



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**INTERVENCIONES BREVES PARA EL ABORDAJE DE
CONDUCTAS ADICTIVAS: IMPLEMENTACIÓN DEL
MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E
INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES
PROBLEMA: CASO TÍPICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ARIEL MOJARRO LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

**COMITE TUTORIAL: DR. ARIEL VITE SIERRA
DR. AGUSTÍN VÉLEZ BARRAJAS
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
DR. ROBERTO OROPEZA TENA
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ**

México, D.F.

ABRIL DE 2007



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.

A mis papás: Aída y Tomás.
Y también a mi abuelo Manuel.

AGRADECIMIENTOS

Sirva este informe – reporte para agradecer a mis maestros de la residencia en adicciones: César Carrascoza, Horacio Quiroga, Mariana Gutiérrez, Fernando Vázquez, Ma. Elena Castro, Sara Cruz, Guillermina Natera, Benito Antón e Isabel Reyes.

Que sirva también para mostrar mi agradecimiento y gratitud a las personas que fungieron como mis supervisores en el “Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco”: Lydia Barragán, Miguel Ángel Medina, Gabriela Ruiz, Leticia Echeverría y Roberto Oropeza. Gracias por darme a valer y enseñarme con paciencia, cariño y entusiasmo.

A los miembros del Centro de Reinserción Individual y Terapia Familiar (CRITEF): Fernando Figueroa, Paola Ramírez y Claudia Martínez; son parte fundamental de mi desarrollo profesional.

A todos mis amigos que hicieron el paso por la maestría menos pesado y más llevadero (y en una maestría como ésta se agradece): Yuyo, Leonardiño, Iram, Roy, Beto, Caro, Raúl, Memo, Marisol, Laura, Emmanuel, Luis de Pablo, Luisa (*La Beba*), Marco, Jun, Benito, Sandra, Daniela, Ceci, Olivia, Chemita, Marijo, Juan Carlos y Adrián.

Finalmente agradezco a Pablo Valderrama, Ricardo Hinojosa y Rafael Anzures, de la Universidad Latinoamericana.

Ser adicto a las drogas es ser un muerto andante [...] Los dientes se le habrán podrido, habrá perdido el apetito y el estómago y los intestinos no le funcionarán apropiadamente [...] Los rasgos buenos del carácter desaparecen y surgen los malos. Los órganos sexuales se afectan. Las venas se colapsan y aparecen cicatrices amoratadas y rojizas. Furúnculos y abscesos afectan la piel, un dolor persistente atormenta el cuerpo. Los nervios se rompen, aparecen crispaciones nerviosas. Temores imaginarios y miedos fantásticos invaden la mente y algunas veces producen una locura total. A menudo, también viene la muerte, demasiado pronto [...] Este es el tormento del adicto a las drogas, ésta es la plaga de ser uno de los muertos andantes.

Robinson v. California, 370 U.S. 660, 672. En Husak, D. N. (2001). Drogas y Derechos. México: FCE.

INDICE

PARTE PRIMERA.

I.	INTRODUCCION.	1
II.	PANORAMA Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.	3
	a. Epidemiología de las Conductas Adictivas de Consumo de Sustancias.	3
	 Tabaco.	4
	 Alcohol.	5
	 Consumo de Alcohol entre Adolescentes.	5
	 Consumo de Alcohol entre Población Adulta.	6
	 Otras Drogas.	8
	b. Consecuencias Negativas Asociadas al Consumo.	11
	c. Alcohol y Familia.	14
	d. Costos Económicos para la Sociedad.	16
	e. Drogas y Consecuencias Relacionadas.	17
	f. Consecuencias Negativas del Tabaquismo.	18
	g. Patrón de Consumo y Problemas Asociados.	19
III.	INFRAESTRUCTURA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.	24
	a. Sector Público.	25
	b. Sector Social.	29
	c. Sector Privado.	30
	d. Marco Legal.	31
IV.	RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONISTAS ESPECIALIZADOS.	34
	a. Instituciones que Forman Recursos Humanos Especializados en Adicciones.	34
	b. La Formación de Investigadores.	35
	c. Atención Médica y Psicosocial de las Conductas Adictivas.	36
V.	RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES.	38
	a. Naturaleza de las Conductas Adictivas.	39
	b. Intervenciones Motivacionales y Procesos de Cambio en las Conductas Adictivas.	42

SEGUNDA PARTE: EVALUACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

I.	EVALUACION DE COMPETENCIAS:	47
	a) Diseñar e instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis críticos de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.	48
	b) Desarrollar programa preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.	52
	c) Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo – conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.	58
	d) Aplicar programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.	64

e) Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.	73
f) Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.	76
II. SESION TIPICA DEL EJERICICIO PROFESIONAL.	84
 REFERENCIAS.	115
 APENDICES.	

INTRODUCCION

En cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento General de Estudios de Postgrado (RGEP), aprobado por el H. Consejo Universitario y en cuanto a los requisitos para obtener el grado de Maestro en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, presento a continuación el reporte de experiencia profesional, una sesión típica del ejercicio profesional y la evaluación de competencias correspondientes.

El presente trabajo se divide en dos partes fundamentales: la primera atañe a lo relativo al consumo de sustancias en nuestro país, sus generalidades y rasgos distintivos así como la descripción de los determinantes culturales que más inciden en los patrones actuales de consumo. Un dato relevante al respecto, para el caso de México, es que el patrón de consumo es más bien esporádico – explosivo en donde el efecto deseado es casi siempre la intoxicación o embriaguez (Medina – Mora, 2001), situación que se hace más evidente en adolescentes y jóvenes.

El problema del consumo de sustancias se ha constituido ya en un problema de salud pública de primer orden que ha rebasado los esfuerzos gubernamentales para afrontarlo; esta primera parte del trabajo identifica y analiza los recursos y la infraestructura gubernamental para hacer frente a este problema; identifica, además, los esfuerzos de organizaciones civiles, asociaciones no gubernamentales e instituciones de asistencia privada para colaborar y hacer frente al problema.

Describe, asimismo, las consecuencias médicas, psicológicas, políticas y sociales del consumo perjudicial de sustancias, utilizando un esquema biaxial en donde por un lado tenemos el continuo de severidad (uso, abuso, dependencia) y por el otro el continuo de intensidad del tratamiento. Al respecto se conceptualizan las nuevas aproximaciones en cuanto a metas terapéuticas, la moderación como opción terapéutica, y la inclusión del concepto, dentro del continuo de severidad, de la categoría de bebedor moderado, muy diferente, a su vez, del concepto de bebedor o consumidor problema.

Así, esta primera parte trata de brindar al lector un informe detallado del estado actual en que se encuentra el consumo de sustancias, así como los antecedentes culturales más relevantes y la definición de la terminología empleada por los especialistas y académicos en la materia.

La segunda parte comprende el reporte de experiencia profesional durante la estancia en la maestría. Comienza con una visión global de los objetivos planteados por la institución, la historia del programa de postgrado y el mapa curricular propuesto, argumentando su pertinencia y la necesidad, impostergable, de formar nuevos recursos humanos especializados.

El Informe de Experiencia Profesional detalla las actividades teórico –prácticas realizadas a lo largo de la Maestría (2002 – 2004), así como actividades no programadas relacionadas con los objetivos de la residencia y que sirvieron para complementar la formación.

Se resalta de manera particular, las actividades realizadas en el “Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco” en cada una de las modalidades terapéuticas en las cuales se participó; este Centro cuenta con cinco programas de intervención:

1. Modelo de Intervención para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA).
2. Modelo de Detección Temprana y Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.
3. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC).
4. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.
5. Intervención Breve para Usuarios de Tabaco.

En la parte final se presenta el caso clínico en donde se intenta demostrar las habilidades y competencias desarrolladas; la evaluación de competencias adquiridas es muy importante porque permite conocer qué tan efectivo y preciso ha sido el proceso de enseñanza – aprendizaje propuesto por los diferentes maestros, su relación con los objetivos generales y particulares, así como describir la cantidad de conocimiento recibido y las habilidades que uno ya posee y que es capaz de aplicar, identificando así el perfil del egresado.

Epidemiología de las Conductas Adictivas de Consumo de Sustancias:

Para efectos de este trabajo (sobre todo la parte aplicada con el caso clínico) es indispensable conocer datos confiables que nos indiquen la magnitud del problema de las conductas adictivas en nuestro país. Las variables que son importantes conocer para efectos de investigación e intervención, abarcan desde las variables sociodemográficas hasta la prevalencia en distintos sectores de la población, sea por grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y ancianos), por focos de atención (individual, marital, familiar, grupal y comunitaria) o por regiones sociodemográficas (norte – sur, regiones fronterizas, zonas indígenas, áreas urbanas o rurales).

Los datos con los que se cuenta y que se reportarán enseguida son compilados y publicados en su oportunidad por la Secretaría de Salud (SSA) y por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). La más reciente publicación al respecto es el “Observatorio Mexicano en tabaco, Alcohol y otras Drogas 2003”; en este documento, se compilan las últimas encuestas realizadas por instituciones del sector público y social: el “Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) México: 2002”, los “Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas”, la “Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA – 2002)” y los reportes de las encuestas en escuelas como la realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM, en Tamaulipas, Querétaro y las cifras ofrecidas por el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) al respecto.

Por su parte, la ENA – 2002 distingue entre prevalencia total, prevalencia lápsica y prevalencia actual: la primera se refiere al consumo en algún momento de la vida, la segunda al consumo en los doce meses previos al estudio y la última al consumo durante el último mes.

Se presenta a continuación un resumen de los principales hallazgos de la ENA – 2002 (SSA, 2004) -estudio epidemiológico realizado en los meses de marzo y junio del 2002- para tabaco, alcohol y drogas ilegales, resaltando los datos para población general, es decir, la población entre 12 y 65 años. Para conocer los resultados específicos para población adolescente (12 a 17 años) se refiere al lector a las fuentes originales de las diversas encuestas hechas especialmente para este grupo: Encuesta Nacional sobre la Prevalencia de Drogas y Alcohol en Estudiantes, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, la Encuesta sobre el Consumo de

Drogas en la Comunidad escolar de enseñanza Media y Media Superior de Tamaulipas, Tendencias del consumo en estudiantes de nivel media y medio superior del Estado de Querétaro y, finalmente, los resultados del Informe del SISVEA – 2002; éste último informe presenta datos de distintas fuentes de información: de centros de tratamiento como Centros de Integración Juvenil (CIJ) y centros de tratamiento no gubernamentales, de los consejos tutelares de menores, de los servicios médicos forenses, de los de urgencias hospitalarias y del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).

Tabaco:

Para el caso del tabaco, se encontró que con respecto a la población urbana, el 39.1 por ciento de los hombres y el 16.1% de las mujeres eran consumidoras alguna vez en su vida; en el área rural, 27.1% correspondió a hombres y 3.5% a mujeres.

Los resultados obtenidos en el ámbito nacional mostraron que en la población urbana (ver figura 1), el 26.4% de los sujetos de 12 a 65 años son fumadores, es decir, 13 958 232 sujetos, 18.2% son ex fumadores (9 618 107 sujetos) y más de la mitad (55.4%) señalaron no ser fumadores, es decir, 29 306 164 sujetos.

Mientras tanto, los resultados en población rural (ver figura 2), mostraron un patrón diferente, al ser 14.3% los fumadores actualmente (2 408 340), 15% son ex fumadores (2 537 125) y el grupo de no fumadores alcanza el 70.7% (11 934 070).

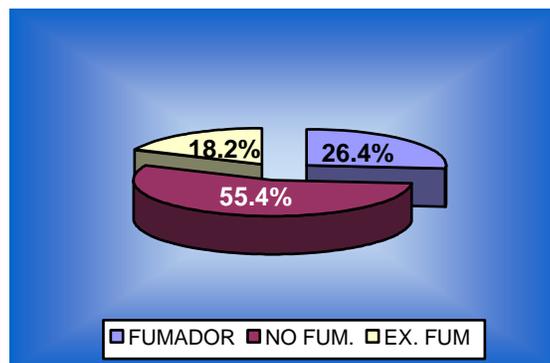


Figura 1. Consumo de tabaco en población urbana actualmente.

Fuente: SSA, 2004.

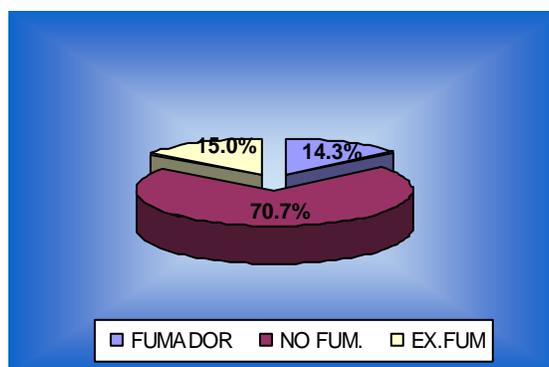


Figura 2. Consumo de tabaco en población rural actualmente.

Fuente: SSA, 2004.

De acuerdo con la regionalización y para población urbana, la zona norte fue la que presentó una prevalencia de tabaco por arriba de la media nacional (28.4%); cercana a ésta, se encuentra la zona centro (27.6%) y, por debajo del promedio nacional, se ubica la región sur (16.2%). En población rural se observó que también en la zona norte hay una mayor prevalencia de fumadores (18.8%), seguida del centro (15.7%) y de la zona sur (11%).

Respecto a la población urbana que se clasificó como no fumadora, la prevalencia nacional fue de 55.4 por ciento. En el ámbito regional, la zona sur fue la que presentó mayor proporción de no fumadores (65.9%), seguida de la zona norte (55%) y la centro (54.2). En el área rural, la mayor proporción de no fumadores se encontró en la zona sur (76.1%), seguida de la zona centro (68.2%) y de la zona norte (63.5%).

Con relación a la población ex - fumadora, la prevalencia nacional urbana fue de 18.2 por ciento, similar a la registrada en la zona centro y por debajo de ésta se ubican las zonas norte y sur (16.6% y 17.8% respectivamente). La zona norte registró la mayor prevalencia de ex -fumadores entre la población rural.

Alcohol:

Existen en el país 32 315 760 personas que consumen alcohol y 12 938 679 más que consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los doce meses previos a la encuesta, por lo que, según los criterios fijados por la ENA, técnicamente son abstemios.

En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años, en tanto que entre las mujeres urbanas, el mayor consumo se reporta en el grupo de entre 40 y 49 años. En el área rural, el mayor consumo para ambos sexos, se observó entre los 40 y 49 años.

Consumo de Alcohol entre Adolescentes:

De entre la población adolescente, 3 millones 522 427 consumió una copa completa en los últimos doce meses, los cuales representan al 25.7 por ciento de la población adolescente. Del total de la población urbana consumidora (2 979 230), 1 726 518 son varones (35%) y 1 252 712 mujeres (25%), es decir, 1.4 varones por mujer. En el ámbito rural, el total fue de 543 197 consumidores, de los cuales 357 775 son varones (18%) y 185 422 son mujeres (9.9). La figura 3 muestra estos resultados:

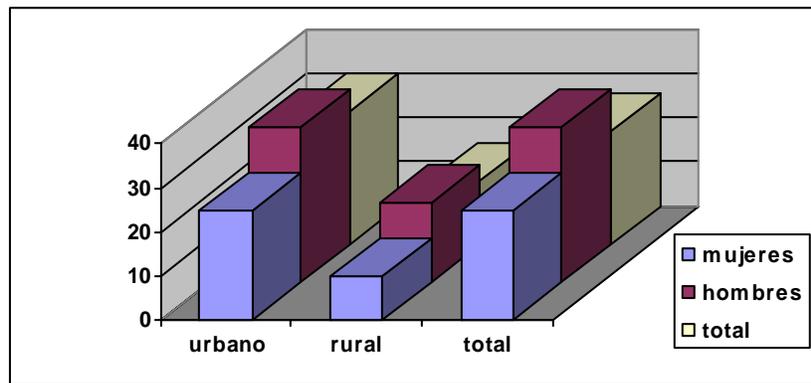


Figura 3. Consumo de alcohol en adolescentes por región y sexo.

Fuente: SSA, 2004.

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este sector de la población son los problemas con la policía ocasionados mientras se consumía bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de manejar autos, mismo que, como era de esperarse fueron más frecuentes entre los varones urbanos que entre las mujeres urbanas (9.7 por ciento vs. 1.2 por ciento) y 2.9 por ciento de los varones rurales, no observándose prevalencia en mujeres rurales. En segundo lugar se reportaron peleas (inicio de) mientras la persona se encontraba bebiendo (3.6% de los varones urbanos y 1.8% de los varones rurales). De las mujeres, sólo las de la población urbana reportaron esta conducta (0.3%). Mientras tanto, 28 538 adolescentes urbanos reportaron haber sido arrestados mientras conducían después de haber ingerido bebidas alcohólicas (el estudio no detalla cuántas).

Así, 281 907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron el criterio de dependencia según el DSM – IV, siendo en los varones rurales en donde se encontró el mayor índice.

Consumo de Alcohol entre Población Adulta:

Se presenta a continuación los datos correspondientes al consumo de alcohol en adultos, tanto en población urbana como rural. En la población urbana, 13 millones 581 107 varones (72.2%) y 10 millones 314 325 mujeres consumen alcohol actualmente (42.7%), como lo indica la figura 4, mientras que en población rural 357 775 varones (18.9%) y 185 422 mujeres (9.9%) lo hacen también actualmente.

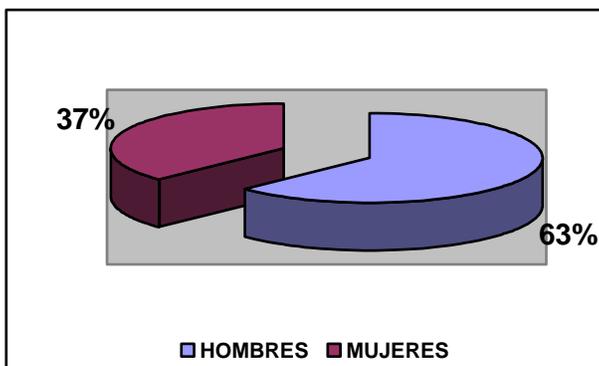


Figura 4. Consumo de alcohol en población urbana por sexo.

Fuente: SSA, 2004.

El 44% de la población urbana y el 62.7% de la rural reportaron ser abstemios, es decir, no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio (2 mujeres por cada varón). El 20.7% de la población urbana y el 10.3% de la rural reportaron ser ex bebedores, como lo indican las figuras 5 y 6:

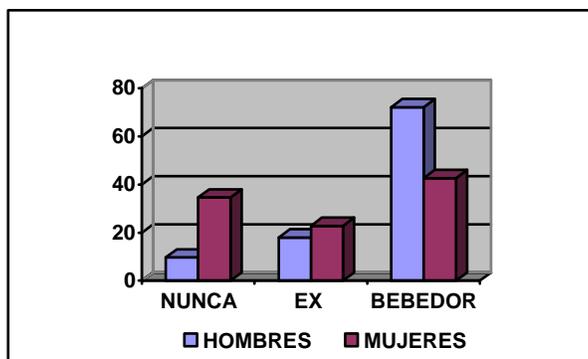


Figura 5. Consumo de alcohol en población urbana.

Fuente: SSA, 2004.

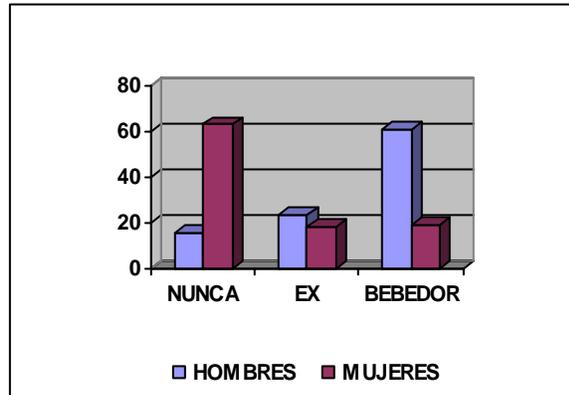


Figura 6. Consumo de alcohol en población rural.

Fuente: SSA, 2004.

Asimismo, los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado – alto (consumo mensual de cinco copas o más por ocasión) y el consuetudinario (cinco copas o más al menos una vez por semana). En las poblaciones rurales, se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo.

Al igual que con el caso de los adolescentes, se analizarán las consecuencias negativas más frecuentes: entre los varones está el haber iniciado una discusión o pelea con su pareja mientras estaban bebiendo (12.9% rural y 11.6% urbana); en segundo lugar, problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% urbana y 3.7% rural) y el haber sido arrestados mientras manejaban después de haber consumido (3.2% urbana y 2.4% rural). Todos estos problemas son considerablemente menores en mujeres.

En cuanto a los criterios de dependencia, se encuentran diferencias interesantes: los varones de la población rural (y no los urbanos como se tendería a suponer) registraron más dependencia (10.5%), seguidos de los varones urbanos (9.3%) y por último el sexo femenino: mujeres urbanas (0.7%) y mujeres rurales (0.4%).

Tendencias en población urbana:

En cuanto a los adolescentes, los datos de la ENA – 2002 reportan incremento en el índice de consumo, de 27% en 1998 a 35% en el 2002 entre los varones y de 18% a 25% entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente 5 copas o más por ocasión, de 6.3 por ciento a 7.8 por ciento. Sin embargo, el incremento más notable se da en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia según el DSM – IV.

En cuanto a adultos, se mantiene estable el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia: 9.6 por ciento en 1998 y 9.3 por ciento en el 2002 en población masculina.

Otras Drogas:

Las sustancias que se incluyen en la ENA – 2002 son la marihuana, inhalantes, alucinógenos, cocaína, heroína, anfetaminas, opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes. El estudio divide al país en tres regiones: norte, centro y sur. La tabla 1, enlista los estados correspondientes:

Tabla 1. Distribución de los estados por regiones.

NORTE	CENTRO	SUR
- Baja California	- Zacatecas	- Veracruz
- Baja California Sur	- Nayarit	- Michoacán
- Sonora	- Jalisco	- Guerrero
- Sinaloa	- Aguascalientes	- Oaxaca
- Chihuahua	- Guanajuato	- Chiapas
- Durango	- DF	- Quintana Roo
- Nuevo León	- Morelos	- Yucatán
- Tamaulipas	- Tlaxcala	- Campeche
- Coahuila	- Puebla	- Tabasco
- San Luis Potosí	- Querétaro	
	- EDOMEX	
	- Colima	
	- Hidalgo	

Fuente: SSA, 2001.

En total, 3.5 millones de personas (ver tabla 2), han usado drogas de la siguiente manera:

Tabla 2. Prevalencia total del uso de drogas.

Actual:	569 035
Lápsica	911 359
Total:	3 506 602

Fuente: SSA, 2001.

Por regiones, la norte es la más afectada del país (7.45%), después la centro (4.87%) y sur (3.08%). La distribución por sexos se esquematiza en la tabla 3:

Tabla 3. Prevalencia del uso de drogas por sexo.

	HOMBRES	MUJERES
Lápsica:	700 970	210 389

Actual:	408 705	160 330
Total:	2 696 406	810 196

Fuente: SSA, 2001.

Así, el consumo de drogas es más frecuente entre los varones en una proporción de 4 a 1. En ambos grupos, el consumo es mayor en la región norte, en segundo lugar la región centro y por último la región sur. La menor diferencia en los índices de consumo entre hombres y mujeres se observa en la región centro (3.3 hombres por cada mujer), en la región sur se observa la mayor diferencia (5.2 hombres por cada mujer) y en la región norte la proporción es de 4.5 a 1.

En el país, 215 634 adolescentes (167, 585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez; de entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al millón 795,577 (1 351, 138 varones y 449,439 mujeres) y entre la población entre 35 y 65 años, 1 495,391 (1 177,683 varones y 317 708 mujeres) observándose (ver figura 7) que el mayor índice de consumo se encuentra entre los adultos jóvenes.

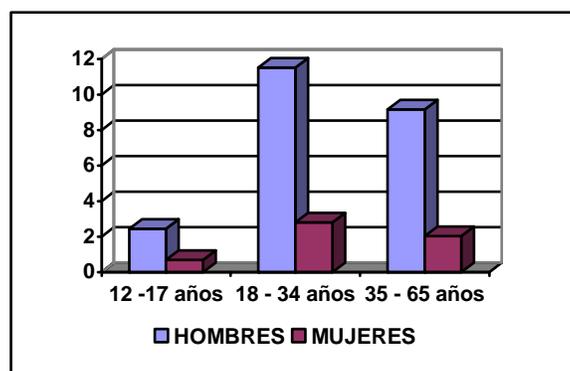


Figura 7. Frecuencia de consumo de drogas por edad.

Fuente: SSA, 2004.

Por tipo de droga, el estudio menciona que la de mayor consumo es la marihuana (2.4 millones de personas la han probado en proporción de 7.7 varones por mujer). La cocaína ocupa el segundo lugar: 1.44 por ciento de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres hay una mujer consumidora. De la población total, 1.23% se usa en forma de polvo, 0.04 por ciento en forma de pasta y 0.10 por ciento en forma de crack.

Después de la marihuana y la cocaína, siguen los inhalantes y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar los alucinógenos y la heroína. Sólo para el caso de los inhalantes, su consumo entre adolescentes es mayor que la cocaína.

Un dato interesante reportado en la ENA -2002 es la fuente de obtención de drogas ilegales; como lo muestra la tabla 4, el principal vector del uso inicial de drogas son los amigos y la calle (en una proporción muy importante).

Tabla 4. Fuente de obtención de las principales drogas.

	% en la calle	% en la casa	% con amigos	% Otra fuente
Mariguana	34.22	1.92	57.30	3.54
Inhalables	59.23	3.67	24.63	12.48
Alucinógenos	8.63	-	66.53	24.32
Cocaína y derivados	26.55	0.89	69.57	2.78
Heroína	46.41	-	36.95	-
Estimulantes	46.34	-	46.16	11.50

Fuente: SSA, 2001.

Conclusión:

México dispone en la actualidad de estudios e instrumentos confiables que le permiten conocer a la gente interesada la magnitud del problema de las conductas adictivas en población general, en estudiantes y en grupos de riesgo. En el caso de las encuestas nacionales de adicciones, se cuenta ya con cuatro estudios realizados en intervalos aproximados de cinco años (1988, 1993, 1998 y 2002). Estas encuestas se realizan en entrevista cara a cara con el informante, en una población de 12 a 65 años y que habita en sus hogares.

Consecuencias Negativas Asociadas al Consumo:

Las consecuencias asociadas al consumo perjudicial de sustancias legales e ilegales han sido documentadas desde tiempos prehistóricos. A continuación, se intenta brindar un resumen de los principales problemas ocasionados a la salud y a la sociedad, haciendo énfasis en las consecuencias psicosociales debido a que es ahí donde el egresado de la Maestría tiene una participación mucho más importante, además de que para diversas disciplinas, el alcoholismo, más que una enfermedad, es analizado como un problema social, tanto por sus consecuencias como por sus causas. Desde esta perspectiva, los daños derivados del consumo pueden analizarse en tres niveles: individual, familiar y social (Narro, Manuell y Gutiérrez, 2001).

Se revisaran, de manera principal, las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, debido a las siguientes razones: 1) por su carácter legal, 2) por su amplia aceptación entre la población mexicana, 3) porque las consecuencias negativas de su consumo ocasionan costos considerables para la sociedad, un costo

significativamente mayor que el consumo de drogas ilegales, considerando los datos al respecto que dicen que México, a pesar del aumento, no está al nivel de los grandes consumidores mundiales. Finalmente, porque las modalidades terapéuticas en las que se participó durante la estancia en la residencia, tienen como objetivo la reducción y moderación en el consumo de alcohol. Al final, se revisaran las consecuencias adversas para el consumo de tabaco y drogas ilegales.

La preocupación sobre este fenómeno se ha ido incrementando debido a que se ha observado la asociación que existe entre el consumo de alcohol y una serie de problemas sociales tales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio (Bennet, Tolman, Rogalski y Sirinivasaraghavan, 1994; Gordis, 1995; Rosovsky, Casanova, Gutiérrez et al., 1994; Zwerling, Sprince, Wallace y Davis, 1996; citados en Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Una manera esquemática de empezar a revisar los efectos adversos del consumo de alcohol, es pasar lista a algunos mitos y creencias populares en torno a su uso:

1. El alcohol es bueno para la salud. Aunque algunos autores como Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) recomiendan el alcohol sólo para personas de "carácter estable y formación ética sólida" (p. 287), lo cierto es que el alcohol no resulta beneficioso para la salud. Ni siquiera para personas con una buena condición física. El potencial tóxico depende más de la sustancia que de la vulnerabilidad biológica, la vía de administración o la disponibilidad.
2. El alcohol no es un alimento necesario ni conveniente. Dificulta la combustión por glucosa, aumenta la producción y depósito de grasas, dificulta la utilización proteica y vitamínica, además de no favorecer la producción de leche materna. Conforme se ingieren más bebidas alcohólicas, se consumen menos nutrientes y paralelamente ocurre una interferencia con el metabolismo de otros nutrientes ingeridos.
3. El alcohol relaja, tranquiliza, reanima y estimula los reflejos. Este es, posiblemente, el argumento más socorrido por los bebedores, en especial por los bebedores problema. La investigación (Lorenzo et al., 1998) indica que lo anterior sucede sólo a muy pequeñas dosis. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central; su consumo puede producir sedación (confusión) y anestesia. Por eso, no solo no combate la depresión, sino que la agrava.

4. El alcohol potencializa y mejora la función sexual. El alcohol no mejora la respuesta sexual sino que “engaña con la desinhibición conductual” (p. 288), produciendo impotencia por su efecto tóxico sobre el cerebro.

Para Lorenzo y colaboradores, los efectos más tóxicos y la dependencia son para aquellas personas que buscan, por medio del consumo, efectos sobre el sistema nervioso “por su debilidad de carácter, falta de mecanismos de control racional o valorativo, o trastornos de la personalidad” (Lorenzo et al., 1998; p. 288).

5. El consumo de alcohol es bueno para el corazón. Existen testimonios de personas que refieren tomar una o dos copas estándar por recomendación médica. Sin embargo, no está demostrada la posibilidad de que ejerza un efecto vasodilatador coronario y mejore la capacidad de riego de las arterias, previniendo así el riesgo de muerte por insuficiencia coronaria.

En la tabla 5, que se presenta a continuación, se presenta la relación del consumo de alcohol con otras enfermedades, respecto a la pérdida de años de vida saludable.

Tabla 5. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998.

1	Afecciones perinatales
2	Diabetes mellitas
3	Homicidios y violencias
4	Cardiopatía isquémica
5	Accidentes de vehículos de motor (choques)
6	Infecciones respiratorias bajas
7	Enfermedad cerebrovascular
8	Cirrosis hepática
9	Atropellamiento
10	Desnutrición
11	Enfermedades diarreicas
12	Demencias
13	Consumo de alcohol
14	Trastornos depresivos
15	Nefritis y nefrosis

Fuente: SSA, 2001.

En México el abuso en el consumo de alcohol es responsable de la pérdida de más de 1 millón de años de vida saludable, es decir, 9.3% del total.

Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor, la cirrosis hepática, los

homicidios y la dependencia alcohólica. Si se considera el abuso de alcohol como el principal componente de riesgo en algunos de los más importantes problemas de salud pública puede concluirse que es el factor que más contribuye a la pérdida de años de vida saludable a escala nacional.

El análisis de los años de vida saludable indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel importante. También intervienen diversos problemas que afectan sobre todo a jóvenes y que no necesariamente llevan a la muerte, como la violencia, choques, atropellamiento, depresión y consumo de alcohol (SSA, 2001).

Pero quizá la manera más esquemática de revisar los dramáticos efectos del alcohol es revisar las principales causas de muerte en México, según datos de la Secretaría de Salud que se presentan en la tabla 6:

Tabla 6. Principales causas de mortalidad general en México, 1999.

1	Enfermedades del corazón	15.6
2	Tumores malignos	12.1
3	Diabetes mellitas	10.3
4	Accidentes de motor	8
5	Enfermedades del hígado - enfermedad alcohólica del hígado	6.1 3
6	Enfermedades cerebrovasculares	5.8
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4.3
8	Influenza y neumonía	3.2
9	Homicidios	2.8
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2.5

Fuente: SSA, 2001.

La cirrosis hepática se ha mantenido con una tasa promedio de 11.5 por 100 000 habitantes desde 1990. Aún así, en el año 2000, la enfermedad alcohólica del hígado provocó más de 13 mil muertes, 3 % del total de defunciones y contribuyó con la mitad de los casos de enfermedad del hígado, grupo que ocupa la 5 posición como causa general de muerte en el país.

Para 1998 la cirrosis hepática representó 2.9% del total de años saludables perdidos por enfermedades en el país. El consumo de alcohol, a su vez, significó 1.6 % del total de años de vida saludables perdidos, mientras que para 1999 las

enfermedades del hígado representaron la quinta causa de muerte en la población general, con 27 040 de las cuales 13 417 ocurrieron como consecuencia de enfermedad alcohólica del hígado. La zona central del país presenta una elevada tasa de mortalidad con relación a otras áreas, específicamente, los estados productores de pulque, algunos de los cuales presentan bajas condiciones de desarrollo, con escasos niveles de saneamiento ambiental (SSA, 2001).

Las comparaciones internacionales ubican a México entre los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática en el mundo, con tasas de 22 muertes por 100 000 habitantes, pero en algunas regiones como en el Valle del Mezquital, en Hidalgo, las tasas llegan a ser tan altas como de 122 por 100 000 habitantes (SSA, 2001).

Si bien la sobremortalidad en México puede estar relacionada con infecciones hepáticas o con deficiencias nutricionales, es un hecho que la mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol se encuentra en ascenso. Esta última aumentó en 72% en la población masculina y en 13% en las mujeres, entre 1970 y 1995. Durante el mismo periodo la mortalidad por cirrosis hepática asociada a otras causas disminuyó en 33 % entre los hombres y en 20% en las mujeres (SSA, 2001).

Los estudios clínicos y las encuestas entre la población muestran que el consumo excesivo de alcohol se asocia con frecuencia a los padecimientos mentales, especialmente la depresión y algunos trastornos de la personalidad. En particular, los trastornos afectivos y del estado de ánimo ocupan un lugar importante entre los factores asociados al consumo de sustancias sea como factores de riesgo, trastornos concomitantes o como consecuencia directa del consumo (Arellanez, Díaz, Wagner, y Pérez, 2004). El 9% de las personas que consumía bebidas alcohólicas en exceso padecía un desorden afectivo, y que la cifra aumentaba a 18% al considerarse los casos de dependencia. Las proporciones para los trastornos de ansiedad fueron de 15 y 35%, respectivamente (SSA, 2001).

Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco explorado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de vida saludable en el planeta, ya que su prevalencia mundial global es de 10% en la población adulta y tiende a aumentar. En México hay casi 4 millones de personas con depresión (SSA, 2001).

Alcohol y Familia:

En cuanto a consecuencias, una de éstas se relaciona directamente con el progresivo deterioro en las relaciones familiares. Desde los conceptos clásicos de codependencia hasta las nuevas posturas de abordaje cognitivo – conductual, la

familia es el factor proximal que más involucrado y afectado se ve por el consumo de algún familiar.

El alcohol representa una condición estresante en las familias; los eventos estresantes están asociados con el abuso de alcohol y otros índices de disfunción (Moos y Moos, 1979 citados en Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala, 1993). Las parejas alcohólicas son más rígidas, muestran más conflicto, más hostilidad y, sobre todo, son menos efectivas en afrontar y resolver sus problemas que las parejas no alcohólicas (Paolino y McCrady, 1977; Billings, Kessler, Gomberg y Weiner, 1979; Jacob, Ritchey, Cvitkovic y Blane, 1981 citados en Cárdenas et al., 1993). Las familias de alcohólicos recuperados y reincidentes muestran menos énfasis en el uso de apoyos sociales (actividades recreativas, reuniones familiares, etc.) que las familias sin familiares alcohólicos (Moos, Finney y Chan, 1982 citados en Cárdenas et al., 1993.).

Paolino y McCrady a finales de los setentas (Cárdenas, et al. 1993)) estimaron que por cada bebedor excesivo hay otras cinco personas sufriendo directamente. Los problemas van desde la agresión verbal hasta la violencia física. Los bebedores excesivos enfrentan mayor número de eventos negativos en su quehacer cotidiano (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Otros investigadores como Vinokur y Selzer en 1975 (citados en Cárdenas, et al., 1993) establecieron que los eventos negativos están relacionados con desórdenes físicos y emocionales, de ahí que el número de eventos estresantes se considere con un importante indicador de riesgo y como un factor predictivo de remisión o recaída después del tratamiento.

Diversos autores han demostrado que un gran porcentaje de los sujetos que asiste a los servicios de urgencia de los hospitales llega ahí por problemas asociados con el consumo de alcohol (Mas, Manrique y Varela, 1986). El riesgo que corren de tener accidentes los sujetos en los que se encuentra alcohol en la sangre y aquéllos en los que no se encuentra es de 29% contra 2% respectivamente (Honkamen, 1976 citado en Mas et al., 1986). Así, parece que, en el DF, el riesgo de ingresar a un servicio de urgencias por lesiones derivadas de actos violentos se incrementa casi 30 veces con el consumo de alcohol (Medina – Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia, citados en Caballero y Ramos, 2004).

En un estudio realizado en cuatro salas de urgencias de hospitales de la Ciudad de México, se encontró que del total de ingresos, el 10 por ciento estaba en estado de ebriedad, lo que significa que 32 sujetos ingresan a las salas de urgencia en este estado al día. Las causas son, en primer lugar, las lesiones intencionalmente infligidas (golpes,

asaltos, heridas), las autolesiones (caídas, accidentes como cortadas, quemaduras, cortes y atropellamientos), los accidentes automovilísticos (traumatismos) y, finalmente, problemas médicos como cirrosis hepática, gastritis erosiva, úlcera péptica y sangrado del tubo digestivo (Mas et al., 1986). Datos más actualizados indican que, en México, 20.9 por ciento de los ingresos a salas de urgencias por eventos traumáticos tuvieron lecturas positivas de alcohol en la sangre.

Los estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos presenta alcohol en la sangre, y que menos de 1 de cada 10 corresponde a personas dependientes del alcohol; es decir, que los restantes podrían ser incluidos en programas especiales de educación y reaprendizaje (SSA, 2001).

Datos reportados por el INP (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye y Rosovsky, 2003), indican que de 4 950 pacientes atendidos en 16 servicios de urgencias del DF, Acapulco y Pachuca, 3 340 presentaron urgencias traumatológicas (producto de violencias o accidentes) y 1 610 presentaron urgencias médicas (dolores, sangrados, enfermedades respiratorias, etc.); la mayoría de los traumatismos ocurrieron entre varones jóvenes mientras que la mayor parte de urgencias médicas provienen de mujeres y de población mayor de 30 años. Entre los que sufrieron traumatismos, por lo menos 1 de cada 6 pacientes tuvo niveles positivos de alcohol en la sangre y hasta 1 de cada 3 reportó consumir alcohol dentro de las 6 horas anteriores al evento; los criterios de dependencia son mucho mayores, en cambio, entre los pacientes asistidos por urgencias médicas. Es importante la observación que hacen estos autores en el sentido de que, aunque por regla general se acepta que el consumo de alcohol tiene un efecto importante en accidentes y violencias “desconocemos el carácter exacto de esta asociación... debido a que no sólo interviene la sustancia en cuestión, con sus propiedades farmacológicas...y las cantidades consumidas, sino también las características individuales del sujeto...” (p. 25).

Costos Económicos para la Sociedad:

El uso y abuso de sustancias nocivas representa un costo muy elevado para la sociedad en términos de recursos sociales y económicos. Los jóvenes, que son la fuerza laboral del futuro, no se están preparando adecuadamente para este papel (deserción escolar), lo que crea inestabilidad en la familia y en la comunidad (Villatoro, Medina-Mora, Fresán, Doménech, y Fleiz, 2000).

Durante el periodo comprendido entre julio de 1994 y junio de 1995, los servicios de urgencias de una institución de seguridad social en la zona metropolitana del Valle

de México, registraron un total de 17 225 consultas por accidentes, traumatismos y violencias; las que a su vez generaron 10 512 intervenciones quirúrgicas y 2 592 días de estancia en servicios de terapia intensiva.

También se ha estimado que alrededor de 2 083 consultas, 1 281 intervenciones quirúrgicas, 15 730 días de estancia hospitalaria y 395 días cama en unidades de cuidados intensivos, se asocian al consumo de bebidas alcohólicas; esto representó una erogación por costos directos e indirectos de 17 113 285.60 pesos. Una reducción de sólo el 1 por ciento de los casos asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas, representaría un ahorro de 171 000 pesos por año.

En el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), de la PGJDF se han podido identificar diversas características tanto de las víctimas como de los agresores. En la mayoría de los casos se refirió el consumo de alcohol y alguna droga, principalmente por parte del generador de la violencia (SSA, 2001).

La asociación entre violencia doméstica y el consumo excesivo de alcohol es frecuente: 29 por ciento de las mujeres adultas que habita en las zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta, relacionada con el consumo de alcohol en 60 por ciento de los casos (SSA, 2001).

Desde otra perspectiva, los daños provocados por el consumo de alcohol pueden determinarse según el patrón de consumo. El consumo excesivo de alcohol tiene dos formas principales de presentación, las cuales determinan en gran medida los tipos de daño que pueden producirse (ver tabla 7). La primera forma de consumo corresponde a episodios agudos caracterizados por una elevada ingesta que conduce al estado de embriaguez y cuya frecuencia se incrementa sensiblemente los fines de semana y en las festividades. La segunda corresponde al consumo consuetudinario y persistente de bebidas alcohólicas.

Tabla 7. *Tipo de bebedor y consecuencias negativas asociadas.*

	BEBEDOR PROBLEMA/SOCIAL	BEBEDOR EXCESIVO/CRONICO
MEDICAS	<ul style="list-style-type: none"> - cruda - problemas gastrointestinales - psicosis alcohólica 	<ul style="list-style-type: none"> - cáncer - cirrosis hepática - diabetes - pancreatitis - arritmias - hipertensión
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - accidentes de tránsito - violencia - pérdida de productividad - ausentismo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - disolución del núcleo familiar. - trastornos psiquiátricos - desempleo - aislamiento

	- problemas familiares - costos económicos para la sociedad	
--	--	--

Fuente: Velasco, 2001.

Drogas y Consecuencias Relacionadas:

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más graves al que se enfrentan la mayoría de los países del mundo. En Estados Unidos, fumar tabaco acarrea más de 430 mil muertes anuales (USPHS, 1989 citado en Botvin, 1995).

El consumo de drogas ilegales se ha asociado a enfermedades crónicas, muerte accidental y actividades delictivas y, lo que es más, debido a la naturaleza adictiva de muchas sustancias psicoactivas y a su impacto en el funcionamiento social, dichas sustancias se consideran un problema psiquiátrico que precisa intervención clínica (Botvin, 1995).

Durante 1999, de un total de 6 214 defunciones notificadas al SISVEA, el 19.9 por ciento se produjo bajo la influencia de alguna droga (incluido el alcohol), en once de cada doce fallecimientos se trataba de varones, el 49.8 por ciento estaba casado y el 42.7 por ciento tenía edades superiores a los 39 años.

Asimismo, las causas de muerte registradas bajo la influencia de algunas drogas fueron:

- asfixia: 20.5 %
- atropellamiento: 20.5%
- choque de vehículo de motor: 17.1%
- intoxicación: 14.2%
- herida por arma de fuego: 13.0 %

Las principales drogas involucrada fueron el alcohol (88.7%) y la mariguana (3.4%). Los lugares en que con mayor frecuencia ocurrieron estos hechos fueron el hogar y la vía pública.

En relación con el consumo de cocaína, particularmente entre estudiantes, se ha encontrado que la mayor proporción de usuarios se ubica en preparatoria, reportándose también más problemas y actos antisociales que los que se presentan entre usuarios de otras drogas. Se ha observado que los consumidores frecuentemente se involucran en problemas legales y sociales más severos como vender drogas, dañar o golpear a alguien, forzar cerraduras, prender intencionalmente fuego y utilizar armas punzocortantes o de fuego para obtener un objeto ajeno.

Por lo que respecta al consumo de inhalantes, se ha documentado su asociación indirecta con actos antisociales. El inhalador crónico se tipifica por su baja escolaridad y por realizar actividades de subempleo en la vía pública en combinación con actos delictivos como robos, delitos contra la salud y lesiones (SSA, 2004).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) registra que, del total de presuntos delitos del fuero federal cometidos en 1980 y 1989, el 4.4 por ciento de los sujetos se encontraba ebrio, el 1.6 por ciento con aliento alcohólico y el 1.5 por ciento bajo la influencia de otra droga. En los delitos pertenecientes al fuero común, el 19.5 por ciento se encontraba en estado de ebriedad, el 5.7 por ciento con aliento alcohólico y el 0.7 bajo influencia de alguna otra droga (SSA, 2001).

Por otro lado, la relación entre prostitución y consumo de drogas parece ser estrecha, pero ha sido poco investigada en nuestro país. Las evidencias disponibles a nivel internacional muestran que en algunos casos las mujeres usuarias de drogas se prostituyen para sostener su consumo, pero también se ha señalado que el medio en que se ejerce la prostitución propicia el consumo en estas mujeres. Un estudio (Rodríguez, Gutiérrez y Vega, 2003), reportó que entre las prostitutas de una zona de la Ciudad de México el consumo de drogas es habitual y que tiene para sus consumidoras tanto consecuencias positivas como negativas. Entre las primeras se encuentran el no sentir temor de entrar con un cliente al cuarto sin saber si van a salir vivas, el quitarse el frío en las noches, no pensar con quién están en ese momento o evadirse un poco de esa realidad.

Consecuencias Negativas del Tabaquismo:

Las cifras del Banco Mundial registran una tendencia decreciente en el tabaquismo durante la última parte del siglo. Según esta fuente, el consumo de tabaco en México descendió de 1.4 kg por adulto en 1975 a 1.0 kg en 1990. De acuerdo con información oficial, este consumo podría haber disminuido hasta 0.7 kg *per cápita* en el 2000 (SSA, 2001).

El cáncer de traquea, bronquios y pulmón es la primera causa individual de muerte por tumores malignos en la población posproductiva. La tendencia de esta neoplasia asociada al tabaquismo es hacia el aumento.

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacidad secundarias a tumores malignos –boca, esófago, hígado, páncreas, vejiga y pulmón-, afecciones cardiovasculares, padecimientos respiratorios y bajo peso al nacer, por lo que sin duda constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad y muerte más importantes del país (SSA, 2001).

Patrón de Consumo y Problemas Asociados:

Es importante revisar los conceptos tradicionales y las nuevas aproximaciones acerca de las definiciones de droga, drogadicción y patrones de consumo seguro y peligroso.

La definición clásica del término droga la podemos ubicar dentro de la farmacología para designar a un medicamento en su estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Para los efectos que nos competen, la definición más útil de droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones (OMS, 1969 citado en Madden, 1986).

La Organización Mundial de la Salud, a principios de los 80 distinguió entre droga como término clásico y droga de abuso, éste último para referirse precisamente a las sustancias con efectos psicoactivos que por aquella época ya empezaban a ser consumidas de manera recreativa, sin prescripción médica y con carácter ilegal y que por lo mismo ya constituían un foco de atención para las autoridades sanitarias; así, droga de abuso era definida como "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada" (Lorenzo et al., 1998, p. 286).

Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen los siguientes criterios:

- b) ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones motoras y/o psíquicas.
- c) Inducen a los consumidores a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
- d) El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático o psíquico.
- e) No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Así, droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psicológica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psico - orgánico y de conducta social (Lorenzo et al., 1998).

En cuanto a los patrones de consumo y sus características, lo más útil es conceptualizarlos en términos de un continuo de severidad, en donde en el extremo izquierdo se encuentra el no consumo o abstinencia y en el extremo derecho se encuentra la dependencia, ésta última según los criterios del DSM - IV o del CIE - 10. En

la parte central estarían, en orden ascendente, de izquierda a derecha, los conceptos de uso, hábito, consumo moderado y abuso.

El **uso** de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social, significando consumo, utilización o gasto de esa sustancia sin que se produzcan consecuencias negativas en el ámbito médico, laboral, personal, económico o familiar.

Por otra parte, el **hábito** "sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos, hay un deseo del producto, pero nunca de manera imperiosa" (Lorenzo et al., 1998; p. 5). No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue debido a que la búsqueda de la sustancia es limitada y no significa una alteración conductual.

El **consumo moderado** es aquel que por lo general no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad. Posiblemente este es el término que más controversia ha generado por la dificultad que implica su operacionalización y adaptación a cada sociedad en particular, además de sus implicaciones para la actividad terapéutica, en particular, el establecimiento de metas de tratamiento. Al respecto, Medina - Mora (2001) dice que existen intentos recientes por definir niveles de consumo seguros, sin riesgo, para el caso de las sustancias legales (alcohol y tabaco). Estos niveles, considerados como consumo moderado presentan muchas ventajas, sobre todo para prevenir la ocurrencia de problemas psicosociales; pero definir qué cantidad de alcohol no causa problemas es complicado debido a las diferentes formas en que esta sustancia afecta a diferentes personas. Desde luego, la categoría de bebedor moderado es muy diferente a la de bebedor problema, si hablamos del consumo de alcohol.

El concepto de **abuso** también ha presentado complicaciones en su definición desde los primeros intentos de clasificación diagnóstica. Para la Organización Mundial de la Salud, el término debe cumplir los criterios de uso no aprobado (carácter ilegal), uso peligroso (situaciones peligrosas), uso dañino (personas en riesgo) y uso que implique una disfunción (consideraciones conductuales).

Para los sistemas tradicionales de diagnóstico psiquiátrico, como el DSM - IV o el CIE - 10, el abuso cumple una serie de criterios como la existencia de consecuencias sociales adversas, intoxicaciones periódicas, reprobación de terceros, el incumplimientos de obligaciones, el consumo en situaciones potencialmente peligrosas y problemas legales, pero el criterio que hace la diferencia entre abuso y dependencia es el que los síntomas mostrados no cumplen los criterios de dependencia, es decir,

dependencia física, psicológica o social. Otra diferencia entre el CIE – 10 y el DSM – IV es que el primero no utiliza el término de abuso sino el de consumo perjudicial, y es definido como aquel que afecta a la salud física o mental, más de dieciocho copas a la semana en hombres y doce en mujeres, una intoxicación al mes y más de diez copas por ocasión. Al respecto, Lorenzo et al., (1998) mencionan que “bastantes consumidores pueden mantener un patrón de ‘simple’ abuso durante largo plazo, un escalón menos grave que el de la drogodependencia, y parece tener relación con características de la persona” (p. 286).

Por último, al final del continuo de severidad se encuentra la forma más grave de consumo: la **dependencia**. Definida por la OMS por primera vez en 1964 como “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2) tendencia a incrementar la dosis. 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga. 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (en Lorenzo et al., 1998, p. 289).

En 1982, la OMS revisó el término y lo definió como un síndrome “caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) “la características esencial... consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (p. 182).

Como hace notar Lorenzo et al., (1998), se han distinguido siempre dos tipos de dependencia a la que últimamente se le ha agregado un tercer tipo: la social.

- a) Dependencia física: es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, el desarrollo de un vínculo o asociación droga – organismo. Sus dos componentes son la tolerancia y el síndrome de abstinencia.
- b) Dependencia psicológica: es definido como un deseo irresistible (anhelo, *craving*) de repetir la administración de una droga para volver a experimentar sus efectos agradables y evitar el malestar producto de su ausencia.

- c) Dependencia social: necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal.

Delimitar patrones de consumo es una tarea difícil debido a que es necesario tomar en cuenta consideraciones legales, médicas, psicológicas, culturales, políticas y antropológicas. Por ejemplo, la distinción entre uso y abuso no es clara.

Así, el uso de alcohol, cuyo consumo es permitido en prácticamente todo el mundo, se convierte en abuso cuando es ingerido por mujeres embarazadas, personas que van a manejar autos, personas que están tomando medicamentos, en usuarios que cumplen los criterios de dependencia según los manuales diagnósticos (DSM – IV o CIE – 10) y en menores de edad. Sobre este punto en particular, es importante mencionar que el criterio de la mayoría de edad es diferente según el país. En México se alcanza a los dieciocho años mientras que en Estados Unidos, es hasta los veintiuno. En consecuencia, los sujetos mexicanos de dieciocho años serían abusadores en Estados Unidos, mientras que en México serían usuarios sin restricción legal alguna.

En México, se han adaptado estos niveles a los patrones de consumo locales, esto es, un patrón de consumo más bien esporádico – explosivo: nueve y doce tragos estándar para mujeres y hombres, respectivamente, a la semana; no más de tres por ocasión y no consumir diario.

En el caso de drogas ilegales, cualquier uso es abuso, situación que se considera más frecuente para el caso del tabaco y los inhalantes. Para algunos autores, el abuso de drogas puede considerarse si el individuo ha consumido la sustancia en cuestión más de cinco ocasiones, dejando atrás la fase experimental del consumo.

Para el caso del tabaco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone las siguientes categorías:

- a) no fumadores.
- b) Ex fumadores (ocasionales y diarios).
- c) Fumadores ocasionales (fumadores en reducción, experimentadores y fumadores continuos).
- d) Fumadores diarios.
- e) Fumador pasivo (para el individuo expuesto al humo del tabaco en su medio ambiente).

Podemos concluir entonces que es difícil determinar niveles seguros de consumo para el caso del alcohol; sin duda, el establecimiento de la moderación como meta terapéutica en los programas breves de intervención debe tomar en cuenta las

particularidades del sujeto y además no perder de vista las consideraciones éticas, legales y culturales. Como dice Medina – Mora (2001), las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo (más que por criterios diagnósticos estandarizados) y se miden a través de indicadores tales como consumo *per cápita*, patrones de consumo y la severidad de los problemas asociados; “de ahí la dificultad de aplicar en su totalidad el modelo epidemiológico tradicional. Al no tratarse de un trastorno infeccioso en sentido estricto, la definición e identificación del caso requieren consideraciones especiales” (p. 21).

Las investigaciones realizadas en la última década confirman la necesidad de individualizar el tratamiento a las necesidades particulares de cada usuario y demuestran, también la importancia de enfatizar aspectos psicosociales, sobre todo para garantizar la meta terapéutica a largo plazo.

En México, como ya se mencionó, el patrón de consumo es esporádico – explosivo; a diferencia de otros países en donde el consumo es más frecuente y más homogéneo entre la población (como Francia), en México el consumo frecuente es raro, y el consumo excesivo es más bien episódico (en fechas especiales, cada fin semana, etc.) y coincide con la existencia de altos niveles de intoxicaciones y episodios violentos mayores a los encontradas en el extranjero.

Estudios transculturales efectuados en México por la Dra. Medina – Mora (2001), y en España han mostrado efectivamente que el consumo típico de nuestro país, poco frecuente, con altas cantidades de alcohol por ocasión, raramente se presenta en España (24% en México, en comparación con 1 % en España). Del mismo modo, el consumo diario de una o dos copas, característico de los españoles (46%), no es común entre nuestra población.

Un dato que puede ilustrar lo anterior es que las encuestas han demostrado que el 25 por ciento de los bebedores más fuertes, por lo general varones entre 30 y 49 años, consumen el 78 por ciento del alcohol disponible.

La mayoría de los servicios de tratamiento están dirigidos a los individuos con alta dependencia. Como mencionan Ayala et al., en 1997, los servicios para este tipo de población instrumentan estrategias de intervención que son más apropiadas para este tipo de bebedores, de tal manera que los individuos con niveles bajos de dependencia (que son la mayoría) tienen poca probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a sus necesidades, lo que “constituye un desequilibrio en la prestación de servicios y en las políticas de salud pública de la gran mayoría de los países occidentales” (p. 114).

Los datos revelan que la gran mayoría de los bebedores no son crónicos: sólo del 15 al 18 por ciento cumplen los criterios diagnósticos de dependencia; así, la identificación de bebedores problema tiene sentido en por lo menos dos formas: en primera porque el mayor daño a la sociedad -y eventualmente al individuo- lo ocasionan los denominados bebedores problema o sociales y en segunda porque este tipo de bebedores tiene muchas más posibilidades de revertir “el curso de la enfermedad” o las consecuencias negativas de dicho consumo.

Por todo lo anterior, y como resultado de la tendencia al incremento en el consumo individual en los países subdesarrollados, es importante reconocer que la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento ha mostrado un importante crecimiento, poniendo en evidencia la carencia y las limitaciones de este tipo de servicios. Como bien mencionan Ayala et al., (1997), ante este hecho y las evidencias que muestran la asociación tan estrecha que hay entre consecuencias sociales y consumo excesivo de alcohol y drogas, diversos investigadores y organismos gubernamentales, nacionales e internacionales dedicados al tema, han recomendado fortalecer las acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de los patrones de consumo problemáticos que pongan en riesgo al individuo, así como en la implementación de intervenciones costo – efectivas, breves y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, en una variedad de culturas y por personas comprometidas con el problema pero que no necesariamente tengan una formación especializada en adicciones.

INFRAESTRUCTURA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Las dificultades que el Estado y la comunidad encuentran para enfrentar exitosamente este problema se deben a la cantidad de factores que intervienen en su

presentación, como son los individuales, familiares, sociales y medioambientales, a los que la mayoría de los especialistas consideran como disparadores o favorecedores del problema de la farmacodependencia y las conductas adictivas (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1992). Si a esto se agrega la cantidad de sustancias involucradas, las modalidades de las vías de administración, la interacción entre cada tipo de droga, el individuo que las consume y el medio ambiente, se hace necesario que el abordaje se haga por medio de un equipo multidisciplinario, de manera integral, involucrando a la comunidad, tanto para las acciones preventivas como para las tareas de detección temprana y rehabilitación.

La dimensión que tiene actualmente el abuso de drogas con un patrón de consumo cambiante y complejo, en las zonas urbanas y rurales, sin distinción de edad o nivel social, ubica a las conductas adictivas como un problema de salud pública y plantea, al mismo tiempo, un desafío importante a las instituciones que buscan afrontarlo y solucionarlo. Los síndromes de intoxicación y abstinencia, como urgencia médicas de intensidad y severidad variadas, agregan dificultades importantes en el manejo integral de pacientes con conductas adictivas.

Dentro de estos factores causales, para un uso experimental, destacan por su importancia los factores de riesgo individuales o intrapersonales (Newcomb y Earleywine, 1996) -psicológicos y orgánicos- como son las características de personalidad, la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, dificultades con la autoestima, poca capacidad asertiva, falta y/o uso inadecuado de habilidades de comunicación, hábitos inadecuados y consumo perjudicial en el entorno inmediato.

Además, junto con la curiosidad innata del individuo (Viesca, 2001), está la intención de buscar sensaciones placenteras o de evitar algunas displacenteras y, posteriormente, la capacidad de aprendizaje para evitar los síntomas por el retiro, voluntario o no, de las drogas.

El papel de la familia es esencial en la etiología del uso y abuso de sustancias, pues la dinámica de ésta determina desde la primera infancia el tipo de vida del individuo y es el primer sistema de educación y fuente de valores para la persona, de modo que en ella recae la responsabilidad de mantener una cohesión para favorecer el desarrollo humano.

La promulgación de la Ley General de Salud en 1984 aportó el marco jurídico fundamental para las acciones en esta materia, mientras que el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 representa, actualmente, el sustento programático fundamental, tanto en lo que corresponde específicamente al Programa contra las Adicciones

(Programa de Acción contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, Programa contra la Farmacodependencia y Programa contra el Tabaquismo), como en las líneas de coordinación intersectorial, descentralización y participación de la comunidad.

El 26 de febrero de 1985 se creó por decreto el Consejo Nacional contra la Farmacodependencia que tuvo como primera actividad la elaboración del programa correspondiente, basándose en un proyecto elaborado y coordinado por el entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Al año siguiente, el 8 de julio de 1986, también por Decreto se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), con el objetivo de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas nacionales específicos arriba mencionados.

Es así como en el año de 1986 se publica el "Programa contra la Farmacodependencia", como resultado del trabajo de los Comités Técnicos surgidos del Consejo y conformados por representantes de los sectores público, social y privado, orientado específicamente al análisis de los aspectos de salud, de educación, de participación comunitaria, de legislación y de investigación en este campo; para el Programa vigente, se repitió el procedimiento de consulta ciudadana entre especialistas, mediante foros de participación en la mayoría de los estados de la República (SSA, 2001).

Sector Público:

En materia de tratamiento y rehabilitación, el Estado actúa desde cinco grandes vertientes:

1. apoyo gubernamental: se complementa con aportaciones de la comunidad, para operar la red de Centros de Integración Juvenil en todo el país.
2. las unidades de salud mental para el primer y segundo niveles de atención en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
3. la creación de los Centros de Atención a las Adicciones en los diferentes estados.
4. surgimiento de servicios especializados en instituciones privadas.
5. la estructuración, organización y multiplicación de grupos de ayuda mutua en distintos puntos del país.

Se presenta a continuación un panorama general del estado actual de la infraestructura, tanto pública como privada, existente en el país para el combate, la prevención y la rehabilitación de las conductas adictivas.

El **CONADIC** convocó a un grupo interdisciplinario y multisectorial de organizaciones con el objeto de sumar esfuerzos para la elaboración de un inventario de recursos institucionales para la atención de las adicciones en México. El resultado final muestra un registro nacional de 2 034 organizaciones, ubicadas en 507 localidades (municipios y delegaciones políticas del Distrito Federal). Como se puede ver en la figura 7, 1 006 (el 50%) son del sector público; 964 (el 47%) del sector social y 64 (el 3%) del sector privado.

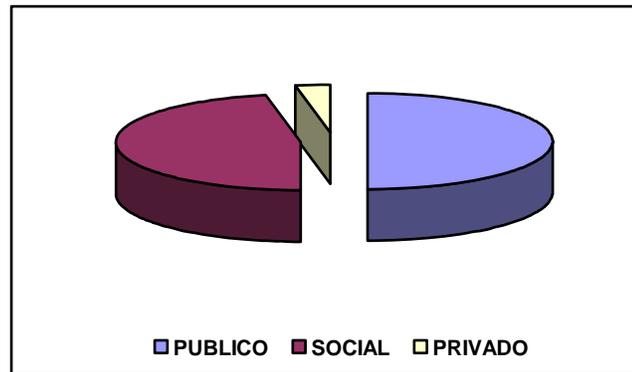


Figura 7. *Distribución de recursos para la atención de conductas adictivas. Fuente: SSA, 2001.*

Se tienen, asimismo, registrados 32 Centro Estatales contra las Adicciones (**CECA**) cuya ubicación se encuentra en las capitales de los estados y 341 Comités Municipales contra las Adicciones a lo largo del país, de acuerdo a la siguiente distribución: Aguascalientes 9, Baja California 4, Baja California Sur 5, Campeche 4, Coahuila 9, Colima 8, Chiapas 2, Chihuahua 63, Distrito Federal 13, Durango 15, Guanajuato 3, Guerrero 2, Hidalgo 60, Jalisco 36, México 4, Michoacán 14, Morelos 2, Nayarit 17, Nuevo León 1, Oaxaca 1, Puebla 15, Querétaro 6, Quintana Roo 8, San Luis Potosí 9, Sinaloa 5, Sonora 6, Tabasco 17, Tamaulipas 8, Tlaxcala 7, Veracruz 12, Yucatán 1 y Zacatecas 7.

A partir de los datos concernientes al número de servicios disponibles por entidad federativa las autoridades generaron un indicador de equipamiento por entidad federativa, dividiendo el número de servicios por el total de la población y

determinando cuatro niveles de equipamiento mediante la definición de puntos de corte: alto, medio alto, medio bajo y bajo.

Los resultados indican la existencia de una disparidad importante en las diversas entidades federativas como se puede apreciar en la tabla 8, observando importantes diferencias a nivel de equipamiento entre los estados, teniendo Nayarit el mejor nivel de infraestructura y Chiapas el más bajo.

Tabla 8. Nivel de equipamiento por entidad federativa.

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	BAJO
2. Nayarit	1. Jalisco	1. Michoacán	1. Tamaulipas
3. Hidalgo	2. DF	2. Baja California	2. Puebla
4. Chihuahua	3. Durango	3. Querétaro	3. San Luis Potosí
5. Colima	4. México	4. Coahuila	4. Yucatán
6. Aguascalientes	5. Tlaxcala	5. Sonora	5. Nuevo León
7. Baja California Sur	6. Quintana Roo	6. Sinaloa	6. Veracruz
8. Campeche	7. Zacatecas	7. Oaxaca	7. Guerrero
9. Morelos	8. Tabasco	8. Guanajuato	8. Chiapas

Fuente: SSA, 2001.

Dentro del sector público, la Secretaría de Salud ofrece servicios preventivos en sus Centros de Salud y Unidades Hospitalarias en todo el país, aplicando programas de promoción de la salud y de medicina preventiva. Por medio de la Coordinación de Salud Mental (CORSAME, hoy independiente del CONADIC), la SSA cuenta con una red de Centros Comunitarios ubicados en la capital del país y con Módulos de Salud Mental localizados en diversos puntos del país. Sus actividades de prevención incluyen la realización de sesiones informativas, cursos de capacitación, mensajes para los medios de comunicación *colectiva*, actividades deportivas, culturales, de participación social y de referencia de casos de tratamiento.

Así, según consta en documentos oficiales, la SSA cuenta con diversos servicios donde se atienden a personas con problemas de adicción, como los Servicios de Salud Mental de la SSA que disponen de 199 unidades de servicio especializados: 80 en Centros de Salud, 7 clínicas especializadas, 72 en hospitales generales, 3 con servicios de internamiento, 28 hospitales psiquiátricos y paidopsiquiátricos, 8 en Institutos Nacionales y una Unidad de Rehabilitación.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" lleva a cabo el programa PAIDEIA, un pabellón destinado exclusivamente a la atención de jóvenes varones con problemas de farmacodependencia, los Centros de Atención Toxicológica "Jóvenes por la Salud" ubicados en las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza, cuentan

con los servicios de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico.

Asimismo, el IMSS y el ISSSTE cuentan con 343 unidades hospitalarias en las que se proporcionan servicios de salud mental; el ISSSTE, en particular, cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales, generales y en algunas de sus clínicas y con fundamento en su Programa de Salud Mental, se realizan acciones en materia de prevención.

La Dirección de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del DF, cuenta con Centros de Salud del primer y segundo nivel, contando además con centros de atención toxicológica y una red de hospitales de urgencias, en donde se ofrecen servicios preventivos y de orientación.

El CONADIC contribuye al fortalecimiento de los servicios de urgencias de estas instituciones ofreciendo cursos de capacitación y actualización en el ámbito de la farmacoterapia, de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos, así como estrategias de apoyo a los familiares y su adecuada canalización.

Para apoyar a sus consejos regionales, el CONADIC ha capacitado al personal para el uso adecuado del manual "Diagnóstico Situacional de Adicciones", que permite conocer la magnitud y características del consumo de sustancias adictivas a nivel local.

El CONADIC, ha promovido "una estrecha colaboración" (SSA, 2001, p. 39) con programas prioritarios de la SSA, como: "Atención a la Salud del Niño", "Salud Reproductiva" y "VIH-SIDA y otras ETS". Para ello se ha vinculado con la Dirección General de Promoción a la Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva y el Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA) para impartir conferencias, cursos de capacitación y asesorías, así como elaborar material informativo y de orientación para su distribución en los módulos de atención a adolescentes.

También el CONADIC, en colaboración con los CIJ y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha desarrollado una campaña llamada "La Vida es la Neta", dirigida a los adolescentes de entre 12 y 18 años cuyo objetivo es fortalecer los factores de protección y disminuir los de riesgo, *utilizando expresiones propias de los adolescentes* para promover la búsqueda e identificación de actitudes positivas que los lleve a optar por una vida sana.

Otras instituciones del sector público que cuentan con estrategias encaminadas al combate de las conductas adictivas en sus respectivas áreas de trabajo son PEMEX, el Sistema de Transporte Colectivo Metro, el Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE),

la Procuraduría General de la República (PGR) y la Secretaría de Seguridad Pública (SSP).

El **INJUVE** ha desarrollado el Programa Juvenil para Prevención de Adicciones (PREVEA) como un esfuerzo para promover la participación de todos los jóvenes del país en la prevención de adicciones “mediante actividades de información, orientación, capacitación, recreativas, culturales y artísticas” (p. 42). La PGR, realiza actividades para inhibir las conductas delictivas desarrollando campañas y programas permanentes en todo el país; también, a través de los medios de comunicación se difunden campañas como “¡Va por ti! La Prevención es Primero”, que motivan a la gente a emprender actividades sanas como la práctica del deporte. Dentro de este marco, la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos contra la Salud (FEADS) desarrolla el “Programa de Prevención de la Farmacodependencia en Planteles Educativos de Nivel Medio y Medio Superior” cuyo objetivo, según consta en documentos oficiales, es llevar a cabo una campaña nacional de orientación y prevención de la farmacodependencia orientada al fomento de una cultura de rechazo hacia las drogas y al mejoramiento de la calidad de vida.

Por su parte, la SSP ofrece servicios de psiquiatría en su red de reclusorios y centros de readaptación social en el país, en el que se atiende a internos con problemas de conductas adictivas.

En el sector educativo, la Secretaría de Educación Pública (**SEP**) realiza diversas labores educativas orientadas a la prevención de adicciones. En ese sentido, elabora materiales impresos y audiovisuales dirigidos a alumnos, maestros de educación básica (primaria y secundaria), así como a los padres de familia. Según los documentos oficiales, entre los materiales que abordan este tema, se encuentran: el libro de texto gratuito de Ciencias Naturales de 3º, 4º y 5º grados de primaria, así como el Libro para el Maestro de Ciencias naturales de 3º y 4º grados y el paquete didáctico de actualización “La Enseñanza de las Ciencias Naturales en la Escuela Primaria”.

De igual manera, para maestros de 5º y 6º grados de primaria la SEP ha publicado la “Guía de estudio para Maestros sobre Temas de Educación sexual, Equidad de Género y Prevención de Adicciones” mientras que los maestros de tercero de secundaria cuentan con el “Libro para el Maestro de Orientación Educativa”, el “Directorio de Servicios de Material de Apoyo para Orientación Educativa”, la antología “Orígenes y Efectos de las Adicciones” y los videos de la colección “Nuevos Materiales de la Barra de Verano. Orígenes y efectos de las Adicciones” y el libro de “Orientación

Educativa”, que se distribuyen y se transmiten en las escuelas secundarias por vía satélite, vía la red EDUSAT.

El Instituto Politécnico Nacional (**IPN**), en coordinación con los planteles de nivel medio superior y superior, llevan a cabo los siguientes subprogramas: Diplomado en Desarrollo Humano, Eventos Especiales, Atención Especializada, Desarrollo Juvenil sin Violencia, Asesor Estudiante y Salud Sexual y Reproductiva y “todos ellos contemplan en sus contenidos actividades que se relacionan con la prevención de las adicciones” (p. 42). Dentro del IPN, la Clínica para Dejar de Fumar es la responsable directa de la organización y ejecución de actividades preventivas en materia de adicciones “en estrecha relación con todos los subprogramas y sumando esfuerzos en el área de tratamiento con la Escuela Superior de Medicina y con la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía” (p. 42).

Por su parte, para atender a las mujeres en situación de reclusión que viven con sus hijos, y que presentan algún tipo de problema emocional relacionado con las adicciones, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), y el CONADIC, han propuesto un programa basado en “acciones de información, conformación de grupos de ayuda mutua, desarrollo de actividades de protección de la salud, apoyo a la reinserción social y de capacitación a personal técnico con el fin de atender apropiadamente las necesidades de esos grupos de población” (p. 49).

Organismos gubernamentales descentralizados como el INP, el INEA, DIF y CIJ realizan actividades de prevención universal y selectiva que se detallarán en la parte introductoria de la competencia profesional correspondiente.

Por último, dentro del sector público, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) entre otras acciones cuenta, en la Facultad de Medicina, con una clínica contra el tabaquismo; en la Facultad de Psicología se lleva a cabo un modelo de intervención breve y se ha publicado un “Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber” (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Ofrece, además, la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) ofrece el Diplomado en Adicciones.

Sector Social:

En el sector social, Alcohólicos Anónimos 24 Horas Terapia Intensiva, registra 422 establecimientos a nivel nacional; cada centro de atención cuenta con albergues. Además “mantiene una estrecha comunicación con centros de salud que ofrecen atención médica” (p. 49). Operan el programa de “12 pasos” y deben regir su

funcionamiento en tres lineamientos: servicio gratuito, estancia voluntaria y respeto a la integridad humana.

Drogadictos Anónimos rehabilita adictos con base “en la observación y vigilancia de su sobriedad”. Cuenta con 30 grupos de anexos. Narcóticos Anónimos, bajo el lema “Cualquier adicto puede dejar de consumir, puede perder el deseo y cambiar sustancialmente su vida” cuenta con 135 instalaciones en 64 localidades y trabaja también con el programa de “12 pasos” y atiende a menores con padres consumidores en la modalidad “Ala – teen”.

Sector Privado:

Con 64 organizaciones e instituciones registradas, el sector privado ofrece el servicio de rehabilitación y tratamiento en las modalidades ambulatoria y residencial utilizando diferentes modalidades terapéuticas y para diversas posibilidades económicas.

En los documentos de la SSA al respecto (SSA – CONADIC, 2001), mencionan a Monte Fénix, que cuenta con dos establecimientos cuyo objetivo es “inducir al paciente al reconocimiento de su enfermedad a fin de iniciar una recuperación con mejores perspectivas. El tratamiento es integral ya que contempla áreas de desintoxicación, aplicación de técnicas específicas para la prevención y recaídas (Modelo Las Flores, basado en el Minnesota) programas de mantenimiento y seguimiento de la evolución del paciente por un lapso de 12 meses, así como información y tratamiento a los familiares” (p. 50).

Entre otras instituciones que ofrecen servicios de prevención y rehabilitación están el Centro de Integración para el Adicto y Familiares, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (**CAAF**), el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (**CRETA**), la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (**CESAD**), la Fundación Juventud, Luz y Esperanza, Asesoría Psicológica Katún, Fundación Oceánica, el Centro Cáritas para la Atención de la Farmacodependencia y Situaciones Críticas Asociadas (con una Unidad Residencial de Tratamiento y un programa de prevención llamado “Modelo Comunitario de Integración Psicosocial” implementado por la Fundación “Ama la Vida”), la Clínica CLAIDER (dependiente de Monte Fénix), el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (**IMIFAP**) con un programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de primaria y secundaria, entre otras muchas organizaciones en todo el país.

De hecho un rasgo distintivo en los últimos años es la proliferación de centros de atención o anexos en donde se carece de normatividad y del equipo, humano y

material, para atender a la población objetivo. Son los llamados anexos no registrados que usan el nombre de Alcohólicos Anónimos y ofrecen solucionar el problema en tres meses o menos.

Estos centros operan al margen de la ley y generalmente en domicilios particulares, utilizan nombres como "Ampliación a la Vida", "Primer Paso", "Volver a vivir", entre otros, ofrecen soluciones rápidas a los familiares, exigen pago por el tratamiento, así como despensas para la manutención del alcohólico, prohíben todo contacto familiar y cuando se sienten amenazados cambian de residencia, lo que dificulta su localización.

Los medios de comunicación han documentado una serie de abusos en estos centros, siendo los más comunes el abuso físico, sexual, nutricional y psicológico. Sin duda, la ausencia de estudios de campo controlados en México refleja la carencia de investigación sobre resultados de tratamiento en el campo de las adicciones, así como la ausencia de instancias gubernamentales para la proliferación de servicios de atención "de dudosa efectividad y alto costo" (Ayala et al., 1997; p. 124).

A continuación, se presenta el marco legal en torno a las adicciones, así como leyes, medidas y normas oficiales.

Marco Legal:

El marco legal del Programa contra la Farmacodependencia tiene su sustento en el Plan Nacional de desarrollo 2001 – 2006, el cual identifica a las adicciones como un factor importante de riesgo para la salud.

Ante la necesidad de establecer lineamientos y reforzar el marco normativo, se elaboró y publicó la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA-1999) para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, cuyo objetivo es establecer los procedimientos y criterios para la prevención y tratamiento de adicciones.

Esta Norma, publicada el 15 de septiembre del 2000 en el Diario Oficial de la Federación "constituye un esfuerzo importante realizado en materia de normatividad de las adicciones en nuestro país, ya que establece y uniforma los principios y criterios mínimos de calidad en la atención de las adicciones logrando el consenso y colaboración de todos los sectores interesados" (www.conadic.gob.mx/planeación/nom028 - s/f, consultado 2006). Su aplicación es "de observancia obligatoria" en todo el país para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y control.

Esta Norma Oficial reconoce la aplicación de cuatro modelos de tratamiento:

1. Modelo profesional: proporciona atención en servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización y está manejado por profesionales de la salud a través de modalidades farmacológicas y psicosociales.
2. Modelo de ayuda mutua: su objetivo es apoyar al adicto para lograr y mantener la abstinencia con la orientación y soporte de especialistas y agrupaciones de adictos en proceso de recuperación, con fundamento en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos.
3. Modelo Mixto: ofrece servicios profesionales médicos, psiquiátricos, psicológicos y ayuda mutua en centros especializados denominados "comunidades terapéuticas" y "casas de medio camino".
4. Modelos alternativos: son terapias basadas en la medicina tradicional y en el uso de la herbolaria y de alimentos con propiedades para el control del consumo de esas sustancias. Se incluyen intervenciones basadas en la fe, como los juramentos y otros procedimientos populares.

De todo el contenido de la Norma Oficial, merecen consideración especial los apartados dedicados a la prevención, la detección temprana y el tratamiento.

Así, la prevención es definida como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias (www.conadic.gob.mx/planeacion/nom28 - s/f, consultado 2006) Para llevarla a cabo, se debe de tener en cuenta, entre otros aspectos, lo siguiente:

- fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el autocuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona.
- Llevarla a cabo poniendo énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral.
- Informar sobre factores protectores y evitar factores de riesgo en torno a las adicciones.
- Promover la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de actividades preventivas.
- Orientar, educar y alentar a solicitar de manera oportuna la atención para personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Promover el desarrollo de factores protectores a nivel personal, escolar, familiar, laboral y colectivo.

Así, una de las líneas de acción al respecto es la promoción de la educación saludable: “los programas escolares deben incluir actividades que promuevan la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo”.

Por otro lado, la detección temprana es definida como una estrategia terapéutica “que combina la identificación de los riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos”.

Debe realizarse en aquellos individuos que aún no presentan dependencia ni severidad en las consecuencias negativas; según la Norma Oficial, la detección temprana debe llevarse a cabo en los ámbitos familiar, laboral, escolar y comunitario o bien, en los establecimientos, “a través de cuestionarios y preguntas sobre el uso de sustancias psicoactivas; en la historia clínica, o mediante el examen físico y el uso de pruebas auxiliares de diagnóstico y tratamiento”.

Por último, en la parte normativa sobre el tratamiento, la Norma Oficial establece que el objetivo del tratamiento en adicciones “es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables”.

Establece, asimismo, que los servicios de tratamiento deberán brindarse en establecimientos especializados en la atención de las adicciones y en lugares que ofrezcan servicios generales de salud. Este tipo de establecimientos especializados deberán ofrecer los servicios ambulatorios o de internamiento, iniciar el proceso de tratamiento y la rehabilitación del usuario, incluyendo programas de prevención de recaídas, además de sensibilizar e involucrar a la familia.

Otros aspectos normativos interesantes son los siguientes: realizar visita domiciliaria o llamada telefónica para localizar a los usuarios desertores, en el caso de los servicios de salud no especializados, motivar al usuario a través del consejo médico para que tome conciencia sobre la necesidad de evitar el consumo de sustancias psicoactivas e iniciar tratamiento, así como referir oportunamente; La Norma Oficial también establece a detalle los procedimientos de admisión, evaluación, condiciones al ingreso y al egreso; establece también la condiciones físicas mínimas necesarias para los establecimientos (“contar con un encargado”, “contar con oficina de recepción – información”, “contar con sala de juntas”, “contar con dormitorios con camas independientes y con armarios personales”, “contar con una línea telefónica”, etc.) así como de los procedimientos técnico –metodológicos de la atención, como contar con lineamientos y disposiciones por escrito del proceso de recuperación y sobre el funcionamiento del establecimiento, el suministro de medicamentos, la valoración

obligatoria por parte de un médico al ingreso y los procedimientos jurídico – asistenciales cuando se trata de menores intoxicados.

Por otro lado, la legislación nacional en materia de adicciones pretende:

- Conservar e incentivar programas eficientes de prevención y tratamiento de la farmacodependencia, además de asegurar la asignación de recursos para tal efecto.
- Impedir el uso inadecuado de medicamentos, sustancias psicotrópicas y estupefacientes.
- Propiciar la investigación para garantizar el mejoramiento de políticas de rehabilitación.

La Norma busca incidir en las siguientes áreas, considerándolas como prioritarias: el derecho a la protección de la salud, la clasificación de los medicamentos estupefacientes y de las sustancias psicotrópicas, el control de su producción y manufactura, la prescripción y su venta, las drogas y el ámbito laboral, regulación de la publicidad de medicamentos de uso controlado, la obligatoriedad de la educación sobre la materia y las sanciones y multas correspondientes.

RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONISTAS ESPECIALIZADOS

Instituciones que Forman Recursos Humanos Especializados en Adicciones:

Existen en la actualidad diversas instituciones de educación superior que entrenan, forman y capacitan a estudiantes que desean especializarse en el área de las conductas adictivas. Las variables que son importante revisar incluyen el tipo de institución (pública o privada), el grado que otorgan (maestría, doctorado, especialidad, diplomado, curso), la duración de los estudios correspondientes y la variedad de los marcos conceptuales utilizados, que van desde el psicoanálisis hasta los enfoques religiosos, pasando por la logoterapia, el humanismo, la terapia racional – emotiva, el modelo médico y los enfoques cognitivo – conductuales.

A continuación se presenta un cuadro descriptivo (tabla 9) de las diferentes opciones educativas en la formación de estudiantes especializados en conductas adictivas disponibles en nuestro país que puede servir para comparar la variedad de ofertas disponibles:

Tabla 9. Opciones educativas para la formación de especialistas en adicciones.

INSTITUCION	PROGRAMA	TIPO	ENF. TEORICO	DURACION	GRADO A OTORGAR
UNAM	Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones	Público	Cognitivo - conductual	2 años	Maestro
Centro de Estudios Superiores Monte Fénix	Especialidad en Adicciones	privado	Modelo médico	2 años	Especialidad
Universidad Autónoma Metropolitana y F. Ama la Vida	Diplomado sobre Adicciones	público	Integral	9 meses	Diplomado
Universidad Autónoma de Morelos	Especialidad en Problemas de Farmacodependencia	publico	Cognitivo - conductual	1 año	Especialidad
Universidad Veracruzana	Maestría en Reducción de la Demanda de Drogas	Público	Integral	2 años	Maestro
Colegio Internacional de Educación Superior (CIES)	Maestría en Psicoterapia de las Adicciones	privado	Psicoanálisis	3 años	Maestro
Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia.	Diplomado en manejo de adicciones con enfoque logoterapéutico	privado	Modelo médico - existencialismo	1 año	Diplomado
Centros de Integración Juvenil (CIJ)	Especialidad para el tratamiento de las adicciones.	público	Integral	1 año y 4 meses	Especialidad

La Formación de Investigadores:

En lo referente a recursos humanos, pocas instituciones cuentan con investigadores de tiempo completo dedicados a la investigación en este campo. En la UNAM, el Instituto de Investigaciones Biomédicas cuenta con investigadores dedicados de tiempo completo, y en las facultades de psicología y medicina algunos profesores de tiempo completo se dedican también a la investigación de estos aspectos. El Centro

Médico Universitario actualmente cuenta con un departamento de investigación que tiene por objeto “desarrollar programas de prevención en farmacodependencia en todas las facultades y planteles periféricos, formar grupos de promotores para la identificación de pares, la impartición de cursos a profesores y profesionales de la salud, así como la atención de casos” (SSA, 2001, p. 52).

La carencia de recursos humanos alcanza proporciones dramáticas cuando se revisan notas como la siguiente: según CONADIC, existen en el país cerca de dos mil psiquiatras, de los cuales sólo once son miembros de la Academia Nacional de Ciencia y no más de cincuenta están capacitados para atender los problemas de adicciones de una población de 100 millones de mexicanos de los cuales 9 millones son adictos.

Otro dato al respecto dice que el SISVEA, dependiente de la DGE de la SSA, informa que la demanda de atención en el total de centros aumentó en un 80 por ciento.

El gobierno, por su parte, enfatiza la necesidad de la formación de recursos humanos profesionales de alto nivel, capacitados para incidir sobre este problema “... para la adecuada aplicación de la normatividad en el eficaz desarrollo de acciones de investigación, prevención y tratamiento se requiere de recursos humanos suficientemente preparados” (SSA – 2001, p. 52).

Así, es importante que los profesionales conozcan las posibles causas del uso de drogas, aprendan a analizar las tendencias que se muestran en los estudios epidemiológicos para que desde cualquier ámbito puedan prevenir este problema, desarrollar iniciativas para disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud y proveer información y tratamiento a los consumidores. Como se reconoce en los documentos de la maestría, resulta en estos momentos indispensable preparar especialistas que puedan prevenir, intervenir e investigar sobre las adicciones.

Atención Médica y Psicosocial de las Conductas Adictivas:

Una de los propósitos fundamentales en la maestría fue conocer a fondo los mecanismos que precipitan la búsqueda de ayuda profesional y la eventual deserción en los usuarios de diversas sustancias. Los estudios documentan que la búsqueda de ayuda y tratamiento profesional sucede hasta que las consecuencias negativas se vuelven irremediables y de difícil manejo (Nuño y Flores, 2004); por su parte, la estigmatización y la marginación parecen ser también factores asociados al hecho de no buscar tratamiento.

La población parece tener buena disposición para buscar y recibir ayuda, sabe a dónde acudir, pero parece que acude hasta que se da cuenta de que por sus propios medios que no podrá resolver sus problemas de adicción (García, 1997). Al parecer, son las características sociodemográficas, el patrón de consumo y los problemas relacionados lo que determina la orientación de los tratamientos elegidos. Los diferentes tipos de patrón de consumo que se presentan se reflejan a la hora de acudir a solicitar ayuda. En un estudio se encontró que el 29 por ciento de la muestra de alcohólicos aceptó haber sido obligado a buscar ayuda, en este caso, por un familiar (Mariño, Medina – Mora, Escotto y De la Fuente, 1997).

Por su parte, la mayoría de las opciones terapéuticas en México no cuentan con programas integrales que incluyan desde la desintoxicación hasta la reinserción social, focalizándose, además, en la población con criterios de dependencia. Sin embargo, los estudios muestran que para la mayoría de los usuarios estudiados, los grupos de autoayuda parecen ser la mejor alternativa, a excepción de las llamadas “granjas” o anexos. Esta buena impresión se debe a que para los usuarios, los grupos de autoayuda están formados por personas que han tenido la misma experiencia y por lo tanto los pueden entender mejor y ser más solidarios. Los usuarios coinciden en que los servicios que ofrecen las instituciones son limitados, porque no existen servicios especializados, los profesionales no saben cómo tratarlos y los enfoques son muy generales utilizando la misma terapia sea para marihuana o inhalantes. La excepción identificada la señalan los usuarios que han tenido la oportunidad de asistir a una terapia personalizada, privada y especializada (Ortiz, Soriano, Galván, Rodríguez, González y Unikel, 1997).

Así, se calcula que aproximadamente dos millones 600 mil personas entre los 12 y 45 años de edad, no tienen acceso a tratamiento para el abuso o dependencia del alcohol (Berruecos, 2002).

En el caso de los adolescentes, los criterios para aceptar el consumo como un problema y por lo tanto aceptar (que no es lo mismo que buscar) ayuda fueron “él mismo”, “el grupo de pares”, “el trabajo y la escuela” y finalmente “la familia”. Cada uno de estos cuatro criterios contiene manifestaciones conductuales muy claras que se esquematizan en la tabla 10:

Tabla 10. *Criterios para aceptar el consumo como un problema en adolescentes.*

El mismo	El grupo de pares	El trabajo y al escuela	La familia
----------	-------------------	-------------------------	------------

<p>Advierte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deterioro a su salud - desde que se levanta piensa en la droga. - no pasa un día sin que pueda consumir. - problemas económicos. - ya robó para conseguir la droga. - vende drogas. - ha sufrido actitudes de rechazo social. - problemas con la policía. - la sensación de haber tocado fondo. 	<p>Observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a sus amigos muy deteriorados. - un entorno bajo una actitud diferente. - que su grupo de pares no son amigos y redefine lo que es un verdadero amigo. 	<p>Reconoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que ha perdido empleos y no dura en ellos. - que lo expulsaron de la escuela o que él voluntariamente la dejó. 	<p>Se da cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del estado emocional deteriorado de su madre. - que lo excluyen de las actividades familiares. - que es la vergüenza de la familia. - que la quieren, pues lo habían llevado a rehabilitación y no había querido.
--	--	--	---

Fuente: Nuño y Flores, 2004.

En su última edición, la ENA incluye un apartado que enlista las instituciones o personas a las que la población acude comúnmente cuando se presenta este problema y lo que se observa es que sólo una proporción muy baja de los consumidores de drogas ha solicitado ayuda. El apartado hace notar que tanto aquellos que han usado una o más drogas, como quienes ya presentan problemas físicos han acudido principalmente a un grupo de atención médica o con algún médico privado. Pero también acudir al sacerdote local es una medida común; un porcentaje importante de la población recibe cualquier tipo de ayuda.

Por último, es importante considerar a los diferentes servicios de urgencias del país; como lo mencionan algunos autores (Borges et al., 2003) las salas de urgencia son un escenario importante para llevar a cabo intervenciones "a fin de reducir el consumo de alcohol entre los pacientes que allí son atendidos" (p. 20) y que presentan altas tasas de problemas relacionados con el consumo. Estos autores argumentan que es a través de estos servicios en donde se tiene la oportunidad de llegar a cierto tipo de población que de otra manera posiblemente no recibiría atención especializada. Así, las salas de urgencia son escenarios especialmente propicios para intervenir en el consumo de alcohol ya que el paciente ha sufrido un evento traumático y usualmente "está en buena disposición y sensible para discutir su uso de las bebidas alcohólicas y contemplar cambios en su ingesta" (Borges et al., 2003; p. 20).

RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES

El objetivo general de la maestría en adicciones es el formar psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema, presentando como objetivos específicos los siguientes:

- a) identificar la farmacología, psicofarmacología y farmacofisiología de diversas sustancias psicoactivas.
- b) Identificar los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales de las diversas sustancias psicoactivas.
- c) Conocer las diversas teorías explicativas de la conducta adictiva (genética, sociocultural, antropológica y el sustento teórico de cada una de ellas) y profundizar en la psicológica.
- d) Identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta, así como la historia natural de la conducta adictiva.
- e) Conocer las políticas de control (legislación) en nuestro país en materia de conductas adictivas.
- f) Entrenar en el uso de herramientas de la epidemiología para hacer investigación de la prevención, incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de interés, en población general y en grupos especiales.
- g) Entrenar en el uso de las herramientas para medir e identificar adecuada y en forma temprana a personas con conductas adictivas o conductas de riesgo (prevención secundaria).
- h) Conocer y utilizar los métodos empíricamente válidos para medir los problemas derivados por el uso de sustancias.
- i) Diagnosticar el problema y canalizar al paciente al tratamiento más adecuado.
- j) Aplicar las técnicas adecuadas de motivación para mantener a los usuarios en el tratamiento.
- k) Establecer las metas de tratamiento (reducción de la conducta adictiva y mejora del funcionamiento en otras áreas).

- l) Conocer las diferentes modalidades de tratamiento y su efectividad para atender y/o canalizar a los usuarios.
- m) Entrenar en el uso de herramientas para la rehabilitación de personas adictas, modificando hábitos y favoreciendo la readaptación.
- n) Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica profesional del psicólogo en el área de las adicciones.

El marco conceptual sobre el que se basa la residencia en adicciones es el cognitivo – conductual. Sus principios aplicados a las conductas adictivas han sido ya explicados en la parte introductoria pero es pertinente detallarlos un poco más. La base conceptual permite, además de tener un marco de referencia, desarrollar las intervenciones destinadas a la modificación conductual. A continuación se presentan dos apartados: naturaleza de las conductas adictivas e intervenciones motivacionales y procesos de cambio (en particular la entrevista motivacional de Miller y Rollnick). La parte sobre las intervenciones breves se detalla en la segunda parte, como introducción a la competencia correspondiente.

Naturaleza de las Conductas Adictivas. La Teoría Social – Cognitiva de Bandura:

Las conductas adictivas se explican y abordan desde la psicología científica a partir de los varios aspectos comunes que comparten en su desarrollo y mantenimiento. Héctor Ayala presenta un resumen de la naturaleza (Ayala y Carrascoza, 2000), y de las particularidades de las conductas adictivas que constituyó una referencia importante a lo largo de la formación profesional. Estas conductas pueden analizarse con conceptos y principios psicológicos semejantes, principalmente los derivados de la teoría social – cognitiva, de Bandura.

El exceso de comportamientos como beber, fumar, comer, jugar o consumir drogas en general, son formas diversas de conductas adictivas. Pomerlau y Pomerlau en 1987(citado en Ayala y Carrascoza, 2000) caracterizan a las conductas adictivas por lo siguiente:

- a) El consumo repetido y abusivo de una sustancia.
- b) La persistencia de una conducta (sexualidad compulsiva, comer excesivo, etc.)

Estas acciones modifican directa o indirectamente el medio interno del individuo quien obtiene de esa forma reforzamiento inmediato. La pauta de desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas puede ser descrita por las siguientes características (Graña, 1994):

- a) La sustancia funciona como consecuencia de la conducta.
- b) El uso repetido de la sustancia lleva al desarrollo de la tolerancia debido a la presencia de señales ambientales que sirven para mediatizar su efecto.
- c) El uso continuo de la sustancia pueden ocasionar dependencia física y/o psicológica.
- d) La suspensión del consumo de la sustancia puede conducir a la aparición de síntomas de abstinencia de tipo físico y/o psicológico.
- e) El estado de euforia que produce inicialmente la droga puede disminuir paulatinamente a medida que se desarrolla la adicción hasta conducir al sujeto a estados depresivos.
- f) La sustancia puede llegar a funcionar como estímulo que provoque respuestas reflejas a las señales ambientales bajo las cuales ocurre el proceso adictivo.
- g) Durante el consumo excesivo de alguna sustancia aparecen estados emocionales tales como el incremento en la actividad en general o la producción de ansiedad y/o estrés.

Por lo anterior, las conductas adictivas requieren para su explicación, prevención y tratamiento de principios psicológicos como los derivados de la investigación sobre los procesos del aprendizaje; es decir, el consumo repetido de los diversos tipos de drogas, al margen de su clasificación de acuerdo a sus acciones farmacológicas (Sobell, Sobell, Ersner – Hershfield, Nirenberg, 1983, citados en Ayala y Carrascoza, 2000) comprenden “elementos tanto respondientes como operantes en los organismos humanos o infrahumanos” (p. 134).

De este modo, continúa Ayala, y en claro contraste con el marco tradicional que conceptualiza a las adicciones como enfermedades crónicas y fatales, la investigación científica ha llevado en la actualidad a considerar las conductas adictivas como comportamientos aprendidos. Al igual que todos los hábitos del aprendizaje humano, estas conductas se explican (y eventualmente se modifican) por los mismo principios y mecanismos de la conducta en general. “En ellos se encuentra la base para el inicio del proceso de cambio de estos comportamientos adictivos a partir del diseño de programas específicos y mediante la identificación de las etapas por las que trascurren estos hábitos” (Ayala y Cárdenas, 1996, p. 7).

Sirviendo de marco conceptual, la teoría social – cognitiva concibe el cambio de las conductas adictivas como un proceso y no como un evento discreto, que puede analizarse en términos de los elementos comunes a todos los comportamientos adictivos

y que "pueden ser modificados mediante nuevas situaciones de aprendizaje" (Ayala y Carrascoza, 2000, p. 134)

Para el caso concreto del alcohol, esta teoría considera que, por ser una conducta social, el uso repetitivo de la sustancia se adquiere y mantiene mediante el modelamiento, el reforzamiento social, la anticipación de los efectos del alcohol, la experiencia directa de los efectos de la alcohol y la dependencia física.

Los principios de la Teoría Social – Cognitiva aplicados al inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, los resume McCrady, Rodríguez y Otero - López (1998) basados, a su vez, en los propuestos por Abrams y Niaura (1999):

- a) Aprender a consumir bebidas alcohólicas representa una parte integral de la socialización y el desarrollo psicosocial dentro de una cultura. Gran parte de este aprendizaje se inicia antes de que el niño o adolescente comience a consumir alcohol, ejerciéndose ésta influencia de modo indirecto a través de las actitudes, expectativas y creencias, así como de modo directo por medio del modelado, los medios de comunicación y el reforzamiento social.
- b) La predisposición individual puede interactuar con la influencia de los agentes y situaciones socializantes.
- c) Las experiencias directas de consumo de alcohol se vuelven progresivamente más importantes según la experimentación y el consumo van aumentando.
- d) Los déficit en habilidades psicosociales de afrontamiento, a la hora de enfrentarse a ciertas demandas situacionales, pueden producir una percepción de ineficacia personal que conduce al uso de alcohol. Así, se establece que los principales determinantes próximos de la conducta de consumo de alcohol son: los estresores ambientales que superan la capacidad de afrontamiento de la persona, la baja auto eficacia para realizar conductas de afrontamiento alternativas, las elevadas expectativas de que el alcohol producirá los efectos deseados y la minimización de las consecuencias a largo plazo.
- e) Si el consumo continúa, se adquiere tolerancia, que en muchos casos puede actuar como mediador secundario.
- f) Si el consumo se incrementa y mantiene con el tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia. Aquí es cuando se da el consumo reforzado negativamente para evitar los síntomas de dicha dependencia.

- g) El determinismo recíproco entre las variables biológicas, ambientales y psicológicas, explica el círculo vicioso de las interacciones negativas entre persona y ambiente que conducen a la intervención (cuando se llega a dar) de los mecanismos de control social. Resulta muy importante resaltar que este determinismo puede explicar la llamada pérdida de control, sin necesidad de recurrir a un proceso de enfermedad.
- h) La variabilidad individual hace que se asuma que no existen etapas progresivas o personalidades de tipo alcohólico.
- i) La recuperación, será función de la habilidad del individuo a la hora de decidirse a explorar métodos alternativos de afrontamiento.

Entre los principales constructos de esta teoría que proveen una base para comprender, desde una perspectiva psicológica, la conducta de consumo se encuentra:

- a) Expectativas de resultado positivas: se refieren a las percepciones que tiene el bebedor sobre los resultados positivos del consumo.
- b) Expectativas de resultado negativas: se refiere a los motivos para no beber más o no beber.
- c) Influencia social: aquí entran los efectos sociales positivos del consumo, el modelamiento social y un concepto sugerido por Ajzen en 1988, llamado "normas subjetivas", dentro de su Teoría de la Conducta Planeada. Las "normas subjetivas" se refieren a la opinión percibida de otros acerca de la propia conducta de consumo.
- d) Expectativas de autoeficacia (Bandura, 1997), que en términos generales se refiere al juicio que uno hace acerca de la propia habilidad personal para afrontar situaciones riesgosas.

A los anteriores conceptos habría que sumarles los de simbolización (desarrollo de modelos cognitivos internos), la autorregulación (a través de un estándar interno y de reacciones auto - evaluativas), el de determinismo recíproco y el de aprendizaje vicario, que se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Por último las demandas medioambientales dan como resultado una urgencia o necesidad de beber, ya que en el periodo de abstinencia (si es que lo hay) la persona encuentra señales y/o estímulos que han sido asociados con el consumo de alcohol.

Intervenciones Motivacionales y Procesos de Cambio en las Conductas Adictivas:

Como se mencionó arriba, uno de los ejes temáticos fundamentales a lo largo del entrenamiento en la residencia fue el de la "Entrevista Motivacional", intervención breve creada por Miller y Rollnick en 1991 (Miller y Rollnick, 1999).

La motivación es definida como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro y de una situación a otra. Así, la motivación es un estado interno influido por varios factores externos. Las intervenciones motivacionales tienen un desarrollo reciente entre los tratamientos de problemas relacionados con el alcohol (Miller y Rollnick, 1999) y por lo mismo, existe una amplia oportunidad para continuar innovándolas y mejorándolas.

La entrevista motivacional (EM) fue desarrollada como una vía para ayudar a la gente a trabajar a través de su ambivalencia y comprometerse al cambio. Las dos fases en su aplicación son: a) aumentar y realzar la motivación para el cambio mediante la producción de declaraciones de deseos, habilidades, razones y necesidades de cambio, y b) el fortalecimiento del compromiso para el cambio mediante el diseño de un plan específico de acción. Son éstos los objetivos centrales de la entrevista; utiliza para su implementación estrategias de la teoría de la disonancia - cognitiva de Festinger, la teoría general de sistemas, la teoría de la auto - percepción de Bem y la teoría social de la persuasión. Los cinco principios de la EM son: a) expresar empatía, b) crear discrepancia, c) evitar la discusión, d) darle un giro a la resistencia y e) fomentar la autoeficacia. Así, intenta determinar cómo y por qué cambian las personas, en general y en cualquier contexto.

Los antecedentes teóricos de la entrevista motivacional se sitúan principalmente en la obra de Carl Rogers y su terapia centrada en el cliente, siendo quizá ésta la teoría más claramente articulada y puesta a prueba sobre las condiciones básicas del terapeuta con respecto a la facilitación del cambio y sus procesos subyacentes; posiblemente Rogers haya sido el primer psicólogo en evaluar tanto la efectividad de las intervenciones psicológicas como el impacto que tiene el estilo del terapeuta sobre el proceso terapéutico. Afirmaba que una relación interpersonal centrada en el cliente, en la que el clínico manifestara tres condiciones "cruciales" (una empatía adecuada, calidez no posesiva y autenticidad) proporcionaba la atmósfera ideal para el cambio. Podemos considerar entonces a la EM como una evolución de la terapia centrada en el cliente, que combina un estilo de consejo empático (Rogers, 1959 citado en Miller y Rollnick, 1999) con un método directivo consciente (este es una diferencia importante con el enfoque rogeariano) para resolver la ambivalencia y moverse en dirección al cambio.

Los datos recabados con posterioridad han apoyado la importancia de estas tres condiciones para el cambio, particularmente una empatía adecuada, definida ésta como una actitud de escucha concreta que clarifica y amplía la propia experiencia y el significado que el paciente da a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Rogers, 2001; Gordon, 1970 en Miller y Rollnick, 1999).

En la denominada "Fase I", el objetivo es construir la motivación, ayudando a los pacientes a analizar su ambivalencia y expresar sus razones para cambiar; para ello, los autores proponen cinco estrategias:

1. preguntas abiertas.
2. escuchar reflexivamente.
3. afirmar (reforzar).
4. resumir.
5. provocar afirmaciones automotivadoras.
 - a. Del reconocimiento del problema.
 - b. De expresión de preocupación.
 - c. De intención de cambiar.

La "Fase II" está destinada al fortalecimiento del compromiso para el cambio; para implementar las estrategias de esta segunda fase, fue necesario haber alcanzado un nivel adecuado de motivación que se manifiesta en lo que los autores llaman "signos de disponibilidad" y son los siguientes:

1. disminución de la resistencia.
2. disminución de las preguntas sobre el problema.
3. resolución.
4. afirmaciones automotivadoras.
5. aumento de las preguntas sobre el cambio.
6. imaginando.
7. tentativas de experimentación.

Se utilizan, en particular, las siguientes estrategias:

1. recapitulación.
2. preguntas clave.
3. información y consejo.
4. negociación de un plan:
 - a. establecimiento de los objetivos.
 - b. Consideración de opciones.

c. Establecimiento de un plan.

Para lograr sus dos grandes objetivos (construir la motivación y alcanzar el compromiso para el cambio), la entrevista motivacional intenta determinar cómo y porqué las personas cambian en general, y para el caso de las conductas adictivas, cómo es que hay personas que logran, por ejemplo, dejar de fumar sin consultar nunca a un especialista, es decir, conocer las fases por las cuales atraviesa una persona antes de lograr un cambio.

Para esto, la entrevista motivacional recurre al modelo de cambio planteado por James Prochaska y Carlo DiClemente. Estos investigadores han intentado también comprender cómo y mediante qué mecanismos cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda profesional. Por otro lado, la investigación empírica dirigida a la prevención y tratamiento de comportamientos problemáticos ha señalado que el proceso de cambio ocurre a lo largo de una serie de etapas que deben contemplarse en el diseño de acciones concretas para intentar prevenirlos.

Se ha señalado como de crítica importancia el desarrollo de un modelo integral del cambio que se observa ocurre en los comportamientos adictivos. Dicho modelo debería ser útil para explicar las diversas maneras en que la gente intenta modificar este tipo de patrones conductuales, desde intervenciones intensivas de tratamiento residenciales hasta intervenciones breves.

Este modelo debería dar cuenta, también, del curso completo de lo que implica un cambio de hábitos, desde el momento en que el individuo se percata de que un problema existe hasta el punto en el cual éste deja de existir. La mayoría de los modelos que se han propuesto han sido modelos de acción que no toman en cuenta los cambios que preceden y que ocurren después del momento en que un individuo decide iniciar una acción concreta acerca de su conducta adictiva.

De este modo "cualquier acción dirigida a ayudar a un individuo a cambiar, hace necesario conocer en qué fase o ciclo de cambio se encuentra éste antes de iniciar formalmente el proceso terapéutico" (Ayala y Cárdenas, 1996, p. 6) La viabilidad de desarrollar dicho modelo integral descansa en la búsqueda sistemática de los factores comunes entre los diversos comportamientos adictivos.

Un aspecto relevante que han revelado las investigaciones es el hecho de que mayoría de los individuos no progresan de manera lineal a través de las diversas etapas de cambio propuestas (Ayala y Cárdenas, 1996).

Una primera aproximación al proceso de cambio involucra básicamente tres etapas: a) compromiso y motivación para el cambio, b) instrumentación del cambio

conductual específico y c) el mantenimiento a largo plazo del cambio conductual (Marlatt y Gordon, 1985).

Para Prochaska y DiClemente un modelo circular en donde el patrón de cambio es más bien cíclico es el más típico ya que la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable (hasta tres veces). Dicho modelo considera a la recaída como un acontecimiento normal o una fase más del cambio por la que es prácticamente inevitable pasar.

Así, un terapeuta debe utilizar diferentes estrategias y tácticas con un usuario dependiendo del momento del proceso de cambio en que se encuentre. Por ejemplo, en la etapa de precontemplación, es necesario brindar información y retroalimentación, en la de contemplación es muy útil utilizar el balance decisional para conocer y cuestionar las razones para cambiar y disminuir lo que en la EM se le conoce como "deseabilidad", mientras que en la de acción, lo mejor es ayudar al usuario a dar los pasos concretos en dirección al cambio (Miller y Rollnick, 1999).

Después de todo lo mencionado, la EM puede ser considerada una intervención breve más, considerando los datos que muestran que las intervenciones breves de una o tres sesiones son comparables en el impacto a tratamientos más extensos para los problemas del consumo excesivo de alcohol y considerando, también, que la intervenciones breves exitosas no han incluido normalmente medicación alguna, entrenamiento en habilidades, procedimientos de condicionamiento (encubierto, aversivo, etc.) o psicoterapia. Por ello, la EM "se ha propuesto como un enfoque de tratamiento ambulatorio viable" (Edwards y Oxford, 1977; Heather, 1989; Ritson, 1986; Sánchez - Craig y Wilkinson, 1984 citados en Miller y Rollnick, 1999, p. 57) y fue reconocida por el Instituto de Medicina, en 1989, como un área de alta prioridad para la investigación futura en el tratamiento de las consecuencias negativas relacionadas con este consumo excesivo de alcohol. Es importante mencionar también que la EM es compatible con una amplia variedad de enfoques psicoterapéuticos sirviendo como preámbulo y ampliando la efectividad de los tratamientos; asimismo, cuando es combinada con otros componentes terapéuticos, produce su mayor efecto sobre la retención y adherencia terapéutica (Hettema, Steele y Miller, 2005).

Por su parte, la investigación indica que la EM es útil con clientes que están menos motivados al cambio y que están más enojados. Para estas poblaciones, los enfoques centrados en la acción es muy probable que sólo provoquen resistencia y negación. Pero para clientes que están dispuestos al cambio, la EM puede ser menos

útil ya que algunos hallazgos indican que puede ser contraproducente y entorpecer los procesos naturales de cambio.

Los estudios y meta-análisis muestran que el efecto de la EM a través del tiempo es inmediato y tiende a disminuir a través del tiempo, medido en las entrevistas de seguimiento; estos mismos estudios han demostrado un hecho curioso: la EM es francamente ineficaz en el tratamiento con usuarios consumidores de tabaco (Hettema et al., 2005); así, se ha encontrado muy eficaz a la hora de abordar las conductas adictivas, con la excepción del tabaco.

Por otro lado, la EM es un tratamiento activo por naturaleza, pero sus mecanismos de acción no han sido bien entendidos; al respecto, y gracias a estudios psicolingüísticos, se ha llegado a la conclusión de que más que la frecuencia, es la fuerza (*strength*) del lenguaje del compromiso, durante la sesión, el mejor predictor del cambio conductual. Los deseos, las habilidades, razones y necesidades y expresión correspondiente, por sí mismos, no predicen tal cambio, pero sí predicen la emergencia del compromiso, el cual a su vez, pronostica este cambio conductual.

SEGUNDA PARTE
EVALUACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

EVALUACION DE COMPETENCIAS

La Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México tiene como objetivo formar psicólogos capacitados en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos para la comprensión del problema para de esta manera poder enfrentar los retos relacionados a los problemas de salud mental, sociales e individuales derivados del consumo de sustancias, permitiendo a los egresados:

- Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno y que le permita hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observen en nuestro país.
- Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.
- Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
- Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.
- Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de procesos en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conducta adictiva en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, de investigación, de docencia y supervisión.

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

La epidemiología se ocupa de hacer una valoración cuantitativa de la frecuencia de los trastornos que afectan a un grupo determinado en comparación con otros, correlacionando en el tiempo (para el caso de estudios de tipo longitudinal) factores biológicos, psicológicos y sociales; su meta es establecer asociaciones y delimitar causas y factores de riesgo que permiten la realización de acciones tendientes a interrumpir la cadena causal de los trastornos en los eslabones más sensibles (De la Fuente, Medina – Mora y Caraveo, 1997).

En términos estrictos, el término epidemiología se usa para estudiar a las epidemias por enfermedades infecciosas, pero como menciona Medina – Mora (2001), las adicciones no son un problema infeccioso como tal y es complicado aplicarlo de manera literal al problema de las conductas adictivas. Por ejemplo, las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden a través de indicadores tales como el consumo individual, patrones de consumo y consecuencias negativas asociadas. De ahí la dificultad de aplicar en su totalidad el modelo epidemiológico tradicional ya que al no tratarse de un trastorno infeccioso en sentido estricto, la definición e identificación del caso requieren consideraciones especiales. Sin embargo, permite identificar la variabilidad del consumo asociada a variables indicativas de mayor riesgo.

En México se cuenta con estudios que, resolviendo de diferente manera este problema, arrojan información sobre prevalencias y patrones de consumo; también dan a conocer variables que pueden influir en la etiología o en las consecuencias del consumo de alcohol y otras sustancias, y que contribuyen a identificar factores de riesgo, como accesibilidad y disponibilidad, normas sociales percibidas, actitudes y creencias en relación con determinadas sustancias.

Los resultados de los estudios epidemiológicos permiten situar el consumo de alcohol como un problema de salud pública, tanto por sus consecuencias sociales y de salud, como por ser, hasta el momento, la sustancia de mayor sustancia de consumo en México. Por ello, profundizar y actualizar el conocimiento sobre el consumo de alcohol

pero también del tabaco y otras drogas, sus posibles causas, su repertorio de consecuencias y su distribución geográfica facilita la toma de decisiones en cuanto a prevención y tratamiento, perdiendo incidir y abordar los elementos que componen la triada epidemiológica (Tapia, Medina – Mora y Cravioto, 2001): el agente, en donde la meta es el control de la disponibilidad que se asocia con el incremento y la probabilidad del consumo en ocasiones y circunstancias de riesgo; el individuo consumidor, cuya meta es propiciar la moderación y el ambiente, el contexto bajo el cual ocurre el consumo.

La Secretaría de Salud, como órgano normativo y rector sustenta al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en la NOM – 017 – SSA2 – 1994, la cual menciona a los subsistemas de información, capacitación, supervisión y evaluación para su operación.

La vigilancia epidemiológica de las conductas adictivas tiene como objetivo la generación oportuna para la toma de decisiones, así como para evaluar el impacto de los programas de salud, detectar a los grupos en riesgo, identificar nuevas drogas, variaciones en los patrones de consumo, así como conocer los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica asociada.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) se creó en 1990 y opera bajo la responsabilidad de la Dirección General de Epidemiología de la SSA; actuando en coordinación con organismos gubernamentales y ONGs, tiene por objetivo mantener un diagnóstico actualizado y periódico de los indicadores de salud relacionada directa o indirectamente con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Al momento, se cuentan con las diferentes versiones de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA): en 1988 la elaboró la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSA y el entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). La ENA de 1993 fue responsabilidad de la DGE solamente, mientras que la de 1998 fue realizada de manera conjunta entre la DGE, el INP y el CONADIC. La última versión disponible es la correspondiente al 2002, y fue realizada por el INP, la DGE y el CONADIC.

Gracias a estos estudios sabemos que el consumo *per cápita* en nuestro país es 4.9 veces inferior al observado en Francia, 4.3 menor al registrado en España, 2.9 menor que al de Estados Unidos y “casi la mitad de lo observado en Chile, con 1.9” (Tapia, Medina – Mora y Cravioto, 2001, p. 128). Sabemos también que la bebida favorita es la cerveza y en segundo lugar los destilados (tequila y ron) y que por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México (SSA, 2004). Para conocer con detalle los resultados de la última encuesta, se remite al lector a la primera parte de este trabajo.

Para lograr esta competencia el estudiante tomó cursos que le permitieron adquirir conocimientos en torno a los elementos de construcción de instrumentos en general y aplicarlos al caso de las encuestas nacionales de adicciones en particular: validez, confiabilidad, consistencia, direccionalidad, discriminación, etc. Se tomó un curso de epidemiología básica en el INP que proporcionó las bases conceptuales y metodológicas para los diseños de intervención epidemiológica. De igual manera se asistió al “Foro sobre epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en escenarios estudiantiles” y al “Foro sobre modelos de prevención y tratamiento del tabaquismo” así como a tres reuniones de investigación en el INP. Tanto en las reuniones de investigación como en los Coloquios sobre prevención y tratamiento de conductas adictivas, organizados por la residencia, se presentaron las últimas encuestas realizadas con estudiantes de nuestro país y se pudo apreciar la metodología empleada para recabar los datos correspondientes y observar las tendencias que sigue el fenómeno; este tipo de eventos permitió el intercambio de preguntas y respuestas enriqueciendo el debate y la formación.

El entrenamiento en los cinco subprogramas de intervención ofrecidos en el “Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco” dirigido a bebedores problema, usuarios crónicos de alcohol y drogas, adolescentes, cocainómanos y usuarios de tabaco proporcionó la base para estudiar grupos especiales de la población y analizar la epidemiología para cada uno de ellos, resaltando trayectoria a través del tiempo y comparándola con la de otros países.

Para todo lo anterior se utilizó la ENA – 2002, y el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, revisando y analizando todos los apartados y secciones: la metodología empleada, tipo de droga, población, etc. Asimismo, en la parte de formación, con temas de prevención y/o rehabilitación revisados por medio de seminarios de análisis y discusión de bibliografía especializada en la parte teórica de los primeros semestres y en los seminarios propios de la residencia, se contemplaron en todo momento los indicadores asentados en las publicaciones realizadas por las instituciones del sector salud.

La elaboración de trabajos finales en cada semestre proporcionó la oportunidad de aplicar los contenidos revisados en los cursos y clases arriba mencionados: en el marco teórico de cada uno de ellos, se dedicó un apartado a los indicadores epidemiológicos y en las conclusiones se vincularon estos datos con el contenido de interés del trabajo en cuestión.

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Identificar mediante el análisis de indicadores epidemiológicos a grupos y poblaciones en riesgo.
- ✚ Ponderar la importancia de la epidemiología como herramienta indispensable en la elaboración de políticas de salud pública.
- ✚ Comprender los factores causales y de prevención que las enfermedades tienen.
- ✚ Diseñar estudios y técnicas para recolectar y analizar los datos y facilitar así la evaluación de los factores de riesgo y de protección.
- ✚ Aplicar los principios y métodos epidemiológicos para diseñar, conducir y analizar reportes de investigación.
- ✚ Establecer un diagnóstico sobre conductas adictivas en una población determinada y en un momento dado.
- ✚ Identificar posibles correlaciones entre variables dependientes e independientes que permitan la predicción y posible control de la ocurrencia de fenómenos particulares de las conductas adictivas.
- ✚ Utilizar las herramientas epidemiológicas disponibles para descubrir las causas de algún aspecto en particular de las adicciones.
- ✚ Completar el cuadro clínico de determinado usuario por medio de los datos aportados por las encuestas nacionales de adicciones.
- ✚ Utilizar los conceptos propios de la disciplina epidemiológica para valorar y juzgar la utilidad, calidad y relevancia social de los resultados obtenidos y presentados en los reportes de investigación realizados por expertos en la materia.
- ✚ Ser capaz de aceptar o rechazar las conclusiones de un trabajo de investigación en torno a las adicciones en base a la calidad de la metodología empleada, realizando un análisis crítico.
- ✚ Identificar poblaciones específicas y subgrupos de la población.
- ✚ Participar en el debate de las ideas interpretando los datos presentados por las distintas encuestas nacionales realizadas con población adulta y adolescentes, en comunidades urbanas y/o rurales, analizando las tendencias en el consumo y posibles cambios en el patrón, frecuencia, tipo de droga y consecuencias asociadas.
- ✚ Diseñar y construir instrumentos epidemiológicos con una metodología adecuada que permitan aportar datos nuevos y complementar los ya presentados por las encuestas nacionales.

- ✚ Identificar aquellos grupos que tienen más posibilidades de beneficiarse de la detección oportuna y de las intervenciones breves de corte cognitivo – conductual.

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

La prevención comunitaria es aquella que se preocupa por el desarrollo social de las comunidades y que procura no solamente información sobre los riesgos, sino además dar elementos para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección, mediante la transferencia oportuna de tecnología. Pretende, del mismo modo, ser sistémica, abarcando a la comunidad en su conjunto (Castro, Llanes, Margain y Carreño, 1999).

La investigación y la experiencia en el área preventiva muestran de manera clara que el trabajo preventivo de mayor éxito es aquel que permite involucrar a las personas y comunidades escolares o vecinales, en la responsabilidad de cambiar los

estilos de vida y ofrecer factores protectores de mayor alcance (Margain, 1999). Desde esta perspectiva, el consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas es un riesgo psicosocial más, como los trastornos de la alimentación, la delincuencia o el VIH.

Los modelos preventivos, a pesar de ser recientes, han sufrido modificaciones. La siguiente tabla (ver tabla 11) muestra cómo las ideas en prevención han ido evolucionando de un marco orientado a lo ético y legal (represivo) a principios de los 60 a un marco basado en los factores de riesgo y protección en la actualidad.

Tabla 11. *Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas.*

60: conocimientos aislados.	ETICO LEGAL - delito. - falta moral. - exhortación a la prohibición.
70: Inicio de estudios epidemiológicos.	MEDICO ASISTENCIAL - enfermedad – daño. - información y orientación. - educación en drogas.
80: sistematización de los estudios epidemiológicos.	SOCIOCULTURAL - educación preventiva. - alternativas a las drogas.
90: sistemas de información: SRID y SISVEA	PSICOSOCIAL - vulnerabilidad específica. - mecanismos protectores.
2000: Sistema de Información en Prevención basado en factores de riesgo.	INTEGRATIVO - protección específica: disminución de daños; atención de enfermos; combate al narcotráfico y conductas asociadas. - prevención: desarrollo de habilidades y comunidades protectoras.

Fuente: Llanes, 1999.

Una distinción importante que hace Llanes (1999) es entre los conceptos de educación para la salud y educación preventiva. Mientras en el primer caso se basa en el supuesto de que saber más sobre los mecanismos por medio de advertencias e información sobre los daños que acarrea el consumo llevaría a su disminución, la educación preventiva busca crear alternativas a este consumo, mediante la identificación de riesgos para así introducir factores de protección específicos y acuerdos con la comunidad. La educación para la salud sigue siendo muy popular entre los médicos y se sigue aplicando en escuelas, a pesar de que se ha demostrado su

incapacidad para frenar el consumo o crear estilos alternativos de conducta (Llanes, 1999).

Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. Nuevas conceptualizaciones.

- *Prevención primaria*: consiste en contrarrestar las circunstancias dañinas antes de que tengan oportunidad de producir enfermedad.
- *Prevención secundaria*: abordar los problemas cuando aún son manejables por medio de la detección oportuna.
- *Prevención terciaria*: su objetivo es reducir y los efectos negativos de los problemas conductuales después de su ocurrencia; la meta es la prevención de problemas adicionales.

Por su parte, Gordon en 1987 (citado en Phares, 1999) propone un esquema alternativo de clasificación:

- *Prevención universal*: se dirigen a toda la población.
- *Prevención selectiva*: se dirigen a individuos o subgrupos de la población que tienen una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar determinado problema.
- *Prevención indicada*: se dirigen a individuos de alto riesgo.

El valor de este modelo es que coloca a la prevención, el tratamiento y el mantenimiento en un continuo que representa el rango completo de intervenciones para trastornos mentales, la prevención ocurre antes de que se desarrolle un trastorno, el tratamiento se instrumenta con personas que cumplen determinados criterios diagnósticos y el mantenimiento, que implica estrategias de seguimiento (IOM, 1994, citado en Phares, 1999).

Prevención en México:

La educación preventiva del uso y abuso de drogas, así como otros riesgos psicosociales asociados, es una práctica reciente en México; actualmente existen en nuestro país varios modelos de prevención que están siendo aplicados con lo que se ha logrado intervenciones preventivas mucho más sofisticadas que las intervenciones anteriores, basadas únicamente en conferencias informativas o pláticas esporádicas.

Los criterios que es importante tomar en cuenta para determinar la efectividad de una intervención preventiva comprenden el marco teórico utilizado, la fidelidad, la calidad de las mediciones y las técnicas de recolección de datos y análisis, el diseño de investigación y la utilidad de la evaluación para el avance de la teoría y la práctica de la prevención. La evaluación del proceso (al interior del programa) y la evaluación de los resultados es imprescindible (Castro, Llanes y Carreño, 1999).

La iniciativa por convocar a las diferentes instituciones encargadas de tratar las adicciones corrió a cargo del CONADIC y del INEPAR en un esfuerzo por reunir las propuestas preventivas de cada institución, conocer a detalle los marcos de referencia de su elaboración, la práctica, la compilación y pertinencia de los materiales así como los procedimientos de evaluación para diseñar instrumentos y aplicarlos en las distintas áreas de competencia; para conocer el proceso, resultados e impacto así como la identificación de componentes exitosos para su futura aplicación.

El desarrollo de los trabajos de evaluación se dio dentro del marco del Grupo Interinstitucional de Modelos Preventivos y tuvo como uno de sus retos hacer prevención con base en modelos que permitan superar las propuestas preventivas más de tipo ideológico que de tipo científico – metodológico.

En la propuesta de trabajo se evalúa a los diez modelos preventivos presentados, siguiendo la “pirámide de la eficacia” de Mulhall y Hays colocándolos en el nivel 2 de la pirámide es decir, cuentan con testimonios y evidencias reportadas de efectividad, sin embargo, no todos tienen mediciones antes y después de la intervención ni el uso de grupos control y seguimiento, impacto en la red de consumo, ni revisión de expertos, meta análisis y réplica en múltiples comunidades con resultados similares. La tabla 12 enumera estos diez modelos y presenta sus características distintivas.

Tabla 12. Modelos preventivos en México.

Institución	Escenario	Marco teórico	Objetivos	Estrategias
CONADIC	Comunidad	Salud - enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Crear ambientes proactivos. - promover el desarrollo humano - fortalecer la responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - CAMPAÑAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN. - PAQUETES PREVENTIVOS. - RED DE ASOCIACIONES ESTUDIANTILES.
CIJ	Comunidad	Salud pública y factores de riesgo y protección.	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para promover la salud. - movilización de la sociedad. - fortalecimiento de los f. de protección. 	<ul style="list-style-type: none"> - círculos de lectura: crear multiplicadores.
OIT	Empresas	Teoría cognitivo - conductual.	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar programas efectivos para la prevención. - Desarrollar y poner en marcha y evaluar un programa de prevención, que también se extienda a la familia y a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener el diagnóstico inicial del problema en la empresa. - Desarrollar y evaluar el programa. - Evaluación de la intervención y el impacto.

DIF	Comunidad	Resiliencia, factores de riesgo y protección.	Formación de redes comunitarias y el desarrollo de planes de acción. Proteger el desarrollo de aquellos menores que trabajan o se desenvuelven en un medio adverso.	Reunión de personas en pequeños grupos, ya sea niños, adolescentes, padres de familia o adultos para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social y de resolución de problemas. Promotor Infantil Comunitario
PEPCA	Escuelas	Humanista, modelo ecológico de desarrollo y factores de riesgo y protección.	Incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores.	- Capacitación de docentes. - Atención a escuelas en alto riesgo. - Servicios de orientación. - Movilización comunitaria
IMIFAP	Escuelas	Factores de riesgo y protección.	Favorecer el desarrollo de habilidades para la vida.	Tres textos para cada grado de secundaria. -manual del programa. -Juego de videos. -libro de texto. -que los docentes sean replicadores del programa en las escuelas.
AMA LA VIDA	Comunidad	Metodo holístico de intervención terapéutica.	Prevención universal. Reducción del daño. Rehabilitación y cura. Reinserción social. Investigación.	1 unidad residencial de tratamiento. 2 clínica comunitaria barrios terapéuticos. 3 diplomado sobre adicciones. 4 Centro de investigación y documentación.
INEA	Comunidad	Resiliencia y factores de riesgo y protección.	Fortalecer habilidades para prevenir el consumo.	- Educación para la Vida y el Trabajo - 42 módulos de enseñanza: 7 módulos. - Libro de las y los jóvenes, fichas técnicas y un cuaderno de trabajo.
CHIMALLI	Escuelas y comunidad	Resiliencia y factores de riesgo y protección.	Producir resiliencia en la comunidad	26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades. Técnicas psicocorporales, técnicas psicosociales, psicoeducativas y juegos de educación preventiva y acción social educativa.
ECO 2	Comunidad	Psicoanálisis, epistemología de la complejidad y antropología social.	Incrementar la eficacia de la acción social.	El modelo de intervención es implementado por 26 organizaciones y redes mexicanas y centroamericanas.

Fuente: SSA – CONADIC, 2001.

Lograr la competencia y ser capaz de desarrollar programas de prevención a nivel universal, selectivo o indicado y a nivel individual o comunitario es uno de los objetivos centrales del programa de la residencia; la mayoría de los cursos y actividades están encaminados a ello. Las materias escolarizadas de los primeros semestres que se

toman con alumnos de otras residencias proporcionan un conocimiento general que sirve de base para las actividades de cada residencia. Los contenidos de los seminarios y cursos de la residencia buscan sobre todo capacitar al estudiante en esta competencia.

Así, la mayoría de los cursos, sobre todo aquellos sobre modelos de intervención, enfatizaron la necesidad y conveniencia de la idea en prevención como estrategia para abordar el problema de las conductas adictivas. Independientemente del tema de la clase (consumo en adolescentes, economía conductual, principios teórico metodológicos de la terapia cognitivo – conductual, seminario de inducción al reporte final, seguridad pública y situaciones de riesgo, etc.) el concepto de prevención se revisaba.

Sin embargo hubo tres acontecimientos clave para el desarrollo de esta competencia: en primer lugar la asistencia a un seminario dedicado en su totalidad a contenidos sobre prevención. En segundo lugar, el entrenamiento y la aplicación como terapeuta de los cinco programas de intervención desarrollados en el “Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco” tanto en el Centro como en la comunidad de San Pedro Mártir, en el sur del Distrito Federal. Por último, la oportunidad de desarrollar un programa de intervención para familiares de usuarios consumidores: el Modelo de Intervención para Familiares de Usuarios de Sustancias, MIFAMS.

Para complementar lo anterior, se asistió a tres reuniones de investigación en el INP, al “Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual”, al “Foro sobre Modelos de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo”, al “III Coloquio sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas”, al “XII Congreso Mexicano de Psicología”, al “IV Coloquio Internacional de Diseminación de Programas de Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas”, al “IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud”, al “I Congreso Nacional sobre Adolescencia”, entre otros, que dieron la oportunidad al estudiante de la maestría de conocer y dar a conocer propuestas.

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Aplicar en un contexto clínico y comunitario modelos de intervención a nivel universal, selectivo e indicado para grupos en riesgo.
- ✚ Evaluar la calidad de las intervenciones preventivas existentes en nuestro país, mediante el análisis crítico de los componentes y procesos de sus evaluaciones de proceso y de resultado.

- ✚ Planear, diseñar y elaborar material didáctico acorde con el nivel de prevención y atendiendo a las necesidades de la población blanco (estudiantes, comunidad, empresas, etc).
- ✚ Dar conferencias de divulgación sobre conductas adictivas y temas asociados a poblaciones interesadas.
- ✚ Coadyuvar en el diseño de programas de prevención y en políticas públicas asociadas utilizando las herramientas metodológicas, epidemiológicas y teóricas disponibles.
- ✚ Intervenir en la comunidad por medio de la elaboración de diagnósticos comunitarios que revelen la situación del consumo de drogas, que identifiquen los factores de riesgo más importantes en los que sea posible impactar y de los factores protectores susceptibles de fortalecimientos; identificar, asimismo, disponibilidad al cambio, recursos, fortalezas y debilidades e identificación de líderes.
- ✚ Identificar los elementos teóricos, sus antecedentes y limitaciones que sirven como marco conceptual de los programas de prevención más comunes.
- ✚ Actuando desde una perspectiva de salud pública, promover el desarrollo de habilidades sociales y el fortalecimiento de la responsabilidad por el consumo de sustancias.
- ✚ Fortalecer, por medio de propuestas concretas, las normas contra el uso de drogas en aquellos ambientes en donde se lleven a cabo acciones preventivas.
- ✚ Desde una perspectiva de reducción del daño, prevenir y reducir la mortalidad, la comorbilidad psiquiátrica, las discapacidades y las limitaciones sociales asociadas al consumo de drogas.

Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo - conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando que la prevención indicada es una estrategia que consiste en identificar a las personas que están en las primeras etapas de determinada enfermedad o trastorno conductual y que por lo mismo existen posibilidades de revertir el curso de dichos trastornos, la identificación y la detección temprana es particularmente importante.

Si a lo anterior le agregamos que, como dice Velasco (2001), la prevención primaria es particularmente costosa cuando se aplica al consumo excesivo de alcohol, la prevención indicada, la detección oportuna y eventualmente la intervención breve forman una cadena de acontecimientos que son útiles desde el punto de vista asistencial y de salud pública.

La detección temprana es un proceso que casi siempre va acompañado de un tamizaje basado en instrumentos breves y rápidos de calificar y que puede ser aplicado en muchos contextos además del clínico y por personal paraprofesional, debidamente capacitado.

Así, durante la residencia, se tuvo la oportunidad de entrenarse y practicar este proceso a través del Modelo de Detección Temprana y Autocambio Dirigido para

Bebedores Problema, en el "Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco". Los instrumentos de tamizaje que se usan son la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).

Las intervenciones breves para el tratamiento de las conductas adictivas tienen una historia reciente y al igual que la detección temprana, están invariablemente ligadas al concepto de prevención secundaria. La maestría dota al estudiante, de manera prioritaria, de las herramientas necesarias para la implementación de estrategias que permitan la detección temprana y el tratamiento de aquellos consumidores con niveles bajos y medios de dependencia.

La pertinencia de las intervenciones breves está determinada no sólo por su probada eficacia (por los menos frente a la ausencia de tratamiento), sino por su impacto en grandes sectores de la población que no es asistida por los tratamientos disponibles: un porcentaje elevado de hogares en el Distrito federal (31.49%) no son beneficiados por ningún sistema de derecho – habientes, esta condición es similar para el 48.4 % de los hogares de la República. Como hacen notar Natera y Tiburcio (1999) si bien es cierto que estas familias pueden acudir al sistema general de salud, esto no significa necesariamente que se les atienda por problemas adictivos y mucho menos que reciban un salario por incapacidad, ni que tengan garantizado otro sistema de apoyo económico o de cualquier otro tipo durante la enfermedad relaciona con la adicción.

Las recomendaciones de que este tipo de intervenciones se lleven a cabo en un nivel secundario de prevención se basa en muchos estudios sobre la eficacia de modalidades de intervención intensas y de larga duración, basadas en el enfoque médico – psiquiátrico. Estos estudios han encontrado que, con excepción de las intervenciones breves con entrenamiento en autocontrol, prácticamente todas las modalidades de tratamiento han demostrado ser inefectivas y de alto costo (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Riley, Sobell, Leo, Sobell y Klajner, 1987 en Ayala et al., 1997). Sin embargo, investigadores como Miller han hecho notar que las intervenciones más estudiadas por los investigadores son las menos utilizadas en la práctica clínica (Swearingen, C. E., Moyer, A. y Finney, J. W., 2003).

Estas intervenciones breves (de ahora en adelante IB) no son solamente un tipo de tratamiento más de los problemas relacionados con el uso problemático del alcohol, sino que representan una nueva perspectiva para afrontar este problema de salud pública. Esta perspectiva, como ya se ha mencionado, está caracterizada por la reducción del daño, la detección oportuna, la disponibilidad de servicios especializados

para toda la población, la moderación del consumo como opción terapéutica y la oportunidad de que el usuario sea un agente activo (Marlatt y Witkiewitz, 2002).

Esta nueva forma de ver el problema concuerda con lo que la literatura ha señalado que hace atractivo el tratamiento e incrementa la adherencia al mismo con bebedores de niveles bajos de dependencia que difícilmente aceptan la abstinencia como meta de terapia (Bandura, 1986; Elal – Lawrence, Slade y Dewey, 1986; Miller, 1986/87; Oxford y Keddie, 1986^a; Sánchez – Craig y Lei, 1986 en Ayala et al., 1997). Es importante hacer notar que mientras que el costo de las IB es relativamente bajo (Fremantle, Gill y Godfrey, 1993 citados en Ayala et al., 1997), los beneficios se reflejan en indicadores costo – beneficio como reducción de ausentismo laboral, menor días de hospitalización, y la reducción de otros problemas psicosociales (Kristenson, Onlin, Loteen – Nosslin, Trelle y Hood, 1983 citados en Ayala et al., 1997).

Surgidas a finales de los años 70 tienen un doble origen (Rubio, Ponce y Jiménez – Arriero, 2003): por un lado, la demostración del éxito del consejo médico sobre el hábito del tabaco con consultas cortas hizo pensar que también podrían beneficiarse otras prácticas de riesgo. De aquí surgieron todos los trabajos en los que comparaban a la ausencia de tratamiento. Por otro lado, algunos autores empezaron a sugerir que no existían diferencias entre los tratamientos largos y los más cortos. De esta perspectiva surgieron los estudios que comparaban las IB con otras formas de tratamiento no farmacológico. Se puede situar en estas dos premisas de investigación la gran heterogeneidad de las IB y por lo mismo, de los resultados tan diferentes de su eficacia.

Sin embargo, hay acuerdo entre los investigadores sobre los componentes fundamentales y comunes a todas las IB (Miller, 1996):

1. evaluación y retroalimentación.
2. responsabilidad personal.
3. consejo.
4. menú de alternativas.
5. empatía terapéutica.
6. fortalecimiento de la autoeficacia.

El componente clave que guía estas intervenciones es el de autocontrol (Kazdin, 2000), y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal que dirige y regula su propio comportamiento, para así lograr el resultado deseado. Coates (en Bergmann y Maisto, 1985), lo define como un proceso cognitivo aprendible en el cual, en alguna oportunidad, altera los factores que modifican la conducta a través del tiempo. Así, consiste en estrategias aprendidas usadas para

alterar los patrones conductuales existentes e involucra estrategias cognitivo – conductuales, la postergación de la gratificación ante alternativas conductuales conflictivas y el beneficio a largo plazo. Por medio de una “respuesta de control” el sujeto elige la alternativa más acorde con las metas planteadas. Una ventaja que tienen los procedimientos de autocontrol en escenarios clínicos es que, teóricamente, mantienen y generalizan los efectos del tratamiento. El entrenamiento consiste en enseñar habilidades de auto-observación, planeación ambiental y programación conductual (Bergmann y Maisto, 1985).

Es importante hacer notar que por su naturaleza y brevedad, estas intervenciones contienen poco o nada del adiestramiento en habilidades que es característico de los tratamientos cognitivo –conductuales tradicionales o multicomponentes. Más bien, su carácter general se ha enfocado a elevar el nivel de conciencia sobre la problemática relacionada con el consumo excesivo de alcohol y en aconsejar un cambio.

Heather (1996) distingue entre dos tipos de IB: oportunísticas o de cuidado primario e IB especializadas. Estas dos clases de intervención derivan de líneas de investigación separadas, utilizan diferente metodología, involucran diferentes tipos de bebedor problema y son implementadas en diferentes contextos por diferentes grupos de profesionales con distintos objetivos.

Las IB entre la población que típicamente no busca un tratamiento tienden a ser mucho más cortas, menos estructuradas y menos teóricas, que las aplicadas en contextos específicos, como por ejemplo las cuatro sesiones de la terapia de Aumento de Motivación (entrevista motivacional), en 12 semanas presentada y evaluada en el Proyecto MATCH.

En cuanto a su efectividad, se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo a niveles moderados y en la reducción de la problemática asociada, aumentando la calidad de vida. Es precisamente durante las última dos décadas cuando más se han realizado trabajos de investigación en torno a su eficacia.

La evidencia muestra que las IB orientadas a la moderación son muy efectivas para la población con niveles moderados de dependencia (Dawe, Sitharthan, Rees y Heather, 2002), en parte porque aquellos que no han experimentado daños relacionados con su consumo están más indispuestos a responder a la abstinencia como meta (Sánchez – Craig y Lei, 1986).

Existen actualmente datos derivados de 13 estudios de campo que los resultados de IB son similares a través de diferentes culturas, logrando un nivel de efectividad

consistentemente mejor que la ausencia de tratamiento y un nivel comparable al logrado con intervenciones más costosas y extensas (Dawe et al., 2002).

Algunas consideraciones finales se pueden hacer en torno a la pertinencia de su diseminación en escenarios clínicos de primer nivel y algunas limitaciones que presenta su implementación.

Respecto al primer punto, de acuerdo con la conferencia Alma – Alta sobre Atención Primaria de la Salud, de 1978 (Campillo, Díaz, Romero y Padilla, 1998; Argandoña, 2001), se justifica que los problemas relacionados con el alcohol se manejen dentro del contexto de la práctica médica general por ser problemas con altas cifras de mortalidad y morbilidad. Es posible elaborar, además, programas cuyas acciones no sean costosas aprovechando los recursos materiales y humanos ya existentes y que sean susceptibles de reproducirse con facilidad en varias partes del país.

El médico general está en mejor posición que el especialista para tratar a los pacientes que tengan problemas tempranos de alcoholismo ya que estos pacientes están más dispuestos a consultar con éste que con un psiquiatra, psicólogo o incluso acudir a AA.

Al mismo tiempo, la posibilidad de incorporarlas en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública haría posible ampliar la oferta de servicios de prevención secundaria a un segmento de la población para el cual normalmente no existen opciones de atención adecuadas, especializadas.

En cuanto a las limitaciones se enlistan las siguientes:

1. hay una brecha entre los resultados de los estudios validados empíricamente y su aplicación masiva (Martínez, Carrascoza y Ayala, 2003).
2. a pesar de que hay evidencia de que los pacientes esperan y ven de buena gana ser cuestionados acerca de su consumo por los médicos (Wallace y Halnes, 1984 citados en Heather, 1996), los médicos practicantes han mostrado una marcada resistencia para implementar estrategias de detección temprana e intervención oportuna (Shaw, Spratley, Cartwright y Harwin, 1978 citados en Heather, 1996).
3. la idea de las IB en particular y la perspectiva de política de salud pública en general, asumen que la población está sensibilizada (y en etapa de acción) y consciente acerca de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y sobre todo de la cantidad de tragos que no son riesgosos. Sin embargo, la

- realidad en México es que la población no tiene ni idea de cuáles son los límites seguros (Malbon, Bridgwood, Lader y Matheson, 1996 citados en Heather, 1996).
4. existen estudios que cuestionan la efectividad de la IB, sobre todo en cuanto a sus efectos a largo plazo.
 5. el hecho de que las IB sean baratas no significa necesariamente que sean costo – efectivas (Fremantle, Gill y Godfrey, 1993 citados en Heather, 1996).
 6. a pesar de que uno de los principales objetivos de las IB es ser aplicadas por paraprofesionales, no existen estudios científicos con este tipo de prestadores por lo que tampoco se sabe de su efectividad en contextos comunitarios.

Así, la IB debe ser parte de una estrategia global destinada sobre todo a sectores con escaso contacto con médicos y consecuencias negativas producto más de intoxicaciones agudas que de un consumo excesivo regular.

A medida que la concepción profesional se oriente más a una perspectiva de salud pública, las IB serán una alternativa apropiada, de uso corriente y efectiva para su instrumentación en todo el país.

Para lograr esta competencia y las habilidades abajo descritas, se tomaron cursos y seminarios durante todo el semestre; en las materias escolarizadas de los primeros semestres se tomaron cursos acerca de la estructura del sistema nacional de salud y sobre la pertinencia de la accesibilidad de los servicios de salud.

En la parte de la residencia, se tomaron cursos que permitieron el conocimiento teórico y aplicado; para ser competente en la parte teórica y por medio de seminarios de discusión y análisis de material bibliográfico especializado se revisaron temas relacionados con las bases de la terapia cognitivo – conductual y su relación inevitable con las políticas de reducción del daño y la posibilidad de intervenir reduciendo el daño; se conocieron los últimos proyectos e investigaciones contra las adicciones en el mundo por medio de un seminario impartido en el INP por investigadores especializados en la materia.

La competencia también se logró gracias al entrenamiento primero y al desempeño como terapeuta después, en los diferentes subprogramas de intervención que ofrece la Facultad de Psicología, sobre todo el de bebedores problema y el de cocaína y a la asistencia a escenarios como el CETIS – Xochimilco o la comunidad de San Pedro Mártir; igualmente la asistencia a foros de divulgación científica en donde se conocieron los esfuerzos que en materia de intervención breve realizan instituciones del interior de la República y del mundo.

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Reconocer a los bebedores problema como un subgrupo de la población consumidora en riesgo de acuerdo al continuo de severidad y patrón de consumo característico.
- ✚ Valorar y fomentar la pertinencia de las intervenciones destinadas a la detección temprana, no sólo por ser costo – efectivas, sino por abarcar al sector consumidor de alcohol mayoritario.
- ✚ Diseñar e implementar estrategias de autocontrol de acuerdo a las características de cada bebedor problema.
- ✚ Enseñar habilidades de auto-observación, planeación ambiental y programación conductual.
- ✚ Aplicar herramientas diagnosticas que permitan identificar a este grupo de la población.
- ✚ Implementar intervenciones breves en diferentes escenarios: salas de urgencia, ministerios públicos, clínicas generales y lugares especializados.
- ✚ Aplicar, calificar e interpretar pruebas de tamizaje para medir la severidad en el consumo tanto de alcohol como de drogas.
- ✚ Diseñar e implementar a nivel comunitario estrategias de prevención secundaria, previas al diagnóstico correspondiente.

Aplicar programas de intervención cognitivo – conductuales para rehabilitar personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.

Parte fundamental de la residencia consistió en la formación en modelos terapéuticos destinados a la atención de usuarios crónicos de alcohol y drogas. Sin duda, el marco teórico cognitivo – conductual es el mismo, pero las habilidades y competencias involucradas tienen características propias, como se anota a continuación, en la descripción de los Modelos de intervención en los que se participó durante la residencia.

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC).

El TBUC surge en 1999 como respuesta al creciente número de usuarios de cocaína en nuestro país; este incremento se ha visto favorecido por la baja percepción de riesgo, la mayor disponibilidad y a las expectativas que los usuarios tienen alrededor de esta sustancia.

La suposición principal es que las contingencias del ambiente constituyen poderosos reforzadores de la conducta de consumo y que manejadas y reubicadas adecuadamente pueden llegar a serlo de la conducta de no consumo. Junto con lo anterior, el tratamiento emplea estrategias motivacionales para disminuir las defensas (propias de una población tradicionalmente difícil) y aumentar la adherencia al tratamiento, permitiendo una mayor participación y un menor índice de deserción.

El tratamiento es una adaptación inicial del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema de la Facultad de Psicología de la UNAM y del Tratamiento Cognitivo – Conductual para Adictos a la Cocaína, de Carroll en Estados Unidos. El TBUC

está considerado, por su duración e intensidad, como un tratamiento breve. El modelo para cocaína incluye más elementos y sesiones que lo hacen un tratamiento, propiamente dicho.

Los antecedentes teóricos se sitúan en el análisis experimental de la conducta, y en elementos del condicionamiento clásico, de la teoría social – cognitiva de Bandura y del condicionamiento clásico de Skinner. Existe evidencia de su efectividad (Oropeza, 2003); diversas organizaciones e instituciones internacionales como el NIDA de Estados Unidos recomiendan intervenciones y tratamientos breves para el problema de la cocaína, ya que el sector más numeroso de la población consumidora de esta sustancia es el que precisamente no presenta un patrón crónico o dependencia severa.

Los objetivos terapéuticos son la abstinencia o la moderación y esta destinado a personas mayores de 18 años, sin daño orgánico y nivel de dependencia de leve a moderada. El programa incluye dos sesiones iniciales de admisión y evaluación y ocho sesiones de tratamiento, que se presentan a continuación:

1. **balance decisional y establecimiento de metas.**- el usuario revisa los pros y los contras de su consumo actual, así como el establecimiento de la meta de consumo.
2. **manejo del consumo de cocaína.**- el proceso de recuperación es un proceso, en el cual se podrán encontrar obstáculos hacia la meta final.
3. **identificar y enfrentar pensamientos relacionados con la cocaína.**- factores que influyen para lograr cambios, relación de momentos de consumo con estados negativos particulares, enfrentamiento de pensamientos, cómo lograr cambios, plan de emergencia para situaciones de alto riesgo.
4. **identificar y enfrentar el deseo de cocaína.**- cómo entender el deseo, reconocimiento de los disparadores, estrategias de afrontamiento, plan de enfrentamiento del deseo y enfrentamiento de la urgencia y el deseo.
5. **habilidades asertivas de rechazo.**- identificar cuándo, dónde, quién y cómo se da el consumo, respuestas asertivas al ofrecimiento, manejo de fuentes de acceso y respuestas prácticas a los proveedores.
6. **decisiones aparentemente irrelevantes.**- la ocasión de consumo es producto de pequeñas decisiones aparentemente irrelevantes; análisis de cada paso, identificación de ejemplos y recaídas.
7. **solución de problemas sociales.**- los usuarios se enfrentan o enfrentarán con problemas que requieren estrategias adecuadas y efectivas de afrontamiento.

8. **reestablecimiento de metas y planes de acción.**- evaluación de las metas establecidas en la sesión uno, evaluación para el reestablecimiento de metas, planes de acción, reestablecimiento de metas.

Así, el TBUC consta de una sesión de admisión, una de evaluación y ocho sesiones de tratamiento con el terapeuta y coterapeuta además de sesiones de seguimiento al mes, a los tres y a los seis meses. Los materiales empleados son un cuadernillo de automonitoreo del consumo, lecturas acerca del consumo de cocaína y tareas sencillas cuyo propósito es ayudar a reforzar las estrategias y habilidades aprendidas.

Durante la residencia también se nos capacitó en el Programa de Reforzamiento Comunitario (*CRA*, por sus siglas en inglés), un modelo de intervención comunitario destinado a los sujetos con consumo crónico de alcohol y/o drogas.

Uno de los problemas de los tratamientos tradicionales para usuarios crónicos de alcohol y drogas es que se enfocan más en las variables personales que en el medio social y comunitario del individuo (Meyers y Godley, 1999). Sin embargo, así como el consumo y los reforzadores que lo mantienen se originan y se encuentran en un contexto social bien determinado, las actividades y recursos que permiten hacer a un lado dicho consumo se encuentran también disponibles en la comunidad.

Considerando que todos los humanos poseen los mismos sistemas neurobiológicos para desarrollar y experimentar patrones de consumo y que los sujetos no necesitan tener características patológicas excepcionales para desarrollar este patrón; retomando la evidencia científica, en el sentido de que las características genéticas afectan la probabilidad pero no son suficientes para explicar el fenómeno de las conductas adictivas, la importancia de los factores comunitarios y su influencia tiene sentido. Es en la comunidad donde se dan los fenómenos psicosociales de alta o baja permisividad, accesibilidad, disponibilidad, imitación social, presión de pares, carencia de oportunidades para el desarrollo personal, percepción de riesgo y en donde las consecuencias negativas del consumo ejercen su efecto: en la casa, en la escuela, en el trabajo y en el barrio.

El *CRA* (por sus siglas en inglés), utiliza una metodología basada en el análisis experimental de la conducta; retoma elementos conceptuales del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, de la teoría social –cognitiva de Bandura, del enfoque de salud comunitaria y de la economía conductual, en especial los principios de distribución, precio y oportunidad de costo (Higgins, 1999), resultando así en una intervención costo – efectiva que integra diferentes tratamientos que en sí mismos son

costo – efectivos. Los primeros resultados de esta modalidad fueron publicados a principios de los 70 (Hunt y Azrin, 1973) y desde entonces se han venido ensayando y aplicando con éxito distintas modalidades del programa original con usuarios de cocaína, adolescentes consumidores de marihuana (ACRA), familiares de usuarios (CRAFT), vagabundos, etc.

La premisa fundamental es que el consumo de alcohol se mantiene gracias a las propiedades reforzantes de los efectos atribuidos experimentados de manera subjetiva; estas propiedades reforzantes, pueden mantener el consumo indefinidamente, interfiriendo, además, con otras fuentes de satisfacción no relacionadas con el consumo. El consumo puede ser reducido si estos reforzadores ajenos al consumo (trabajo, vida social, familia estable) son priorizados y maximizados y además se hacen contingentes a la conducta de no beber. Para lograr esto, el CRA se propone hacer accesibles y disponibles este tipo de reforzadores que en algún momento fueron relegados.

Los componentes del CRA han ido cambiando a través del tiempo, sin embargo, los componentes básicos no han sufrido modificaciones: club de búsqueda de empleo, terapia marital conductual, uso de Disulfiram, desarrollo social y habilidades conductuales. La tabla 13 presenta los componentes del CRA a través del tiempo.

Tabla 13: Componentes del CRA a través del tiempo.

Hunt y Azrin, 1973	Azrin, 1976	Miller, Meyers y Tonigan, 1982	Wolfe y Meyers, 1999
1.- consejo vocacional. 2.- consejo marital. 3.- consejo social y recreativo. 4.- acceso al reforzador. 5.- seguimiento comunitario.	1.- consejo vocacional. 2.- consejo marital. 3.- consejo social y recreativo. 4.- acceso al reforzador. 5.- seguimiento comunitario. 6.- sistema de alerta temprano. 7.- Disulfiram. 8.- Programa "amigo".	1.- consejo motivacional. 2.- muestra de abstinencia. 3.- Disulfiram. 4.- entrenamiento en relajación muscular. 5.- consejo vocacional. 6.- consejo marital. 7.- consejo social y recreativo. 8.- habilidades para rechazar el consumo. 9.- acceso al reforzador.	1.- análisis funcional. 2.- muestra de abstinencia. 3.- Disulfiram. 4.- plan de tratamiento. 5.- entrenamiento en habilidades (comunicación, rehusarse al consumo, solución de problemas). 6.- consejo vocacional. 7.- actividades sociales y recreativas. 8.- terapia marital conductual. 9.- prevención de recaídas.

Se presenta a continuación una breve descripción de los componentes que se utilizan actualmente en México, en la versión adaptada por la Dra. Lydia Barragán:

1.- Análisis Funcional: poco utilizado en la el área de las adicciones (Smith y Meyers, 1999), tiene como objetivo esquematizar el contexto bajo el cual ocurre el consumo, mediante la identificación de antecedentes (precipitadores) y consecuentes. Un último objetivo es poner en evidencia la contingencialidad de la conducta en cuestión. Un análisis funcional concluye con el desarrollo de un plan de acción para evitar situaciones de alto riesgo y/o un plan para el entrenamiento en habilidades. Se enfatizan las consecuencias negativas a fin de hacer consciente al usuario del costo de su conducta.

2.- Muestra de Sobriedad: ante la resistencia que provoca el planteamiento de que ya no se podrá beber, este componente brinda la opción de negociar un periodo de no consumo razonable, para elevar la motivación (producto de la experimentación de los beneficios de no beber) y checar disparadores.

3.- Disulfiram: diseñado para aquellos usuarios que, a pesar de desearlo, tienen problemas para cumplir un periodo de abstinencia.

4.- Plan de Tratamiento: para su elaboración se utiliza la Escala de Satisfacción General y el Formato de Metas de Tratamiento. Sirve también como línea base y puede ser aplicada periódicamente para monitorear el progreso y hacer los cambios necesarios. Permite también, desplazar la atención del consumo a las áreas de la vida.

5.- Entrenamiento en Habilidades Conductuales: incluye habilidades de comunicación, para incrementar los intercambios positivos, el Entrenamiento en Solución de Problemas, de D'Zurilla y Goldfried (1971) y entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo.

6.- Club de Búsqueda y Mantenimiento de Empleo: ayudar a usuario a encontrar un trabajo estable y satisfactorio. Consta de la elaboración de estrategias muy determinadas.

7.- Habilidades Sociales y Recreativas: tiene como finalidad el identificar y practicar actividades recreativas gratificantes; involucra el manejo del tiempo libre, la movilización de los recursos de la comunidad y la modalidad de "Club social", un lugar libre de consumo en donde los usuarios se pueden reunir para ver películas, platicar, conocer gente, comer y poner en práctica las habilidades desarrolladas en el consultorio.

8.- Terapia Marital Conductual: tomando que la pareja del usuario juega un papel fundamental y que debe ser parte de la solución, se implementan estrategias para mejorar la comunicación, identificar fuentes de conflicto mutuo, hacer incompatible el consumo con el estilo de vida familiar y mejorar la interacción sexual. Se implementa el procedimiento de reforzamiento recíproco.

9.- Prevención de Recaídas: teniendo como antecedente al "sistema de alerta temprano" de la versión de 1976 (Azrin, 1976), este componente busca que el usuario, apoyado por una persona significativa (cuando la hay) reconozca las posibles señales (ambientales, físicas, emocionales) y se anticipe a la posible recaída. El componente se empieza a implementar desde la aplicación del primer análisis funcional. En caso de recaída, se elabora un análisis funcional de la recaída.

La eficacia del CRA ha sido demostrada en muchos estudios (Miller, Tonigan, Meyers y Grant, 1999; Wolfe y Meyers, 1999; Miller y Wilbourne, 2002). El primero de ellos tuvo como objetivo evaluar la eficacia del CRA frente a un tratamiento convencional (AA, educación) y en particular medir el impacto del componente de Disulfiram; los resultados muestran menor deserción en el grupo del CRA. La presencia del componente de Disulfiram en ambas modalidades no modificó la eficacia probada de ambas modalidades por lo que este componente no incrementa significativamente la eficacia del CRA. La abstinencia por razones obvias, se alcanzó primero en la modalidad de tratamiento convencional más Disulfiram, mientras que en el CRA tardó más en aparecer y los sujetos tendían más a controlar su consumo. Lo anterior llevó a concluir que la eficacia del CRA no depende de la implementación del Disulfiram, sino del entrenamiento en habilidades conductuales. Si se toma como indicador de éxito el patrón de consumo y su reducción, el CRA es más efectivo, pero si se toma la abstinencia como único indicador, el tratamiento convencional más el Disulfiram es más efectivo.

Wolfe y Meyers, también en 1999, intentaron determinar la eficacia del CRA por medio de un meta - análisis sobre los tratamientos de alcoholismo. Para ello, compararon primero los resultados del CRA con otras intervenciones. La tabla 14 detalla los estudios comparados y los resultados.

Tabla 14: *Estudios en los que compara el CRA con otros modelos.*

AUTORES	MUESTRA	GRUPOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
---------	---------	-----------------------	------------

Azrin, Sisson, Meyers y Godley (1982)	No se describe	1.- AA 2.- Tratamiento tradicional más Disulfiram. 3.- CRA con Disulfiram.	En el seguimiento a 6 meses, el porcentaje de días de abstinencia fue de: - 45% grupo tradicional. - 74% para el segundo grupo. - 97% para el CRA.
Smith, Meyers y Delaney (1998)	106 alcohólicos son hogar.	1.- CRA 2.- servicios de tratamiento ofrecidos por la asistencia social.	Durante el tratamiento y al año de seguimiento, los pacientes del CRA habían disminuido su consumo en más del 50% que los del otro grupo.
Abbott, Séller, Delaney y Moore (1998)	181 dependientes de opiáceos con tratamiento de metadona.	1.- CRA 2.- Tratamiento estándar (educación y monitoreo sobre metadona).	A los 6 meses los pacientes del CRA superaron a los otros en abstinencia según muestras de orina y resultados del ASI.

Fuente: Wolfe y Meyers, 1999.

En este meta – análisis, se revisaron publicaciones sobre tratamientos en adicciones y se jerarquizaron las intervenciones de mayor a menor eficacia de acuerdo al éxito terapéutico y al número de publicaciones que los validaban empíricamente. La tabla 15 muestra los resultados.

Tabla 15: *Intervenciones más efectivas validadas empíricamente para el caso del alcohol.*

Holder et al. (1991)	Miller et al. (1995)	Finney y Monahan (1996)
1.- entrenamiento en habilidades sociales. 2.- entrenamiento en autocontrol. 3.- consejería vocacional breve. 4.- terapia marital conductual. 5.- CRA. 6.- entrenamiento en manejo de estrés.	1.- intervención breve. 2.- entrenamiento en habilidades sociales. 3.- entrevista motivacional. 4.- CRA. 5.- contrato conductual. 6.- terapia aversiva basada en la respuesta de nausea.	1.- CRA. 2.- entrenamiento en habilidades sociales. 3.- terapia marital – conductual. 4.- implantes de Disulfiram. 5.- otras terapias maritales. 6.- entrenamiento en manejo del estrés.

Fuente: Wolfe y Meyers, 1999.

Por último, Miller y Wilbourne (2002), mediante la revisión y jerarquización de 361 reportes de estudios controlados que utilizaban estrategias terapéuticas contra el alcohol encontraron evidencia consistente de que las intervenciones breves, el

entrenamiento en habilidades sociales, el CRA, el contrato conductual, la terapia marital conductual y el manejo de contingencias fueron las modalidades terapéuticas más eficaces. La farmacoterapia también obtuvo evidencia a su favor en especial los tratamientos basadas en naltrexona y acamprosato. Los métodos menos consistentes fueron el educativo, el confrontacional y las terapias que buscan el *insight* por medio de la comprensión de las causas del alcoholismo. Es importante notar que, salvo las características estructurales de la intervención breve, el CRA contiene todos los componentes de las modalidades más eficaces.

Lograr el dominio de esta competencia requirió tres fases. La primera tuvo que ver con la comprensión a cabalidad de los principios que sustentan a las intervenciones de tipo cognitivo conductual; para ello, se tomaron cursos y seminarios a lo largo de toda la maestría: Las clases "Principios básicos de la conducta", "Metodología de la investigación clínica", "Seminario de investigación clínica" (en donde se revisó la metodología de caso único), "Teorías y modelos de intervención", "Modelos de intervención para atender conductas adictivas", "Modelos de tratamiento de conductas adictivas", "Ética y política de las adicciones", "Medición del consumo de alcohol" y dos seminarios especiales: sobre procesos básicos y estrategias de intervención en terapia familiar cognitivo - conductual y sobre modalidades de intervención contra el consumo de alcohol diferentes a los aplicados en el "Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco" se tomaron en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM y de la FES - Iztacala, mientras que hubo otros, abordando la misma temática, que se tomaron en el INP.

La segunda fase tuvo que ver con el entrenamiento en los cinco subprogramas que se ofrecen a la población desarrollados por aspirantes a doctorado de la Facultad y que atienden a bebedores problema, usuarios crónicos de alcohol y drogas, cocainómanos, fumadores de tabaco y adolescentes. Todos ellos forman parte del proyecto CONACYT: G 36266 - H: "Desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales". El entrenamiento consistió en revisar y analizar detalladamente el Manual correspondiente, observar casos reales en cámara de Gesell, realizar ensayos conductuales de cada uno de los componentes, participar como co - terapeuta y después como terapeuta, además de desarrollar actividades relacionadas como la asistencia a seminarios de discusión y análisis de artículos de interés para el programa en cuestión, elaborar productos como folletos, listas checables y material didáctico así como capacitar y supervisar las actividades de los nuevos integrantes del equipo. También se realizaron labores de

difusión y diseminación y se elaboraron proyectos investigación: una monografía sobre solución de problemas, la traducción del manual del otro significativo, la construcción de la Escala de Eventos Placenteros para Adolescentes (EEP – A) y el desarrollo del Modelo de Intervención para Familiares de Consumidores de Sustancias, MIFAMS.

La tercera fase tuvo que ver con la atención directa de usuarios ya fuese en las instalaciones del Centro Acasulco o en el “Centro Social Sergio Méndez Arceo” del pueblo de San Pedro Mártir. La atención contemplaba la intervención y la implementación de los componentes pero también la codificación de datos, el manejo de expedientes y la presentación de casos ante los supervisores correspondientes.

Por último, la asistencia a reuniones científicas de divulgación complementó los conocimientos y las habilidades de esta competencia. Los eventos han sido enlistados antes y sirvieron para conocer nuevas propuestas de intervención, analizar y debatir la pertinencia de ciertos componentes y cuestionar a investigadores y terapeutas expertos acerca de ciertos aspectos relacionados con la teoría y el ejercicio de las estrategias cognitivo – conductuales.

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Identificar a los usuarios crónicos de alcohol y drogas según el continuo de severidad, como alternativa a la visión médica tradicional de alcoholismo.
- ✚ Atribuir al usuario crónico características de consumo acordes con el enfoque teórico desarrollado en la residencia, es decir, es una persona que toma la decisión de consumir, que tiene voluntad y que es capaz de tomar las acciones necesarias, con ayuda del terapeuta para modificar su patrón de consumo.
- ✚ Hacer uso de herramientas diagnósticas diseñadas especialmente para este tipo de población.
- ✚ Interpretar y valorar los resultados de las herramientas diagnósticas para diseñar un tratamiento acorde con las necesidades particulares del usuario.
- ✚ Rehabilitar a personas usuarios crónicas de alcohol y drogas utilizando como indicador de éxito, además del patrón de consumo, indicadores relacionados con el funcionamiento psicosocial y con su calidad de vida.
- ✚ Dar seguimiento a los avances logrados en el contexto clínico – terapéutico.
- ✚ Relacionar y tomar en cuenta, de manera sistemática, los aportes y avances provenientes de la investigación reportados en México y en el mundo, con el fin de incorporarlos a la práctica clínica.

- ✚ Ayudar a que el usuario identifique, por medio del análisis funcional, antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo.
- ✚ Identificar junto con el usuario, aquellos déficit en habilidades que coadyuvan a un estilo de vida negativo y que le impiden afrontar de manera exitosa el consumo.
- ✚ Ayudar al usuario a identificar los recursos y posibles satisfactores no asociados con el consumo que se encuentran en la comunidad con el fin de hacerlos contingentes a la meta establecida.
- ✚ Aplicar, calificar e interpretar pruebas diagnósticas para medir la severidad del consumo en el consumo de alcohol y drogas, así como problemas relacionados.
- ✚ Aplicar, calificar e interpretar pruebas para medir el nivel de autoeficacia para resistir el consumo de sustancias en determinadas situaciones.
- ✚ Aplicar e interpretar instrumentos para identificar situaciones de riesgo, tanto para alcohol como para drogas.
- ✚ Aplicar instrumentos como la Línea Base Retrospectiva, que permiten conocer y determinar patrón de consumo.
- ✚ Diseñar e implementar estrategias para que el usuario consumidor desempleado encuentre un trabajo estable y satisfactorio.
- ✚ Entrenar a los usuarios que lo requieran en el Modelo de Solución de Problemas propuesto por D´Zurilla y Goldfried.
- ✚ Entrenar a personas significativas del usuario para ayudarlo a tomar el Disulfiram.
- ✚ Entrenar a personas significativas del usuario para apoyar la sobriedad mediante la capacitación en habilidades de comunicación, actividades recreativas compartidas y apoyo emocional.
- ✚ Trabajar de manera conjunta con otros profesionales de la salud (médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales, trabajadores comunitarios, etc.).
- ✚ Dirigir y participar en ensayos conductuales que permitan medir las respuestas sociales y funcionales de los usuarios, así como para medir la adquisición de nuevas habilidades.
- ✚ Aplicar instrumentos que permitan medir los avances logrados.

- ✚ Utilizar antes y durante el tratamiento, estrategias motivacionales que permitan afrontar las posibles resistencias, mejorar la relación terapéutica y retener al paciente el mayor tiempo posible.
- ✚ Diseñar e implementar estrategias de inducción al tratamiento que permitan el desarrollo y fortalecimiento de la adherencia terapéutica.

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

Esta competencia tiene como marco de referencia la disseminación de los programas de investigación realizados por expertos en el área.

La disseminación de los resultados de la experimentación es un componente fundamental de la investigación científica. Esto quiere decir que la cadena no termina con la posible publicación de los resultados fruto de la experimentación en contextos ajenos a la práctica profesional sino que debe concluir con la supervisión de la adecuada aplicación del modelo validado empíricamente en estos mismos contextos.

Las investigaciones sobre intervenciones psicológicas han resultado en grandes avances en el tratamiento de una amplia gama de desordenes psicológicos. Como dicen Martínez et al., en el 2003, estos logros son posibles, sobre todo, en la medida en

que sus técnicas de intervención se encuentran sólidamente sustentadas en la investigación empírica. Estos autores reconocen que la utilización de éstas técnicas no ha sido la esperada, sobre todo debido a una deficiente diseminación de los hallazgos y técnicas de investigación clínica.

Un problema muy común, como ya se ha estado mencionando, es que los profesionales no aplican y emplean los hallazgos de la investigación clínica. Persons (en Martínez et al., 2003) señala que muchas intervenciones efectivas desarrolladas por investigadores en psicología rara vez se usan en la práctica; por ejemplo, en el tratamiento del abuso del alcohol, en el área del tratamiento de las fobias y el pánico, en el tratamiento de pacientes con padecimientos psiquiátricos y en el tratamiento de problemas infantiles.

Así, el desconocimiento de las técnicas y tratamientos empíricamente validados señala la existencia de una brecha entre los campos experimental y aplicado. La División de Psicología Clínica de la APA recomienda algunas formas efectivas (en Martínez et al., 2003) de llevar a cabo la diseminación: promoción del desarrollo de la competencia de los profesionales de la salud para practicar nuevos procedimientos a través de programas de educación continua (combinación de aprendizaje estructurado con supervisión clínica) y actividades que puedan realizarse sin costo elevado y en poco tiempo a grandes grupos, como son los talleres y la capacitación en la aplicación de estas estrategias, seguidos por la supervisión de los resultados de estas aplicaciones. Para una descripción de la aplicación de los talleres interactivos en nuestro país, se refiere al lector a la fuente original.

Por su parte, Najavits (2000) propone un modelo de entrenamiento para terapeutas en adicciones cuyo énfasis se pone en los procedimientos que permiten la observación del futuro terapeuta en acción, más que a través de reportes verbales de sesiones grabadas así como en experiencias intensivas de entrenamiento. Como pronto habrá de notarse, su propuesta es muy similar a la empleada en la residencia.

Su propuesta de entrenamiento cubre tres tópicos: 1) procedimientos para la selección y entrenamiento de los futuros terapeutas, 2) principios de supervisión y 3) problemas típicos durante el tratamiento con estos pacientes:

1) Procedimientos para la selección de terapeutas:

a. los terapeutas son seleccionados en base a su ejecución, más que en sus antecedentes profesionales. Se parte de la premisa de que las características del clínico y sus experiencias de vida impactan más en la ejecución, por lo que sólo se evalúa el desempeño actual en determinada ejecución. Los procedimientos de entrenamiento

aquí incluyen el tratamiento de pacientes reales, sesiones videograbadas, un supervisor asignado, recoger la opinión de los pacientes sobre el terapeuta, discusión de casos y ensayos conductuales de posibles situaciones difíciles. En particular se observan videos de sesiones buenas y malas, se entrevista también a pacientes pero de manera informal para obtener registros cualitativos, se instiga a los estudiantes a esforzarse por identificar temas clave de las sesiones, propias y grabadas y a actualizar sus conocimientos en materia de adicciones. La evaluación de la adherencia al tratamiento toma en cuenta dos conceptos: el de competencia, que es el más evaluado en la mayoría de los entrenamientos y el de beneficio, que parece estar más relacionado con los resultados del tratamiento.

2) Principios de supervisión:

- a.- sopesar la influencia de la figura del terapeuta, del paciente y del tratamiento.
- b.- revisar los sentimientos que el paciente provoca en el terapeuta.
- c.- alentar a los terapeutas a que apliquen el tratamiento con su propio estilo.
- d.- fijarse ideales, evaluando las debilidades también.
- e.- alentar a los estudiantes a que utilicen las habilidades sociales de afrontamiento en su vida diaria.
- f.- enseñarles a escuchar más la conducta que las palabras.
- g.- provocar retroalimentación del usuario.

3) Manejo de problemas emergentes durante las sesiones. En este punto es muy útil el modelo de "atención escalonada" (Sobell & Sobell, 2000) aplicado a los tratamientos para las conductas adictivas, que permite tomar decisiones basadas en el juicio clínico y en las evaluaciones periódicas aplicadas durante el tratamiento con el fin de cambiar los componentes y la intensidad, sin perder calidad y en beneficio del usuario.

Esta competencia se adquirió cuando, una vez dominada la teoría y la práctica de los diferentes subprogramas de intervención aplicados en el Centro Acasulco, y que ya han sido enlistados en apartados anteriores, se procedió a capacitar a otros estudiantes de la residencia. También fue de especial relevancia la asistencia al "IV Coloquio Internacional: Diseminación de programas de prevención y tratamiento de conductas adictivas" en donde se conocieron los esfuerzos de diferentes instituciones e investigadores para diseminar los programas de intervención, de tipo cognitivo – conductual, validados empíricamente, presentando avances en la diseminación pero también dando a conocer las dificultades que hay en el camino, siendo la brecha que hay entre la investigación y la práctica clínica la más importante de todas.

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Capacitar a profesionales e instituciones interesados en modelos de intervención para usuarios crónicos de alcohol y drogas, de cocaína y bebedores sociales.
- ✚ Supervisar la aplicación integral de los modelos de tratamiento de nuevos terapeutas.
- ✚ Diseñar y aplicar mecanismos que garanticen la integridad del tratamiento.
- ✚ Dar conferencias de divulgación sobre conductas adictivas a distintos sectores de la población.
- ✚ Identificar, por medio de un análisis y evaluación exhaustiva las necesidades de capacitación en materia de adicciones en una determinada institución.
- ✚ Diseñar material didáctico especial para facilitar la capacitación y la diseminación de los subprogramas ofrecidos en el Centro Acasulco.
- ✚ Diseñar y aplicar instrumentos de medición que permitan conocer el avance en la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de los futuros terapeutas.
- ✚ Diseñar manuales para el terapeuta que sintetizen las habilidades básicas necesarias para garantizar la aplicabilidad de determinado tratamiento.
- ✚ Fomentar la discusión y el debate de las ideas entre los participantes en torno a las cuestiones fundamentales y la situación actual del consumo de sustancias en México.
- ✚ Utilización de estrategias conductuales como el ensayo conductual y el modelamiento.
- ✚ Conceptualizar la capacitación y la diseminación desde una metodología (análisis experimental de la conducta).

Instrumentar proyectos de investigación aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.

El propósito general de la ciencia es establecer el conocimiento (Kazdin, 2001). La investigación científica es esencial para comprender los fenómenos naturales y lograr el avance del conocimiento. Aun cuando existen muchos métodos de investigación, éstos tienen en común la observación cuidadosa y la evaluación continua del contenido bajo condiciones cambiantes

La investigación científica intenta simplificar la complejidad de la naturaleza y aislar un fenómeno específico para un estudio detallado y cuidadoso por medio de la manipulación de la variable de interés mientras que se controlan factores extraños que pudieran influir en los resultados.

Por otro lado, el concepto de metodología se refiere a los diversos principios, procedimientos y prácticas que dirigen la investigación. Dentro de este dominio general se encuentra el de diseño de investigación, el cual se refiere al plan u organización que se usa para examinar la pregunta de interés.

Fawcett (citado en Kazdin, 2000) propone algunos valores que guían la investigación, bajo el análisis experimental de la conducta:

1. la investigación debe basarse en el contexto local.
2. la investigación debe contribuir al conocimiento sobre los eventos que se presentan de manera natural.
3. los efectos de las intervenciones de investigación deben ser replicables, durables y generalizables a otra gente y situaciones.
4. la investigación aplicada debe emplear medidas válidas para examinar los problemas del mundo real en el contexto natural de la gente que en realidad experimenta las preocupaciones.
5. los sistemas de medición deben ser replicables por investigadores entrenados de manera representativa.
6. las intervenciones deben ser replicables por aquellos que puedan ponerlas en práctica.
7. las intervenciones deben producir el máximo efecto deseado.
8. las intervenciones deben difundirse con cautela de modo que se asegure su efectividad continua.

9. los hallazgos de investigación deben proporcionarse para revisión de compañeros y, si se juzga aceptable, difundirse a una comunidad más amplia.
10. la investigación comunitaria debe contribuir a la comprensión de los eventos ambientales que afectan la conducta.

Investigación en torno a las conductas adictivas.

En nuestro país, la investigación científica sobre los patrones de consumo, el consumo abusivo y el alcoholismo es muy reciente (Berruecos, 2002).

Hasta el momento, los recursos humanos y los presupuestos dedicados a la investigación son pocos respecto a la demanda, cada día en aumento. En general la investigación biomédica está más desarrollada y cuenta con más recursos que la investigación clínica y sociomédica (SSA, 2001). Este es un aspecto importante, ya que la estrategia de investigación para problemas relacionados con la farmacodependencia debería abordar prioritariamente aspectos sociomédicos.

Posiblemente el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) es el órgano descentralizado de la SSA que más investigación epidemiológica realiza en torno al fenómeno de las adicciones: es responsable de la elaboración de diversas encuestas entre población estudiantil y adulta, a través de su Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) y ha elaborado muchos estudios sobre adicciones desde el punto de vista clínico, biomédico, psicosocial y epidemiológico. Los resultados de su investigación se difunden en revistas científicas nacionales e internacionales.

Según consta en documentos oficiales de la Secretaría de Salud (SSA, 2001), cuenta con 200 artículos publicados en libros y 200 más, publicados en revistas. El Instituto Nacional de Psiquiatría, además, contribuye de manera notable a la formación de numerosos investigadores, muchos de ellos miembros del Sistema Nacional de Investigadores. Edita desde hace varios años la revista "Salud mental", publicación bimestral que incluye artículos sobre el tema. Destaca, por su labor, la Dirección de Investigación Epidemiológicas y Sociales a cargo de la Dra. Medina-Mora y el Laboratorio de Neurobiología Molecular y Neuroquímica de Adicciones de la Dirección de Investigaciones Clínicas, a cargo del Dr. Benito Antón.

Otras instituciones, como Centros de Integración Juvenil, también llevan a cabo investigación: generalmente, en cada uno de sus centros, miden variables sociodemográficas y se compilan sus resultados. De manera especial, han documentado los resultados de sus experiencias en sus comunidades terapéuticas (Parada, Arredondo y Arjonilla, 2003). Cuenta, además, con un Centro de Información y Documentación con "un acervo de 6 mil libros, así como 41 500 artículos científicos"

(SSA, 2001, p. 55). Pertenece a los grupos de trabajo establecidos de manera conjunta con la SSA y el INP para la investigación epidemiológica de las adicciones.

En cuanto a la investigación básica, destacan el Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV) y la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB), del IPN. La UNAM, por su parte, a través de su Facultad de Psicología, realiza investigación por medio de proyectos de doctorado, que consisten mayoritariamente en validación de instrumentos de diagnóstico y medición para población mexicana, el desarrollo, implementación (en el Centro Acasulco y otras sedes comunitarias), evaluación y validación de modelos de intervención para diferentes sustancias y diferentes poblaciones, que incluyen prevención universal, selectiva e indicada. Disemina sus resultados en congresos nacionales e internacionales y contribuye también, a la formación de recursos humanos especializados por medio de su maestría en psicología profesional con residencia en adicciones.

Teniendo todo lo anterior en mente y considerando las necesidades en la materia que nos muestran los estudios e indicadores epidemiológicos revisados ya en este trabajo, la residencia busca la participación en la generación de nuevo conocimiento científico. Para ello, alienta al estudiante a formular proyectos de investigación acordes con las necesidades de la comunidad. Uno de estos proyectos desarrollado de manera personal es el Modelo de Intervención para Familiares Usuarios de Sustancias, que se aplica de manera parcial en el "Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco" y también de manera particular. Se describe a continuación.

Modelo de Intervención para Familiares de Usuarios de Sustancias (MIFAMS):

La mayoría de las intervenciones destinadas a la prevención y modificación de conductas adictivas, en nuestro país y en el mundo, están destinadas a aquellas personas que se encuentran en una etapa de cambio llamada acción, en la que han valorado las consecuencias positivas y negativas del consumo, y que, al final, han decidido cambiar en una dirección positiva. La infraestructura de las instituciones pioneras en el combate al alcoholismo y drogadicción como AA, hospitales públicos y privados e incluso CIJ, está al servicio de estas personas, por lo que los procedimientos terapéuticos también se enfocan a la rehabilitación y dan por hecho la decisión de cambio y la resolución de la ambivalencia por parte del paciente.

Sin embargo, un gran sector de la población consumidora de sustancias no se encuentra todavía en esta etapa: para ellos, pesan más las consecuencias positivas

inmediatas y las expectativas atribuidas a la sustancia en cuestión que las probables consecuencias negativas a mediano y largo plazo.

No existen datos epidemiológicos que permitan estimar qué porcentaje de la población consumidora se encuentra en etapas anteriores a las de acción (precontemplación contemplación); ciertamente éstas etapas propuestas por Prochaska y DiClemente han sido más útiles a la hora de intervenir terapéuticamente que en las encuestas sobre la población consumidora y en el desarrollo de nuevas intervenciones. Es necesario pues, diseñar e implementar estrategias de intervención para aquellos consumidores que no se han decidido a cambiar. La justificación es que, al igual que las personas en la etapa de acción, estas personas sufren las consecuencias negativas del consumo.

Las dos últimas décadas han estado caracterizadas por un auge de las intervenciones breves para la prevención y la rehabilitación de las adicciones, de tipo cognitivo – conductual que día con día acumulan datos empíricos que sustentan su eficacia. La pertinencia de este tipo de intervenciones, recomendadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), e instituciones de atención e investigación como el NIDA o el NIAA, llega en un momento en el que el problema ha rebasado la infraestructura de atención de instituciones públicas y privadas.

Según estudios realizados en México por Arellanez-Hernández y Wagner (2004), se han identificado como factores asociados al abuso y dependencia de drogas en población adolescente el uso de bebidas alcohólicas y tabaco, ser hombre, el consumo por parte de miembros de la familia, un débil apoyo y control familiar, la exposición a hechos como el divorcio de los padres y la muerte de personas significativas, la depresión, la dificultad para el manejo de afecto, el abandono o suspensión de estudios y la disponibilidad y tolerancia social.

En cuanto a consecuencias, una de éstas se relaciona directamente con el progresivo deterioro en las relaciones familiares. Desde los conceptos clásicos de codependencia (O'Farrell y Fals – Stewart, 1999), hasta las nuevas posturas de abordaje cognitivo – conductual, la familia es el factor proximal que más involucrado y afectado se ve por el consumo de algún familiar.

En el campo particular de investigación sobre alcoholismo, algunos autores como Jackson y Moos y Moos (en Cardenas et al., 1993) han señalado que el consumo excesivo de alcohol representa una condición estresante en las familias y que los

eventos estresantes están asociados con el abuso de alcohol y otros índices de disfunción.

Estos investigadores también han encontrado que las parejas alcohólicas son más rígidas, muestran más conflicto, más hostilidad y sobre todo, son menos efectivas en afrontar y resolver sus problemas que las parejas no alcohólicas; las familias de alcohólicos recuperados y reincidentes muestran menos énfasis en el uso de apoyos sociales (por ejemplo, actividades recreativas, reuniones familiares, etc.) que las familias donde no hay alcohólicos.

También se encuentra una relación entre cohesión familiar con los eventos estresantes. La cohesión fue mayor cuando las familias con miembros alcohólicos reportaron haber tenido más eventos positivos que negativos y la frecuencia de los eventos estresantes se relacionó altamente con las discusiones familiares.

Paolino y McCrady (en Meyers, Domínguez y Smith, 1996) estimaron que por cada bebedor excesivo hay otras cinco sufriendo directamente. Los problemas experimentados van desde la agresión verbal hasta la violencia física.

En el pasado, los programas de autoayuda enseñaban a estas personas significativas a desconectarse y comprometerse lo menos posible con los problemas del usuario y concentrarse en su propio cuidado.

La familia juega así, un rol fundamental en el desarrollo, consolidación, prevención y rehabilitación de las conductas adictivas.

A propósito de intervenciones destinadas a la familia, O'Farrell (1993) hace una excelente revisión y las clasifica en tres grandes grupos:

1. Modelos de intervención familiar y marital para iniciar el cambio en caso de que el familiar consumidor se niegue a buscar ayuda o a acudir a cualquier clase de tratamiento.
2. Modelos destinados a mantener y estabilizar la sobriedad y las relaciones maritales y familiares, una vez que el consumidor ha buscado tratamiento.

Modelos de intervención para el mantenimiento a largo plazo y la prevención de recaídas: métodos para mantener la recuperación una vez que el usuario ha concluido el tratamiento.

El MIFAMS se ubicaría dentro del primer grupo ya que busca que el familiar, que de ahora en adelante se llamará Otro significativo (Os), influya en el patrón de consumo del ser querido consumidor y en el ambiente para que sea menos propicio para el consumo; el éxito de la intervención se medirá en función de dos aspectos:

1. que el usuario acuda finalmente a tratamiento.

2. que el Os reporte menor consumo en el usuario y niveles de satisfacción personal y familiar (relacional) más altos que al inicio del tratamiento, lo cual tiene que ver con el fortalecimiento de la calidad de vida y autonomía del Os frente al problema de consumo del usuario.

Según O´Farrell (1993), en las últimas tres décadas hay tres modelos que han dominado las conceptualizaciones basadas en la familia:

1. el modelo de la familia *enferma*.
2. el enfoque familiar de sistemas.
3. los enfoques conductuales.

El mismo autor encontró, mediante una revisión bibliográfica, que para el caso de la terapia familiar y marital los enfoques de tipo conductual, a pesar de su probada eficacia, no eran tan populares y se usaban de manera infrecuente y poco sistemática.

Los bebedores problema actualmente en tratamiento reportan que la decisión de buscar ayuda fue instigada por la influencia directa de algún Os y por la actuación conjunta de juzgados y programas sociales. Sin embargo, las tasas generales de éxito para el Os en promover activamente tratamiento para el ser querido consumidor sólo pueden ser estimadas a través de unas cuantas pruebas clínicas publicadas. Estos son reportes de procedimientos específicos llevadas a cabo por un número relativamente pequeño de sujetos que fueron entrenados y dirigidos por clínicos. Bajo estas condiciones, las tasas de éxito en persuadir al consumidor a que acuda a tratamiento van del 86% para los procedimientos cognitivo-conductuales al 24% para las intervenciones de tipo social (Meyers et al., 1996).

Así, la suposición principal del **MIFAMS** es que las contingencias del ambiente constituyen poderosos reforzadores de la conducta de consumo y que, manejadas y reubicadas adecuadamente pueden llegar a serlo de la conducta de no consumo. Junto con la anterior, el tratamiento emplea estrategias motivacionales para disminuir las defensas propias de las personas cercanas al consumidor y que provocan métodos de afrontamiento ineficaces y poco sistemáticos y aumentar la adherencia al tratamiento.

El MIFAMS surge de un modelo de intervención desarrollado por los creadores del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés), llamado Community Reinforcement Approach and Family Training (Higgins, Budney, Bickel y Badger, 1994; Meyers, Miller, Hill y Tonigan, 1999; Donohue y Azrin, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005) y de las investigaciones realizadas en la materia en México por

la Mtra. Guillermina Natera y su equipo del INP (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998; Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999; Tiburcio y Natera, 2003).

El marco teórico se basa en los siguientes enfoques:

1. Condicionamiento operante de Skinner: manejo de contingencias, la conducta adictiva es aprendida y constituye un hábito maladaptativo susceptible de ser modificado por los principios de la conducta y del aprendizaje.
2. Teoría Social – Cognitiva (antes Teoría del Aprendizaje Social), de Bandura.- conceptos como los de simbolización, anticipación de consecuencias, aprendizaje vicario u observacional, autoregulación, determinismo recíproco y autoeficacia (Bandura, 1997), así como la importancia del modelamiento son fundamentales en el MIFAMS.
3. Teoría centrada en la solución, de Milton Erikson (Kim y Miller, 2002).

A continuación se describen, de manera general, los componentes de la intervención propuesta:

- **Admisión.-** el objetivo es identificar al paciente, conocer en sus propias palabras el motivo de consulta y verificar criterios de inclusión.
- **Evaluación (parte primera).-** aplicar los instrumentos de evaluación correspondientes que permitirán conocer de manera fiable y detallada aspectos relacionados con el consumo, así como la relación y grado de satisfacción.
- **Evaluación (parte segunda y última).-** se conocerán a detalle intentos previos por parte del Os para ayudar al familiar consumidor a reducir el consumo.
- **Motivación.-** implementación de estrategias motivacionales que le permitirán adherirse mejor al tratamiento.
- **Intervención Psicoeducativa.-** es importante que el Os identifique y conozca aspectos relacionados con las sustancias, así como sus efectos, en particular, de aquellos relacionados con la sustancia de consumo del familiar.
- **Introducción a la noción de respuestas alternativas al consumo.-** el Os identificará y analizará aquellas situaciones en las que, por su intervención directa o indirecta, el consumidor haya detenido su consumo o buscar ayuda.

- **Manejo de Contingencias I: consecuencias positivas de no consumir.-** aprender a proveer reforzadores positivos a las conductas deseadas es una de las fases más importantes.
- **Manejo de Contingencias II: consecuencias negativas del consumo.-** a pesar de que la literatura menciona que para modificar una conducta es mejor utilizar reforzamiento positivo a al conducta deseada, el dispensar castigos de manera estratégica y apropiada es importante.
- **Manejo de Contingencias III: desarrollo social y recreativo.-** el Os aprenderá a desarrollar actividades sociales y recreativas que sean incompatibles con el consumo del ser querido y que, al mismo tiempo, beneficien su crecimiento personal y fomenten un sentimiento de independencia y autonomía. Desarrollará una nueva relación basada en el compromiso mutuo y en el reconocimiento diario.
- **Invitación a tratamiento.-** la posibilidad de que el Os invite al usuario a tratamiento requiere de ensayos conductuales y de entrenamiento.

COMPONENTES ADICIONALES:

- **Manejo de Situaciones peligrosas.-** el hecho de que el Os participe en un proceso terapéutico conlleva implicaciones para la relación, por lo que es importante garantizar, ante todo, la seguridad del Os.
- **Entrenamiento en Solución de Problemas.-** creado por D´Zurilla y Goldfried en 1971, ésta técnica provee de habilidades para la resolución efectiva de los problemas del Os, sena producto o causa de la relación o por cuenta propia.
- **Habilidades de Comunicación.-** la implementación de estrategias de modificación conductual requiere de habilidades de comunicación asertivas y efectivas que coadyuven a mejorar la relación, aclarando problemas o sugiriendo actividades alternativas.

Los instrumentos de evaluación y seguimiento que se utilizan antes, durante y después (seguimientos) son:

- Entrevista General Semiestructurada.
- Escala de Ambiente Familiar, de Moos.
- Inventario de Ansiedad, de Beck.
- Inventario de Depresión, de Beck.
- Escala de Satisfacción Relacional, de Skinner.
- ASI, de McLellan.
- Contrato conductual.

- Lista checable de indicadores de consumo.
- Análisis Funcional de Conflictos.

El MIFAMS busca ser un tratamiento breve; se utiliza material didáctico y un análisis funcional de posibles conflictos surgidos en la relación.

Las fases del proyecto MIFAMS son dos principalmente: exploración, antecedentes y desarrollo de un Modelo de Intervención para Familiares de Usuarios de Sustancias y evaluación del MIFAMS, es decir, la efectividad de la intervención y del cambio clínico observado.

La primer etapa ha sido concluida: se cuenta con un Manual de intervención que detalla, además de las sesiones, sus componentes y características (ver Apéndice), los criterios de inclusión; se cuenta también con material didáctico y folletos informativos de las sustancias y problemas relacionados para adolescentes, padres de familia y cónyuges, así como los instrumentos de medición y evaluación que permitirán monitorear los cambios surgidos antes y después de la intervención.

En la actualidad, el MIFAMS se encuentra en la segunda fase del proyecto, es decir, la evaluación de la intervención por medio del piloteo correspondiente que permitirá, a pesar de la cantidad de sujetos limitada, contar con lineamientos que garanticen la pertinencia de los componentes sugeridos. Para ello, se atiende desde hace un año a la población blanco tanto en las instalaciones del Centro de Reinserción Individual y Terapia familiar (CRITEF) como en el "Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco".

Habilidades desarrolladas:

- ✚ Comprensión de las fases y etapas por las que pasan los proyectos de investigación en materia de conductas adictivas.
- ✚ Redacción de artículos de investigación.
- ✚ Identificar las propiedades psicofarmacológicas de las sustancias adictivas.
- ✚ Identificar los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales de las sustancias adictivas.
- ✚ Utilizar paquetes computacionales como SPSS para el análisis de los datos recabados durante la investigación.
- ✚ Saber identificar las necesidades que en materia de investigación tienen las comunidades e instituciones.
- ✚ Sintetizar la información y los resultados preliminares de las investigaciones en curso para su presentación en foros científicos.

- ✚ Comprensión de los diseños de caso único y su valoración para la investigación en adicciones.
- ✚ Identificar y manipular variables de interés para el estudio en cuestión.

SESION TIPICA DEL EJERICICIO PROFESIONAL

MODELO DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Antecedentes del Modelo.

En 1992 se desarrolló e instrumentó en México un programa de intervención breve para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas psicosociales derivados de este consumo excesivo (Ayala et al., 1998).

Derivado de un modelo desarrollado inicialmente en Canadá, en la Addiction Research Foundation (ARF), este tratamiento se denomina Autocontrol dirigido y es una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta, a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. El usuario desarrolla una estrategia general de solución de problemas que le permite enfrentar otros cambios en el estilo de vida o de conducta.

Esta intervención es consistente con los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999) descrita anteriormente; sus objetivos terapéuticos son ayudar a los usuarios a establecer metas, encontrar las razones para reducir o suspender el consumo de alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar situaciones en las que es más probable el consumo excesivo y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esta situación.

El primero de los estudios sobre la eficacia de la bebida controlada fue realizado por Lovibond y Caddy en 1970, en donde se empleó un modelo terapéutico

que enfatizaba el autocontrol como procedimiento principal de intervención. Sin embargo, se atribuye a Sobell y Sobell la evaluación ordenada y sistemática de la eficacia de los programas de bebida controlada a partir de entonces. Así, y enmarcadas en lo que se conoce como política de reducción del daño (Marlatt, 1996; Husak, 2001, Marlatt, 2002), un creciente número de investigadores han desarrollado programas de tratamiento basados en este modelo (Sánchez-Craig, 1984; Bergmann y Maisto, 1985; Heather, 1986; Alden, 1988).

En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida; llamados “bebedores problema” o “bebedores sociales” superan ampliamente en número a los llamados bebedores crónicos que cumplen los criterios de dependencia según los manuales diagnósticos y estadísticos. Así, la distribución de individuos en nuestra sociedad con problemas de alcohol identificables es mucho mayor que la población que exhibe dependencia severa. Desde un punto de vista de salud pública, todos los casos son importantes pero desde una perspectiva costo – efectiva y de intervención temprana, la población de más interés son los bebedores problema.

Las características de los bebedores problema son:

1. ausencia de una historia de dependencia severa.
2. tienen una historia corta de problemas con el alcohol.
3. tienen más estabilidad y recursos.
4. no se perciben a sí mismos como diferentes.
5. buscan reducir, más que detener su consumo.

Así, los bebedores problema se encuentran en un conflicto motivacional acerca de su conducta; motivación para el cambio derivada de una acumulación de pérdidas, costos y daños, resultado de la conducta, y cuando se deciden a hacer cambios, evalúan los pros y contras de continuar o no bebiendo. El modelo tradicional de atención ha enfatizado siempre la atención sobre los casos más severos en detrimento de la atención de todos los demás, y lo que es peor, el mismo tratamiento tiende a ser usado para todos los casos. Las intervenciones para disminuir las complicaciones en dependientes no tienen como finalidad inmediata que el sujeto modifique su patrón de consumo sino la disminución de los daños provocados por este consumo. Los componentes del modelo se esquematizan en la tabla 16, en donde también se presentan sus características fundamentales.

Tabla 16. *Componentes y características del Modelo de Detección Temprana y Autocambio Dirigido.*

SESION	COMPONENTE	CARACTERISTICAS
1	ADMISION	Administración del cuestionario de pre-selección.
2	EVALUACION	Evaluación del nivel de dependencia, patrón de consumo en los últimos 12 meses, situaciones de riesgo, nivel de autoeficacia y tipo de problemática asociada al consumo.
3	BALANCE DECISIONAL ESTABLECIMIENTO DE METAS	Identificación de las razones para cambiar por medio de la comprensión de los costos y beneficios de continuar o no con la conducta de consumo. Se revisa la LIBARE y el autoregistro semanal.
4	IDENTIFICACION DE SITUACIONES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - 3 situaciones de riesgo de consumo excesivo con las consecuencias positivas y negativas. - realización de un análisis funcional de la conducta problema. - recaídas.
5	SOLUCION DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> - opciones y planes de acción para cada situación de riesgo. - analizar y describir recursos (estilos de afrontamiento efectivos y apoyo social disponible).
6	REESTABLECIMIENTO DE METAS	<ul style="list-style-type: none"> - revisión de avances logrados. - evaluación del programa por parte del usuario.

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998.

En este tipo de tratamientos, las personas tienen la oportunidad de participar de manera directa a través del establecimiento conjunto (terapeuta – usuario) de metas

flexibles y realistas (moderación o abstinencia), incrementando así el nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

Las características distintivas del modelo son:

1. involucrar al usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo.
2. las interacciones usuario – entorno, sugieren que ciertos factores ambientales son determinantes para obtener resultados exitosos.
3. la utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento basadas en tales recursos, que permiten edificar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales.
4. el monitoreo del progreso durante la terapia se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el proceso de tratamiento que proporciona información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que proporcionan un esquema para evaluar el plan de tratamiento.
5. incremento de la motivación para el cambio: este componente señala la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio –ambiente. Las estrategias para incrementar la motivación incluyen:
 - a. Cambio en el consumo.
 - b. Establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos, medibles y alcanzables.
 - c. La utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.
6. proceso de recaída y recuperación: se refiere a la identificación, por medio del entrenamiento, de situaciones que representan un alto riesgo de recaída, al entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas y, sobre todo, enseñar a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt & Gordon, 1985).

Los efectos se determinan por los siguientes indicadores:

1. patrón de consumo.
2. nivel de problemática asociada al consumo.
3. autopercepción de mejoría.

4. nivel de autoeficacia.
5. satisfacción con la calidad de vida.

La retención en el tratamiento se convierte en el objetivo primordial y en indicador de la calidad del programa. Los factores terapéuticos y asistenciales que se asocian a buenos resultados están relacionados con la actitud de los profesionales y la disminución de barreras terapéuticas por lo que no es raro que se diseñen cuestionarios por sesión o componente destinados a medir y conocer la satisfacción del usuario con una serie de variables relacionadas con la prestación del tratamiento que incluyen variables de las técnicas usada por el terapeuta.

En general, la evidencia sostiene la idea de que los programas que involucran autocontrol dirigido son efectivos en disminuir tanto la cantidad como la frecuencia de consumo entre los bebedores problema (Alden, 1988).

Durante las actividades desarrolladas en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema, a continuación se presenta un caso de un usuario, que se consideró representativo de la población indicada para este programa.

REPORTE DE CASO

Motivo de consulta y evaluación.

Características sociodemográficas del usuario:

- ✚ Sexo: Masculino.
- ✚ Edad: 47
- ✚ Fecha de Nacimiento: 9 junio 1956.
- ✚ Estado civil: soltero en unión libre.
- ✚ Escolaridad: preparatoria.
- ✚ Ocupación: estilista.
- ✚ Referido por: se enteró por un reportaje publicado en el periódico "El Universal".
- ✚ Fecha de admisión: 11 febrero 2004.
- ✚ Motivo de Consulta: "mi alcoholismo".

Antecedentes:

El usuario acude al Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco en respuesta a un reportaje que publicó el diario "El Universal" sobre el Centro y algunos programas de tratamiento disponibles. Lo que más le llamó la atención del anuncio fue la brevedad del programa y la conceptualización propuesta para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol, esto es, el énfasis en la solución y los recursos personales. Reconoce que consume en exceso alcohol en situaciones muy determinadas y se considera, al mismo tiempo, una persona funcional.

Vive actualmente con su pareja en unión libre, refiere ser homosexual y manifiesta no tener conflicto alguno, aunque acepta que el decirselo a sus padres fue difícil porque al principio no lo aceptaron.

El usuario estudió y terminó la preparatoria en el CCH – Naucalpan y no le interesó continuar sus estudios a nivel superior. En 1984 ingresó a una escuela para estudiar peluquería y vivir de eso. Trabajó en Liverpool y en un par de estéticas hasta que su pareja lo convenció de poner una propia, con recursos de los padres de ambos. En 1987 abrieron su negocio en el cual trabajan hasta la fecha.

Trabaja en la estética seis días a la semana (lunes a sábado) en donde, por ser dueño, supervisa a los demás estilistas; este es un dato importante porque tiene tiempo libre en el cual no tiene qué hacer salvo platicar, ver revistas y eventualmente cobrar. Descansa un día a la semana.

Un día típico se la pasa en el negocio, y regresa a su casa como a las 8 de la noche, los fines de semana acude a fiestas, reuniones, bares y comidas familiares.

La primera vez que consumió alcohol fue a los 14 años, en una fiesta familiar. Refiere su primera intoxicación a los 23 años en una posada con amigos. Menciona que el alcohol es un problema desde hace tres años, cuando los problemas con su pareja se hicieron más fuertes y seguidos y las consecuencias negativas, sobre todo las lagunas mentales, se agudizaron.

Esta es la tercera ocasión que busca ayuda: la primera fue en el 2003 cuando acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y le dijeron que estaba bien y sólo le recetaron Rivotril asegurándole que su patrón de consumo era "normal". Acudió también con la intención de tomar algún tipo de terapia junto con su pareja. Tomó el Rivotril durante dos meses y suspendió su uso por decisión propia. La segunda ocasión fue en enero del 2004 (un mes antes de ingresar a Acasulco) cuando acudió a un grupo de AA en la Roma; no le gustó porque era "muy agresivo y crudo ya que te hacían sentir culpable y querían que te resignaras a fuerzas". Acudió cuatro sesiones y dejó de ir porque le pidieron que fuera a una especie de retiro al campo.

Refiere, asimismo, consumir una copa de tequila antes de la comida, como aperitivo e intoxicarse los fines de semana (viernes y sábado), siempre en un contexto de interacción social. Tiene una cava en su casa y le gusta coleccionar y guardar botellas, sobre todo de vino y tequila, viendo esto como un pasatiempo placentero. Lo que más consume es tequila, cerveza y ron.

Los resultados de la evaluación de la severidad de su problema, señalan que eligió la opción 4 (ver tabla 17), esto es, un problema mayor debido a que ha experimentado algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria.

Tabla 17: Escala de severidad del problema según el usuario.

En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque sólo una opción).

- 1) Sin problema
- 2) Un pequeño problema (**estoy preocupado al respecto, pero no he tenido una experiencia negativa**).
- 3) Un problema menor (**he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria**).
- 4) Un problema mayor (**he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria**)
- 5) Un gran problema (**he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales puede considerarse serias**).



El problema que identifica como más serio son las lagunas mentales y la pérdida de memoria que experimenta después de un periodo de intoxicación. No se acuerda de lo que hace durante el episodio de consumo. Esto le preocupa porque después escucha comentarios en el sentido de que se comportó indebidamente, agrediendo verbalmente a su pareja y a otras personas provocándole mucha pena. Otro de los problemas identificados que más le preocupan son las peleas con su pareja. Refiere que llega un momento en que consume con la única intención de emborracharse y entonces tener el valor para agredir verbalmente a su pareja. Esto, en particular, le provoca sentimientos de culpa que después no sabe cómo manejar.

En cuanto a la etapa de cambio identificada a través del discurso, parece encontrarse en una etapa de contemplación: reconoce que tiene un problema con el uso del alcohol intoxicándose de dos a tres veces por semana y lamenta las consecuencias negativas de ello, esto es, las lagunas mentales, los olvidos, insomnio, rasgos depresivos y peleas con su pareja. Por otro lado, se muestra ambivalente ante la idea de cambiar su patrón de consumo debido a que considera consumir alcohol como algo placentero y que facilita y precipita la interacción social, además de su tendencia a coleccionar vinos y licores en su cava. El usuario acepta que le gusta degustar vinos y licores y se reconoce como un experto en la materia.

Por último en cuanto a esta sesión de admisión, el terapeuta evaluó el nivel de dependencia por medio de la *Breve Escala sobre Consumo de Alcohol (BEDA)*. Este instrumento fue diseñado para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. (Ayala et al., 1998). Obtuvo un puntaje de 13 lo cual sitúa al usuario en una dependencia media, que permite corroborar que el usuario es un candidato ideal para el programa.

La sesión concluyó con la explicación, aclaración de dudas y firma del formato de consentimiento. Se programó una cita subsecuente.

Evaluación.

Las variables que se evaluaron en esta fase fueron:

- a) Patrón de consumo:** medido a través de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Este instrumento fue creado por Sobell y Sobell y fue adaptado en 1998 por Echeverría, Oviedo y Ayala para población mexicana. Sirve para medir la conducta de consumo de sustancias antes, durante y después de un tratamiento. Requiere que los usuarios estimen retroactivamente el consumo diario durante un periodo de un año. Para ello, se les proporciona un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide

que reporten la cantidad estándar consumida. Permite estimar número total de días de consumo, número total de cantidad estándar consumida, promedio de consumo por día y porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo (Sobell & Sobell, 1992).

- b) **Percepción de habilidad para resistirse al consumo:** medido a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), permite a los terapeutas medir la auto-eficacia antes, durante y después del tratamiento en relación con situaciones de riesgo determinadas. Hay dos versiones: una corta de 8 reactivos y otra de 60; para este caso, se utilizó la versión corta.
- c) **Situaciones de riesgo para el consumo de alcohol:** para el caso del alcohol se desarrolló el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) y para drogas el Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISCD). Tienen como finalidad medir situaciones específicas de consumo de sustancias que pueden ser identificadas como situaciones de alto riesgo para una recaída. Ambos instrumentos son una herramienta fundamental para la fase de plan de tratamiento ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo.
- d) **Estado neuropsicológico. PISTAS "A" y "B":** otro aspecto a considerar es la evaluación de aquellos usuarios de alcohol en los que se sospecha de daño cerebral o incapacidad neuropsicológica, ya que el uso prolongado puede ocasionar incapacidad neuropsicológica seria. Echeverría, Ayala, Galván y Martínez (2002) señalan que, el uso de una prueba para diagnosticar el probable daño cerebral debido al uso de sustancias, ayuda a aumentar la confianza en el diagnóstico resultante. Para ello, se utiliza la Batería Halstead – Reitan, con su subescala de Pistas parte A y B. Esta prueba muestra similitudes con la subescala de símbolos y dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos Wechsler (WAIS), principalmente en términos de la evaluación de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario. La aplicación de esta prueba es de cinco minutos, cuenta con dos partes: en la primera se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15, en la segunda, se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de aplicación, es decir, para la parte "A" se otorga 1 minuto para responder, pero, si el usuario se tarda más no se le detiene el

tiempo, simplemente se toma el tiempo total en que realizó la tarea. La parte "B" tiene un tiempo de aplicación de 2 minutos y se aplica el mismo criterio temporal que con la prueba "A". Así, el modelo de intervención requiere del usuario ciertas habilidades cognitivas para la ejecución óptima de las lecturas y tareas, los usuarios que tengan deficiencias no son candidatos idóneos. Esta prueba se aplica en la fase de admisión.

- e) **Autorregistro:** por medio del formato de auto-registro, se requiere que el usuario registre rutinariamente la conducta de interés. En este caso, significa observar y registrar el consumo de alcohol así como eventos relacionados.

A continuación se presentan los resultados de los instrumentos de evaluación aplicados al usuario; estos resultados permiten ir configurando un patrón individualizado de análisis y dejan ver posibles recursos y limitaciones, así como áreas por las cuales el terapeuta puede empezar a actuar.

Estado Neuropsicológico:

- ✚ PISTAS A y B.
- ✚ Parte A: 40 segundos
- ✚ Parte B: 110 segundos.

Patrón de Consumo:

La LIBARE describe y evalúa el consumo del usuario doce meses antes del ingreso. El periodo comprendido para JLSR fue del 1 de marzo del 2003 al 15 de febrero del 2004. Como se esquematiza en la tabla 18, consumió un total de 719 tragos estándar, siendo los meses de junio y noviembre los de mayor consumo atribuido por el usuario a las tensiones en la relación con su pareja.

Tabla 18: Patrón de consumo por mes.

MES	TRAGOS	MES	TRAGOS
Marzo	70	Septiembre	52
Abril	61	Octubre	64
Mayo	56	Noviembre	78
Junio	90	Diciembre	62
Julio	54	Enero	46
Agosto	50	Febrero	36
Subtotal:	381	Subtotal:	338
		Total:	719

En cuanto al patrón de consumo por día, el usuario muestra un mayor consumo los días sábado y domingo que es cuando mayor actividad social presenta (ver tabla 19).

Tabla 19: Patrón de consumo por día.

DIA	TRAGOS
Domingo	167
Lunes	93
Martes	91
Miércoles	98
Jueves	91
Viernes	75
Sábado	104

Como se puede observar en los datos presentados, el usuario es un típico bebedor problema: en los últimos doce meses ha consumido el 65.3 por ciento de los días, esto es, la mayor parte del año, absteniéndose el 34.7 por ciento restante (ver figura 8).

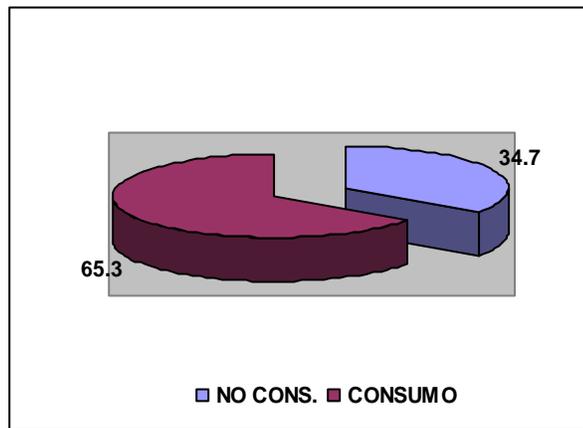


Figura 8: Porcentaje de días de consumo en los últimos 12 meses.

Por último, la tabla 20 muestra que ha consumido como máximo por día 8 tragos estándar; el periodo más largo sin consumo es de 6 días y consume, en promedio 3.1 tragos estándar por día.

Tabla 20: Días de consumo y días de abstinencia.

Máximo de tragos estándar:	8
Máximo de días en abstinencia:	6
Porcentaje de días de consumo:	65.3%
Consumo diario promedio:	3.1 tragos.

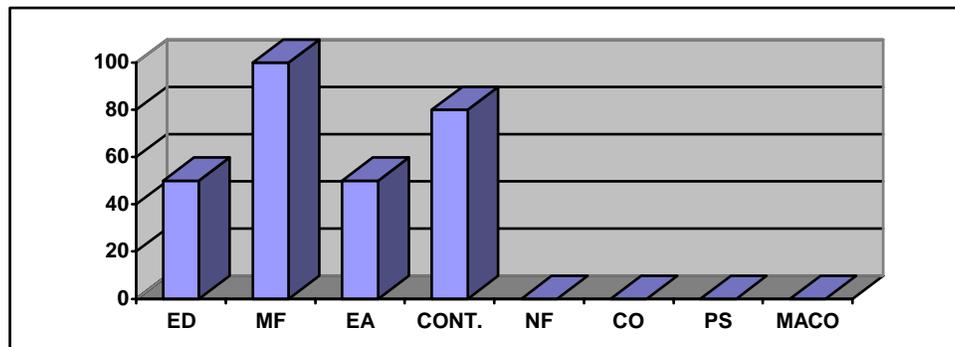
Percepción de habilidad para resistirse al consumo:

La tabla 21 muestra los resultados de la aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional por medio del cual se trata de identificar la seguridad y confianza del usuario para resistirse en situaciones comunes al consumo excesivo de alcohol.

Tabla 21: *Habilidad y confianza para resistirse al consumo.*

Emociones desagradables:	50%	Malestar físico:	100%
Emociones agradables:	50%	Probando auto-control:	80%
Necesidad física:	0%	Conflicto con otros:	0%
Presión social:	0%	Momentos agradables con otros:	0%

Figura 9: *Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional.*



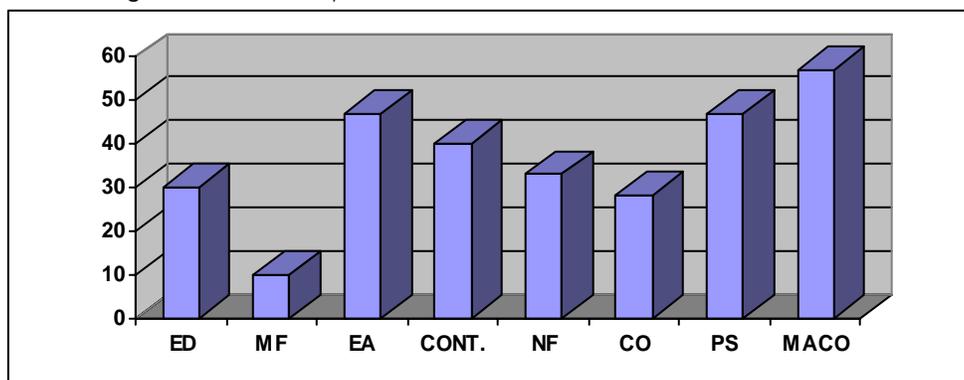
Situaciones de riesgo para el consumo de alcohol:

La tabla 22 muestra los resultados del Inventario Situacional para el Consumo de Alcohol (ISCA). Como se podrá apreciar, las situaciones propuestas son las mismas que las del CCS.

Tabla 22: *Situaciones más comunes de consumo de alcohol.*

Emociones desagradables:	30	Malestar físico:	10
Emociones agradables:	47	Probando autocontrol:	40
Necesidad física:	33	Conflicto con otros:	28
Presión social:	47	Momentos agradables con otros:	57

Figura 10: Resultados por área del ISCA.



Para concluir esta sesión de evaluación, se le entregó al usuario del formato del auto-registro, explicándole la forma de llenado y justificando su pertinencia explicando las ventajas de contar con un registro objetivo del número de copas ingeridas y, sobre todo, de los antecedentes y consecuentes del consumo para reconocer posibles situaciones de riesgo e ir seleccionando estrategias y planes de acción. Después de aclarar las dudas correspondientes, se le entrega la lectura uno: "Decidir cambiar y establecimiento de metas".

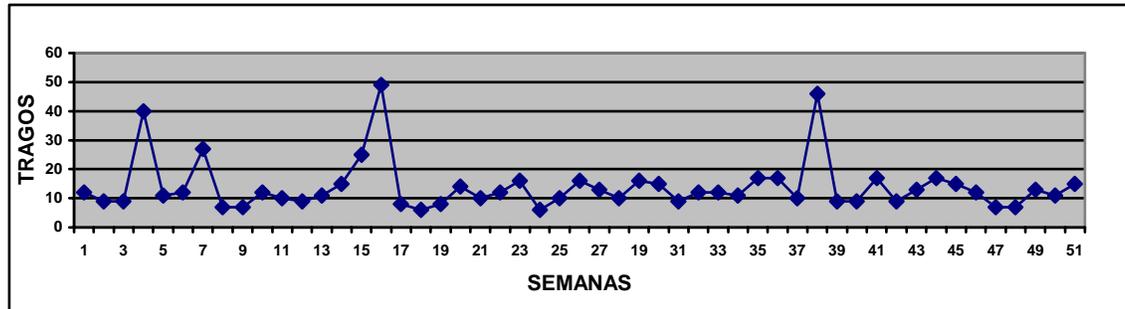
INTEGRACION DE LA EVALUACION CLINICA.

Con base a la información obtenida por medio de la entrevista y los instrumentos aplicados al usuario en las fases de admisión y evaluación se resumen a continuación los principales hallazgos que servirán de base para diseñar el plan de tratamiento y contextualizarlo a las necesidades del usuario.

1. **Etapa de cambio:** El usuario está en la etapa de contemplación debido a que acude a tratamiento motivado por las consecuencias negativas que experimenta pero siente al mismo tiempo ambivalencia acerca de la posibilidad de cambiar (y de los medios para alcanzar tal cambio).
2. **Patrón consumo:** Bebedor problema típico ya que presenta nivel de dependencia media, no tiene daño neurológico y es una persona funcional: trabaja, tiene un hogar y redes de apoyo estables. Ha consumido la mayor parte del año pero hay periodos considerables de abstinencia, ocurriendo el consumo en situaciones sociales muy bien definidas. La figura 11 muestra la distribución de copas estándar por semana durante el año anterior, es decir, la línea base (ver figura 11). Ahí se observa cómo el consumo es más bien esporádico – explosivo; el consumo ocurre antes de comer y, de manera explosiva, los fines de semana.

El consumo se mantiene constante y hay días en que llega a la intoxicación total.

Figura 11: Resultados de la LIBARE.



3. **Confianza para resistirse al consumo y situaciones de consumo:** El usuario muestra nula capacidad para resistirse al consumo principalmente en situaciones de interacción social: presión social y momentos agradables con otros, también muestra incapacidad para resistirse cuando experimenta necesidad física y cuando existen problemas con otros, especialmente con su familia y pareja. Son estas situaciones en donde se da el mayor consumo.
4. **Consecuencias negativas:** Básicamente están relacionados con su actuación social, con los problemas con su familia y su pareja y con su estado físico actual. El haber hecho el "ridículo" en fiestas y reuniones, las discusiones con su hermana y sus papás y los continuos enfrentamientos con su pareja con la cual vive actualmente, son las consecuencias negativas que refiere como más importantes además del hecho de que sus sobrinos lo buscan con la única razón de consumir; estas son las consecuencias que al final lo decidieron a buscar ayuda.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Se presenta a continuación una tabla descriptiva (ver tabla 23) con las necesidades detectadas en el usuario anotadas en forma de objetivos así como los componentes y estrategias terapéuticas propuestas para lograr le meta terapéutica propuesta y modificar el patrón de consumo problema.

Tabla 23: Necesidades detectadas y objetivos terapéuticos propuestos.

NECESIDAD – OBJETIVO	ESTRATEGIA TERAPEUTICA
resolver la ambivalencia que siente ante la	preguntas abiertas.

- posibilidad de cambiar.
- ✚ escucha reflexiva.
 - ✚ provocación de afirmaciones automotivadoras.
 - ✚ balance decisional.
 - ✚ análisis funcional.
 - ✚ análisis funcional.
 - ✚ fomentar el autocontrol conductual.
 - ✚ autoregistro.
 - ✚ tareas.
 - ✚ asumir un rol activo en el curso y las decisiones del tratamiento.
 - ✚ establecimiento de metas.
 - ✚ nuevo establecimiento de metas.
 - ✚ involucrarlo con las metas y fines del programa.
 - ✚ lecturas.
 - ✚ ofrecer ayuda activa.
 - ✚ identificar periodos de abstinencia anteriores y motivos relacionados.
 - ✚ balance decisional.
 - ✚ Línea Base Retrospectiva
 - ✚ mover el discurso, de los problemas, limitaciones y dificultades, a posibles soluciones.
 - ✚ provocar afirmaciones automotivadoras del deseo de cambiar.
 - ✚ sistematizar los cambios presentados.
 - ✚ resumir.
 - ✚ revisión detallada del autoregistro.
 - ✚ identificar factores ambientales que entorpecen la consecución de la meta establecida.
 - ✚ entrenamiento en solución de problemas.
 - ✚ Entender que las recaídas son un proceso natural para llegar a la meta final.
 - ✚ identificación de precipitadores y situaciones de riesgo.
 - ✚ solucionar problemas relacionados con el consumo.
 - ✚ desarrollo de planes de acción.
 - ✚ entrenamiento solución de problemas.
 - ✚ sensibilizarlo ante la posibilidad de vías alternas.
 - ✚ desarrollo de planes de acción.
 - ✚ negociar planes de acción alternativos.
 - ✚ mantener el compromiso al cambio.
 - ✚ entrevista motivacional:

DIAGNOSTICO:

En base a los resultados obtenidos durante las sesiones de admisión y evaluación se concluye que el usuario se encuentra en la etapa de cambio de precontemplación, es un bebedor social típico con un nivel de dependencia media y con recursos para

salir adelante como redes de apoyo estables, trabajo y ausencia de daño neurológico. Su patrón de consumo muestra consumo periódico (no más de 3 copas diarias) antes de comer, como aperitivo, y consumo explosivo los fines de semana, llegando a la intoxicación. El consumo se da mayoritariamente en situaciones sociales como fiestas, reuniones, comidas y celebraciones en fechas especiales (cumpleaños y viajes); también se da, aunque con menor frecuencia, en situaciones de conflicto con su pareja y familiares y, finalmente en situaciones de necesidad física. Las consecuencias negativas consisten en hacer el "ridículo" cuando ha alcanzado la intoxicación, mala condición física, problemas para ahorrar dinero y continuos enfrentamientos con su pareja actual.

DESARROLLO DEL TRATAMIENTO.

SESION 1: DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Las actividades a realizar en la primera sesión son las siguientes:

- a) Realizar el balance decisional.**
- b) Establecer las razones y motivos para cambiar.**
- c) Establecer la meta de consumo para los próximos días.**

El objetivo de esta primera sesión de tratamiento es ayudar al usuario a encontrar razones para reducir o suspender el consumo excesivo de alcohol. El análisis empieza preguntando al usuario lo que sucedió en la semana y si se presentaron cambios significativos en el patrón de consumo, a través de la revisión del autoregistro del consumo semanal. Cualquier cambio en la dirección deseada se refuerza y si no ocurre así, se analizan los obstáculos y posibles soluciones, guardando la información que pueda servir para sesiones posteriores.

Lo ayuda de igual manera a explorar la ambivalencia normal experimentada por individuos cuando contemplan un cambio importante en su estilo de vida, además de que es el momento en que el cliente establece su primera meta de consumo – abstinencia o moderación- para las próximas semanas.

En esta sesión se realizan dos ejercicios fundamentales: el balance decisional y las razones para cambiar. En el primero se le pide al usuario que complete cuatro celdas de una tabla de dos por dos con los siguientes encabezados: "cambiar mi forma de beber", "continuar con mi forma de beber" en la parte superior, y en la parte inferior "beneficios de" y "costo de". Al discutir el ejercicio con el usuario se le pide que describa en primer lugar los beneficios de continuar con su forma actual de consumo. En segundo lugar se analizan los costos de continuar con su forma de beber. En un

tercer momento se habla sobre los costos de cambiar su forma de beber. Por último se le pide al usuario que explique los beneficios el consumo actual de alcohol.

El “balance decisional” (ver tabla 24), aclara ambos lados de la ambivalencia, algo normal a la hora de decidirse por un cambio. La motivación para el cambio ocurre cuando los usuarios se percatan de que los costos de un comportamiento son más perjudiciales que los beneficios recibidos.

El segundo ejercicio “razones para cambiar” consiste en pedirle al usuario que piense en tres de las razones más importantes que lo llevan a decidir un cambio en su patrón de consumo actual. Este ejercicio, además de sintetizar la información discutida, ayuda a motivar al cambio porque cuando se revisan razones concretas para cambiar se debe hacer en términos positivos y propositivos.

La última actividad es establecer una meta de consumo. Para ello es necesario analizar la información de la evaluación y asesorar al usuario en cuanto a la elección posible: la moderación o la abstinencia, estableciendo para el primer caso, límites seguros de consumo.

Tabla 24: *Balance decisional.*

	Cambiar mi consumo	Continuar consumiendo
Beneficios de:	<ul style="list-style-type: none"> - tener mayor control sobre mi comportamiento en situaciones sociales. - mejor armonía con mis familiares, amigos y mi pareja. - tener más dinero. - mejorar mi salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - divertirme, contar chistes y pasar un rato inolvidable. - relajarme. - desinhibirme. - agudizar mis sentidos.
Costos de:		<ul style="list-style-type: none"> - podría afectar mi relación de pareja. - problemas con familiares y amigos. - deterioro de mi salud. - fumar más. - sentimientos de culpa por no saber, en ocasiones, cómo me comporté durante el episodio de consumo.

Una vez que se completó la tabla, el usuario fue capaz de identificar áreas problema o consecuencias negativas que nunca antes habían sido advertidas, por ejemplo, aspectos relacionados con el gasto de dinero pero sobre todo, la sesión le ayudó a resolver de una vez por todas la ambivalencia a cambiar en base a las consecuencias que ya sufría con su pareja y la advertencia de que estas podrían empeorar en un futuro. Otro aspecto del balance que ayudó a resolver esta

ambivalencia fue el reconocer que cuando bebe fuma mucho y que cuando no lo hace prácticamente no fumar.

Durante la sesión también se discutieron los beneficios de seguir consumiendo y se reconoció que el consumo excesivo de alcohol forma parte de su estilo de vida; esto en particular fue el principal obstáculo a decidirse al cambio por lo que se discutió exhaustivamente enfatizando las consecuencias positivas a corto plazo y las negativas a largo plazo, reconociendo la posibilidad de pasársela bien consumiendo moderadamente y dejando parte del material presentado para la sesión de solución de problemas sociales.

Para reforzar el ejercicio anterior, el terapeuta trabajó información acerca de la tarea en el sentido de auto-observarse durante dos días para evaluar aspectos positivos y negativos de su consumo. Al respecto, el usuario mencionó sentirse muy bien al experimentar los beneficios de consumir moderadamente ya que, refiere, se siente más platicador y con energía para hacer más cosas.

b) Razones para cambiar:

Con toda la información discutida y analizada hasta el momento, se procedió a realizar el ejercicio siguiente "razones para cambiar" como una manera de sintetizar todo lo revisado hasta el momento, jerarquizar las razones y motivos para cambiar la conducta problema.

Las razones más importantes para cambiar fueron:

- 1 Tener más control sobre mi comportamiento ya que cuando consumo en exceso, no me acuerdo de lo que hago y me han dicho que paso situaciones penosas y comprometedoras al hacer el ridículo y agredir a mi pareja.
- 2 Mejorar mis relaciones con amigos y familiares: no discutir con J, y consumir moderadamente para que a mis sobrinos no les de pena verme.
- 3 Mejorar mi salud, fumando menos y controlando mi peso.

c) Establecimiento de metas:

Al llegar a esta fase de la sesión, el terapeuta cuestionó al usuario acerca de posibles dudas sobre los límites seguros de consumo de alcohol en varones. También retomó elementos de la sesión de evaluación (patrón de consumo) para discutir y analizar junto el usuario las posibilidades tanto de la moderación como de la abstinencia para su caso en particular y, por último, se analizaron, los puntos de vista del usuario al respecto.

Nuevamente el terapeuta controló los niveles de ansiedad cuando advirtió en el usuario cierta inquietud por la posibilidad de no volver a consumir en su vida (a pesar de que en su tarea había elegido la moderación); ante esto, el terapeuta lo tranquilizó mencionándole que la meta sería para las próximas tres semanas. Las metas propuestas por el usuario fueron:

Me propongo esta meta para mi consumo de alcohol:

- 1 En el curso de una semana promedio (7 días) yo planeo tomar no más de ____4____ días.
 - Sábado
 - Domingo
 - Miércoles
 - Lunes

- 2 Yo planeo tomar no más de ____3____ copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.

- 3 Si planea tomar menos de 1 vez a la semana, anótelo aquí _____ (codificar 3).

- 4 Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:
 - El sábado en casa, en aperitivo con J.
 - El domingo igual, antes de comer en casa o salir a comer a algún lado.
 - El miércoles como aperitivo.
 - El lunes como aperitivo.

- 5 Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones:
 - Estando enojado.
 - Cuando quiera aclarar cosas con mi pareja.
 - Cuando tenga que manejar o salir a carretera.
 - Cuando esté cansado.
 - Cuando haya reuniones familiares.

La mayor dificultad del usuario para este ejercicio fue la redeterminar los días en que no habría de consumir ya que el aperitivo, antes del tratamiento, lo tomaba prácticamente diario, es decir, estaba acostumbrado a consumir antes de comer, así

que se requirió de analizar su rutina día por día (salvo los fines de semana) para seleccionar aquellos días en que no consumiría sobre la base de una periodicidad (un día sí y un día no) ya que su rutina entre semana era siempre la misma (levantarse, ir a la estética, tomar el aperitivo en la estética, comer, estética, regresar a su casa).

En donde no se presentó dificultad alguna fue en identificar las condiciones en que no consumiría y que, como ya se ha mencionado, se circunscriben al área de pareja y familiar, en ese orden.

Al finalizar esta primer sesión, se aclaran dudas, posibles obstáculos y se observa el nivel de motivación; por otro lado, se le hace entrega de la segunda lectura: "Identificar situaciones que me ponen en riesgo" induciéndolo a los contenidos de la segunda sesión.

Se le recordó nuevamente la importancia del llenado del autoregistro y se programó cita.

SESION 2: IDENTIFICAR SITUACIONES DE RIESGO.

El objetivo de esta sesión es realizar un análisis funcional de la conducta de consumo excesivo de alcohol mediante la identificación de sus antecedentes y sus consecuencias, positivas y negativas. El propósito del análisis funcional es describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia, hacer predicciones sobre los factores que controlan la conducta basados en las relaciones observadas de la conducta y los eventos y por último, probar estas predicciones alterando los factores identificados para cotejar variaciones en la conducta de consumo excesivo. Por último, el identificar situaciones en las que se ha abusado del alcohol con las consecuencias negativas correspondientes sirve al usuario como motivador al reforzar las razones para cambiar.

Es en esta sesión cuando se incorpora el concepto de recaída. Para el programa, la recaída es vista más como una situación de aprendizaje que como un fracaso personal. La forma en que el usuario interprete estos resbalones afectará sus niveles de autoeficacia y el posible cumplimiento de las metas. El decirle al usuario que el camino por recorrer tiene obstáculos y que hay que estar preparados para ellos sirve también para fortalecer su motivación ya que se enfatiza la responsabilidad personal.

En el ejercicio dos: "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 las consecuencias de ingerir alcohol en forma excesiva en estas situaciones. Los precipitadores o disparadores usuales para cada una de estas situaciones también deber ser descritos. En la revisión del ejercicio se ayuda al usuario a describir las situaciones de alto riesgo, a identificar los precipitadores o disparadores y

las consecuencias en forma clara y específica preguntando sobre los posibles antecedentes y consecuencias que se le pudieran haber olvidado.

- 1 🚩 Un 15 de septiembre (creo que del 2002). Empecé desde la hora de la comida a tomar cubas y tequila y luego fuimos a una fiesta que me invitaron (la fiesta era de disfraces) empecé a tomar y a brindar con todos. Acabé totalmente borracho.

🚩 DISPARADORES:

- 🚩 Antes de la fiesta me puse muy animado y contento lo que ocasionó que tomara mientras me arreglaba y disfracaba antes ir a la fiesta. Como era una fiesta de disfraces la esperaba con ansias además de que iban a ir amigos que no veía.

🚩 FRECUENCIA DURANTE EL ULTIMO AÑO: ___70%___

🚩 CONSECUENCIAS:

- 🚩 Me tuve que quedar en casa de los amigos de la fiesta a dormir porque ya no podía ni pararme.

- 2 🚩 El cumpleaños de mi hermano en julio del 2003. estaba en mi casa, empecé antes de irme a consumir en casa, como iban a ir parientes, me emocioné. Llegué y me ofrecieron vino tinto estaba contento y en confianza... seguí tomando y tomando.

🚩 DISPARADORES:

- 🚩 estaba contento porque iba a ver a mis hermanos que son con los que más me llevo e identifico.
🚩 era una situación conocida y familiar.
🚩 iban a tener mis bebidas favoritas.
🚩 empezar a tomar en mi casa.

🚩 FRECUENCIA DURANTE EL ULTIMO AÑO: ___70%___

🚩 CONSECUENCIAS:

- 🚩 consumí hasta que perdí la conciencia.
🚩 me tuvieron que llevar a mi casa.
🚩 durmió hasta el otro día.
🚩 su mamá le recriminó haber hecho comentarios de mal gusto.
🚩 sentimientos de culpa.

- 3 🚩 Cuando discuto con mi pareja.

🚩 DISPARADORES:

- 🚩 mi pareja consume alcohol en exceso, casi todos los días desde la mañana.
🚩 al principio del consumo es muy cariñoso y accesible pero cuando consume más se pone más agresivo y ofensivo.
🚩 es muy explosivo y acaba dormido.
🚩 ante esto, me siento nervioso, alterado e impotente por no poderle responder.
🚩 en cuanto su pareja se duerme, empieza a

🚩 CONSECUENCIAS:

- 🚩 se quedó en la casa, lo despertó, se fueron a comer.
🚩 seguir consumiendo.

tomar.

🚩 **FRECUENCIA DURANTE EL ULTIMO AÑO: ___80%___**

Se observa que las situaciones de riesgo del usuario se encuadran en un estilo de vida muy particular y común en los bebedores problema: el consumo excesivo en situaciones sociales. El usuario consume en eventos sociales como cumpleaños, fiestas con amigos, reuniones sociales y reuniones con la familia; es raro que consuma solo en su casa salvo cuando, como él lo menciona, discute con su pareja. Incluso teniendo una cava en su casa, consume mucho más en situaciones sociales. Los antecedentes están muy claros: con gente (amigos, conocidos, gente "de ambiente", pareja y familiares) en eventos sociales (desde una reunión informal hasta una gran celebración) y en donde exista la posibilidad de salir de la rutina de la semana.

Las dos situaciones de riesgo principales se relacionan con el aperitivo antes de comer (diario) y sus fiestas. Concientes de esto, se empezaron a diseñar y plantear de manera preliminar posibles situaciones.

En cuanto a las consecuencias negativas se relacionan más bien con una pérdida de su autoestima, es decir, acaba haciendo el ridículo y, lo peor, ni siquiera lo recuerda. Más que chocar, no llegar a su casa, faltar a su trabajo o ser detenido por la policía, son las situaciones embarazosas las que lo afectan mucho y que en último caso constituyen las razones por las cuales acudió a tratamiento.

SESION 3: ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.

- a) Desarrollar opciones o alternativas al consumo excesivo de alcohol para cada una de las tres situaciones de alto riesgo descritas en la sesión 2.**
- b) Seleccionar las dos mejores opciones y desarrollar planes de acción basados en estas opciones.**

La sesión se inicia con el análisis del autoregistro; enseguida se comentan los aspectos que llamaron la atención del usuario al revisar su lectura y se analizan los ejercicios que trajo a la sesión de tarea. La tarea consistió en seleccionar las tres

situaciones de consumo más importantes o representativas de su patrón de consumo para entonces plantear soluciones alternas, diseñar un plan de acción y evaluar su posible efectividad e implementación. Las tres situaciones que escogió el usuario fueron las fiestas de cumpleaños de algún familiar, cuando sale de vacaciones y cuando acude a las fiestas de sus mejores amigos.

🚩 FIESTA DE CUMPLEAÑOS DE MI HERMANA

A Describa cuando menos dos, y de preferencia más, OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCION 1 No tomar antes de llegar a la fiesta.

CONSECUENCIAS Llegaría tranquilo, no llego acelerado, no llegaría alegre.

OPCION 2 No mezclar bebidas durante el cumpleaños.

CONSECUENCIAS No tener el gusto de probar varias bebidas.

OPCION 3 No ir al cumpleaños.

CONSECUENCIAS Frustración, tristeza, me quedaría con las ganas de verlos.

OPCION 4 Acudir y no tomar más de 4 copas.

CONSECUENCIAS Iría tranquilo, me la paso bien, platicando y disfrutaría el momento y la fiesta.

B SELECCIONANDO OPCIONES: de las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCION # 4

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? OPCION# 3

🚩 MI MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 4:

🚩 Llego a la casa de mi hermana sin tomar antes en mi casa, entro, la felicito, platico con ella y mi familia, tomo agua o refresco y me espero a que sirvan la comida. Ahi, tomaría una copa de vino de mesa. Otra en la comida. Luego volvería a tomar agua, platicar. A la hora del pastel, tomar la tercer copa pero ahora de tequila [su bebida favorita] y luego la cuarta copa como digestivo mientras platico. Tomar agua. Despedirme temprano.

🚩 MI 2 MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 3:

🚩 Llego el día de cumpleaños, le hablo para felicitarla y después me disculpo que no voy a poder ir por el trabajo y que me siento un poco mal. Que otro día la invito (el domingo que es cuando yo puedo)

a comer.

🚩 CUANDO SALGO DE VACACIONES CON MI PAREJA.

A Describa cuando menos dos, y de preferencia más, OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCION 1 Hacer ejercicio y nadar en la playa para cansarme e irme a dormir y no pensar.

CONSECUENCIAS Cansarme, perderme un espectáculo nocturno.

OPCION 2 Irme de vacaciones pero con mi familia.

CONSECUENCIAS No divertirme mucho, no desquitar el precio del viaje todo incluido.

OPCION 3 No ir de vacaciones todo incluido.

CONSECUENCIAS No tomar nada, no ir a buenos hoteles, tener que pagar la comida.

OPCION 4 En la noche irme a caminar y conocer el pueblo en cuestión, tomar con moderación.

CONSECUENCIAS No sentirme tan desinhibido, simple.

B SELECCIONANDO OPCIONES: de las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 1? OPCION # ___2___

2) ¿Cuál opción seleccionarías como la número 2? OPCION# ___4___

🚩 MI MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 2:

🚩 Invitaría a mi familia (L, E y J) a la playa con un paquete todo incluido, llegaría al hotel, caminaría, conocería las instalaciones, ir a la playa, nadar, cansarme y comer acompañado todo el tiempo por ellos. Ellos no toman. En lugar de aprovechar el alcohol, aprovecharía la comida, un buen espectáculo. dos cervezas en la comida y en la cena y una copa de vino tinto. bailarían un poco.

🚩 MI 2 MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 4:

🚩 Después de comer me voy a mi cuarto a descansar, ver tele, prepararme para cenar, me baño, ir al restaurante de especialidades, tomarme dos copas de vino tinto y luego ir a caminar con mi pareja, conocer el pueblo, cansarme y luego ya irme a dormir.

🚩 CUANDO ACUDO A LAS FIESTAS DE MIS AMIGOS (también fiestas patrias).

A Describa cuando menos dos, y de preferencia más, OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCION 1 Ir bien comido porque cuando como no se me antoja el alcohol y no consumir más de cuatro tragos estándar.

CONSECUENCIAS No le veo consecuencias negativas, a lo mejor no me divertiría tanto ni bailarías tanto.

OPCION 2 No ir nunca más a una fiesta del 15 de septiembre.

CONSECUENCIAS Estar frustrado por no ir a la fiesta, no vería amigos, no divertirme ni oír música, no bailar y no disfrazarme.

OPCION 3 Tratar de no llevar disfraz a la fiesta (como travesti) sino ir vestido normal, de hombre [a propósito de una ocasión en que se disfrazó de *china poblana*]

CONSECUENCIAS Bailar menos, no lucirme, no dar el grito, no tener la oportunidad de conocer gente y que no me halaguen.

OPCION 4 Ir a la fiesta, pero no consumir más de cuatro tragos estándar.

CONSECUENCIAS Me iría más temprano de la fiesta, bailarías menos y atraería menos la atención.

B SELECCIONANDO OPCIONES: de las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCION # ____3____

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCION # ____4____

🚩 MI MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 3:

🚩 Moderar mi forma de beber, no tomar más de cuatro copas sin dejar de ver a mis amigos, llegar a la fiesta sin tomar tequila antes en mi casa. tomar más agua y refresco entre copa y copa. Llegaría a la fiesta, me pondría a platicar o bailar, sin tomar esperarme hasta el grito para tomar mi primer copa, seguir bailando, platicar, tomar agua.

- ✚ MI 2 MEJOR OPCION: PLAN DE ACCION PARA LA SITUACION DE BEBER ALCOHOL # 4:
- ✚ Estar tranquilo, tomar agua y refrescos en lugar de cerveza y tequila. Llegar más tarde, sin haber tomado en mi casa, ir comido, tranquilo. Si un mesero me ofrece, le pido agua o jugo para una pastilla; si me presionan, igual. Si me dan una copa en la mano voy y la dejo en la mesa.

SESION 4: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS.

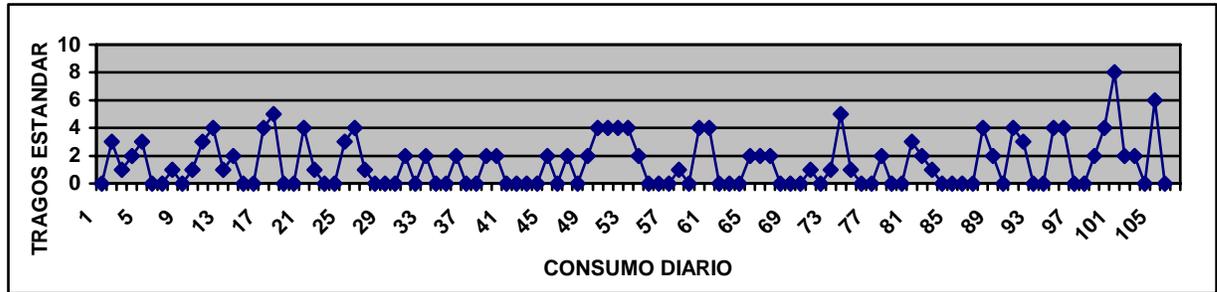
El objetivo de esta última sesión es realizar un resumen final del tratamiento con la idea de analizar el progreso del usuario, es decir, qué tanto ha cambiado la forma de beber. Para ello, se analizan las anotaciones del autoregistro mediante la elaboración de una gráfica que permita apreciar la evolución del patrón de consumo y de la meta elegida (ver figura 12). Se analiza, asimismo, qué tan capaz se siente el usuario en este momento para tener control sobre su forma de beber alcohol, si aprendió a identificar situaciones que lo llevan a consumir en exceso así como a identificar las consecuencias negativas asociadas.

La primera actividad de la sesión consistió en revisar el autoregistro del consumo semanal. El análisis se inició preguntando al usuario lo que sucedió en la semana y si se presentaron cambios significativos en el patrón de consumo.

En el ejercicio "Nuevo establecimiento de metas" se le pide al usuario que defina la meta de consumo para los siguientes meses considerando sus avances y posibles tropiezos durante el programa. Retomar nuevamente la parte del autoregistro sobre sentimientos y pensamientos asociados a un día de consumo excesivo (o los que hayan ocurrido) es un indicador muy útil para esta tarea.

El análisis de las posibles metas de consumo se realiza considerando todos los aspectos planteados en la primera sesión; como parte del ejercicio, se comparan las respuestas del usuario al comienzo del programa respecto a la importancia que tiene para él en este momento lograr la meta establecida y qué tan confiado se siente para este nuevo periodo. Medir el nivel de autoeficacia (con la aplicación del CCS) es fundamental tanto para compararlo con el correspondiente a la evaluación como para conocer el nivel actual de con miras al nuevo establecimiento de metas y su posible cumplimiento.

Figura 12: *Consumo de alcohol durante la intervención.*



El siguiente paso de esta sesión fue el establecimiento de nuevas metas de consumo, en base a la información presentada hasta el momento que en su oportunidad se le presentó al usuario.

🚩 Nuevo establecimiento de metas:

🚩 Mi meta en este momento es:

CUADRO 2 DISMINUIR SU CONSUMO

Si usted quiere cambiar su establecimiento de meta para los próximos 6 meses debe contestar las siguientes preguntas, tómese algunos minutos para revisar su forma de beber estas últimas semanas antes de terminar de resolver el ejercicio y conteste cuidadosamente:

1 En un **DIA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** ____3____ tragos estándar durante ese día.

1 Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** ____3____ días.

Lo más significativo de este nuevo establecimiento de metas, y a la luz de los resultados de la figura 12 arriba comentados, fue la meta de no consumir más de tres días a la semana, es decir, que consumiría máximo cuatro tragos estándar por cada una de las tres ocasiones de consumo.

A estas alturas de la intervención, el usuario se siente con menos culpa ya que cuando discute con su pareja ya no recurre al alcohol. El consumo explosivo ya no ocurre y cuando hay algún evento social se prepara y anticipa, tomando la moderación como meta.

Manifiesta sentirse capaz de tener mayor control ya que no pierde de vista las consecuencias negativas experimentadas (pérdida de memoria, malestar físico, hacer

el ridículo, culpa, resaca, etc.), y aprendiendo a identificar las situaciones que lo llevan a consumir (cumpleaños, fiestas, cuando esta contento y los aperitivos) y en general refiere sentirse satisfecho con el programa.

RESULTADOS.

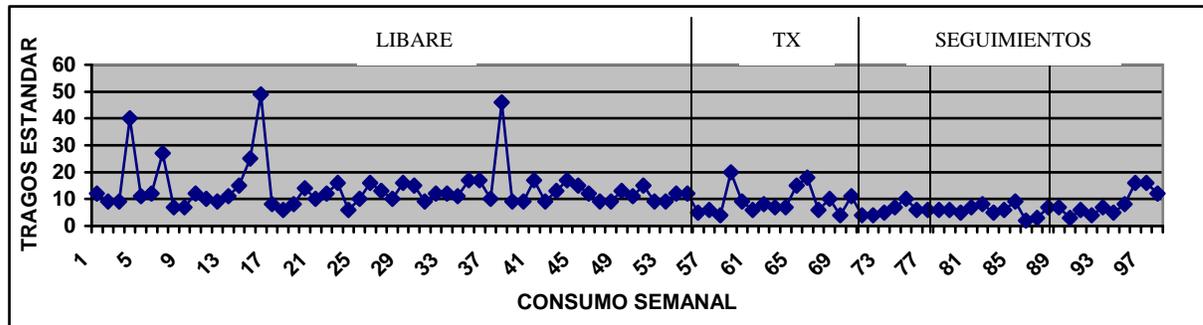
Un dato que salta a la vista es el tiempo tan largo destinado a la aplicación del programa: fueron casi tres meses y medio, cuando se establece una duración máxima de una sesión por semana, es decir, la intervención no debería durar más de mes y medio. Sin embargo, es importante mencionar que el modelo plantea la opción de sesiones adicionales cuando las metas del programa no se han logrado. Existieron varias razones para ampliar el periodo de intervención, entre ellas la incapacidad del usuario al inicio del tratamiento de acudir puntualmente a sus citas, la carga de trabajo que refería tener, dos viajes de dos semanas en total, etc.

Por todo lo anterior, se acordó programar sesiones adicionales (cuatro en total) con objetivos muy definidos: resumir la información revisada hasta el momento analizando cada ejercicio realizado y las repercusiones en su vida correspondientes, esclarecer conceptos y procesos relacionados, fortalecer el compromiso en la dirección deseada, así como el fortalecer la confianza en el usuario para alcanzar la meta. La intervención (contando la sesión de evaluación) duró en total 9 sesiones en 106 días.

Patrón de consumo:

El patrón de consumo del usuario durante las fases de intervención y seguimiento muestra que hubo cambios notables en la manera de consumir alcohol, siendo la eliminación del consumo esporádico – explosivo, característico de los bebedores problema, el más importante; es decir, se eliminaron los episodios de una ocasión cada semana o cada 15 días en que consumía sin control hasta alcanzar la embriaguez y la pérdida de conocimiento. Otro cambio de consideración, relacionado con el anterior, es la capacidad en el usuario de moderar su consumo y mantenerlo en niveles seguros para su salud e integridad física (ver figura 13).

Figura 13: *Consumo antes, durante y después de la intervención.*



Como se podrá observar, el patrón de consumo sufrió cambios sensibles durante la fase de intervención; se eliminaron los consumos esporádicos – explosivos que casi siempre conducían a la intoxicación (de hasta 47 tragos estándar a la semana) y se logró la puesta en marcha de los planes de acción elaborados para afrontar la presión social ejercida sobre el usuario en situaciones sociales. El promedio diario de consumo, durante la fase de intervención, fue de 1.4 tragos estándar (153 tragos / 106 días). El número máximo de días en abstinencia fue de cuatro. El consumo máximo en un día fue de ocho copas estándar ya hacía el final del tratamiento (ver la discusión al respecto en las conclusiones). De las 16 semanas de tratamiento, cumplió con los límites de consumo seguro (12 tragos estándar máximo para varones, 3 tragos por ocasión) en 13 semanas, es decir, 7. 6 tragos en promedio, mientras que en las restantes tres el promedio fue de 17.6 tragos por semana.

Seguimiento:

Para el primer seguimiento (a los 40 días de haber concluido la intervención) se aplicaron dos instrumentos: la EDA y el CCS; asimismo, se realizó una revisión detallada del autoregistro. El nivel de dependencia se ubicó en un nivel bajo (4 puntos) y los niveles de confianza para resistirse al consumo mejoraron. En comparación con la evaluación inicial hubo avances notables en la autoconfianza percibida en las áreas relacionadas con el desarrollo social: así, mostró completa seguridad (100%) en emociones desagradables y probando autocontrol sobre el alcohol. No hubo cambios en las áreas de malestar y necesidad física (100% antes y después). Hubo cambios significativos en el resto de las áreas, como se podrá observar en la gráfica correspondiente a los niveles de autoeficacia (ver figura 13).

El usuario refiere estar contento con los resultados logrados ya que realmente puede autocontrolarse en situaciones que antes eran problemáticas como cuando discutía con su pareja o asistía a eventos sociales. La posibilidad de consumir sin exceso

y darse cuenta de ello lo motivó a seguir así y a desarrollar más y mejores alternativas ante situaciones que se identificaron en la sesión, mostrando mucha iniciativa al respecto. En cuanto a la meta de consumo propuesta en la cuarta sesión, logró cumplirla: no consumió, semanalmente, más de 12 tragos estándar (consumió en promedio 6.5 tragos semanales) en máximo tres ocasiones de consumo. Durante este periodo sólo se observó un día de consumo excesivo (6 copas) cuando asistió a la boda de una de sus mejores amigos. Para el resto de los días se observaron periodos importantes de abstinencia (hasta 6 días) y un consumo semanal no superior a los ocho tragos estándar mayoritariamente como aperitivos antes de la comida y en reuniones sociales.

Para el segundo seguimiento (a los 124 días de haber terminado la intervención y a los 84 del primer seguimiento), se aplicaron también la EDA y el CCS así como la revisión del autoregistro. El nivel de dependencia lo ubicó como dependiente bajo (4 puntos) igual que en la evaluación anterior; el CCS, por su parte, muestra resultados mixtos: aumentó su confianza en algunas áreas y bajó en otras. Por ejemplo, en relación con la última evaluación, bajó en presión social mientras que subió en autocontrol sobre el alcohol y momentos agradables con otros manteniéndose sin cambios en el resto de las áreas (ver figura 14). Durante este periodo no se manifestó un solo día de consumo excesivo y el consumo semanal se mantuvo entre los límites seguros.

En el tercer y último seguimiento (a los 221 días de haber terminado la intervención y a 97 del último seguimiento) los resultados muestran que el patrón de consumo sigue siendo moderado, aunque existe una tendencia a aumentarlo. De las 14 semanas comprendidas en este tercer seguimiento, cumplió la meta en 11, es decir, no consumió más de 12 tragos estándar en tres ocasiones de consumo. Las otras tres semanas su consumo se elevó significativamente; se observa que las tres semanas fueron continuas y correspondieron al periodo navideño con el inevitable incremento en el número de eventos sociales. La capacidad para resistirse al consumo se esquematiza en la figura 14.

Como parte de la elaboración de este trabajo, se concertó una entrevista con el usuario en el mes de junio del 2006. Se actualizaron datos sociodemográficos, se cuestionó acerca de su estado de salud y calidad de vida (ver conclusiones) y se aplicó la EDA en donde obtuvo un puntaje de 9 (dependencia baja).

CONCLUSIONES GENERALES

La maestría buscó la capacitación en el ejercicio de la docencia a nivel "de excelencia", así como en la prestación de servicios de alta calidad, en escenarios de carácter público y/o privado. Para ello dispuso de la modalidad didáctica de residencia, que implica que la práctica clínica supervisada constituye el eje rector de toda la formación. Al interior de la residencia, la formación práctica se complementaba con cursos y seminarios teóricos. Así, se puede empezar a concluir que, aquellas competencias relacionadas con la formación práctica fueron enfatizadas desde un primer momento. Estas competencias tienen que ver con la implementación de modalidades terapéuticas breves en las cuales se capacitó al estudiante, la diseminación, la capacitación de otros profesionales, etc.; las intervenciones estaban destinadas para diferentes grupos de la población consumidora la cual es muy importante porque cada grupo (adolescentes, bebedores problema, etc.) presenta características particulares.

Al respecto, el entrenamiento se enfocó tanto a la capacitación para prestar el servicio como al manejo de datos y su valoración para la modalidad terapéutica. Así, se considera que el aspecto formativo que más se cuidó fue el entrenamiento en habilidades terapéuticas que se pueden resumir en tres ejes: habilidades motivacionales y de detección temprana, habilidades terapéuticas para modificar conductas adictivas en poblaciones específicas y con niveles de dependencia de bajo a moderado (salvo para el caso del CRA, que se aplica para usuarios crónicos de alcohol y drogas) y habilidades de investigación, así como la formación teórica correspondiente, es decir, aquella que sustenta y valida empíricamente a cada uno de estos.

A pesar de los esfuerzos institucionales, la implementación sólo se llevó a cabo en el Centro Acasulco que por sus limitaciones estructurales no satisfacía la demanda de pacientes y con ello, retrasaba dicha formación. En los documentos oficiales de la maestría, se propone una lista de sedes de entrenamiento que nunca se visitaron para los efectos arriba mencionados: el CONADIC, el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM (que por su antigüedad y localización recibe más pacientes), los Centros de Integración Juvenil, el ISSSTE, FISAC y la CUSI, de la FES – Iztacala. De hecho, las sedes de entrenamiento iban a variar según el semestre, cosa que no ocurrió y la práctica clínica supervisada se limitó a la sede ya mencionada. Esto es importante mencionarlo porque la modalidad de residencia supone una práctica

intensiva lo cual requiere de una cantidad importante de pacientes, entre otras cosas. Se considera necesario, por lo tanto, revisar y ampliar los acuerdos institucionales que permitan la diseminación de los subprogramas ofrecidos en Acapulco con el fin de enriquecer el entrenamiento y la práctica.

Una competencia en particular que se alcanzó fue la aplicación de programas cognitivo – conductuales para prevenir y rehabilitar a personas con conductas adictivas. Esta es una parte complementaria al entrenamiento arriba mencionado, es decir, se pueden aplicar modalidades terapéuticas validadas empíricamente en México y en el mundo y que han demostrado ser las más eficaces; esta competencia lograda implica el manejo de instrumentos especializados, manejo de datos, el dominio de estrategias motivacionales para incrementar el compromiso para el cambio y el trabajo exitoso con usuarios que no se encuentran en la etapa de acción y que requieren atención. En caso de que el paciente no reúna los criterios de admisión, la canalización es un proceso que también es importante y para la cual se requieren convenios institucionales y una base de datos de organizaciones, públicas y privadas que atiendan este tipo de casos, así como un conocimiento exhaustivo de las modalidades terapéuticas y su eficacia ofrecidas en el contexto en el cual se brinda la atención.

La diseminación implicó la capacitación de profesionales en formación. Para ello, después de un tiempo conveniente se pudo capacitar, según estándares eficaces, a estudiantes que deseaban hacerlo. Aquí entra el dominio de la parte teórica que sustenta a los modelos e implica no sólo la revisión exhaustiva de literatura sino la revisión permanente de material bibliográfico relacionado con el tema, así como la actualización de conocimientos por medio de la asistencia a congresos y coloquios especializados, no sólo como espectador sino como ponente. Una competencia lograda es saber discriminar los componentes que hacen que una intervención determinada sea exitosa o, por el contrario, saber qué fases no cumplen los criterios de eficacia.

Comprender que el fenómeno de las conductas adictivas es multicausal, que puede ser explicado y modificado por medio de los principios conductuales del aprendizaje y que enmarcarlas dentro de una política de salud pública es lo mejor, constituyó un objetivo que se logró gracias a la participación y reflexión al interior de los diferentes equipos de trabajo. Sin embargo, para lograr esto, se considera importante revisar también de manera exhaustiva, otros modelos teóricos lo cual implica, por

naturaleza, la presencia de personal académico ajeno a la institución, cosa que no sucedió, por lo que sólo se enfatizaron elementos de tipo cognitivo – conductual.

En cuanto al desarrollo de proyectos de investigación, se brindaron al estudiante los medios técnicos y teóricos para lograrlo como el entrenamiento en métodos epidemiológicos, herramientas estadísticas y escenarios para su posible implementación y piloteo. Lo anterior se vio fortalecido por la asistencia a congresos, reuniones científicas y coloquios de investigación en donde el estudiante tuvo la oportunidad no sólo de aprender de otras experiencias sino de presentar trabajos originales de investigación y la posibilidad, al mismo tiempo, de convivir con destacados profesionales de la materia.

La pertinencia de conceptualizar las conductas adictivas dentro de una política de salud pública implica conocer con detalle los aspectos éticos, legales y constitucionales de la profesión, así como los niveles de alcohol permitidos y las controversias en cuanto a la posible despenalización de las drogas; para ello, se programó un semestre en el INP que desgraciadamente no cumplió las expectativas debido a la inasistencia permanente de los docentes asignados.

Así, se procuró siempre la actualización de conocimientos por medio de la lectura de artículos y libros especializados y se enfatizó, de igual manera, el desarrollo de habilidades docentes, de tipo pedagógico, como saber hacer presentaciones, exposiciones y desarrollar material didáctico acorde con las necesidades de los usuarios y prestadores de servicios.

La mayor parte del trabajo en la residencia fue en equipo lo que implicó el intercambio de puntos de vista y el trabajo multidisciplinario, precisamente porque el origen de las conductas adictivas de multicausal.

Posiblemente el aspecto que más se enfatizó y que cumplió con los objetivos particulares de la residencia fue que las conductas adictivas son aprendidas y son susceptibles, por lo mismo, de ser modificadas por los principios de la conducta, lo que implicó un cambio respecto del punto de vista tradicional que ve al consumo excesivo como una enfermedad; a lo anterior se suma el hecho de que durante la residencia se recalcó la necesidad de contar, como maestros en adicciones, de una actitud empírica, en donde los fenómenos de interés y sus leyes se descubren por experimentación controlada y sistemática y no por discusión.

REFERENCIAS

- Abrams, D. B. y Niaura, R. S. (1999). Social learning theory. En: K. E. Leonard y H. T. Blane (Eds.): *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- Alden, L. E. (1988). Behavioral self – management controlled – drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 280 – 286.
- Arellanez, J. L., Díaz, D. B., Wagner, F. y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3), 54 – 64.
- Argandoña, M. (2001). Farmacodependencia: Prevención y tratamiento basados en la comunidad. *Psiquis*, 10 (1), 1 – 7.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV*. Barcelona: Masson.
- Ayala, H. E. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En H. E. Ayala y L. Echeverría (Eds.): *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H. E. y Cárdenas, G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, 4 (2), 5 – 17.
- Ayala, H. E., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa.
- Ayala, H. E. y Carrascoza, C. A. (2000). El Alcoholismo: Una perspectiva psicológica. *Revista de Enseñanza e Investigación en psicología*, 5 (1), 131 – 140.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B y Sobell, L. C. (1997). Autocontrol Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 113 – 127.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6 (1), 71 – 93.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the Community – Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339 – 348.
- Bandura, A. (1997). Self – efficacy. The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company.

- Bergmann, K. y Maisto, S. A. (1985). A review of the use of self – control techniques in the treatment of alcohol abuse. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (3), 235 – 251.
- Berruecos, L. (2002). La investigación psicosocial y cultural acerca del consumo de alcohol y el alcoholismo en México. *Psiquis*, 11 (4), 39 – 45.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C., Ye, Y. y Rosovsky, H. (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.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 333 – 356.
- Caballero, M. A. y Ramos, L. (2004). Violencia: Una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 27 (2), 21 – 30.
- Campillo, C., Díaz, R., Romero, M. y Padilla, P. (1998). El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental*, 11 (2), 4 – 12.
- Cárdenas, G., Vite, A., Aduna, A., Echeverría, L. y Ayala, H. (1993). Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 6 (1 y 2), 195 – 205.
- Castro, M. E., Llanes, J. y Carreño, A. (1999). Chimalli: Un modelo de prevención de riesgos psicosociales. Cambios de actitud y modificación de los niveles de protección en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 14 – 23.
- Castro, M. E., Llanes, J., Margain, M. y Carreño, A. (1999). Evaluación de planes de acción preventiva de riesgos psicosociales con el Modelo Chimalli – DIF. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 5 – 13.
- Dawe, S., Sitharthan, T., Rees, V. W. y Heather, N. (2002). Efficacy of Moderation – Oriented Cue Exposure for Problem Drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 1045 – 1050.
- De la Fuente, R., Medina – Mora, M. E. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México: FCE.
- Donohue, B. y Azrin, N. (2001). Family Behavior Therapy. En E. F. Wagner y H. B. Waldron (Eds.): *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Oxford: Pergamon.
- D´Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107 – 126.

- Echeverría, L., Ruiz, G., Galvan, E. y Ayala, H. (2002). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Material para profesionales de la salud*. Proyecto CONACYT: G36266 – H.
- García, S. (1997). Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental. *Salud Mental*, 20 (Supl. 2), 39 – 46.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: The British experience. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 857 – 868.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005). Motivational Intervieing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, (1), 91 – 111.
- Higgins, S. T. (1999). Potential contributions of the Community Reinforcement Approach and Contingency Management to broadening the base of substance abuse treatment. In J. A. Tucker., D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.): *Changing Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K. y Badger, G. J. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 20 (1), 47 – 56.
- Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A Community – Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91 – 104.
- Husak, D. N. (2001). *Drogas y Derechos*. México: FCE.
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kim, I. y Miller, S. D. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- Llanes, J. (1999). Evolución de las ideas del uso indebido de drogas. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 24 – 28.
- Madden, J. S. (1986). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual Moderno.
- Margain, M. (1999). IRPA: Un instrumento epidemiológico para la medición de conductas de riesgo – protección psicosocial en poblaciones de adolescentes y jóvenes. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 29 – 35.
- Mariño, M., Medina – Mora, M. E., Escotto, J. y De la Fuente, J. R. (1997). Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental*, 20 (Supl. 2), 24 – 31.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm Reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 779 – 788.

- Marlatt, G. A. y Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867 – 886.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, K. I., Carrascoza, C. y Ayala, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: Los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, 45 (1), 5 – 12.
- Mas, C., Manrique, A. y Varela, C. (1986). Detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en cuatro hospitales de urgencias del DF. *Salud Mental*, 9 (4), 10 – 14.
- McCrary, B. Rodríguez, R. y Otero – López, J. M. (1998). *Los Problemas de la Bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Medina – Mora, M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso dependencia y su medición. En R. Tapia (Ed.): *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. P. y Smith, J. E. (1996). Community Reinforcement Training with Concerned Others. En V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.): *Sourcebook of psychological treatment manual for adult disorders*. New York: Plenum Press.
- Meyers, R. J. y Godley, M. D. (1999). Developing the Community Reinforcement Approach. In R. J. Meyers & W. R. Miller (Eds.): *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. y Tonigan, J. S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10 (3), 291 – 308.
- Meyers, R. J., Villanueva, M. y Smith, J. E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19 (3), 247 – 260.
- Miller, W. R. (1996). Motivational Interviewing: Research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 835 – 842.
- Miller, W. R., Meyers, R.J., Tonigan, J. S. y Grant, K. A. (1999). Community Reinforcement and traditional Approaches: Findings of a Controlled Trial. In: In R. J. Meyers y W. R. Miller (Eds.): *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265 – 277.
- Najavits, L. M. (2000). Training clinicians to conduct the *Seeking Safety* treatment for PTSD and substance abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, (18), 83 – 98.
- Narro, J., Manuell, G. y Gutiérrez, J. H. (2001). Daños a la salud y consecuencias sociales por el consumo excesivo de alcohol. En R. Tapia (Ed.): *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22 (número especial), 114 – 120.
- Natera, G., Orford, J., Tiburcio, M. y Mora, J. (1998). Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el orientador. México: IMP.
- Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J. y Orford, J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4), 47 – 54.
- Newcomb, M. y Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use. *American Behavioral Scientist*, 39 (7), 823 – 837.
- Nuño, B. L. y Flores F. (2004). La Búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, 27 (4), 26 – 34.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., Rodríguez, E., González, L. y Unikel, C. (1997) Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. *Salud Mental*, 20 (Supl. 2), 8 – 14.
- O'Farrell, T. J. (1993). *Treating Alcohol Problems. Marital and Family Interventions*. New York: Guilford Press.
- O'Farrell, T. J. y Fals – Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: Family models. En: B. McCrady. & E. Epstein (Eds.): *Addiction: A Comprehensive Guidebook*. Oxford: University Press.
- Parada, I., Arredondo, A. y Arjonilla, S. (2003). Costos de hospitalización por farmacodependencia para población no asegurada en México. *Salud Mental*, 26 (4), 17 – 24.
- Phares, E. J. (1999). *Psicología clínica*. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.

- Rodríguez, E. M., Gutiérrez, R. y Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: La zona de La Merced. *Salud Mental*, 26 (5), 73 – 81.
- Rogers, C. (2001). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubio, G., Ponce, G., y Jiménez – Arriero, M. A. (2003). Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica: El reto de la alcoholología moderna. *Trastornos Adictivos*, 5 (1), 33 – 39.
- Sanchez – Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R. y MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive – behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (3), 390 – 403.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1992). *Programa contra la Farmacodependencia*. México.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Farmacodependencia*. México: CONADIC.
- Secretaría de Salud. (2001). *Modelos Preventivos. Serie Planeación*. México: CONADIC.
- Secretaría de Salud. (2004). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003*. México: CONADIC.
- Smith, J. E. y Meyers, R. J. (1999). The Treatment. In: In R. J. Meyers & W. R. Miller (Eds.): *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1992). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. & Litten, R. Z. (Eds.): *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*. New Jersey: Human Press.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 573 – 579.
- Swearingen, C. E., Moyer, A. y Finney, J. W. (2003). Alcoholism treatment outcome studies, 1970 – 1998. An expanded look at the nature of the research. *Addictive Behaviors*, 28, 415 – 436.
- Tapia, R., Medina – Mora, M. E. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En R. Tapia (Ed.): *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Tiburcio, M. y Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 26 (5), 33 – 42.
- Velasco, R. (2001). Detección temprana del bebedor problema. En R. Tapia (Ed.): *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.

- Viesca, C. (2001). Bosquejo histórico de las adicciones. En R. Tapia (Ed.): *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Villatoro, J. A., Medina – Mora, M. E., Fresán, A., Doménech, M. y Fleiz, C. (2000). Percepción de la inseguridad social y su relación con el uso de drogas. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 105 – 112.
- Wolfe, B. L. y Meyers, R. J. (1999). Cost – effective alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 105 – 109.
- Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. (s/f).
www.pavlov.psicol.unam.mx:8080/site/Portal.htm
- Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. (s/f).
www.conadic.gob.mx/planeación/homo28

INDICE DE APENDICES

- ↓ **APENDICE A:** Manual de Procedimientos del Modelo de Intervención para Familiares de Usuarios de Sustancias, MIFAMS.

- ↓ **APENDICE B:** Caso típico. Presentación para el examen de obtención de grado.

APENDICE A

MODELO DE INTERVENCION PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS. MIFAMS.

SESION UNO: ADMISION.

Número de sesiones: 1.

- **Objetivo:**

Identificar al paciente y verificar criterios de inclusión mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y la aplicación del ASI (McLellan, 1995), para conocer el grado de ajuste y funcionamiento de las áreas social, médica, legal, psicológica y laboral.

- **Materiales:**

- Entrevista Semiestructurada.
- ASI (McLellan, 1995).
- Folleto Explicativo del Modelo

- **Actividades:**

- Presentación.
- Aplicación de la Entrevista Semiestructurada.
- Aplicación del ASI (McLellan, 1995).
- Aclaración de dudas.
- Explicación del Modelo.
- Verificación de los criterios de inclusión.
- Programación de una nueva cita.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al OS y se presentará como terapeuta especialista en adicciones, hará rapport y después preguntará el motivo de consulta. Es importante anotar el motivo de consulta literal en el espacio correspondiente en el formato de la entrevista semiestructurada. Después, el terapeuta preguntará los datos correspondientes a la ficha de identificación y procederá a aplicar toda la entrevista semiestructurada así como el ASI. Entregará el folleto explicativo del MIFAMS y lo describirá de manera general. El terapeuta verificará los criterios de inclusión y lo comentará con el OS. Cerrará la sesión y programará una nueva cita.

- **Conclusión:**

En la sesión de admisión, el terapeuta deberá recoger información que permita identificar al posible OS como usuario potencial del MIFAMS, al mismo tiempo recogerá información general sobre variables sociodemográficas, motivo de consulta y, sobre todo, intentos previos de ayuda y los problemas que motivaron esos intentos así como las consecuencias negativas de vivir con un consumidor de sustancias.

SESION DOS: EVALUACION.

- **Objetivo:**

El OS se someterá a los instrumentos de evaluación correspondientes que permitirán conocer de manera fiable y detallada aspectos relacionados con el consumo, la relación y el grado de satisfacción con el OS, así como el nivel de satisfacción con el ambiente familiar.

- **Material:**

- Escala de Satisfacción Relacional.
- Escala de Ambiente Familiar. (FES).
- Escala de Satisfacción General.

- **Actividades:**

- Revisión de posibles conflictos.
- Explicación y aplicación de la ESR.
- Explicación y aplicación de la ESG.
- Explicación y aplicación de la EAF (FES).
- Inducción al modelo.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al OS, lo conducirá al consultorio y hará rapport. Explicará la necesidad de contar con un diagnóstico y evaluación detallados y precisos y que por tal razón, es necesario dedicar esta sesión a la aplicación de algunos instrumentos. El terapeuta hará una pausa para preguntar sobre posibles conflictos y complicaciones surgidas con el familiar consumidor durante la semana; en este momento, independientemente de la respuesta, el terapeuta inducirá al OS a que empiece a registrar de manera detallada estos posibles episodios.

Finalmente, el terapeuta aplicará cada uno de los instrumentos, dará una breve retroalimentación en base a las dudas surgidas en el OS. Cerrará la sesión explicando las ventajas del MIFAMS y le explicará la posición y el rol que el OS puede desempeñar. Programará una nueva cita.

- **Conclusión:**

En la primera sesión dedicada a la evaluación, el terapeuta tratará de obtener información detallada acerca del patrón estimado de consumo, satisfacción general y con la relación con el OS que permita ir configurando las metas y procedimientos del tratamiento. De igual manera, se inducirá al OS a registrar posibles conflictos y a asumir el nuevo rol de persona significativa para influenciar al consumidor.

SESION TRES: EVALUACION.

- **Objetivo:**

El OS identificará y analizará junto con el usuario intentos previos de ayuda por parte del OS, así como algunas estrategias utilizadas para detener el consumo y/o instigar al consumidor a que busque ayuda. Recibirá retroalimentación de los resultados obtenidos en las pruebas y se medirán estilos de afrontamiento. Firmará una hoja de consentimiento.

- **Materiales:**

- Formato de registro de conflictos diarios.
- Escala de Tácticas de Conflicto.
- Formato de consentimiento.

- **Actividades:**

- Revisión de posibles conflictos.
- Retroalimentación de las pruebas realizadas en la sesión anterior.
- Explicación y aplicación de la ETC.
- Explicación y aplicación del Formato de Consentimiento.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al OS en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport, preguntará sobre posibles incidentes de conflictos y los registrará, de manera general, en el formato correspondiente. Posteriormente hará un resumen y dará retroalimentación detallada sobre los resultados obtenidos de cada una de las pruebas; intentará, de esta forma, despertar el interés del OS y, en base al resultado, recalcará la necesidad del tratamiento. Resolverá dudas y en base a esto, motivará al usuario de continuar en el tratamiento.

Aplicará la ETC y el formato de consentimiento; la Escala de Tácticas de Conflicto será de gran utilidad como elemento diagnóstico, especialmente para la sesión de "Invitación a tratamiento" y para los componentes adicionales de "Entrenamiento en Solución de Problemas" y "Manejo de Situaciones Peligrosas". Cerrará la sesión y dará una nueva cita.

- **Conclusión:**

En la segunda y última sesión dedicada a la evaluación (sesión 3), el terapeuta terminará de obtener información relacionada con el estilo de afrontamiento del OS y proporcionará retroalimentación de los instrumentos anteriormente aplicados, además, utilizará la información obtenida para motivar al OS y configurar metas y procedimientos de tratamiento.

SESION 4: MOTIVACION.

- **Objetivo:**

El OS recibirá estrategias motivacionales que le permitirán adherirse mejor al tratamiento mediante la identificación de la etapa de cambio en la que se encuentran ambos y el reconocimiento de que su posición es una oportunidad para cambiar el consumo de su ser querido.

- **Material:**

- Instrumento que determine la validación de sentimientos, pensamientos y conductas.

- **Actividades:**

- Recalcar y profundizar en estrategias motivacionales.
- Identificar etapa de cambio.
- Hacer que verbalice en sus propias palabras la posición de su nuevo rol.

- Introducción e inducción al Formato de Registro de Conflictos Diarios y al Análisis

Funcional.

- Formato de Metas de Tratamiento.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al OS en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport y preguntará sobre posibles episodios de conflicto durante la semana. Aplicará los instrumentos correspondientes; resolverá dudas y brindará retroalimentación, tratando de resolver la ambivalencia que constituye el ayudar a un ser querido que, al mismo tiempo, ha ocasionado tantos problemas y daño a la relación. Crear, al mismo tiempo, una atmósfera positiva, una alianza terapéutica sólida y una adherencia al tratamiento que permita desempeñar bien el trabajo posterior.

Enseguida, el terapeuta explicará la utilidad de registrar de manera sistemática y ordenada los conflictos que surjan en la relación con el OS y también aquellos que no necesariamente involucren al usuario consumidor. Le mostrará los formatos de registro de conflictos diarios (FRCD) y le pedirá que, cualquier conflicto que aparezca durante la semana lo registrara en las casillas correspondientes. Una vez hecho esto, el terapeuta le explicará el valor de realizar un análisis funcional de un conflicto tomado del FRCD, con el fin de revisar antecedentes y consecuentes.

Por último, retomará la Escala de Satisfacción General y presentará el Formato de Metas de Tratamiento, explicando su utilidad y propósito; enseguida seleccionará un área de relación que tenga un puntaje bajo e lo instigará a fijar una meta, anotándola en el formato y casilla correspondiente. El terapeuta resaltar que a cada meta propuesta se le dará seguimiento.

- **Conclusión:**

En la sesión dedicada a la motivación, se pretende que, mediante estrategias motivacionales del tipo cognitivo – conductual, el OS resuelva sus dudas y ambivalencias para fortalecer la decisión de cambio que este caso consiste en asumir el rol de persona influyente y sus diversas consecuencias. La identificación de la etapa de cambio, el grado de compromiso y la elaboración del análisis funcional de los conflictos permitirán configurar de manera más profunda las metas y las herramientas terapéuticas adecuadas a cada caso particular.

SESION 5: INTERVENCION PSICOEDUCATIVA.

- **Objetivo:**

El OS identificará y conocerá aspectos relacionados con los tipos de sustancias así como sus efectos, en particular, de aquellos consumidos por el familiar. Conocerá de manera general, el estado actual del consumo de sustancias en nuestro país y conocerá la manera en que se han tratado casos similares con el MIFAMS, eliminando prejuicios en torno a su participación.

- **Material:**

- Registro de conflictos /análisis funcional.
- Folletos informativos de las sustancias.

- Láminas con gráficas y diseños sobre epidemiología en nuestro país.
- Láminas con esquemas del cuerpo humano.
- Videos explicativos.
- Formato de registro de percepción de síntomas físicos.
- Formato de registro de percepción de síntomas emocionales.

- **Actividades:**

- Revisión del registro de conflictos.
- Retroalimentación.
- Explicación acerca de los diferentes tipos de sustancias.
- Explicación acerca de la epidemiología en nuestro país.
- Explicación sobre los efectos de las sustancias en el cuerpo humano (vías de administración, ingestión, absorción, metabolización y eliminación).
- Explicación y aplicación del formato de registro de percepción de síntomas físicos.
- Explicación y aplicación del formato de registro de percepción de síntomas emocionales.
- Resumen y retroalimentación.
- Explicación y evaluación de un cuestionario de evaluación de conocimientos.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibe en la sala de espera al Os y lo conduce al consultorio. Hace rapport. Revisará el registro de conflictos diarios y dará retroalimentación, aclarando que el material recopilado hasta el momento, se usará en sesiones posteriores (manejo de contingencias). Preguntará si leyó los folletos informativos de las sustancias (esperando que lo haya hecho para continuar con la sesión). Comienza a discutir los tipos de sustancias existentes y sus principales características, centrándose en la sustancia de consumo del familiar consumidor. Una vez discutido el tema, el terapeuta mediante unas hojas con algunas gráficas explícitas extrapolará la situación personal del familiar consumidor al contexto nacional, haciendo énfasis en el creciente número de usuarios.

Una vez realizado esto, el usuario deberá aprender e identificar los síntomas físicos y emocionales; para ello, le pedirá el registro de percepción de síntomas físicos y emocionales (esperando que durante la semana los haya llenado para traerlos listos para la sesión) para discutirlos y brindar información complementaria. A partir de ahora, el Os deberá registrar oportuna y puntualmente los síntomas físicos y emocionales. Una vez discutidos los puntos registrados por el Os, el terapeuta complementará la información con folletos informativos.

Lo anterior se aplicará también con los síntomas emocionales, revisando, complementando y retroalimentando el registro de percepción de síntomas emocionales.

- Conclusión:

La sesión 5 denominada intervención psicoeducativa constituye la primer intervención de importancia del MIFAMS y está destinada a que el Os elimine los prejuicios que hay alrededor de la

sustancia y del consumo del familiar consumidor. Hacerlo, permitirá y facilitará las tareas y sesiones posteriores, ayudando a que el Os esté informado, tenga una posición más crítica y menos prejuiciosa y ya asumido el rol de persona significativa, tenga los primeros elementos conceptuales y teóricos (sobre epidemiología, tipos de sustancias y sus efectos) para empezar a intervenir a inclinar la balanza y la etapa de cambio en el familiar consumidor.

SESION 6: INTRODUCCION A LA NOCION DE RESPUESTAS ALTERNATIVAS AL CONSUMO.

- **Objetivo:**

El Os junto con el terapeuta identificará y analizará de manera detallada aquellas situaciones en las que, por intervención directa o indirecta del Os, el usuario haya detenido su consumo o haya intentado buscar ayuda. De igual manera conocerá cómo algunas de sus conductas contribuyen a promover y mantener el consumo. Conocerá los principios básicos de la conducta.

- **Material:**

- Registro diario de conflictos / análisis funcional.
- Casos típicos / viñetas.
- Pizarrón y plumones.

- **Actividades:**

- Revisión del registro de conflictos.
- Análisis detallado de situaciones exitosas.
- Análisis detallado de cómo el Os contribuye a sostener el consumo.
- Explicación básica y accesible de los principios básicos de la conducta.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá en la sala de espera al Os y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Revisará el registro de conflictos diarios y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente y dará retroalimentación. Luego le explicará la importancia de conocer las situaciones en las que el familiar consumidor se ha abstenido de consumir por la influencia directa o indirecta del Os. Se escribirán estas situaciones y se revisarán antecedentes, pero sobre todo las consecuencias positivas y los posibles impedimentos para continuar haciéndolo. Después, el terapeuta explicará que hay ciertas conductas que precipitan o mantienen el consumo. En este momento se retoman todos los análisis funcionales y registros de conflictos diarios para operacionalizar precisamente aquellas conductas del Os que favorecen el consumo. Se enlistarán y se dará retroalimentación, buscando posibles planes de acción. Para finalizar, el terapeuta explicará, utilizando el material arriba mencionado los principios básicos de la conducta, como reforzamiento positivo y negativo, castigo positivo y negativo, tiempo fuera e incompatibilidad de respuesta. Comprenderá el consumo de su familiar como un proceso conductual ABC y utilizará señales para anticiparse al consumo y a posibles conflictos.

- **Conclusión:**

En base a las sesiones previas, en especial la sesión número cinco, se espera que el usuario esté dando los primeros pasos para influenciar el consumo y la posible búsqueda de ayuda. Para esta sesión, terapeuta y Os identificarán situaciones en las que precisamente el consumo se haya detenido por algún tipo de influencia del OS; el principio que subyace a lo anterior se basa en la teoría centrada en la solución, que dice que es mejor no confrontar y repetir aquello que hasta el momento ha dado resultado, en lugar de focalizar la atención en los errores y en las situaciones en donde ha ocurrido el consumo.

Para ello, es necesario hacerlo consciente al Os, recapitularlo de una manera ordenada y checar antecedentes y consecuentes; al final el usuario debe tener las herramientas para seguir haciéndolo pero ahora ya de una manera sistemática, ordenada y premeditada con el fin de incrementar estos episodios de abstinencia con nuevas intervenciones.

SESION 7: MANEJO DE CONTINGENCIAS I: CONSECUENCIAS POSITIVAS DE NO CONSUMIR.

- **Objetivo:**

El Os aprenderá cómo dispensar reforzadores positivos y premios a la abstinencia y a los intentos de búsqueda de ayuda. Al mismo tiempo, el Os identificará, registrará y llevará a cabo actividades recreativas de manera conjunta con el Os no asociadas al consumo.

- **Materiales:**

- Formato de Registro de Conflictos Diarios / Análisis Funcional.
- Formato de registro de reforzadores positivos aplicados.
- Pizarrón y plumones.
- Formato de Registro de Actividades Compartidas.

- **Actividades:**

- Revisión del registro de conflictos.
- Registro detallado de situaciones de abstinencia.
- Identificación de las reacciones por parte del Os a estas situaciones.
- Identificación de reforzadores positivos contingentes al familiar consumidor.
- Planeación de actividades conjuntas alternativas al consumo.
- Ensayo conductual.
- Registro y seguimiento de dichas actividades.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Preguntará por posibles conflictos y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente. Dará retroalimentación. Enseguida, preguntará si han existido periodos de abstinencia en el usuario consumidor, preguntando la fecha y la duración, apoyándose para esto en la entrevista inicial semiestructurada, enseguida, el terapeuta indagará las consecuencias a corto plazo de estos periodos, centrándose en las consecuencias positivas y en lo ocurrido a corto y a mediano plazo; preguntará al Os si para cada uno de estos periodos tuvo algo que ver y cómo.

Todo esto se anotará en las hojas de registro correspondientes, haciendo consciente al usuario del valor de estos periodos no sólo para la estabilidad familiar sino también como fuente de futuras ideas para seguir poniendo en práctica.

Después, el terapeuta y el Os harán una lista de los posibles episodios de abstinencia que pudieran presentarse dentro de un mes; una vez enlistados, se propondrán reforzadores positivos (premios) para cada uno de éstos episodios; para ello, es importante identificar aquellos reforzadores que realmente sean valiosos para el usuario consumidor. Por último, se hará un ensayo conductual.

La segunda parte de la sesión está destinada a identificar y proponer actividades recreativas para que ambos realicen en su tiempo libre, se enlistarán y se hará también un ensayo conductual de cómo proponérselas al usuario. Se dará retroalimentación y se cerrará la sesión. Es importante hacerle notar al Os la importancia de llevar a cabo tanto los reforzadores como las actividades conjuntas propuestas, para darles seguimiento y corroborar su eficacia; en caso contrario, se hace notar que se pueden proponer nuevas actividades.

- **Conclusión:**

Esta sesión está destinada a dos actividades fundamentales: por un lado, entrenar al Os para que proporcione reforzamiento positivo a los posibles episodios de abstinencia del familiar consumidor, de manera contingente y, por el otro, proponer y llevar a cabo de conjunta actividades que no estén relacionadas con el alcohol o drogas. Para ello, se usarán técnicas de instrucción como el instigamiento, el moldeamiento, el modelamiento y el ensayo conductual. Al final de la sesión, el Os estará preparado para intervenir reforzando la sobriedad y prolongar, con esto, los periodos previstos de abstinencia así como ocupar el tiempo libre en actividades placenteras que, posiblemente, realizaban antes de que el consumo del familiar constituyese un problema.

SESION 8: MANEJO DE CONTINGENCIAS II: CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO.

- **Objetivo:**

El Os aprenderá a dispensar castigos de manera estratégica y apropiada a la conducta de consumo de alcohol o sustancias del familiar, mientras sigue aplicando reforzadores positivos.

- **Materiales:**

- Formato de registro de conflictos /análisis funcional.
- Pizarrón y plumones.
- Formato de registro de aplicación de castigos.

- **Actividades:**

- Repaso de cómo el familiar apoya, de manera inadvertida, el consumo.
- Entrenamiento y aplicación de técnicas de extinción de conducta.
- Identificación de futuros episodios de consumo (1 mes).
- Identificación y selección de posibles castigos a estos episodios.

- Inducción a la estrategia.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Preguntará sobre posibles conflictos surgidos desde la última visita y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente.

La primera parte de la sesión está dedicada a introducir al Os, por medio de una breve inducción, las características, beneficios y limitaciones del principio conductual del castigo.

A continuación entrenará al Os en las estrategias conductuales de tiempo fuera e incompatibilidad de respuesta. Para ello, retomará elementos e información de la sesión ó "Introducción a la Noción de Respuestas Alternativas al Consumo", específicamente hará un breve repaso de las conductas del Os que favorecen y disparan el consumo del familiar.

Una vez hecho esto, se hará una lista de los futuros episodios de consumo y cómo puede aplicar estos dos principios; se hará un plan de acción para estos episodios y se les dará seguimiento, dejando en claro la posibilidad de modificar parcial o totalmente estos planes de acción.

La última parte de la sesión está dedicada al entrenamiento para la aplicación de castigos positivos a la conducta de consumo; para ello, se revisarán intentos previos de parte del Os para castigar esta conducta, analizando pros y contras y qué tan efectivas han resultado, tanto en su aplicación como para el objetivo final (eliminar o decrementar el consumo e instigarlo a que acuda a tratamiento) y, a modo de resumen, trazando un estilo particular del Os para afrontar el problema.

Luego, se enlistarán nuevamente futuros episodios de consumo para los cuales la implementación del castigo pueda ser exitosa. Todo lo anterior deberá quedar debidamente registrado en los formatos correspondientes: el Os se llevará una copia y otra se anexará al expediente para efectos de seguimiento.

- **Conclusión:**

Esta sesión es un complemento de la anterior y debe aplicarse con mucho cuidado debido a las consecuencias documentadas que implica aplicar castigos.

Tiene como finalidad apoyar los esfuerzos para detener o decrementar el consumo del familiar; específicamente, esta sesión complementa el trabajo realizado en la sesión anterior "Manejo de Contingencias I: Consecuencias Positivas de no Consumir", para acelerar las acciones producto de la influencia y el rol que el Os ha asumido.

Las técnicas utilizadas para el entrenamiento en esta sesión serán técnicas de instrucción como el instigamiento, el moldeamiento, el modelamiento y el ensayo conductual, esperando que para esta sesión, se reporten los primeros resultados positivos gracias a las técnicas aprendidas e implementadas en las sesiones pasadas.

SESION 9: MANEJO DE CONTINGENCIAS III: DESARROLLO SOCIAL Y RECREATIVO.

- **Objetivo:**

El Os aprenderá a desarrollar actividades sociales y recreativas que beneficien su crecimiento personal y fomenten un sentimiento de independencia y autonomía.

- **Materiales:**

- Formato de registro de conflictos diarios /análisis funcional.
- Pizarrón y plumones.
- Registro de Horario-Cronograma diario de Actividades.

- **Actividades:**

- Evaluación de la situación actual.
- Descripción de pasatiempos y actividades recreativas preferidas.
- Colejo de instrumentos: Inventario de Ansiedad e Inventario de Depresión de Beck.
- Revisión de redes sociales existentes.
- Propuesta, análisis y registro de planes de desarrollo recreativo.
- Apoyo a la iniciativa para nuevas actividades.
- Retroalimentación.
- Seguimiento.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport.. Preguntará sobre posibles conflictos surgidos desde la última visita y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente. Enseguida (nuevamente) el hecho de que el consumo del familiar no es culpa suya; reforzará los intentos previos de ayuda y se comentarán los sentimientos alrededor de esto. El terapeuta resaltará la importancia que tiene para su salud mental el hecho de realizar actividades placenteras recreativas que fomenten su autonomía y le hagan sentir bien, independientemente de la participación del usuario consumidor. Hará una lista de aquellas actividades y pasatiempos preferidos, no asociados al consumo, que realice, haya realizado o le gustaría realizar.

Para ampliar la información sobre su situación actual y las actividades preferidas, se comentarán, de manera extensa, los resultados de los dos inventarios de Beck aplicados, corroborando del mismo modo el estado de su red social de apoyo. Se registrarán los recursos materiales y humanos de los que dispone. Enseguida se propondrán actividades, con ayuda de guías culturales, sociales y de turismo, con el fin de tener más opciones. El terapeuta reforzará de manera continua cualquier iniciativa por parte del Os. Con el fin de poderles dar seguimiento, se registrarán en el formato-cronograma. Finalmente se dará retroalimentación y se evaluará la confianza del Os para llevar a cabo los pasatiempos propuestos.

SESION 10: INVITACION A TRATAMIENTO.

- **Objetivo:**

El Os aprenderá y ensayará la manera de pedirle al familiar consumidor que acuda a tratamiento.

- **Materiales:**

- Formato de registro de conflictos – análisis funcional.
- Folletos informativos sobre opciones de tratamiento.

- **Actividades:**

- resumen de logros alcanzados desde que inició el MIFAMS.
- Revisión de posibles inconvenientes para plantear la invitación a tratamiento..
- Evaluación del nivel de confianza actual para invitar al usuario consumidor a tratamiento.
- Ensayo conductual de la invitación.
- Breve descripción de las alternativas de tratamiento más apropiadas para el usuario consumidor.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Preguntará sobre posibles conflictos surgidos a partir de la visita anterior y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente. Enseguida, hará un resumen de los logros alcanzados gracias al MIFAMS, resaltando aquellos que al principio parecían difíciles de obtener.

Después, se analizarán y registrarán (para su uso en la posible implementación de la sesión adicional de Solución de Problemas) los inconvenientes que hay para plantearle al usuario la posibilidad de asistir a tratamiento. Una vez hecho esto, se realizarán ensayos conductuales para evaluar y mejorar las habilidades de comunicación y asertividad (y utilizar este material también para la posible implementación de la sesión adicional de Habilidades de Comunicación).

Concluido lo anterior, el terapeuta presentará opciones de tratamiento acordes a las necesidades del usuario consumidor, analizando pros y contras de cada opción, resaltando el hecho de que el MIFAMS cuenta con los recursos para una rápida canalización.

Al final de la sesión, se evaluará la confianza del Os para llevar a cabo la invitación a tratamiento. Se dará retroalimentación y se dejará en claro la posibilidad de una nueva cita para comentar los resultados.

COMPONENTES ADICIONALES

MANEJO DE SITUACIONES PELIGROSAS.

- **Introducción:**

La literatura relacionada menciona que las personas que viven con un consumidor de sustancias se encuentran en una situación vulnerable caracterizada por peleas frecuentes, discusiones, desacuerdos y agresión física y verbal.

Para garantizar un buen resultado del MIFAMS, es necesario evaluar el riesgo de violencia que existe en la relación Os – usuario. Evidentemente, una relación conflictiva, no permitirá un

avance sustancial en los componentes básicos del Programa; es indispensable, pues, garantizar la seguridad física y psicológica del Os.

Con los datos recabados en la Entrevista Semiestructurada, el terapeuta podrá darse una idea de la posible aplicación de componente opcional; la decisión de si es al principio o al final del tratamiento se debe tomar en base a un interrogatorio detallado y a la observación de posibles síntomas que pongan en evidencia cualquier tipo de maltrato. Físico o emocional.

El componente tiene como objetivo darle al Os las herramientas para actuar en casa de violencia; en caso de que sea un problema permanente, la aplicación de los componentes básicos del MIFAMS se pospondrá.

- **Objetivo:**

El Os identificará y analizará su situación actual en cuanto a posibles situaciones de peligro y el potencial para un futuro, así como el riesgo de daño que pueda sufrir al permanecer junto al usuario consumidor.

- **Material:**

- Formato de registro de Conflictos – análisis funcional.
- Escala de Tácticas de Conflicto.
- Folleto con número telefónicos de emergencia.

- **Actividades:**

- Evaluación del riesgo de violencia.
- Identificación y análisis de episodios de violencia.
- Evaluación de la gravedad de estos episodios.
- Elaboración de una guía telefónica de emergencia.
- Elaboración de una lista de personas y direcciones a quienes acudir.
- Medidas para reducir el riesgo.
- Planes de acción.
- Entrevista con un amigo o familiar cercano al Os.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Preguntará sobre posibles conflictos y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente. Enseguida aplicará un instrumento que permita evaluar violencia y la capacidad y métodos de afrontamiento. Luego, se identificarán y analizarán aquellos episodios que sean más relevantes para el Os, evaluando la gravedad.

Posteriormente, se elaborará una guía telefónica con los nombres y los teléfonos de aquellas personas a las cuales puede recurrir en caso de emergencia: tanto para compartir la situación, como para quedarse unos días en alguna de sus casas.

Es en este momento cuando se le planteará la posibilidad de que traiga a una sesión posterior a un amigo en quien pueda confiar y al cual pueda recurrir y al que el terapeuta pueda entrevistar separadamente con el fin de obtener información y una versión distinta de estos posibles episodios de violencia.

El terapeuta instigará al Os a que proponga medidas para evitar situaciones problemáticas, las propuestas pueden ir desde aplicar la estrategia de Solución de Problemas hasta el apoyo para iniciar procedimientos legales para obtener una orden de restricción para el usuario consumidor. Cualquier medida que pueda ser llevada a la práctica debe ser apoyada y reforzada. Todo lo anterior se enlistará y se le dará una copia y otra se anexará al expediente para propósitos de seguimiento..

Por último se identificarán posibles episodios futuros de violencia para los cuales se elaboraran planes de acción.

Conclusión:

En esta sesión, se intenta brindar las estrategias de seguridad que permitan al Os estar a salvo y continuar con el tratamiento; en caso de que la violencia sea de proporciones mayores (golpes, vejaciones, propuesta de divorcio etc.), el componente se dará como una prioridad al inicio del tratamiento.

Lo anterior obedece a que uno de los criterios de inclusión para el MIFAMS es que no existan incidentes serios de violencia doméstica y que la intención del Os sea permanecer al lado de su ser querido. De lo contrario, los efectos de las sesiones pueden no tener el efecto esperado.

Es importante recalcar que en las primeras sesiones del paquete básico, en especial en la inducción, se remarcará el hecho de que, el solo hecho de participar en el MIFAMS puede ocasionar algunos problemas y consecuencias negativas en la relación, en especial, crear resentimientos y posiblemente el recrudecimiento de los problemas ya existentes; antes de firmar el Formato de Consentimiento, el Os debe tenerlo muy claro.

SESION COMPLEMENTARIA: ENTRENAMIENTO EN SOLUCION DE PROBELMAS.

- **Introducción:**

La técnica de Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP), ha sido abordada por diversos autores como Dewey (1936), D´Zurilla (1971), Mahoney (1983) y Spivack (1976). Sin embargo, fue a partir de los estudios de D´Zurilla y su artículo pionero de 1971 que la estrategia trascendió los ambientes de laboratorio para aplicaciones con humanos.

Su eficacia ha sido probada en pruebas clínicas y en poblaciones de niños, adolescentes, adultos y retardados mentales. Sin embargo, su mayor eficacia ha sido comprobada como parte de programas cognitivo – conductuales de tipo multicomponentes. Evidentemente, como parte de este programa es difícil evaluar el impacto real.

En el campo de las adicciones, prácticamente todas las intervenciones y tratamientos de corte cognitivo – conductual plantean al ESP como un componente esencial.

La mayoría de los usuarios de sustancias enfrentan las consecuencias negativas de su consumo y los problemas que ello acarrea, por otra parte, diversos estudios han demostrado la falta de habilidades de éstos usuarios para enfrentarse con éxito a las situaciones problemáticas, lo que tiene un efecto de "bola de nieve", en donde los problemas no resueltos acarrearán nuevos problemas y a su vez, confirman la autopercepción de la incapacidad para salir adelante.

Por otro lado, también está comprobado que los familiares de los consumidores de sustancias experimentan mayor grado de estrés, depresión y un bajo nivel de intercambios conductuales positivos (Ayala, 1993; Natera, 2003), con el familiar consumidor.

Así, el consumo del familiar por un lado, y el estado emocional producto del impacto de tener un familiar adicto por el otro, incrementan la probabilidad de conflictos, dentro y fuera del hogar.

- **Objetivo:**

Capacitar al Os en el modelo de Entrenamiento en Solución de Problemas propuesto por D'Zurilla en 1971 así como darle seguimiento a los problemas más relevantes identificados, tanto por el Os como por el terapeuta.

- **Materiales:**

- Formato de Registro de Conflictos – análisis funcional.
- Formatos de registro de solución de problemas.
- Pizarrón y plumones.

- **Actividades:**

- introducción e inducción a las ventajas de contar con una estrategia de solución de problemas.
- Revisión de los formatos de registro de conflictos.
- Revisión de las estrategias utilizadas para resolver estos conflictos y los resultados obtenidos.
- Revisión de viñetas y ejemplos exitosos.
- Entrenamiento en Solución de Problemas.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Revisará el registro de conflictos y, en caso de afirmativo, discutirá el análisis funcional correspondiente.

El terapeuta comenzará con una exposición sencilla acerca de las ventajas de contar con una estrategia que permita solucionar los problemas cotidianos de una manera sencilla y determinante; para ello se apoyará de los registros de conflictos diarios que se han ido recopilando desde el inicio del tratamiento y que se encuentran anexados, con los análisis funcionales correspondientes en el expediente. Es muy importante que el terapeuta utilice las estrategias

motivacionales correctas para crear una expectativa favorable para el entrenamiento debido a que mucha gente considerará impertinente aprender un nuevo estilo de resolución de problemas.

Después, seleccionará algunos de los conflictos ya revisados con anterioridad y se discutirá con más detalle esa situación particular, intentando identificar las estrategias que el Os usó para resolver la situación, el terapeuta, en este punto deberá centrarse, mas que en el problema, en la solución implementada por el Os, sin juzgar todavía la efectividad. Seleccionará de 5 a 10 problemas registrados en los formatos y anotará en el pizarrón las soluciones aplicadas. Enseguida, ambos tratarán de identificar algún patrón conductual constante en el estilo de resolución de problemas, analizando los pros y los contras de cada una de esas soluciones.

Enseguida, entrenará al Os en la técnica de solución de problemas que consta de 5 pasos:

1. orientación hacia el problema.
2. identificación del problema.
3. generación de alternativas.
4. elección.
5. verificación.

Para cada uno de los pasos, hará una introducción y aclarará dudas; se usarán técnicas de instrucción como el instigamiento, el moldeamiento, el modelamiento y el ensayo conductual.

Por último se seleccionarán 2 problemas a los cuales darles seguimiento con la nueva técnica, dándole los registros de llenado correspondientes y haciéndole notar que es importante verificar los resultados de la aplicación.

avance sustancial en los componentes básicos del Programa; es indispensable, pues, garantizar la seguridad física y psicológica del Os.

Con los datos recabados en la Entrevista Semiestructurada, el terapeuta podrá darse una idea de la posible aplicación de componente opcional; la decisión de si es al principio o al final del tratamiento se debe tomar en base a un interrogatorio detallado y a la observación de posibles síntomas que pongan en evidencia cualquier tipo de maltrato. Físico o emocional.

El componente tiene como objetivo darle al Os las herramientas para actuar en casa de violencia; en caso de que sea un problema permanente, la aplicación de los componentes básicos del MIFAMS se pospondrá.

- **Objetivo:**

El Os identificará y analizará su situación actual en cuanto a posibles situaciones de peligro y el potencial para un futuro, así como el riesgo de daño que pueda sufrir al permanecer junto al usuario consumidor.

- **Material:**

- Formato de registro de Conflictos – análisis funcional.
- Escala de Tácticas de Conflicto.
- Folleto con número telefónicos de emergencia.

- **Actividades:**

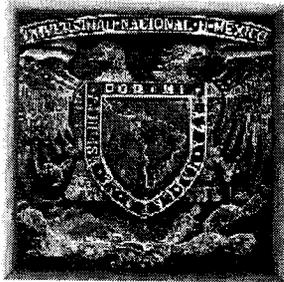
- Evaluación del riesgo de violencia.
- Identificación y análisis de episodios de violencia.
- Evaluación de la gravedad de estos episodios.
- Elaboración de una guía telefónica de emergencia.
- Elaboración de una lista de personas y direcciones a quienes acudir.
- Medidas para reducir el riesgo.
- Planes de acción.
- Entrevista con un amigo o familiar cercano al Os.

- **Procedimiento:**

El terapeuta recibirá al Os en la sala de espera y lo conducirá al consultorio. Hará rapport. Preguntará sobre posibles conflictos y, en caso afirmativo, revisará el análisis funcional correspondiente. Enseguida aplicará un instrumento que permita evaluar violencia y la capacidad y métodos de afrontamiento. Luego, se identificarán y analizarán aquellos episodios que sean más relevantes para el Os, evaluando la gravedad.

Posteriormente, se elaborará una guía telefónica con los nombres y los teléfonos de aquellas personas a las cuales puede recurrir en caso de emergencia: tanto para compartir la situación, como para quedarse unos días en alguna de sus casas.

CASO TÍPICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

Modelo de Detección Temprana e
Intervención Breve para Bebedores Problema

Lic. Ariel Mojarro López

Supervisor: Miguel Ángel Medina

Tutor: Fernando Vázquez Pineda

CONCEPTUALIZACION DEL PROBLEMA

- Las conductas adictivas se caracterizan por:
 - El consumo repetido y abusivo de una sustancia.
 - La persistencia de una conducta (compulsión).

- Explicación, prevención y tratamiento basados en los principios del comportamiento: aprendizaje, motivación, cognición.

- Desarrollo y aplicación de modelos de intervención con validez empírica.

- El modelo cognitivo – conductual considera al consumo de sustancias como un comportamiento aprendido.

- Por ser una conducta social, el uso repetitivo del alcohol se adquiere, mantiene, trata y se previene mediante el modelamiento, el reforzamiento social, expectativas y la experiencia directa de los efectos.

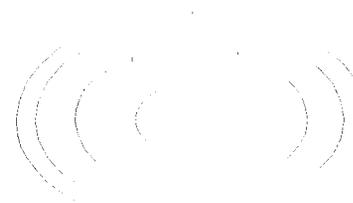
NATURALEZA DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- Teoría Cognitiva – Social :
 - **Expectativas de resultado positivas**
 - Expectativas de resultado negativas
 - **Influencia social**
 - Expectativas de autoeficacia
 - Simbolización
 - Autorregulación
 - Determinismo recíproco
 - Aprendizaje vicario
 - **Demandas medioambientales**



NATURALEZA DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- Teoría Cognitiva – Social :
 - **Expectativas de resultado positivas**
 - Expectativas de resultado negativas
 - **Influencia social**
 - Expectativas de autoeficacia
 - Simbolización
 - Autorregulación
 - Determinismo recíproco
 - Aprendizaje vicario
 - **Demandas medioambientales**



BEBEDORES PROBLEMA

➤ Características:

1. Ausencia de una historia de dependencia severa
2. Historia reciente de consecuencias negativas
3. Estabilidad, recursos y redes de apoyo.
4. No se perciben como diferentes
5. Reducción más que eliminación.

➤ Modelo de intervención:

1. Admisión
2. Evaluación
3. Decidir cambiar y establecimiento de metas
4. Identificación de situaciones de riesgo
5. Solución de problemas
6. Reestablecimiento de metas



FICHA DE IDENTIFICACION

- **Nombre:** JLSR
- **Sexo:** Masculino
- **Edad:** 47
- **Estado civil:** soltero
- **Escolaridad:** preparatoria
- **Ocupación:** estilista
- **Referido por:** reportaje periódico
- **Fecha de admisión:** 11 febrero 04
- **Motivo de consulta:** "mi alcoholismo".

HISTORIA DE CONSUMO Y DESARROLLO ACTUAL

- **33 años.**
- **Primera intoxicación a los 23.**
- **Como un problema: 3 años.**
- **13 años como bebedor excesivo.**
- **Tequila, vino y ron.**
- **Vive en unión libre con su pareja desde 1981.**
- **Trabaja 6 días (martes descansa) en la estética de su pareja supervisando a los demás estilistas y cobrando a los clientes.**
- **Trabajos previos: Liverpool y un par de estéticas.**
- **Tratamientos previos:**
 - **INP (2003 – 4 sesiones), AA (2004 – 4 sesiones).**

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

- Un problema mayor: algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria.
- Lagunas mentales
- Pérdida de memoria
- Sentimientos de culpa
- Discusiones con su pareja durante y después del consumo
- Insomnio
- Deterioro físico
- Ausentismo y falta de productividad

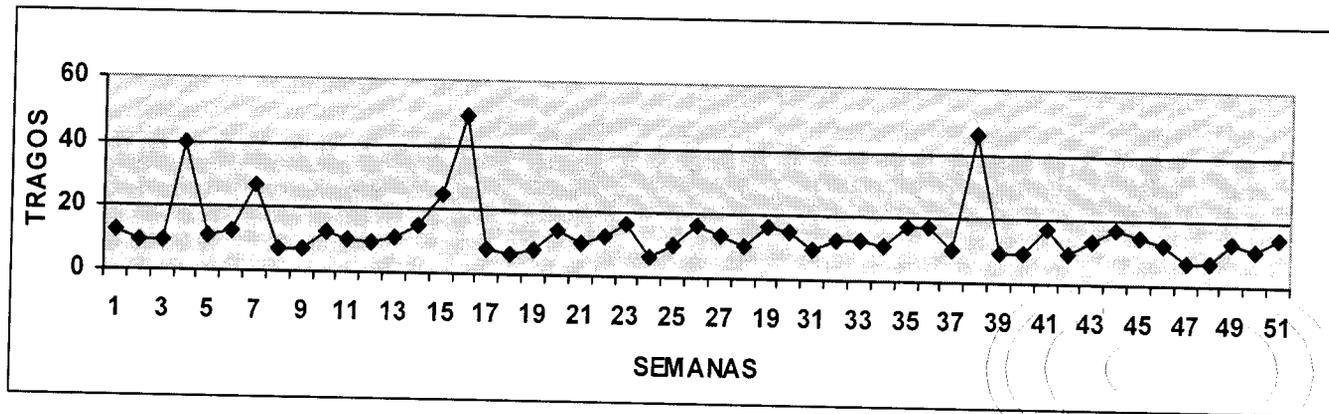
EVALUACION INICIAL

- Patrón de consumo
- Percepción de habilidad para resistirse al consumo
- Situaciones de riesgo para el consumo de alcohol
- Indicios de posible incapacidad neuropsicológica
- Etapa de cambio
- Solución de problemas
- Análisis funcional



DIAGNOSTICO

- Bebedor social típico
- Dependencia baja
- Contemplación
- Consumo periódico antes de comer como aperitivo.
- Consumo explosivo los fines de semana
- Situaciones sociales: fiestas, cumpleaños, reuniones, antros, etc.



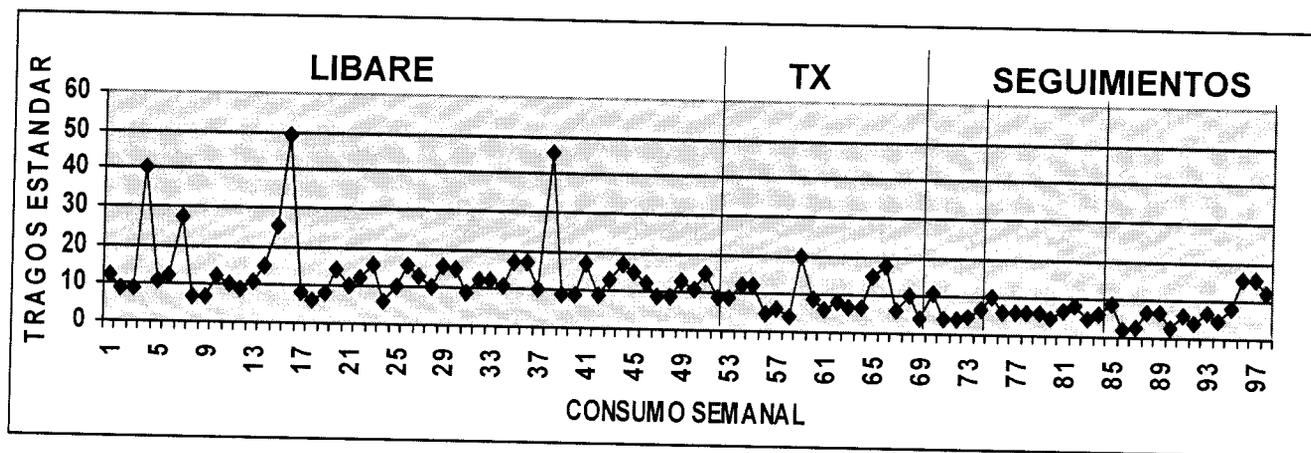
METAS Y TECNICAS

Resolver la ambivalencia	Preguntas abiertas Escucha reflexiva Provocación de afirmaciones automotivadoras Balance decisional
Identificar disparadores	Análisis funcional
Identificar consecuencias	Análisis funcional
Fomentar autocontrol conductual	Autoregistro Establecimiento de metas Tareas
Asumir un rol activo y propositivo	Establecimiento de metas
Identificar periodos de abstinencia anteriores y motivos relacionados	LIBARE Balance decisional
Mover el discurso, de los problemas y limitaciones, a posibles soluciones	Provocar afirmaciones automotivadoras del deseo de cambiar

METAS Y TECNICAS

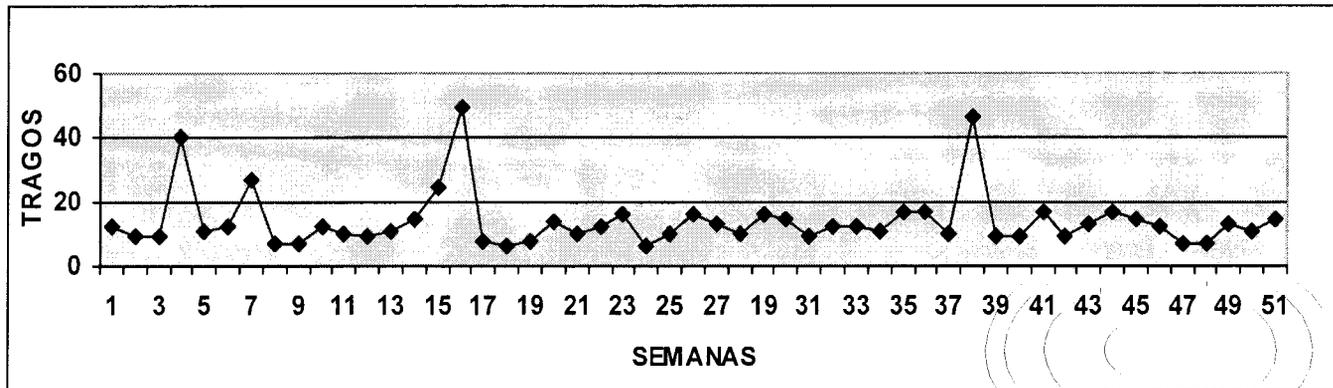
Sistematizar los cambios presentados	Resumir autoregistro
Identificar factores ambientales que entorpecen la consecución de la meta establecida	Entrenamiento en solución de problemas
Comprender que las recaídas son un proceso natural para llegar a la meta final	Identificar precipitadores y situaciones de riesgo Planes de acción
Solución de problemas relacionados con el consumo	Planes de acción Entrenamiento en solución de problemas
Sensibilizar ante la posibilidad de vías alternas	Desarrollo de planes de acción
Mantener el compromiso al cambio	Entrevista motivacional

PATRON DE CONSUMO ANTES, DURANTE Y DESPUES



DIAGNOSTICO

- Bebedor social típico
- Dependencia baja
- Contemplación
- Consumo periódico antes de comer como aperitivo.
- Consumo explosivo los fines de semana
- Situaciones sociales: fiestas, cumpleaños, reuniones, antros, etc.



CONCLUSIONES

- El modelo demostró su utilidad para modificar el patrón de consumo esporádico – explosivo permitiendo el consumo moderado.
- El sujeto, dado su perfil, se benefició del modelo.
- Las intervenciones breves son eficaces con el sector de la población que empieza a experimentar problemas con el alcohol pero que todavía es funcional.
- Beneficios y pertinencia de cada uno de los componentes del modelo.
- Se confirma la importancia de las variables personales, ambientales y cognitivas también en la modificación conductual.