.

2. No quiero perder el control de mi relación con otros familiares, puesto que he tenido fuertes discusiones que han llegado a agresiones verbales y a pleitos familiares.
[Forma Positiva: **Mantener** el control de mi relación con otros...]

3. Pretendo y quiero mantener mi control y relaciones con mi familia, sin que el alcohol altere mis emociones, encontrando seguridad y tranquilidad conmigo mismo.

METAS ESTABLECIDAS

El tercer paso en esta sesión es definir la meta del tratamiento. Para ayudar al usuario se le ofrece una descripción de su patrón de consumo en base a los resultados del LIBARE. Al retomar estos datos a manera de una *Retroalimentación* individualizada, se da una oportunidad para observar el consumo personal durante el año anterior. Esta descripción funciona como un punto de referencia para establecer la meta. Un segundo punto de referencia es dado por el terapeuta al comunicar los límites seguros para el consumo moderado de alcohol (Tabla 3). Posteriormente, se solicita al usuario que seleccione su propia meta de tratamiento, es decir, los límites personales de consumo.

| | Copas estándar por ocasión | Copas estándar por semana |
|---------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Mujeres | No más de 3 copas | No más de 12 copas |
| Hombres | No más de 4 copas | No más de 12 copas |

Tabla 3. Límites de consumo moderado en mujeres y hombres (Medina-Mora, 2001).

La *Selección de la Meta* es una estrategia que promueve la responsabilidad en la toma de decisiones; además de una mayor aceptación del tratamiento y resultados más favorables (Echeverría, Ayala, Galván y Tiburcio, 2002). La teoría cognitiva del aprendizaje social propone que las *metas personales* representan normas internas usadas para evaluar el propio desempeño, además de que se ha observado que la gente no necesariamente cumple las metas impuestas por otros (Bandura, 1986).

Por otra parte, cuando las personas alcanzan las metas que ellos eligieron, se fortalece la auto-eficacia y por consiguiente, el mantenimiento del cambio conductual se prolonga. Cuando se alcanza una meta impuesta por alguien más, se podría dar el crédito a esta persona y no a uno mismo (Sobell y Sobell, 1993).

El ejercicio 1c “Establecimiento de Metas” ayuda al usuario a definir su meta de tratamiento, sea Moderación o Abstinencia. Para la primera opción se debe aclarar la cantidad y la frecuencia del consumo. También se establece en que situaciones se permite beber y en cuales no. La meta puede ser modificada a lo largo del tratamiento. Pero nunca durante un episodio de consumo o ante una situación de riesgo inminente.

Alberto estableció su meta de la siguiente manera:

| | |
|--------------------|--|
| MODERACIÓN | “CON AMISTADES Y REUNIONES SOCIALES” No más de 2 días por semana No más de 4 copas estándar por ocasión. |
| ABSTINENCIA | “EN LAS REUNIONES FAMILIARES DE MI ESPOSA” |

QUE TAN SEGURO Y TAN IMPORTANTE ESRA ALCANZAR SU META

Al final de la sesión se hace entrega de la segunda lectura “Paso 2: Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso” y el ejercicio 2. Este material es sobre las relaciones entre el estilo de vida del usuario, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de su forma de consumo. El ejercicio 2, solicita al usuario que identifique tales relaciones entorno a su consumo.

Nuevamente se recuerda el llenado del auto-registro y al terminar la sesión se fija día y hora de la siguiente cita.

SESIÓN 2

Identificación de situaciones de riesgo

En esta sesión el propósito es analizar e identificar tanto los disparadores como las consecuencias del consumo excesivo (*Análisis Funcional*). Con la ayuda de la lectura, del ejercicio, entregados la sesión anterior, y la asesoría del terapeuta en el transcurso de la sesión, el usuario logra comprender las asociaciones directas e indirectas que tiene el abuso de alcohol en su estilo de vida. También se enfatiza que el cambio en su forma de beber es una meta a largo plazo, y que durante el transcurso se requerirá de esfuerzo para mantenerse firme en caso de presentarse algunas dificultades. Se introduce la idea de la *recaída* como un fenómeno natural dentro del proceso de cambio y no tanto como un signo de fracaso. Esta sesión ayuda al usuario a prepararse constructivamente para las recaídas.

Durante esta sesión se *retroalimenta* al usuario al revisar con él los resultados de ambos cuestionarios realizados en la evaluación: ISCA y CCS. Esto ayuda al usuario a tener una visión más amplia de aquellas situaciones que precipitan el consumo en exceso.

A continuación se presenta una descripción de la segunda sesión:

Caso Alberto

Sesión 2. 22/Noviembre/2004

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO

En el Ejercicio 2 “Situación en la que haya tomado alcohol en exceso”, se le pide al usuario que describa tres situaciones de alto riesgo cuando bebe de manera problemática y sus consecuencias correspondientes. Los disparadores usuales para cada una de estas situaciones también deben ser descritos. Al describir las situaciones de alto

riesgo, se identifican los disparadores y las consecuencias en forma clara y específica y se pregunta sobre los posibles antecedentes y consecuencias que pueda haber pasado por alto.

La lectura sobre el Paso 2 ofrece algunas ideas sobre como identificar las situaciones de riesgo, poniendo especial atención en algunas áreas concretas: *estado físico, estado emocional, pensamientos, presencia de ciertas personas, el lugar, los tiempos y acciones específicas.*

En la Tabla 4 se transcribe la situación con mayor frecuencia de consumo excesivo por parte de Alberto, donde nuevamente se reconoce que son las reuniones familiares (familia de su esposa) las situaciones en las que se genera mayor cantidad de problemas.

SITUACIÓN 1

En reuniones familiares, con los hermanos de mi esposa.

| DISPARADORES | CONSECUENCIAS |
|---|--|
| <p><i>“Hay un buen ambiente, música, plática y amigos de la familia. Buena comida y la mayoría bebe. Me relajo en estas reuniones”.</i></p> | <p><i>“He tenido durante más de dos años una situación de malestar, con copas, me porto irónico de manera verbal con mis cuñados, y de manera ofensiva luego teniendo fricciones. Tengo siempre consecuencias de diferencias, discusiones con mi esposa por presionarme a que ya no tome más”.</i></p> |

Tabla 4. Análisis Funcional de la 1ª situación de consumo excesivo. Caso Alberto.

Al analizar la Situación 1 se observa que Alberto hace referencia a una situación de malestar en el apartado de las consecuencias: *“He tenido durante más de dos años una situación de malestar...”*. Sin embargo, tal situación sugiere ser más un disparador que una consecuencia del consumo: Alberto refiere que varios años atrás su suegro ha vivido en su casa y esto ha generado molestia ya que él se considera más responsable que los hijos de su suegro, cuando es obligación de ellos hacerse cargo de su padre. Es en este sentido que al reprochar el descuido de sus cuñados se produce el malestar. Esta situación lo ha llevado discusiones periódicas frecuentes.

Por consiguiente, cuando Alberto asiste a las reuniones familiares donde sus cuñados están presentes, se enfrenta ante una situación de displacer porque el malestar se encuentra desde el inicio de la reunión, inclusive antes de comenzar. Mencionó que en estas reuniones la mayoría de los familiares beben alcohol y en gran cantidad. Es en esta situación donde más problemas han ocurrido durante los últimos años.

En la Tabla 5 y 6 se transcriben las otras dos situaciones (2ª y 3ª) donde también se ha presentado un consumo excesivo. La primera de estas se contextualiza en reuniones sociales con amistades y la otra se limita a comer en restaurantes en compañía de su esposa.

SITUACIÓN 2

En reuniones sociales con amistades bebiendo más de diez tragos.

| DISPARADORES | CONSECUENCIAS |
|--|--|
| <i>“Ganas de divertirme, de bailar. Después de los primeros tragos me gusta mantener o aumentar el grado alcohólico, pensando que lo voy a controlar”.</i> | <i>“Me siento bien, contento. Durante la reunión mi esposa me expresa que no tome más, esto me molesta, y tomo. Consecuentemente llegamos a la discusión y posteriormente el malestar perdura días”.</i> |

Tabla 5. Análisis Funcional de la 2ª situación de consumo excesivo. Caso Alberto

SITUACIÓN 3

En comidas en restaurantes.

| DISPARADORES | CONSECUENCIAS |
|--|---|
| <i>“Quiero relajarme, después de los primeros tragos pienso que lo voy a controlar”.</i> | <i>“Me siento relajado. En ocasiones mi esposa me pide que no tome pues voy a manejar el coche. He tenido discusiones por manejar mal”.</i> |

Tabla 6. Análisis Funcional de la 3ª situación de consumo excesivo. Caso Alberto.

Al analizar las tres situaciones del ejercicio de manera conjunta, se llegó a una conclusión interesante. Se observó que sólo en la Situación 1, Alberto se comporta de manera agresiva después del consumo excesivo (*“...me porto irónico de manera verbal... y de manera ofensiva”*). En las otras dos situaciones descritas, Alberto reacciona a los comentarios de su esposa referente a su consumo con molestia (*“Me siento bien, contento. Durante la reunión mi esposa me expresa que no tome más, esto me molesta, y tomo. Consecuentemente llegamos a la discusión”* ”...*mi esposa me pide que no tome pues voy a manejar el coche. He tenido discusiones por manejar mal”*).

En la Figura 5 se muestra las cadenas conductuales de cada una de las situaciones de consumo excesivo descritas por Alberto en donde se observó el mismo final: discusiones con su esposa. Es de hacer notar que la relación con sus cuñados en lo referente al cuidado de su suegro y el consumo excesivo, establecen una predisposición a la discusión entre ellos. En cambio en las otras dos situaciones, en las que no existe ninguna molestia no se manifiesta ninguna conducta irónica que provoque a los demás, sin embargo, su esposa le advierte sobre su consumo, tratando de evitar algún conflicto como lo sería en las reuniones familiares. Alberto se molesta ante estas advertencias ya que él considera que no hay motivo alguno para violentarse en estas situaciones, donde él se siente relajado y contento. Como consecuencia bebe más como un acto de coraje ante su esposa, según lo comentó.

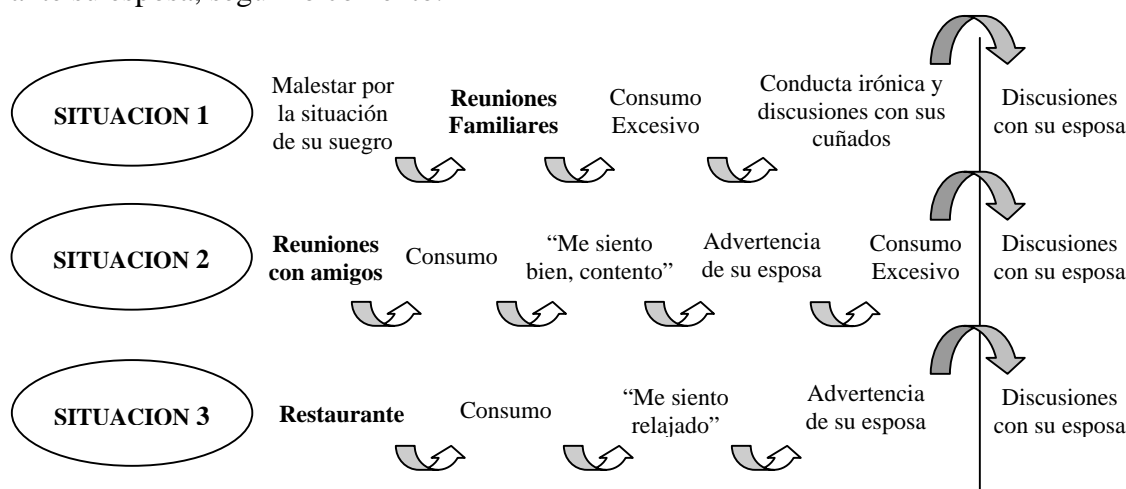


Figura 5. Análisis Funcional de las tres diferentes situaciones de riesgo. Caso Alberto.

Lo que se concluye de lo anterior, es que el comportamiento agresivo de Alberto, ha sido asociado por su esposa con el consumo excesivo independientemente de la situación. Por tanto ella anticipa el exceso haciendo hincapié en el control, lo que genera molestia en Alberto.

Por otra parte, cuando se le preguntó sobre las ocasiones en las que había tenido problemas al manejar su auto, el refirió que han sido pocas (máximo tres), y que precisamente recordaba que habían ocurrido después de asistir a las reuniones familiares donde bebió más de lo controlable.

Al comparar los resultados del ISCA y del CCS se encontró que las situaciones de mayor riesgo fueron "Emociones Desagradables" y "Momentos Agradables con Otros" con 28% y 30% correspondientemente; le sigue "Presión Social" con un 23%. Existe una clara correspondencia entre los que Alberto remitió con lo proyectado por el ISCA-Emociones Desagradables: cuando asiste a las reuniones familiares en donde siente aversión por algunos de sus cuñados; y ISCA-Momentos Agradables con otros: cuando asiste a reuniones sociales con amigos, donde se relaja y baila.

Al final se hace entrega de la segunda lectura “Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol” y los ejercicios 3a y 3b. Se recuerda el llenar su *Autoregistro*.

SESIÓN 3

Enfrentando los problemas relacionados con el alcohol

Durante esta sesión se desarrollan estrategias de enfrentamiento a las situaciones de alto riesgo descritas anteriormente, con el propósito de evitar *recaídas* en el patrón de consumo excesivo. Se elaboran alternativas al consumo a manera de planes de acción con pasos concretos y objetivos.

Al aplicar el modelo del aprendizaje social a los tratamientos de bebedores problema, la idea de una *recaída* es entendida como una respuesta a un estímulo específico, por lo que el tratamiento deberá enfocarse al aprendizaje del cliente en la identificación y enfrentamiento efectivo ante tal estímulo específico (situación de riesgo).

En el Programa de Auto-Cambio Dirigido se han hecho modificaciones al modelo tradicional de *Prevención de Recaídas* propuesto por Marlatt, ya que en lugar de proveer nuevas habilidades de enfrentamiento, el programa se enfoca en identificar habilidades ya existentes en el usuario, además de que permite que sea él mismo quien seleccione la respuesta más efectiva y accesible por él (Sobell y Sobell, 1993).

El propósito de la lectura Paso 3: “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol” es ofrecer una estrategia general para el manejo de algún aspecto de la vida del usuario que se haya salido de control. También se espera que una vez terminado el tratamiento formalmente el usuario pueda continuar crear y mejorar los medios para evitar el consumo problemático. En los ejercicios 3a “Opciones y Probables Consecuencias” y 3b “Planes de Acción”, el objetivo es desarrollar alternativas al consumo excesivo de alcohol para las tres situaciones de alto riesgo descritas en la sesión anterior (ejercicio 2).

A continuación se presenta una descripción de la segunda sesión:

Caso Alberto

Sesión 3. 30/Noviembre/2004

DESARROLLO DE PLANES DE ACCIÓN

Al identificar las situaciones de alto riesgo y conocer las consecuencias positivas, Alberto puede anticiparse a las consecuencias negativas de su consumo excesivo por medio de alternativas que compitan. Sin embargo, es necesario tener presente que esto

no siempre es posible y que en ocasiones la única opción es mantenerse sin consumo durante algunas situaciones de alto riesgo (Sobell y Sobell, 1993).

El primer paso fue pensar en otras posibles formas de cómo enfrentar las situaciones de riesgo, tantas como fuesen posibles, a las cuales se les denominó opciones (1,2,3) por haberse establecido más de una. El segundo paso fue evaluar cada una de las opciones en términos de los resultados que pudiesen producir y de la probabilidad de que Alberto pudiese llevarlas a cabo. Se recuerda que las opciones no deben limitarse sólo a lo que lo hace sentirse cómodo, por lo que experimentar algo de incomodidad en un corto plazo, puede llevarlo a una buena recompensa a largo plazo. Puede ser de gran ayuda visualizar las consecuencias positivas y negativas tanto a corto como a largo plazo de cada opción (Echeverría et al., 2002).

Teniendo las opciones y evaluando la funcionalidad de cada una de ellas, Alberto pudo decidir las opciones que más le convenían. Una vez ya seleccionadas las mejores se dio pie al desarrollo de los planes de acción, los cuáles se subdividieron en pasos claros y concretos.

El último paso es poner en práctica la mejor opción. Si un plan no llegara a funcionar tal como se planteó en un inicio, entonces se elabora un nuevo plan de acción o se considera una opción alterna.

A continuación se presenta el desarrollo de los Planes de Acción para las tres diferentes situaciones de alto riesgo descritas por Alberto. En la Situación 1 se tomó por mejor opción la abstinencia, como había sido establecido en la *Meta de Tratamiento* (Tabla 7).

SITUACIÓN 1

En reuniones familiares, con los hermanos de mi esposa.

| | | |
|----------------|---|---------------------|
| OPCIÓN 1 | No ir a casa de mis cuñados | |
| OPCIÓN 2 | No beber nada en casa de mis cuñados | MEJOR OPCIÓN |
| PLAN DE ACCIÓN | Diré que estoy en tratamiento, o que solo quiero servirme un refresco. También les puedo comentar que al rato yo me sirvo o que me siento muy mal del estómago, hasta que con el tiempo entiendan que ya no bebo en su casa y no se molesten. | |

Tabla 7. Opciones y Plan de Acción para la Situación 1. Caso Alberto.

Alberto escogió la segunda opción (abstenerse) cuando tenga que ir a las reuniones familiares. Esta opción la considera más pertinente ya que si dejara de asistir (primera opción) a las reuniones se generarían más conflictos entre él y su esposa, que es algo que le preocupa mucho. Considera que si pudiera llegar a controlar el malestar que siente por la situación de su suegro y sus cuñados, entonces podría tomar alcohol moderadamente, pero que por el momento el no cree que ocurra pronto. Cuando se le

preguntó sobre cuál sería la solución a este malestar el respondió que en primer lugar el se tenía que hacer a un lado de tal situación, es decir, ya no involucrarse en obligaciones que no le corresponden. El ya había pensado esto pero sin llevarlo a cabo. Dejar que su esposa resuelva los problemas con sus hermanos, reconociendo que en ocasiones su esposa requiera de algún tipo de apoyo pero no comprometiéndose demasiado. Mientras esto suceda, él prefiere no beber nada en casa de ellos ya que aun siente un poco de coraje por lo que es mejor mantenerse sin consumir.

Para la Situación 2 la opción elegida por Alberto como la más recomendada fue beber no más de cuatro copas estándar por reunión con sus amigos lo que corresponde a la meta que estableció anteriormente (Tabla 8). Comenta que este tipo de reuniones no son tan frecuentes, una vez cada dos meses y que analizando el año anterior no fueron tan frecuentes los consumos excesivos por lo que en varias ocasiones llegó a tomar moderadamente. Cree que es conveniente ponerse un límite para poder empezar a controlar su consumo. Aunque son poco frecuentes estas fiestas, le gusta asistir ya que platica con sus amigos y se divierte mucho, por lo que dejar de asistir a ellas lo considera una medida que no corresponde a su situación.

SITUACIÓN 2

Las reuniones sociales con amistades.

| | | |
|----------------|---|---------------------|
| OPCIÓN 1 | Ya no asistir a tales reuniones | |
| OPCIÓN 2 | Ir pero no beber en absoluto | |
| OPCIÓN 3 | Beber solo las 4 copas establecidas | MEJOR OPCIÓN |
| PLAN DE ACCIÓN | Tomar refresco en un principio. Ingerir alimentos. Beber despacio. Si llegan a ofrecer un trago diré: “ <i>Que en un momento más yo me serviré otro</i> ”. Si estoy más tiempo en la reunión, después de los cuatro tragos beberé solo refresco. Llegar al lugar teniendo en cuenta de la existencia de alcohol. Siempre intercalar una copa de alcohol con un refresco o agua natural. Dejar el vaso o la copa sobre la mesa. Dejar que se caliente la bebida y así pedir más hielos, diluyendo la bebida. Siempre disfrutar mucho el primer trago. Participar más en la conversación. Recordar las experiencias negativas, cuando discutía con mi esposa. En caso de que exista una copa en la mesa, no permitir que me sirvan sin mi permiso y hacerlo yo mismo siempre. Prepararme los tragos con muchos hielos y mucho agua mineral. | |

Tabla 8. Opciones y Plan de Acción para la Situación 2. Caso Alberto.

La última situación descrita fue las comidas en los restaurantes para la cuál Alberto eligió como la mejor opción, no consumir más de cuatro copas estándar por episodio (Tabla 9). Comenta que casi siempre come en restaurantes una vez por semana, en fines de semana. Come acompañado de su esposa y en ocasiones los acompaña su suegro.

Considera que sería oportuno comenzar a moderar su consumo especialmente en esta situación, no tanto por las consecuencias negativas en estas circunstancias y que además son pocas, sino para ganar confianza por parte de su esposa en el sentido de que ella pueda ir observando que él ha decidido cambiar y controlar su consumo. Con esto él busca evitar que ella haga comentarios sobre su consumo excesivo y molestarle como una consecuencia al comentario.

SITUACIÓN 3

En las comidas cuando voy a los restaurantes.

| | |
|----------------|---|
| OPCIÓN 1 | No ir más a los restaurantes en los que vendan alcohol |
| OPCIÓN 2 | Respetar la cuota de los cuatro tragos MEJOR OPCIÓN |
| PLAN DE ACCIÓN | Al inicio, pedir agua o refresco. Ingerir alimentos y beber despacio. Después de cuatro copas beberé solo refresco o agua. Intercalar entre las copas un refresco o agua natural. Disfrutar la primera bebida. Participar más en la conversación. Recordar las experiencias de discusión con mi esposa. Si pido una botella de vino tinto no dejar que me sirvan. |

Tabla 9. Opciones y Plan de Acción para la Situación 3. Caso Alberto.

En las tres situaciones se han establecido objetiva y operacionalmente los planes de acción, los que a su vez tienen como objetivo evitar el consumo excesivo de alcohol. Al terminar la revisión conjunta de los planes de acción, se recordó que en cualquier momento Alberto puede decidir si introduce o no un nuevo paso o si elimina alguno que no le haga sentir cómodo o que sencillamente no le esté funcionando como lo esperaba.

En general, Alberto pudo elaborar fácilmente sus planes de acción, mostrándose satisfecho con los pasos establecidos. Comentó que esto le daba gusto ya que lo veía como un reto a lograr ya que tendría que enfrentarse con seguridad y confianza a otras personas. Esto era una razón para motivarse.

Al final de la sesión se le motiva a que lleve a cabo los planes de acción durante la semana para poder comentar algunos puntos durante la siguiente sesión. También se le entrega la última lectura sobre el reestablecimiento de la meta de tratamiento. Y por último se le recuerda mantener el autoregistro de su conducta de consumo.

SESIÓN 4

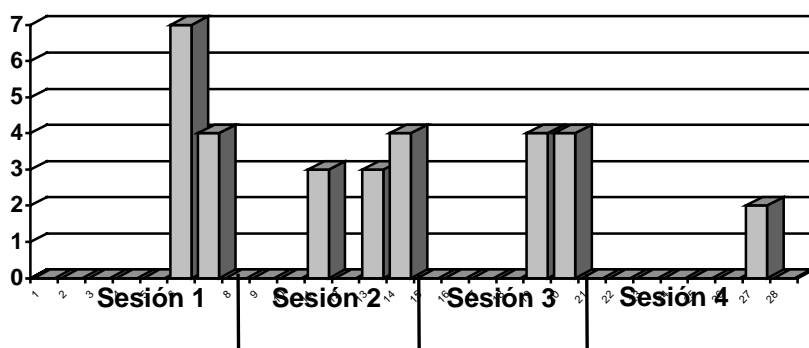
Reestablecimiento de metas

En esta última sesión se comparan los avances logrados por el usuario en relación con sus planes de acción y se resumen los resultados de las sesiones anteriores, con el propósito de lograr un segundo establecimiento de metas para los siguientes meses que tendrán lugar los cuatro seguimientos.

Caso Alberto

Sesión 4. 06/Diciembre/2004

Al iniciar la sesión se revisa el autoregistro y con ello se abre paso a una *retroalimentación* de su consumo a lo largo del tratamiento por medio de un gráfica que se le presentó (Gráfica 5).



Gráfica 5. Distribución de copas estándar durante el Tratamiento (Alberto).

También se retroalimenta a Alberto sobre su consumo durante el tratamiento: promedio de 3.7 copas por semana, en comparación de 5.4 durante el año pasado.

REVISIÓN DEL CONSUMO DURANTE EL TRATAMIENTO (4 SEMANAS):

SESIÓN 1: Presentó dos episodios de consumo. Un episodio de 7 copas estándar en una reunión. Alberto mencionó que en esta ocasión pudo detener su consumo y decidió no tomar más a pesar de que estuvo dos horas más después del último trago.

SESIÓN 2: Tres ocasiones de consumo: 4, 3 y 3 copas respectivamente. En cuanto a la cantidad de tragos establecida se alcanzó la meta: no más de cuatro copas estándar. En cuanto a los días de consumo por semana se sobrepasó la meta por un día. Sin embargo, no hubo consecuencias negativas, ya que mantuvo el control. Reportó que utilizó técnicas para beber

moderadamente: aplazar el tiempo entre copa y copa, diluir el alcohol la bebida, empezar la copa un tiempo después de lo habitual.

SESIÓN 3: Se mostró satisfecho con el cumplimiento de su meta establecida. Durante una reunión decidió no beber en absoluto. Se sintió satisfecho de su control y de lograrlo. Cuando sí consumió, aplicó diversas estrategias preestablecidas para lograr su meta. El segundo episodio ocurrió fuera de la ciudad y estableció que manejaría de regreso por lo que solo tomó los 4 copas en un tiempo de 8 hrs. una copa por dos horas.

SESIÓN 4: Solo hubo una situación de consumo con dos TE. No sintió la necesidad de seguir bebiendo.

Al preguntarle sobre su nueva meta de consumo durante los próximos tres meses, Alberto se mantuvo con la misma, ya que se sentía relajado y confiado de poder mantenerla:

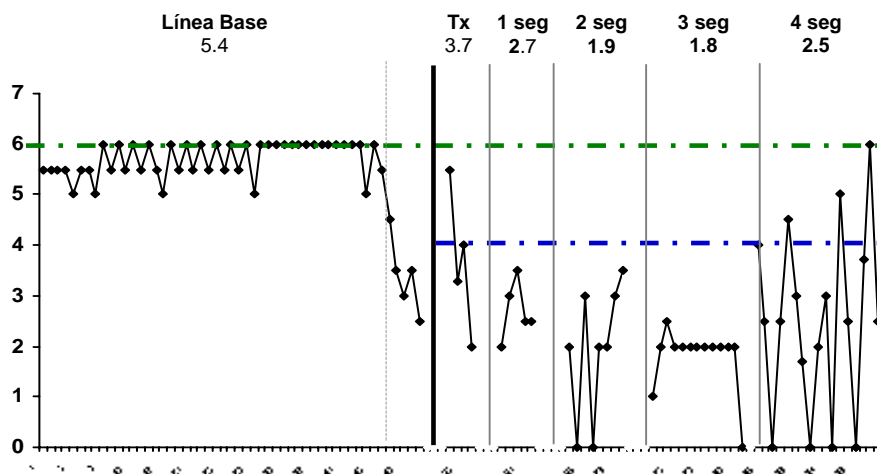
| | |
|--------------------|---|
| MODERACIÓN | “CON AMISTADES Y REUNIONES SOCIALES” No más de 2 días por semana No más de 4 copas estándar por ocasión. |
| ABSTINENCIA | “EN LAS REUNIONES FAMILIARES DE MI ESPOSA” |

Alberto establece la *MODERACIÓN*. En sus metas planea beber no más de DOS días por semana y no más de 4 tragos estándar por ocasión. Planea no beber en absoluto cuando: *“EN LAS REUNIONES FAMILIARES DE MI ESPOSA”*.

En situaciones como *“CON AMISTADES Y REUNIONES SOCIALES”* serán las únicas ocasiones en las que se permita beber.

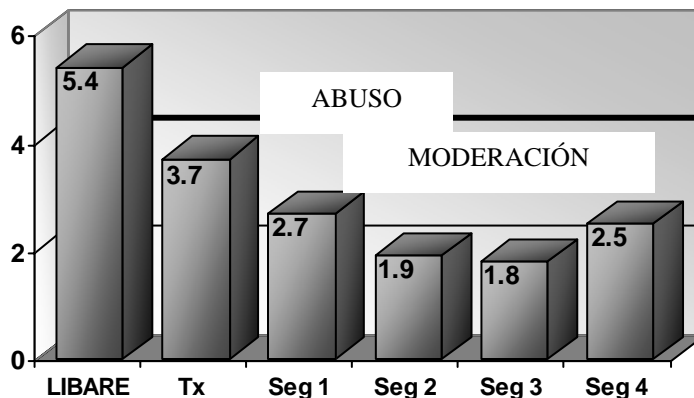
5. RESULTADOS

El patrón de consumo de alcohol disminuyó alrededor de un 66% tomando en cuenta el año anterior al tratamiento (LIBARE) y 6 meses después del tratamiento (3er seguimiento). La Gráfica 5 muestra el promedio de copas estándar por semana durante el año anterior al tratamiento, durante el tratamiento y a lo largo de los seguimientos. El patrón de consumo después del Programa de Auto-Cambio Dirigido se ha mantenido en promedio por debajo de la meta de tratamiento y dentro del consumo moderado.



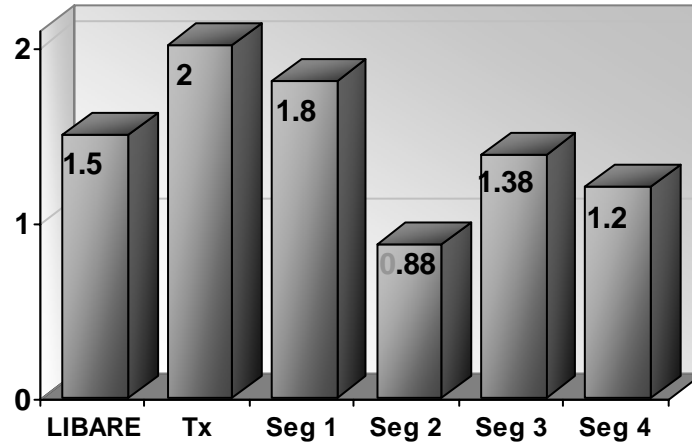
Gráfica 5. Distribución del promedio de copas estándar semanales a lo largo de la Línea Base Retrospectiva, del Tratamiento y de los Seguimientos.

Tomando en cuenta solo los promedios de copas por semana, la Gráfica 6 presenta la disminución del promedio semanal a lo largo de 19 meses de medición. La tasa de 5.4 copas por semana (Línea Base Retrospectiva) disminuyó gradualmente a 3.7 copas durante el Tratamiento (Tx) hasta una tasa de 1.8 copas por semana al tercer seguimiento, aumentando a 2.7 copas a los 10 meses de seguimiento.



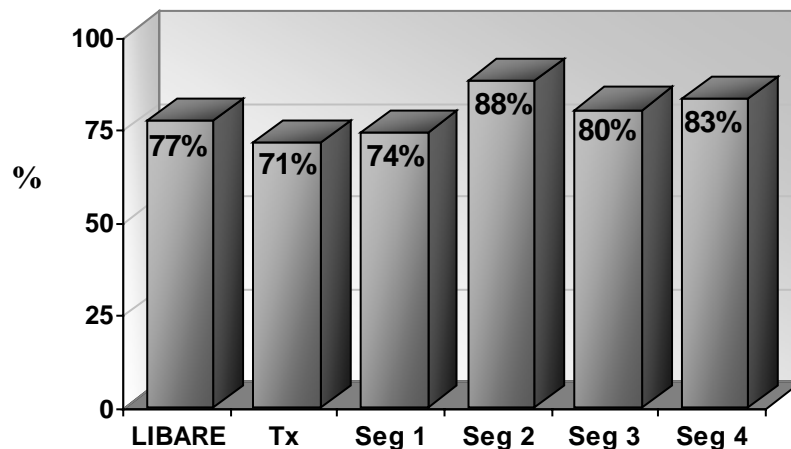
Gráfica 6. Promedio de copas estándar por semana.

El promedio de episodios de consumo por semana fue de 1.5 en la LIBARE; de 2 episodios en Tx y de 1.8, 0.88 y 1.38 durante los tres primeros seguimientos, finalizando con un promedio de 1.2 episodios de consumo a la semana hacia el cuarto seguimiento (Gráfica 7).



Gráfica 7. Distribución del promedio de episodios de consumo por semana.

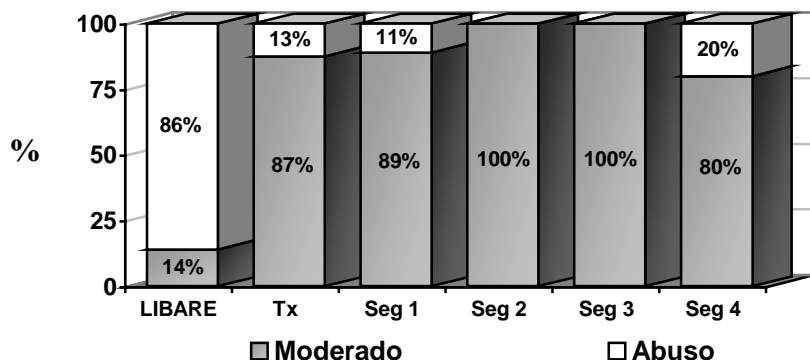
El porcentaje de abstinencia durante LIBARE (77%) se vio modificado a lo largo del tratamiento y seguimientos, pero sin presentar cambios considerables que sugieran un cambio radical en el patrón de consumo sobre el aspecto de la frecuencia de consumo por semana (Gráfica 8).



Gráfica 8. Distribución de copas estándar durante el Tratamiento.

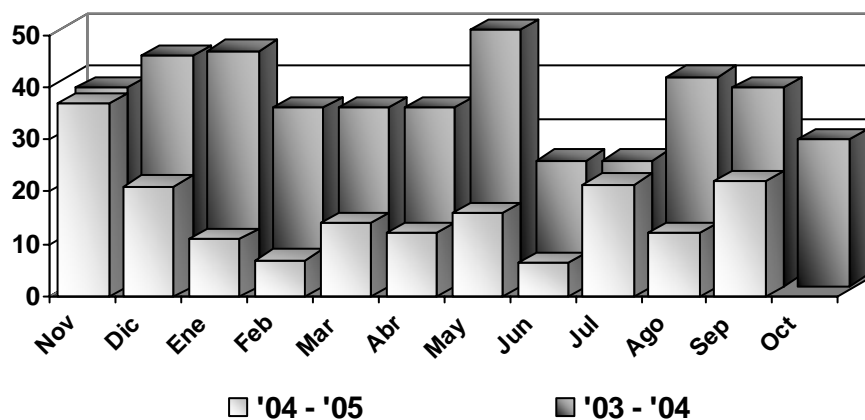
La proporción entre consumo moderado y abuso en el consumo de alcohol se modificó considerablemente. En el año anterior al tratamiento los porcentajes eran 14% consumo moderado y 86% abuso en el consumo. Durante el segundo y tercer seguimiento el consumo moderado incremento hasta alcanzar el 100% de

los episodios de consumo, llegando a establecerse un 80% contra un 20% a los diez meses de seguimiento (Gráfica 9).



Gráfica 9. Proporciones del consumo moderado y del abuso en el consumo de alcohol.

Al comparar el consumo total de copas estándar por mes, observamos que durante los meses anteriores al tratamiento se presenta una tasa mayor de consumo en relación al patrón de consumo a través de los seguimientos (Gráfica 10).



Gráfica 10. Comparación del promedio de copas estándar por meses. Un año antes y un año después del tratamiento.

Los resultados muestran la existencia de una modificación en el patrón de consumo, principalmente en el promedio de copas estándar por semana y en el incremento porcentual del consumo moderado sobre el consumo en exceso. Cabe señalar que hacia el cuarto seguimiento ya no se mantuvo la tendencia de los meses anteriores aunque no se reestableció el patrón de consumo por el cual Alberto solicitó la ayuda.

6. SEGUIMIENTOS

Durante los seguimientos se implementó una modalidad diferente a lo acostumbrado por el Centro de Servicios Acasulco la cual consistió en un monitoreo vía Internet, logrando mantener el autoregistro actualizado después de las sesiones de tratamiento. Esta modalidad fue establecida por las circunstancias que se presentaron durante el primer seguimiento: Alberto no podía presentarse personalmente al Centro Acasulco por motivos de trabajo; obtuvo un nuevo empleo que le demandaba mayor tiempo y se ubicaba a mayor distancia del Centro Acasulco. Fue en este sentido, y con base a la Entrevista Motivacional, que se propuso llevar a cabo los seguimientos por correo electrónico. El ofrecer *Ayuda Activa*, se considera una técnica que promueve la participación del usuario cuando se presenta un obstáculo. La idea de realizar los seguimientos por Internet fue aceptada por Alberto positivamente. También se apoyó en entrevistas telefónicas para una mejor comunicación.

A continuación se presentan algunos datos relevantes a cada uno de los seguimientos realizados en los meses posteriores:

1er. Seguimiento: Enero 2005

A través del correo electrónico se le hizo llegar un archivo *Excell* (Tabla 9) donde se le pedía que llenara los días correspondientes al seguimiento con el número de copas estándar.

| | A | B | C | D | E | F | G |
|---|---|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | INSTRUCCIONES: Escribir debajo del día correspondiente el número aproximado de las copas estándar consumidas en esa ocasión. Recuerde que una copa estándar equivale a una cerveza, a una cuba, a una copa de vino, etc. | | | | | | |
| 2 | DICIEMBRE 2004 | | | | | | |
| 3 | Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| 4 | | | 1 | 2 | 3 | 4 2 | 5 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 2 | 12 |
| 6 | 13 4 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 2 | 19 |
| 7 | 20 | 21 | 22 | 23 2 | 24 5 | 25 | 26 |
| 8 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 4 | | |
| 9 | | | | | | | |

Tabla 9. Formato de Auto-registro en archivo *Excell* durante los seguimientos.

Durante el primer mes de seguimiento Alberto mantuvo casi en todas las semanas su meta de consumo. Solo en un episodio sobrepasó su meta: el 24 de diciembre. Comentó que se sentía satisfecho con el resultado de su auto-control en el consumo a pesar de sentirse un poco presionado de no tomar más allá del límite establecido. También refirió sentirse cómodo con la meta por lo que no creía conveniente realizar algún cambio.

Alberto se enfrentó a situaciones de alto riesgo durante este mes, ya que por ser fiestas navideñas tuvo que asistir a varias reuniones familiares donde se abstuvo en cada una de ellas de consumir alcohol. Mencionó que el malestar por la situación de su suegro e hijos se mantuvo de igual forma que en el pasado, aunque reconoce que es una cuestión fuera de su alcance, y que por tanto solo se enfocó en no tomar durante estas reuniones evitando posteriores discusiones.

2o. Seguimiento: Marzo 2005

A lo largo de los dos meses que comprende el segundo seguimiento Alberto pudo mantener su meta de tratamiento: no más de cuatro copas por ocasión y no más de dos veces por semana. Se percató que en varias ocasiones de consumo no llegó al límite de su meta, teniendo como promedio por ocasión un aproximado de dos copas estándar.

Algo importante a resaltar fue la reacción que tuvo su esposa durante este tiempo: Alberto refiere que al reducir el consumo de alcohol he percibido que su esposa ejerce menos presión sobre el consumo de alcohol, lo cuál se traduce en menos tensión y preocupación por lo que ella pudiera estar pensando. Al igual que en el seguimiento anterior la meta no sufrió ningún cambio.

Los registros de consumo de los seguimientos se encuentran en los anexos.

3er. Seguimiento: Julio 2005

Alberto realizó algunos cambios positivos a sus planes de acción:

- Ya no tomó digestivos al final de las comidas en restaurantes.
- Procuo beber más vino de mesa lo que lo obligó a beber más despacio para disfrutarlo.
- Cuando pidió “*cubas*” las diluyó en agua o refresco contándola como dos copas estándar, aunque cada una con menor concentración de alcohol.

En el mes de julio se presentó una fiesta fuera del país en donde se transgredió la meta de consumo, pero manteniendo algunas conductas de auto-control: seguir bebiendo lo más despacio posible, intercalando un vaso de agua o algún refresco entre copa y copa, bailar, conversar con la gente para que así no se tuviera como consecuencia un consumo muy alto al final del evento. Su esposa le comentó que había tomado más de lo que últimamente había estado bebiendo, pero que no lo había tomado muy en cuenta ya que percibió que no había perdido el control como meses atrás. La meta se mantuvo sin ningún cambio.

4o. Seguimiento: Octubre 2005

A de 10 meses de seguimiento se solicitó nuevamente el autoregistro del consumo semanal. Dicho registro fue enviado por correo electrónico, por lo que en esta ocasión no hubo un encuentro personal. El último seguimiento fue programa para la primera semana de diciembre del 2005.

CONCLUSIONES DE LOS SEGUIMIENTOS

En la Tabla 10 podemos resumir la evolución que ha sufrido el patrón de consumo durante el proceso de evaluación y de tratamiento. Se observa claramente una modificación de patrón de consumo, siendo este hacia el final, un patrón de tipo moderado.

| | LIBARE | TRATAMIENTO | SEGUIMIENTOS | | | |
|------------|--------|-------------|--------------|------|------|-----|
| | | | 1° | 2° | 3° | 4° |
| PROM. T.E. | 5.4 | 3.7 | 2.7 | 1.9 | 1.8 | 2.5 |
| PROM. OCA. | 1.5 | 2 | 1.8 | 0.88 | 1.38 | 1.2 |
| % ABST. | 77% | 71% | 74% | 88% | 80% | 83% |
| % CONSUMO | 23% | 29% | 26% | 12% | 20% | 17% |
| % MODERADO | 14% | 87.5% | 89% | 100% | 100% | 80% |
| % ABUSO | 86% | 12.5% | 11% | 0.0% | 0.0% | 20% |

Tabla 10. Evolución del patrón de consumo (un año anterior al tratamiento, tratamiento y seguimientos). El promedio de Tragos Estándar (PROM. T.E), el promedio de Ocasiones de Consumo (PROM. OCA.), el porcentaje de Abstinencia (% ABST.), así como el porcentaje de Consumo y su división en MODERADO y ABUSO.

Durante el Cuarto Seguimiento el promedio de consumo de alcohol (2.5) aumentó en número de tragos estándar semanales en comparación de los dos anteriores, casi igualando el promedio del Primer Seguimiento (2.7). Cabe señalar que dicho aumento no se vio reflejado en otros aspectos del patrón de consumo como lo es el promedio de episodios de consumo por semana o el porcentaje de abstinencia. Sin embargo el porcentaje de consumo “abusivo” sí representa un aumento que sugiere una posible tendencia al restablecimiento del patrón identificado en la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Además de lo anterior, en la Gráfica 5 se observan dos promedios semanales que exceden el consumo moderado: 5 y 6 copas estándar respectivamente. Tales promedios solo representan un solo episodio ya que estas dos fueron ocasiones aisladas de abuso.

Para finalizar con los seguimientos se ha programado el último seguimiento en Diciembre del 2005 al cumplirse 12 meses de finalizado el programa de Auto-cambio Dirigido. Durante este seguimiento se pretende discutir algunos puntos en relación a su patrón de consumo de los últimos tres meses, donde es claro un cambio en la tendencia que se tenía en los meses anteriores. También se identificarán nuevas situaciones de riesgo por lo que nuevos planes de acción serán estructurados, ayudando al control del consumo del alcohol.

7. CONCLUSIONES DEL CASO

Se observó una clara disminución en la cantidad de Tragos Estándar: de 5.4 antes del tratamiento a 1.8 en el tercer seguimiento y posteriormente a 2.5 a diez meses de haber finalizado el tratamiento. Se debe recordar que el objetivo del Programa de Auto-Cambio Dirigido son las metas establecidas por el usuario y cumplir con el criterio de consumo moderado, lo cuál se alcanzó satisfactoriamente. Además de la disminución en el número de copas estándar, se consiguió una redistribución de la cantidad de alcohol en más ocasiones de consumo, es decir, se adquirió un patrón de consumo frecuente-moderado al finalizar el tratamiento y a través de los seguimientos. Sin embargo se debe señalar que desde el inicio del tratamiento se observó un cambio en el patrón de consumo antes de la intervención, lo que sugiere que el tratamiento no es el responsable del cambio inicial de la conducta, aunque probablemente sí de mantener el cambio en los meses posteriores.

Uno de los mayores logros fue el cambio dentro del patrón de consumo, es decir se vio aumentado el consumo Moderado: de 14% a un 100% y 80% al 3er y 4º seguimiento respectivamente. Esto dio como resultado que se presentara el control sobre la conducta y se evitaran las discusiones o los cambios emocionales con respecto a su relación marital.

Se identificó que el origen primario de las discusiones con su esposa no recaía en el consumo descontrolado de alcohol, sino que el exceso de alcohol hacía evidente el malestar emocional con respecto a la situación de su familia política. Es por eso, que modificar el consumo de alcohol a un nivel moderado no resolvió totalmente los problemas hacía el interior de la pareja. Hacia el final de las sesiones Alberto solicitó iniciar una *terapia* donde él pudiera analizar su matrimonio y cuestiones personales, por lo que se le sugirió asistir al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología, UNAM.

Durante los seguimientos se preguntó por la relación con su esposa, por lo que refirió que gradualmente fue ubicándose en posiciones donde no se viera involucrado o no interfiriera en las relaciones de su esposa, sus cuñados y su suegro. Aunque no desapareció el malestar por completo, Alberto se mostró con mayor control sobre la situación y con menos reacciones emocionales, por lo que se mantuvo en su meta de no consumo durante las reuniones familiares, y sin intenciones de realizarle modificaciones.

También se encontraron consecuencias positivas por el cambio en el patrón de consumo. Principalmente fue su esposa quien notó el cambio, además de reforzarlo positivamente al hacer comentarios favorables hacía Alberto. También hubo comentarios de amistades quienes se percataron que el consumo de Alberto había disminuido. Tales comentarios llegaron a él a través de su esposa por lo que también repercutió en una comunicación abierta y positiva.

Por último y con relación a los datos reportados por el 4^o seguimiento, se sugiere reconsiderar la programación de los seguimientos dentro del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema: la inclusión de un seguimiento a 9 meses. El Programa mantiene una estructura de seguimientos en base al protocolo de investigación, sin embargo incluir una sesión adicional a los 9 meses de terminado el tratamiento, podría ayudar a mantener la tendencia del patrón de consumo de los meses anteriores.

CONCLUSIONES GENERALES

A pesar de que el campo de las adicciones es extenso y complejo, la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en las Adicciones reúne un vasto cuerpo de conocimientos teórico-prácticos y promueve el desarrollo de habilidades básicas para el abordaje de las conductas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas.

El desarrollo de las competencias profesionales descritas en la primera parte de este reporte no se limita a dos años de formación. Los intereses personales y la experiencia profesional dirigen el rumbo que cada egresado construirá. El programa de Maestría sirve de plataforma para el desarrollo de una línea específica. Es gracias al paso por cuatro semestres de formación profesional, que uno adquiere la capacidad de percibir, desde un panorama amplio, la situación real de nuestro país en cuanto al consumo de drogas se refiere.

A continuación quisiera presentar, desde mi particular perspectiva, algunos de los aspectos relevantes que el programa de Maestría. No solo me limito al desarrollo de las competencias profesionales ya descritas, sino que existen temas o aspectos relevantes que fueron revisados dentro y fuera de las aulas de estudio. Sin duda existen otros niveles de aprendizaje que rebasan los objetivos del programa de Maestría, pero que de alguna manera, contribuyen a la visión del profesional haciéndolo más próximo a la realidad, especialmente, a la realidad que habitamos en nuestro país.

Estos son algunos de los aspectos que fundamentan mi formación, y que algunos parecen ser más cuestionamientos que conclusiones bien terminadas. Con esto doy terminado mi Reporte de Experiencia Profesional en el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones.

- La comprensión y el manejo de un marco teórico que permite el abordaje sistemático de las conductas adictivas. Conocer e identificar que procesos operan en el ser humano durante la intervención ofrece la oportunidad de evaluar las técnicas terapéuticas y el desempeño del terapeuta, con el fin de perfeccionar y retroalimentar el ejercicio clínico del tratamiento.
- Manejo de los conceptos básicos para iniciar un estudio o una investigación en cualquiera de las siguientes áreas: epidemiología, prevención, tratamiento, capacitación o investigación básica o aplicada.
- Conocimiento epidemiológico general de nuestro país. Reconocer que grupos sociodemográficos son los más afectados o los más vulnerables.

Que estilos de consumo predominan y de que factores protectores disponemos para acciones preventivas.

- Conocimiento y manejo de las estrategias de intervención, así como sus porcentajes de éxito dependiendo de variables sociodemográficas o de otra índole. Tener presente el concepto “matching”, siempre buscando la mejor distribución de los recursos económicos y humanos.
- Aplicar la idea central del concepto de la Intervención Breve. Buscar aquellas intervenciones breves costo-efectividad y contextualizarlas al entorno de los usuarios y de quienes intervienen. Reducir el gasto público.
- Conocimiento y aplicación de metodologías adecuadas en el ejercicio de la investigación aplicada. La participación en proyectos de investigación buscando la actualización y la generación, pero también conocer sobre la administración de recursos para llevar a cabo proyectos de investigación. El conocimiento sirve como punto fundamental para la comprensión del problema y proporciona los elementos relevantes para una toma de decisiones.
- Elaborar artículos de divulgación científica, así como participar en congresos, simposios o eventos de intercambio de conocimientos; reconocer la poca literatura existente en nuestro país. Tener presente la importancia sobre el concepto de “diseminación” del conocimiento y sobre el proceso de adaptación de programas.
- Manejo terapéutico con usuarios de sustancias adictivas. Aplicación de estrategias y técnicas conductuales, cognoscitivas y motivacionales. Utilización de la supervisión de casos como una técnica de adherencia terapéutica por parte del profesional.
- Tener presente la posibilidad del trabajo multidisciplinario en el campo de las adicciones: trabajadoras sociales, enfermeras, médicos generales, especialistas en psiquiatría, sociólogos, antropólogos, políticos, etc.
- Oportunidades de ejercicio profesional en sectores públicos y privados. Adaptar las estrategias psicológicas de acuerdo a los objetivos y misión de la organización o institución para la cual se trabaje.
- Tener una aproximación al modelo de Salud Pública y sus aportaciones al abordaje de las conductas adictivas. Tener conocimiento de que Políticas Públicas rigen las acciones nacionales en tema de adicciones. Conocer el contexto permite tomar decisiones y conciencia en busca de una concordancia en el campo de las adicciones. Conocer las acciones

nacionales dirigidas y coordinadas por el CONADIC y por otros organismos gubernamentales y no gubernamentales.

- Conocer y establecer relaciones con los diferentes grupos de investigación a lo largo del país con el fin de trabajar conjuntamente. Tener presentes los grupos académicos dentro de las universidades buscando construir una red de información.
- Mantener y revisar la postura moral y ética propia ante el consumo de sustancias, buscando siempre la congruencia del ejercicio profesional.

REFERENCIAS

- Ampudia, A., Lira, J. y Ayala, H. (2001). *Modelos de entrenamiento de la supervisión del programa de autocambio dirigido para bebedores problema*. Trabajo presentado en el IX Congreso Mexicano de Psicología, México, D.F.
- Ampudia, A., Lira, J., Medina, M. A., Izquierdo, S., Pérez, C. y Ayala, H. (2000). *Evaluación de la supervisión del modelo de tratamiento de autocambio dirigido para bebedores problema*. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional sobre Conductismo y las Ciencias de la Conducta, México.
- Ayala, H. (1994). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En H. Ayala y L. Echeverría (Compiladores), *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 81-91). México: CONACyT Proyecto No. 3283-H9308.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-24.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H., Carrascoza, C. y Echeverría, L. (2003). Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. *Thompson Psicología*, 1(2), 17-33.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2001). Una alternativa breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (Compiladores), *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 25-51). México: CONACyT Proyecto No. 3283-H9308.
- Babor, T. F. y Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Intervención Breve para el consumo de riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud: Departamento de salud mental y dependencia de sustancias.
- Bandura (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall. Citado en Mark Sobell y Linda Sobell (1993). *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barker, R. L. (1999). *The Social Work Dictionary* (4th ed.). Washington, DC: NASW Press.
- Begun, A. (1993). Human behavior and the social environment: The vulnerability, risk and resilience model. *Journal of Social Work Education*, 29, 25-35.

- Bien, T. H., Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. California: Sage Publications.
- Borges, G. (2001). El impacto de las bebidas alcohólicas en los servicios de urgencias. *Cuadernos FISAC*, 1(10), 47-61.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C., Ye, y Rosovsky, R. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente – 1986-2003. *Salud Mental*, 26(5), 19-27.
- Bush, I. (2000). Prevention: A viable and critical component of intervention. In A. A. Abbott (Ed.), *Alcohol tobacco, and other drugs: challenging myths, assessing theories, individualizing interventions* (pp. 341-379). Washington, DC: NASW Press.
- Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M. y Vélez, A. (2004). Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. En Secretaría de Salud, *Modelos preventivos*. (pp. 14-21) México: CONADIC, Serie Planeación
- Castro, M. E. (2001) Factores de protección asociados al riesgo del consumo de sustancias adictivas en población de jóvenes estudiantes. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 277-289). México: Manual Moderno.
- Center for Substance Abuse Prevention (1995). CSAP communications cooperative agreements: Breaking new ground in health communication. *Prevention Pipeline*, 8(3).
- Cherpitel, C.J. (1997) Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 21(4), 348-351.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2004). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003*. México.
- Connors, G. J. y Volk, R. J. (2003). Self-report screening for alcohol problems among adults. In J. P. Allen y V. B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems* (pp. 21-35). NIAAA: NIH Publication No. 03 • 745
- Echeverría, L., Ayala, H., Galván, E. y Tiburcio, M. (2002). *Guía de intervención para profesionales de la salud en el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema*. México: Proyecto CONACYT G36266-H.

- Encuesta Nacional de las Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones INP-INEGI.
- Fleming, M. F. (2003). Screening for at-risk, problem, and dependant alcohol use. In R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (3a ed. pp. 64-78). Pearson education, Inc.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg, & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychology Bulletin*, 112, 64-105.
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M. y Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. World Health Organization.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Panamericana* (2ª ed.). Madrid, España.
- Medina-Mora, M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 21-44). México: Manual Moderno.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., et. al. (2003). Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la encuesta nacional de adicciones 2002. En Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003* (pp. 49-61). México: Secretaría de Salud.
- Meyers, R. J. y Squires, D. (2001) *The Community Reinforcement Approach. A Guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management project*. New Mexico: University of New Mexico, CASAA.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research & Health*. 23(2), 116-121.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1990). Screening for Alcoholisms. *Alcohol Alert*, 8.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1999). Brief Intervention for Alcohol Problems. *Alcohol Alert*, 43.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004, Octubre) Module 3: Preventing alcohol abuse and dependence. En *Social work education for the prevention and treatment of alcohol use disorders*. Recuperado en Mayo 20, 2005, desde <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Module3Prevention/mODULE3.HTML>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol (115ª reunión)*. OMS.
- Parson, (1997) Citado en Ayala, H., Carrascoza, C. y Echeverría, L. (2003). Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. *Thompson Psicología*, Vol 1 (2) 17:33.
- Rosovsky, H. (2001). Salud Pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 169-185). México: Manual Moderno.
- Rotgers, (1996). Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringin science to bear on practice. In F. Rotgers, D. Keller, & J. Morgenstern (Eds.). *Treating substance abusers: Theory and technique* (pp. 174-201.) New York: Guilford Press. Citado en Carroll, K. Behavioral and Cognitive behavioral treatments. In Barbara S. McCrady, Elizabeth E. Epstein (1999). *Addictions. A comprehensive guidebook*. Oxford University Press.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de acción: Adicciones. Farmacodependencia. México.
- Secretaría de Salud. (2004). *Serie planeación: Modelos Preventivos*. México: CONADIC.
- Sobell, M. B. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problems: issues and implications. En H. Ayala y L. Echeverría (Compiladores), *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 9-24). México: CONACyT Proyecto No. 3283-H9308.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993). *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Solís, L., Gómez, P. y Ponce, M. (2004) Centro de Integración Juvenil, A.C. En Secretaría de Salud, *Serie Planeación: Modelos Preventivos* (pp. 6-13) México: CONADIC.
- Stanton, P. (2004, Febrero). What exactly is the community reinforcement approach (CRA) and how effective is it? En *The Stanton Peele addiction website*. Recuperado en Noviembre, 2005, desde <http://www.peele.net/faq/cra.html>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2001). *Science Based Substance Abuse Prevention*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. DHHS publication no. (SMA) 01-3505.
- Tapia-Conyer, R. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de tabaco. En: R. Tapia-Conyer (Compilador). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 61-66). México: Manual Moderno.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., González, J. F., Hoy, M. J., Galván, F., et al. (2003). Situación del consumo del tabaco en México. En Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003* (pp. 63-69). México: Secretaría de Salud.
- Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M. E. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 127-138). México: Manual Moderno.
- Velasco, R. (2001). Detección temprana del bebedor problema. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 157-167). México: Manual Moderno.
- Vélez, A., Prado, A. y Sánchez, T. (2004). Construye tu vida sin adicciones. En Secretaría de Salud, *Serie Planeación: Modelos Preventivos* (pp. 2-5) México: CONADIC.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M E., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., et al. (2003). Uso y abuso de drogas en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. En Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003* (pp. 71-84). México: Secretaría de Salud.
- World Health Organization (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. WHO: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization: Brief Intervention Study Group. (1996). A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7), 948-955.
- Wutzke, S.E., Shiell, A., Gomel, M.K., Conigrave, K.M. (2001) Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52(6), 863-870. Citado en Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M. y Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. World Health Organization.
- Zweben, A. y Fleming, M. F. (1999). Alcohol and drug problem brief interventions. En J. A. Tucker, D. M. Donovan y G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies* (pp. 251-282) . The Guilford Press.

ANEXOS

AUTO-REGISTRO DE LOS SEGUIMINETOS ENERO-OCTUBRE 2005

ENERO '05

| LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|-------|--------|-----------|--------|---------|---------|---------|
| | | | | | 1 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 4 | 8 1 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 2 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 3 | 30 |
| 31 | | | | | | |

FEBRERO '05

| LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|-------|--------|-----------|--------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 2 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 2 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 3 |
| 28 | | | | | | |

MARZO '05

| LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|-------|--------|-----------|---------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 3 | 4 | 5 4 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 1 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 2 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 2 | 25 | 26 | 27 2 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

ABRIL '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | 0 | 2 | 0 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |

MAYO '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 1 |
| | | | | | | 2 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 30 | 31 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |

JUNIO '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.5 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | |

JULIO '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | 0 | 0 | 2.5 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

AGOSTO '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |
| 0 | 0 | 0 | | | | |

SEPTIEMBRE '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | 0 | 0 | 4 | 1 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
| 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 5 | 0 | |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |

OCTUBRE '05

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | 0 | 0 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | |