



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES

APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE
LAS ADICCIONES EN UNA INSTITUCIÓN DE PRISIÓN PARA TRATAR LA
CONDUCTA ADICTIVA Y EL CASO DE UN BEBEDOR PROBLEMA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
M A E S T R O E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A:
R A F A E L M O N R O Y A V E N D A Ñ O

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JOSÉ AGUSTIN VÉLEZ BARAJAS

COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DRA. LIDYA BARRAGAN TORRES

MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERASO



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 Haziel
Por crecer junto con este sueño.

A Rocío
Por su compañía durante este tiempo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.
Por ser un hogar más que una *Casa de Estudios*.

A los profesores de la Maestría.
Por compartir sus conocimientos y experiencia.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Por el financiamiento en la formación de profesionales.

Al Dr. José Agustín Vélez Barajas
Por la didáctica en su enseñanza y todo su apoyo.

Índice	Página
Introducción.....	I
I. Competencias	
1.1 Competencia 1.....	1
1.2 Competencia 2.....	6
1.3 Competencia 3.....	10
1.4 Competencia 4.....	14
1.5 Competencia 5.....	23
1.6 Competencia 6.....	30
II. Presentación de caso	
2.1 Introducción.....	36
2.2 Reporte de caso clínico.....	37
2.2.1 Motivo de consulta y evaluación.....	37
2.2.2 Recursos disponibles y déficit.....	41
2.2.3 Diagnóstico.....	42
2.2.4 Tratamiento.....	43
2.2.4.1 Desarrollo por sesiones.....	43
2.2.5 Seguimiento.....	48
2.3 Comentario final.....	50
Referencias.....	52

INTRODUCCION

Diversas fuentes hacen patente la gravedad del problema de abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales en México. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 2002 del Consejo Nacional Contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, el 9.3% de la población urbana, entre los 12 y 65 años de edad, es dependiente al alcohol. Con relación al tabaco, en esta encuesta se registraron un 26.4% de fumadores, esto es 14 millones de fumadores; aunado a los fumadores involuntarios o pasivos que son el 36.1% es decir 28 millones de personas expuestas. Con relación al consumo de drogas ilegales se encontró que 3.5 millones de personas, entre los 12 y 65 años de edad han usado droga alguna vez en su vida, más de 911 mil sujetos habían utilizado drogas en los últimos 12 meses previos al estudio (1.31%) y casi 570 mil personas lo habían hecho en los 30 días previos a la encuesta (0.82%). Los datos anteriores hacen evidente que el mayor problema para la salud pública, lo constituyen el abuso de alcohol y tabaco.

Como problema de salud pública, el abuso de alcohol constituye una causa de muerte (y años de vida perdidos), de enfermedades y accidentes evitables; está asociado con una variedad de consecuencias sanitarias y sociales adversas; se han demostrado los efectos nocivos del alcohol sobre muchas enfermedades como la cirrosis hepática, enfermedades mentales, varios tipos de cáncer, pancreatitis, accidentes fatales en mujeres embarazadas; muertes y accidentes por conducir en estado de embriaguez, conducta agresiva, rupturas familiares y reducción de la productividad laboral (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En nuestro país el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas está relacionado con cinco de las 10 principales causas de defunción: las enfermedades del corazón, los accidentes, la patología cerebrovascular, la cirrosis hepática y los homicidios y lesiones en riña. Por otra parte, indicadores epidemiológicos muestran que el abuso de alcohol entre la población ha aumentado en los últimos 10 años, al igual que los problemas asociados a esta práctica (Secretaría de Salud, 2001). Así pues, son evidentes los efectos dañinos del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en los planos individual, familiar y social, ya que por ejemplo, los problemas en la economía familiar se suman a los ocasionados por la violencia, la disminución de la productividad y de la prosperidad individual y social.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas –SRID– (Ortiz, Soriano y Galván, 2003) señala que en la Ciudad de México, la cocaína es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto desde 1998; la marihuana ocupa el segundo lugar; los inhalables ocupaban el segundo lugar en el periodo de 1988 a 1997 y desde esa fecha hasta el 2003 ocupan el tercer lugar de consumo con una ligera tendencia a la baja, de forma notoria a partir del año 2001; el grupo

de edad más afectado por las tres sustancias es de 15 y 19 años. Con relación a los problemas asociados al consumo de drogas (p. ej. familiar, escolar, laboral, legal, orgánico, etc.), en la mayoría de los casos se reporta que una vez que se presenta el abuso de sustancias, los problemas en esas áreas aumentan.

Ante esas cifras del consumo de las drogas legales e ilegales, es necesario y prioritario preparar profesionales de la salud que puedan realizar eficientemente tareas de investigación, prevención y tratamiento a personas con problemas de esta naturaleza.

El posgrado con nivel de maestría, capacita a la práctica de la docencia, inicia en la investigación teórica y aplicada y proporciona el conocimiento necesario para un mejor desempeño profesional. Particularmente la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, que se imparte en la Universidad Nacional Autónoma de México, cumple su función social mediante el entrenamiento de profesionales con una visión cognitivo-conductual y motivacional en las técnicas de intervención breves recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento de conductas adictivas.

En el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones, el alumno desarrolla las competencias, conocimientos, actitudes y estrategias adecuadas para la comprensión cabal e intervención eficiente en esta clase de problemas psicológicos. Del mismo modo, este programa capacita al alumno para la práctica de la docencia a nivel de excelencia y la prestación de servicios profesionales de alta calidad tanto en escenarios institucionales como privados.

El objetivo del Programa es formar psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de las técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para su comprensión y atención.

Los egresados deberán contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones; así como para el diseño y realización de proyectos de investigación en una variedad de aproximaciones como lo son de corte epidemiológico, psicosocial, experimental aplicado y de proceso en el área.

Por ello el egresado de la Residencia, como lo señala el programa (UNAM, 2004), tendrá un perfil acorde con las necesidades identificadas socialmente y aquellas competencias profesionales que le permitan:

1. 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.

2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el fenómeno se presente.
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
4. Aplicar programas de intervención cognitivo conductuales para rehabilitar a personas adictas, procurando mejorar su calidad de vida.
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
6. 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.

De este modo, el presente informe contiene las principales actividades realizadas, así como las habilidades desarrolladas en esas seis competencias, durante los cuatro semestres de la Residencia en Psicología de las Adicciones de la Maestría y la descripción de un Estudio de Caso desarrollado en el Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, donde se describirá el caso típico de un usuario que concluyó el tratamiento.

Es menester señalar que las autoridades del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, autorizaron al que suscribe para poder realizar los estudios de esta Maestría con el compromiso de aplicar los conocimientos en el centro de trabajo y compensar el tiempo dedicado a la residencia; por lo que además de cumplir con los horarios de la residencia en las sedes respectivas, se llevaron a cabo actividades en dicho Reclusorio relacionadas con las competencias de la Maestría y que permitieron vincular las actividades académicas de la Universidad con un escenario institucional como servidor público en el tratamiento del consumo de drogas, siendo el ambiente penitenciario un área en donde no se han diseminado tratamientos basados en investigaciones para el abuso y dependencia a drogas.

El Programa del Reclusorio Sur se denomina "Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas" y contempla la planeación, diseño y producción, ejecución, evaluación y seguimiento de actividades por parte del personal Técnico Penitenciario. Este personal con tipo de contratación de confianza, lo conforman un equipo interdisciplinario, entre ellos psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, abogados y administradores; está organizado en 3 turnos con 5 integrantes por turno quienes tienen un horario de 24 horas de trabajo por 48 horas de descanso, los 365 días del año.

El procedimiento de ejecución del Programa consiste en la aplicación de un protocolo de evaluación a los internos solicitantes y a aquellos que cumplan los criterios de inclusión (presentar conducta adictiva, disposición al cambio y al tratamiento), se incorporan a un área donde permanecen por un período de dos meses, aislados del resto de la población, sin tener visita familiar, ni íntima, tampoco contacto telefónico; reciben los siguientes cursos y actividades: sesión psicológica en adicciones, temas selectos en adicciones, relaciones humanas, habilidades de comunicación y entrenamiento asertivo, integración grupal, relajación, higiene y salud, programa de acondicionamiento físico, actividades recreativas, así como la participación de grupos de Alcohólicos Anónimos y Religiosos; a esta fase se le denomina de internamiento.

Una vez concluido el periodo de esa fase, los internos evaluados se incorporan al mismo dormitorio bajo un modelo de comunidad terapéutica, en donde el personal técnico penitenciario asignado realiza un seguimiento de las actividades de dichos internos, llevando a cabo tutorías empleando el modelo de intervenciones breves y continuando con tratamiento técnico (comisión laboral y escuela) de apoyo (cursos y terapias) y auxiliar (deportivos, grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y religiosos, cívicas, culturales, etc.); a esta fase se le denomina de seguimiento, donde ya pueden hablar por teléfono, se integran con otros internos y tienen visita familiar.

La teoría del aprendizaje social de la Psicología ha sido incluida en los fundamentos teórico-metodológicos en este Programa. Otros elementos teóricos que lo conforman son:

- Psicología de las adicciones (como las modalidades de tratamiento que muestran mayor efectividad y las etapas de cambio de la conducta adictiva).
- Psicología educativa (como los principios del aprendizaje).
- Psicología social (teoría de las actitudes y dinámica de grupos)
- Psicología organizacional y teoría de sistemas (planeación, diseño y producción, ejecución, evaluación y seguimiento).
- Modelo de comunidad terapéutica en ambientes penitenciarios, que es considerado por el National Institute on Drug Abuse (2001), como el modelo que puede ser altamente efectivo para reducir el uso de drogas y la reincidencia en el comportamiento criminal.

A continuación se describirán las actividades realizadas en los escenarios respectivos para cada una de las seis competencias, las cuales contribuyeron a desarrollar las habilidades señaladas.

I. COMPETENCIAS

1.1 COMPETENCIA 1

“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 investigación epidemiológica constituye una actividad importante en el desempeño profesional del alumno de la Maestría; por ello es importante señalar que la epidemiología es la ciencia que estudia la distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad. Consiste entonces en la medición de la frecuencia de la enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente (Valdivia, 2001).

El sujeto de interés de la epidemiología es el colectivo humano y el propósito es aportar información científica sobre el proceso de salud-enfermedad, cuyos objetos principales son: identificar causas de enfermedades y grupos de riesgo a enfermar (Ibíd.). A partir de lo anterior, se considera conveniente desarrollar habilidades que permitan el diseño e instrumentación de investigación y análisis de datos epidemiológicos con el fin de comprender los resultados, lo que constituyen las bases para emprender acciones de tratamiento y/o prevención.

Para poder lograr dicha competencia, se desarrollaron las siguientes actividades.

Actividades teóricas

Dentro de este rubro destaca el trabajo en relación al desarrollo, piloteo, y determinación de la confiabilidad de un instrumento de medición que permita el análisis de resultados del mismo en la muestra en la que se aplicó el instrumento (internos del Reclusorio Sur). Para ello se empleo el instrumento denominado Escala de Etapas de Cambio, Disposición y Avidéz a Tratamiento SOCRATES (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), la cual fue desarrollada originalmente como una medición paralela de las etapas de cambio descrito por Prochaska y DiClemente y Nocross (1997) y Prochaska y Diclemente (1998), para evaluar la disposición (o motivación) al cambio para abusadores de alcohol y drogas con preguntas específicas acerca de su uso.

Se realizó un piloteo inicial aleatorio a 25 sujetos para determinar si el instrumento efectivamente era auto-administrable, si se comprendían los

reactivos, si el lenguaje era claro y si los participantes tenían alguna duda al contestarlo; a cada uno de ellos se le preguntó acerca de esas cuestiones y la respuesta de ellos evidenció que fue favorable, por lo que en la siguiente etapa se procedió a aplicar el instrumento a un total de 109 internos que se encontraban iniciando la fase de internamiento de dos meses para tratar su conducta adictiva (Programa de Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas del Reclusorio Preventivo Varonil Sur).

Para la aplicación del instrumento, que fue de manera voluntaria a los internos, las instrucciones fueron las siguientes: "Este es un cuestionario que tiene como objetivo conocer su forma de sentirse o no sobre su manera de drogarse, la información que proporcionen será estrictamente confidencial y con fines de investigación, aquella persona que desee contestarlo por favor levante la mano en un momento, los que no quieran contestarlo no hay ningún problema, solo les pido que si lo contestan, que lo hagan de la manera más honesta, el cuestionario es anónimo, no le van a poner su nombre. Gracias".

La escala aplicada permitió determinar la confiabilidad del instrumento de la muestra a la que se aplicó, con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) se obtuvo un Alfa Estandarizado total de 0.78, mayor que el reportado por los autores del instrumento (0.72) en sus diversas versiones (Miller y Tonigan, 1996; Miller y Tonigan, 1997).

Residencia

1.- Participación en el Proyecto: Sistema de Reporte de Información en Drogas -SRID-.

Actividades desarrolladas:

- Capacitación en el proyecto SRID. Conocimiento de la Cédula "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas" y los elementos que la conforman (datos demográficos, motivos de ingreso a las instituciones, problemas asociados antes y después del uso, drogas médicas, no médicas: cocaína, inhalables, marihuana; otras drogas y las socialmente aceptadas, orden cronológico de consumo de drogas, motivo de utilizar drogas por primera vez, etc.). Revisión bibliografía del proyecto y otros similares.

-- Participación en la codificación de las Cédulas, de los reportes número 34 (junio 2003) y 35 (noviembre 2003) mediante una guía para el lector óptico.

-- Capacitación en el proceso de análisis estadístico con el programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Revisión de la base de datos de los reportes 34 y 35.

-- Participación en el proceso de actualización de la guía de codificación de la Cédula, donde se señalaron nuevas variables detectadas en las cédulas.

-- Elaborar la numeralia del SRID, evaluación 34 (junio 2003) y evaluación 35 (noviembre 2003). Donde se señala las tendencias de consumo, patrones de consumo, motivo de inicio, problemas asociados antes y después del uso, delitos asociados al uso de drogas, menciones de sustancias que se conocen en la calle y sustancia antigua reportada por primera vez.

-- Participar en la elaboración del artículo breve titulado "Principales cambios ocurridos y tendencias en el consumo de drogas, identificados mediante el Sistema de reporte de Información en Drogas (SRID) en el año 2003", dicho artículo consiste en la comparación de los reportes 34 y 35; contiene: introducción, características sociodemográficas, patrón de consumo, uso alguna vez en la vida por edad, motivo de inicio de consumo, problemas asociados antes y después del consumo de drogas, tendencias de consumo, descripción de sustancias mencionadas por primera vez en el SRID, referencias.

Por otra parte se tuvieron sesiones académicas (Temas Selectos en Adicciones) en donde los objetivos generales alcanzados fueron:

- Proporcionar los conocimientos teóricos básicos necesarios para la comprensión del fenómeno de la farmacodependencia en la época actual que permita contextualizar e interpretar la situación actual de la investigación de las adicciones, principalmente en México.
- Desarrollar habilidades y competencias profesionales orientadas al abordaje del tema de las adicciones dentro del campo de la salud que permitan un mayor conocimiento de la prevención, el tratamiento y su impacto social.

Dichos objetivos fueron logrados mediante la revisión de diversos documentos y artículos (con la respectiva entrega de reportes de los mismos), exposición de ellos por parte de los alumnos, la titular y especialistas invitados en los temas.

2. Colaboración en los Proyectos que se llevan a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "ACASULCO" de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., capturando expedientes en la base de datos de los siguientes Proyectos:

- ▶ Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
- ▶ Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- ▶ Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (TBUC).

- ▶ Programa de satisfactores cotidianos para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. (antes Programa de Reforzamiento Comunitario; CRA, por sus siglas en inglés).

Participación en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur (R. P. V. S.), de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social (D. G. P. R. S.), dependiente de la Subsecretaría de Gobierno del Gobierno del Distrito Federal (G. D. F.).

Programa: Cambio de actitudes hacia el consumo de drogas.

Actividades desarrolladas:

- Diseñar un Protocolo de Evaluación para internos que ingresan al Programa Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas, para que el personal Técnico Penitenciario lo aplique a los internos que solicitan ingresar a dicho programa y evalúen la conducta adictiva y antecedentes de abstinencia, trayectoria institucional, la disposición al cambio, daño cognitivo, patrón de consumo en los últimos 3 meses, problemas asociados al abuso de drogas e historia y sustancias consumidas.

Los instrumentos de dicho protocolo se han estado capturando (previa capacitación) en una base de datos con el SPSS, para hacer un análisis crítico de la información en este grupo especial y emplearla como diagnóstico que permita implementar cursos o sesiones de tratamiento de acuerdo a las características de dichos participantes.

- Durante la implementación de un seminario dirigido al personal Técnico Penitenciario de dicho Reclusorio, se consideró la revisión y análisis de la información, que en ese momento se tenía disponible, de los datos epidemiológicos de las siguientes fuentes:

- Informe Mundial sobre las Drogas 2004.
- Encuesta Nacional de Adicciones ENA-2002, de la Secretaría de Salud.
- Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID).
- Centros de Integración Juvenil –CIJ-.
- Estudio de consumo de drogas en reclusión: el caso de Costa Rica.
- México, D. F., Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

Sobre este último, se realizó un análisis de 172 expedientes de internos que permanecen o han permanecido en dicho programa del Reclusorio en cuestión, mediante el paquete estadístico SPSS, donde se detectaron: la proporción de monousuarios y la sustancia que reportaron consumir, así como de los

poliusuarios y las sustancias reportadas y de estas cuál es la principal droga; además de la escolaridad de esa muestra. Dicha información se analizó con el personal que estaba asignado al programa antes mencionado con el fin de mejorar el desarrollo de las actividades y los contenidos de las sesiones.

Habilidades adquiridas

- ▶ Diseñar un protocolo de evaluación que permita que otros profesionales apliquen dichos instrumentos los cuales puedan ser capturados en una base de datos.
- ▶ Diseñar instrumentos que permita evaluar el abuso de drogas.
- ▶ Crear bases de datos que permitan conocer la frecuencia del fenómeno de estudio.
- ▶ Capturar información de instrumentos de evaluación y medición en el área de las adicciones.
- ▶ Determinar la confiabilidad de instrumentos de medición en el área de las adicciones.
- ▶ Elaborar guías de codificación para la captura de los datos.
- ▶ Analizar datos mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).
- ▶ Presentar resultados de procedimientos estadísticos, con gráficas, tablas, análisis de resultados y síntesis de la información.
- ▶ Identificar fuentes específicas relacionadas con epidemiología en adicciones a nivel del Distrito Federal, nacional y mundial que permita conocer la frecuencia del fenómeno de estudio y los factores que definen su expansión y gravedad.

Las actividades y habilidades anteriores, aunque no constituyen completamente el cumplimiento de ésta competencia como esta planteada en el sentido de diseñar e instrumentar proyectos de investigación; si permite cubrir muchos aspectos de la misma; ya que se ha descrito el fenómeno, se han hecho análisis críticos de los resultados, se han estudiado grupos especiales y las tendencias que se observan en nuestro país.

Limitaciones y sugerencias

Una sugerencia de la sede del Instituto Nacional de Psiquiatría, es en el sentido de la planeación y diseño de las actividades a desarrollar por parte del alumno en el proyecto en que se participa. Se deberían de reestructurar las actividades de modo que los proyectos en los que los alumnos participan, respondan a las necesidades de su formación y no a la inversa; otra opción sería que se replanteara la competencia de modo que pueda ser más asequible en función de los escenarios disponibles.

1.2 COMPETENCIA 2

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

La prevención se define como una estrategia que reduce la probabilidad de problemas de salud que ocurren en la vida (Eggert, 1995). En este sentido, las intervenciones preventivas se clasificaban en intervención preventiva primaria, secundaria y terciaria (Commission on chronic illness, 1957), permitiendo que muchas intervenciones sean clasificadas como intervenciones preventivas; Gordon (1983) propone una clasificación que replantea los programas de prevención usando uno de los tres tipos de intervención preventiva:

- Universal: aplicado a todos los miembros de una población o residentes de un área geográfica o comunidad que no muestra un factor de riesgo o con tendencias a presentar un desorden.
- Selectiva: para miembros de subgrupos de la población en riesgo de desarrollar un desorden; usuarios seleccionados para la intervención preventiva a partir de su identificación como de alto riesgo.
- Indicada: para personas subclínicas en términos de nivel de enfermedad, pero que presentan problemas clínicamente demostrables. Son acciones dirigidas a detener la progresión del desorden o reducir el daño que este conlleva.

Esta aproximación asume que todas las intervenciones preventivas sean enfocadas a los individuos antes de que desarrollen un desorden; sin embargo no es claro cómo en la práctica la línea podría ser trazada entre intervenciones enfocadas hacia personas que manifiesten síntomas clínicamente significativos y tratamientos para personas con desórdenes (Leaf, 1999; Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003).

Se realizaron las siguientes actividades, en relación a esta competencia.

Actividades teóricas

-- En este rubro, se revisaron las siguientes temáticas:

- Prevención universal, selectiva e indicada.
- Evolución de las ideas de prevención.
- Modelos preventivos americanos.
- Modelos preventivos mexicanos.
- Evaluación en prevención.

-- Se desarrolló un trabajo con el fin de prevenir los riesgos por el consumo de alcohol:

En dicho trabajo se señala que las políticas preventivas tienen como meta principal disminuir la prevalencia de todos los problemas relacionados con el consumo de alcohol; estos se presentan en los dominios de lo físico, lo psicológico y lo sociocultural, abarcando así tanto los daños a la salud del bebedor como los que se producen en su familia y en la sociedad (Secretaría de Salud, 2001).

Las medidas preventivas de un programa efectivo abarcan a la totalidad de quienes ingieren bebidas alcohólicas y no concentrarse sólo en aquellos que pueden ser clasificados como bebedores excesivos o dependientes del alcohol.

Dentro de las propuestas señaladas en el trabajo se consideran:

- Replantear la pena privativa (arresto), por una acción educativa, mediante una intervención breve por un especialista.
- Especificar la cantidad de copas estándar recomendada para adultos en todos los envases de cualquier bebida alcohólica.
- Anexar una etiqueta en el envase de la bebida, donde se indique cómo medir un trago estándar y sugerencias para un consumo moderado además de señalar en qué situaciones no beber.
- Señalar (en el envase) algunos teléfonos, Instituciones y páginas de Internet donde se proporcionen tratamientos para abuso o dependencia al consumo de alcohol e información sobre dicha sustancia.

-- Se desarrolló una presentación para adolescentes de una escuela de nivel bachillerato, que proporcione elementos para una toma de decisión apropiada de ellos sobre el consumo de drogas; se da a conocer el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Los contenidos de dicha presentación son:

- ◆ Conceptos: Droga, abuso y dependencia a drogas
- ◆ Factores de riesgo
- ◆ Proceso de adicción, tolerancia y abstinencia
- ◆ Sistema mesolímbico o de recompensa
- ◆ Consecuencias del consumo
- ◆ Encuesta Nacional de Estudiantes
- ◆ Factores de protección
- ◆ Tratamiento breve

Participación en el R. P. V. S., (D. G. P. R. S.; G. D. F.).

Actividades desarrolladas:

-- Se impartieron una serie de conferencias a toda la población interna (140 internos), que participaban en el Programa de Cambio de Actitud hacia el Consumo de drogas del Dormitorio 2 del Reclusorio Preventivo Varonil Sur; con el objetivo de proporcionar conocimientos que permitieran la prevención en la recaída al uso de drogas. Las temáticas expuestas fueron:

- ✘ Proceso de la adicción
- ✘ Neurobiología de las adicciones
- ✘ Consecuencias del abuso de drogas
- ✘ Conductas condicionadas
- ✘ Proceso de cambio de conducta
- ✘ Alternativas al consumo (opciones a las conductas condicionadas)

Se impartió el curso denominado Prevención de Conducta Adictiva a 38 internos (en 3 grupos) que participaban en la fase de seguimiento y que tuvieran hijos de entre 10 y 15 años de edad con el fin de proporcionarles los conocimientos y las estrategias que les permita prevenir el uso de drogas en los hijos de dichos internos. Los temas revisados fueron:

- Factores de riesgo para el consumo de droga
- Cambios neurobiológicos por el abuso de droga
- El consumo de droga como conducta aprendida
- Consecuencias psicosociales y a la salud por el abuso de droga
- Influencia de la satisfacción cotidiana en el consumo de droga
- Reforzamiento inmediato y demorado
- Factores de protección para el consumo de droga

La Residencia a pesar de no contar con un escenario específico para implementar un programa preventivo, aporta los elementos teóricos de las diversas materias que permiten desarrollarlo en un escenario Institucional como fue en una escuela de nivel bachillerato o implementarlo en el Reclusorio Sur por lo que también pueden instrumentarse en otros escenarios.

Habilidades adquiridas

- ▶ Conocer los elementos teóricos relacionados con la prevención.
- ▶ Identificar los modelos preventivos mexicanos y norteamericanos.
- ▶ Proponer políticas preventivas en relación al uso o abuso de sustancias.
- ▶ Diseñar intervenciones preventivas dirigidas a adolescentes.
- ▶ Desarrollar eventos educativos para la prevención de recaída.
- ▶ Implementar intervenciones que permitan desarrollar habilidades para que padres de familia prevengan el consumo de droga en sus hijos.
- ▶ Implementar programas preventivos en escenarios específicos.

Limitaciones y sugerencias

Es conveniente considerar el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas, el cual cuenta con escenarios en donde se pueden desarrollar e implementar programas preventivos a nivel individual y comunitario con personas de nivel bachillerato de entre 15 y 18 años de edad.

1.3 COMPETENCIA 3

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

La detección temprana consiste en identificar usuarios que ameriten una intervención y que permitan retardar, detener o eliminar el abuso de la sustancia en la población (Hansen, s/a); como se señaló en la competencia anterior, este tipo de prevención sería la indicada. El término intervención breve, se refiere al tiempo limitado enfocado en estrategias de consejería centrada en el cliente que se enfoca en el cambio de conducta e incrementa la complacencia con la terapia (Fleming y Maxwell, 1999).

Zweben y Fleming (1999), señalan que los objetivos de las intervenciones breves son:

- ◆ Incrementar el conocimiento acerca del costo y consecuencias acerca del uso de sustancias.
- ◆ Reforzar la creencia acerca de la habilidad del usuario para el cambio (autoeficacia). Expectativas de que hay alternativas viables ante el estilo de vida actual y que el individuo puede razonablemente implementar los cambios necesarios para realizarlos. Elección del cliente respecto a la planeación e implementación de metas para el cambio de conductas.
- ◆ Utilizar el sistema de ayuda natural como soporte para el cambio (participante activo).
- ◆ Fomentar que la persona acepte la responsabilidad y compromiso para cambiar (el cual aumenta con el nivel educativo).

Variaciones en intervención breve han encontrado efectividad para ayudar a usuarios no dependientes de alcohol reduciendo o deteniendo su consumo, para motivar a quienes presentan dependencia al alcohol a entrar a un tratamiento de larga duración y para tratar algunos usuarios dependientes de alcohol (NIAAA, 1999).

Para el desarrollo de esta competencia se realizaron las siguientes actividades:

Actividades teóricas

Se diseñó y desarrolló un programa de intervención breve titulado: *Tratamiento Familiar Cognitivo Conductual para adolescentes usuarios de sustancias*. El objetivo del programa es promover un cambio en la conducta de consumo del adolescente mediante estrategias cognitivo conductuales dirigidas a modificar

las interacciones familiares disfuncionales y reforzar las interacciones familiares gratificantes.

El programa se divide en tres fases. Pre-tratamiento, Tratamiento y Seguimiento:

- ◇ La primera fase se divide en tres etapas: primer contacto, inducción al programa y evaluación; tiene como objetivo determinar si los participantes cumplen los criterios de inclusión para ingresar al programa, motivar a la familia para tratamiento, clarificar las expectativas ante el tratamiento y evaluar los factores cognitivos y conductuales implicados en las interacciones familiares disfuncionales que refuerzan la conducta de consumo, así como aquellos factores que pueden facilitar el cambio. Los instrumentos a aplicar al usuario y a la familia son una entrevista semi-estructurada (sustancias consumidas, edad de inicio, frecuencia, cantidad, situaciones de consumo, intentos de abstinencia, reconocimiento del problema); el instrumento POSIT que indica la presencia o ausencia de problemas y para determinar el abuso y dependencia se aplica el CIDI.
- ◇ La segunda fase abarca el reporte de resultados, balance decisional y el plan de tratamiento, se espera desarrollar en la familia habilidades de comunicación y negociación, dirigida a promover un cambio en la conducta de consumo del adolescente, en total son 6 sesiones de tratamiento. Además se incluyen sesiones adicionales con el adolescente, dichas sesiones tienen como objetivo informar sobre las consecuencias del consumo, desarrollar habilidades para rehusarse al consumo y prevenir recaídas. Con la familia también se tienen considerados sesiones adicionales, las cuales tienen por objetivo proporcionar información sobre la etapa de vida del adolescente y la adquisición de estrategias para el adecuado establecimiento de límites.
- ◇ La tercera fase está integrada por cuatro sesiones de seguimiento. Durante las sesiones de seguimiento se pretende evaluar el mantenimiento de los cambios, identificar dificultades y establecer nuevos planes de acción. Los seguimientos se programan al 1º, 3º, 6º, y 12º mes de haber finalizado el tratamiento y se entrevistan al adolescente y a la familia.

Las estrategias de intervención empleadas en este programa son: reestructuración cognitiva, entrevista motivacional, análisis funcional de la conducta y solución de problemas.

Residencia

Colaboración en el Proyecto que se lleva a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "ACASULCO" de la Facultad de Psicología de la UNAM:

- ▶ **Proyecto:** Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

Actividades desarrolladas:

- Recibir la capacitación del programa y desarrollar las actividades señaladas en el mismo, realizando las lecturas programadas, desarrollar juego de roles sobre una situación de intervención aplicando el modelo; observar la ejecución de la intervención de un terapeuta con un paciente real, analizar el programa y proponer alternativas que permitan mejorar el desarrollo del programa.

-- Proporcionar el tratamiento a usuarios asignados.

Participación en el R. P. V. S., (D. G. P. R. S.; G. D. F.).

Actividades desarrolladas:

- Llevar a cabo intervenciones breves con indiciados (aquellas personas que son consignadas por parte de Ministerios Públicos ante un juez penal y llegan a un área denominada Ingreso del Reclusorio) que sean detectados oportunamente con antecedentes de abuso de drogas.

A todos los indiciados se les realiza una breve entrevista, pero particularmente a los que llegan por la noche entre las 22:00 y las 7:00 horas (y cuando al que suscribe le corresponde ese horario) es a quienes por ahora se realiza la intervención; una de las preguntas que hace a los indiciados, es sobre antecedentes de conducta adictiva, si cuentan con tales antecedentes se aplica la intervención breve con un enfoque motivacional el cual tiene como objetivo prevenir el consumo de droga en reclusión. En general, dependiendo de la etapa de cambio (según el modelo transteórico) en la que se pueda identificar al indiciado, serán la (s) estrategia (s) de intervención a emplear.

-- Desarrollar un programa de intervención breve con fundamentos cognitivos conductuales para reducir los daños que causa el consumo de drogas en internos en reclusión. El programa del Reclusorio como ya se mencionó, se divide en dos fases y los siguientes cursos y actividades están dirigidos a internos que concluyen la fase de internamiento y que se incorporan al dormitorio en fase de seguimiento:

- ◆ Curso de prevención de recaídas; las temáticas revisadas son: proceso de adicción, situaciones de consumo de drogas, opciones de cambio de conducta adictiva, estrategias cognitivas para prevenir el consumo, planes de acción para la conducta de consumo y seguimiento.
- ◆ Curso de economía conductual; donde se señalan los elementos que permita a los internos en fase de seguimiento, desarrollar estrategias para prevenir el consumo de droga al distribuir su tiempo en actividades recompensantes y determinar la utilidad del dinero cuando se disponga.
- ◆ “Curso de psicoterapia grupal en adicciones”, los temas a tratar son: pros y contras del consumo, periodos de abstinencia, recompensas naturales, temas de afrontamiento, temas adicionales. Las técnicas didácticas y de intervención son: lluvia de ideas, discusión dirigida, relatoria individual, solución de problemas, ensayo conductual, modelamiento, juego de roles, análisis funcional de la conducta.
- ◆ Intervenciones Breves (empleando el acrónimo FRAMES, por sus siglas en inglés, de Miller y Sánchez, 1993) dirigidas a aquellos internos identificados, señalados o a quienes lo soliciten, que permita detectar oportunamente precipitadores de recaída de consumo y dar seguimiento a los mismos. También se considera y se aplica Intervención Breve a familiares de internos abusadores de droga (s) del Reclusorio Sur que lo solicitan.

Habilidades adquiridas

- ▶ Conocer los elementos teóricos en relación a la intervención breve.
- ▶ Identificar los elementos teóricos que sustentan los programas cognitivo conductuales.
- ▶ Diseñar intervenciones cognitivo conductuales para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Implementar cursos dirigidos a usuarios de drogas con el fin de que logren la abstinencia sostenida.
- ▶ Desarrollar un programa de detección temprana e intervención breve con aproximación teórica cognitivo conductual.
- ▶ Conocer y aplicar el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema a usuarios que lo solicitan.

A partir de lo señalado anteriormente, se considera haber logrado esta competencia desarrollando un programa para la detección temprana e intervención breve con fundamento cognitivo conductual para reducir los daños que causa el consumo de drogas, no encontrando limitaciones o sugerencias.

1.4 COMPETENCIA 4

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

Rehabilitar es habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado. Para las personas que tienen una historia de funcionamiento social, habilidades educativas y lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por su abuso de drogas, la rehabilitación involucra volver a aprender o reestablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables, así como rescatar su salud física y emocional (National Institute on Drug Abuse, 2003). Esta restitución de habilidades es conveniente hacerla a los individuos que presentan una conducta dependiente al consumo de droga, considerada como una adicción la cual se puede definir desde un enfoque conductual como la repetida auto administración de drogas, a pesar del conocimiento de las consecuencias médicas y sociales adversas e intentos para abstenerse del uso de drogas (Roberts y Koob, 1997).

Las adicciones representan un problema que daña tanto a quien lo consume como en la familia y en última instancia a la sociedad que se ven relacionados en problemas laborales (como ausentismo, incapacidad), económicos (erogaciones hacia el consumo), salud (problemas de funcionamiento y además implica destinar mayores recursos a los servicios médicos) y legales (como la comisión de delitos o conductas antisociales y parasociales); ya se ha documentado la relación entre abuso de droga y conducta criminal (Inciardi, Martin, Butzin, Hooper y Harrison, 1997).

Para aplicar programas de intervención en ésta competencia se desarrollaron las siguientes actividades:

Residencia

Colaboración en el Proyecto de Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios Dependientes de Alcohol y otras Drogas (que se desprende del Community Reinforcement Approach, CRA).

La propuesta de reforzamiento comunitario (CRA) es una propuesta de tratamiento para el alcoholismo que se orienta a lograr la abstinencia y se ha ampliado a tratar el consumo de otras drogas.

El uso y abuso de drogas son considerados como conductas operantes que son mantenidas, en parte, por los efectos reforzantes de las drogas. El reforzamiento es un determinante fundamental en uso y abuso de drogas; la observación empírica en humanos y animales de laboratorio proveen evidencia

científica que soporta esa posición. Otro elemento del CRA es la teoría de demanda de consumo, que considera el principio económico del precio donde más que el costo monetario, se refiere a recursos gastados tanto física, social o psicológicamente, incluyendo eventos desfavorables experimentados en la compra, consumo y recuperación del uso de droga. Las oportunidades de costo considera las pérdidas por elegir el consumo de droga en vez de gastar el tiempo haciendo alguna otra cosa (Higgins, 1999).

El CRA integra varios componentes de tratamiento, incluido el generar motivación en el cliente para dejar de consumir, ayudar al cliente a iniciar con la sobriedad, analizar el patrón de consumo del cliente, aumentar el reforzamiento positivo, aprender nuevas conductas de enfrentamiento, e involucrar a otros significativos en el proceso de recuperación. Estos componentes pueden ajustarse a las necesidades del cliente para alcanzar resultados óptimos en el tratamiento. Además, los resultados del tratamiento pueden ser influenciados por factores como el estilo del terapeuta y la intensidad inicial del tratamiento (Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel, 1999).

Barragán (2005), evaluó el tratamiento CRA adaptando a la población mexicana dicho modelo, que permitiera impactar en el consumo dependiente para favorecer la abstinencia, ya que se ha sugerido aplicar y replicar para su evaluación en otras poblaciones los modelos que previamente han sido avalados por su solidez empírica en la literatura científica, en lugar de diseñar nuevos tratamientos (Miller, 1992). Se han encontrado evidencias que indican que la variable "satisfacción cotidiana" disminuye ante el consumo dependiente, pero ha sido poco estudiada y se ha dejado al margen de los modelos conceptuales. La importancia de incluir esta variable en un modelo conceptual que permita explicar el consumo dependiente y su cambio hacia la abstinencia, radica en que se le vincula con la obtención de logros, ya que al elegir el individuo involucrarse en otras actividades correspondientes a diferentes escenarios favorecen la obtención del reforzamiento por otros medios (Correia, Simona, Carey y Borsari, 2002).

Los siguientes son los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos además de la admisión y evaluación: Análisis funcional de la conducta, muestra de abstinencia, metas de vida cotidiana, rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, solución de problemas, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades sociales y recreativas, prevención de recaída y control de emociones (ansiedad, celos, enojo, tristeza).

Actividades desarrolladas:

- Capacitación en el programa con participación en juego de roles, modelamiento, ensayos conductuales y video filmaciones con retroalimentación. Revisión de artículos y materiales relacionados al programa, evaluación teórico-práctica y en el rol de terapeuta mediante listas de cotejo.

- Aplicar el Programa de Satisfactores Cotidianos para rehabilitar a un usuario con dependencia a alcohol, logrando la abstinencia y mejorando su calidad de vida:

Se trató de un usuario masculino de 51 años de edad, ocupación empleado, escolaridad primaria, con dependencia severa al alcohol (según el BEDA) consumiendo una copa estándar de un solo trago y una *caguama* de cerveza en 30 minutos, describía su consumo de alcohol como un problema mayor; en 23 días consumió 593 copas estándar con un promedio de copas por día de consumo de 25.8. Se identificaron las emociones desagradables (con el instrumento ISCA) como las situaciones en las que consumió alcohol. Las situaciones de riesgo que se identifican fueron conflictos con su concubina, la soledad y tener mucho dinero (\$15,000.00 pesos).

De 0 a 10, se ubica en 9 de sentirse seguro en poder dejar de consumir. Entre los motivadores para no consumir señala a su concubina, familia, trabajo, estima y seguridad. Los planes de acción ante el consumo fueron mantenerse ocupado trabajando e ir a AA, cambiar su pensamiento a positivo y tener sólo dinero necesario (menos de mil 500).

Los resultados del análisis estadístico de la prueba de Series Temporales indican significancia estadística (0.88942) en haber logrado la abstinencia.

Participación en el R. P. V. S., (D. G. P. R. S.; G. D. F.).

Actividades desarrolladas:

- Diseñar, desarrollar e implementar la intervención denominada "Sesión Psicológica en Adicciones" (SPA), derivadas de los Programas de Satisfactores Cotidianos, Autocambio Dirigido para Bebedores Problema y Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína de la Residencia en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. para los internos en fase de internamiento, tópicos son los siguientes:

- ◇ Contrato conductual
- ◇ Autoregistro del deseo de consumo
- ◇ Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas
- ◇ Razones de cambio de conducta adictiva
- ◇ Balance decisional
- ◇ Solución de problemas
- ◇ Análisis funcional de la conducta de consumo de droga
- ◇ Análisis funcional de la conducta de no consumo y cadenas conductuales
- ◇ Análisis de gráficas de autoregistro del deseo y disparadores.
- ◇ Identificación del deseo

- ◇ Estrategias de afrontamiento:
 - hablar del deseo y apoyo social
 - autoplática constructiva
 - manejo de pensamientos
 - reestructuración cognitiva
 - alto y distracción al pensamiento
 - auto instrucciones positivas
 - reestructuración de recuerdos
 - actividades de distracción
 - tarjeta de consecuencias
- ◇ Manejo del deseo
- ◇ Rehusarse al consumo (con modelamiento y ensayos conductuales)
- ◇ Decisiones Aparentemente Irrelevantes
- ◇ Hojas de cambio para las siguientes 5 semanas
- ◇ Taxonomía y estrategias para prevenir la recaída
- ◇ Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas

Dicha intervención constituye el eje principal del programa en esta fase de internamiento y el desempeño de los participantes en estas sesiones determina en gran medida si ellos continúan en la fase de seguimiento del Programa.

De las actividades desarrolladas en estas sesiones se solicitan tareas y ejercicios a los participantes, los cuales se integran en un sub-expediente que permite llevar un seguimiento individual de los tópicos revisados en cada participante; también se les daba intervención breve individual cuando lo solicitaban.

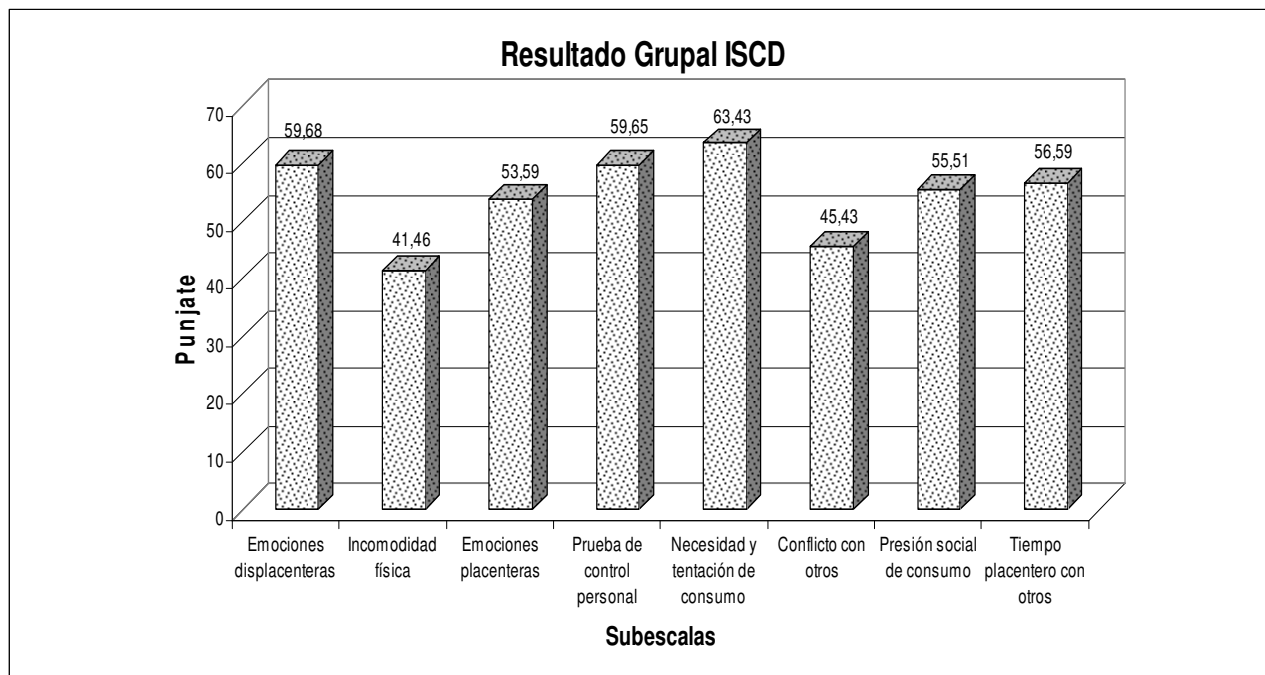
La intervención SPA, ha sido aplicado por 3 psicólogos capacitados en los 3 turnos de Técnicos Penitenciarios, además del que suscribe el presente reporte; por lo que el grupo de 36 participantes se dividió en 3 y a cada turno le corresponde una tercera parte de los participantes (n=12),

A los 36 participantes del SPA, se les aplicó el instrumento Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), los resultados de cada subescala se muestran a continuación en las Figuras 1 y 2.

Figura 1. Resultados grupales de la aplicación del ISCD.

	Emociones displacenteras	Incomodidad física	Emociones placenteras	Prueba de control personal	Necesidad y tentación de consumo	Conflicto con otros	Presión social de consumo	Tiempo placentero con otros
Media	59.68	41.46	53.59	59.65	63.43	45.43	55.51	56.59
Mediana	60	40	47	60	67	40	60	60
Moda	70	33	47	40	55	40	60	47
Mínimo	17	7	7	20	28	9	20	13
Máximo	90	80	88	100	100	90	100	100

Figura 2. Gráfica de las medias grupales de las subescalas del ISCD



Se observa que en la subescala de Necesidad y Tentación de Consumo tuvo el más alto puntaje (63.43, mínimo 28 y máximo 100), seguido de la subescala Emociones Displacenteras (59.68) y Prueba de Control Personal (59.65).

Durante el primer mes de Seguimiento del Programa, se planeó implementar sesiones de Prevención de Recaída, para tratar las Emociones Displacenteras (moda de 70), como el enojo, la tristeza, la ansiedad y formar grupos en donde se encontraban participantes con altos puntajes en dicha subescala; también se formó otro grupo donde se retomen las estrategias cognitivas y otro donde se refuercen las habilidades asertivas para rehusar el consumo de droga.

A los 6 meses de concluida la fase de internamiento se planeó aplicar nuevamente el instrumento ISCD a los mismos participantes con el fin de determinar el efecto del tratamiento en las habilidades de ellos para enfrentar el deseo y el consumo de droga y se vean reflejados en la disminución de los puntajes de las subescalas del instrumento.

Por otra parte, la inclusión del SPA permitió eliminar algunos cursos que se impartían en esta fase de internamiento del programa (como proyecto de vida, familia y sociedad, autoconocimiento y actitud de calidad) para implementar nuevos cursos que coadyuven al SPA, principalmente el de Temas Selectos en Adicciones y otros que se describe a continuación:

- ❖ Temas Selectos en Adicciones. Módulos:
 - Neurobiología de las adicciones: 4 sesiones.
 - Condicionamiento a la adicción: 4 sesiones.

- Economía conductual: 2 sesiones.
- Tasa de respuesta al reforzamiento: 2 sesiones.
- Evaluación de los participantes: 2 sesiones
- Evaluación del curso e instructor: 1 sesión.
- ❖ Habilidades de comunicación y entrenamiento asertivo: 15 sesiones.
- ❖ Relajación: 30 sesiones.
- ❖ Integración grupal: 15 sesiones.

Sobre el curso Temas Selectos en Adicciones (TSA), a continuación se muestran los resultados de su implementación en la Figura 3, donde se señala la edad, escolaridad, la ocupación en el exterior y las 2 calificaciones de cada uno de los participantes.

Figura 3. Resultados de la implementación del curso TSA

No	Edad	Escolaridad	Ocupación	1ª Calificación	2ª Calificación
1	22	1º de secundaria	Chofer de microbús	4.8	1
2	34	2º de secundaria	Comerciante de pan y pintor	7.7	6
3	24	1º de secundaria	Banquetes y empacador	4	9
4	21	2º sem. de bachillerato	Ayudante de materialista	7.5	9.7
5	33	3º de primaria	Vendedor ambulante	7.5	10
6	34	2º de secundaria	Chofer transportista	9	9
7	30	Secundaria	Chofer particular	7	9.2
8	27	4º de primaria	Comerciante	7.5	10
9	32	3º de primaria	Albañil	3	4
10	26	Primaria	Igualador de pinturas y chofer	5.5	9
11	34	Sin instrucción escolar	Pintura automotriz	7	7.9
12	32	Secundaria	Comerciante	6.3	4.8
13	21	3º de secundaria	Rotulista	8.5	8.9
14	32	Preparatoria	Reparación de motocicletas	7	8.7
15	36	Secundaria terminada	Comerciante	7	8.7
16	28	3º de primaria	Aseado de calzado	4.3	5.8
17	23	3º de primaria	Ayte. colocar espectaculares	1.3	4.3
18	27	2º de secundaria	Carpintero y chofer	9.5	7
19	31	Secundaria	Hojalatero y pintor	9.5	10
20	33	Preparatoria	Chofer de taxi	9	9
21	43	2º de secundaria	Comerciante	9.5	8.8
22	24	3º de secundaria	Seguridad privada	7.3	8.3
23	30	5º de primaria	Ayudante de albañil	3	5.3
24	30	1er cuatrim. mercadotecnia	Ejecutivo de ventas	8.5	9.3
25	19	2º de secundaria	Mesero y vulcanizador	7.3	8.5
26	41	5º sem. de bachillerato	Mecánico industrial (tornero)	9	9
27	35	1º de secundaria	Mesero	6.5	9.6
28	31	2º de secundaria	Empleado de oficina	8.3	8.4
29	30	Secundaria	Cocinero	10	10
30	34	4º sem. de economía	Bibliotecario	10	10
31	26	1º de secundaria	Comerciante	2	8.5
32	32	4º de primaria	Empleado de limpieza	3.8	5.8
33	30	1º de secundaria	Mesero y aux. de computación	8.5	9.3
34	42	Secundaria	Comercio y decora interiores	7.5	8
35	20	5º sem. de bachillerato	Estudiante	8	9.9
36	38	Secundaria	Tablajero	7.5	6.3

Se puede observar que los participantes números 3, 5, 7, 8, 10, 27 y 31 mejoraron notablemente en la 2ª calificación (en comparación con la primera).

Llama la atención el participante número 11, ya que no cuenta con instrucción escolar y obtuvo en la 2ª calificación, un resultado mayor que otros que cuentan con secundaria; a este participante como a otros que tuvieron dificultades en la lectoescritura, una persona que no fue el instructor les realizó la evaluación de manera oral y registró sus respuestas.

Los participantes números 29 y 30 obtuvieron los puntajes más altos en las dos evaluaciones.

A continuación se muestran las preguntas y respuestas del participante 29 de la segunda calificación.

1.- Explica en qué consiste el condicionamiento a la adicción: *Es la asociación del estímulo que producen las drogas o conducta de consumo; consiste en asociar lugares, personas, cosas con el consumo de drogas.*

2.- Menciona 4 situaciones de consumo de drogas de las 8 que se revisaron: *Situaciones agradables (alegría, euforia), situaciones desagradables (tristeza, soledad), conflictos con otros (pleitos, discusiones), incomodidad física (sudoración náuseas), situaciones agradables con otros (alegría amigos, fiesta), necesidad de tentación ("no más una", "hace mucho tiempo"), presión social (carrilla), probando autocontrol ("me la llevo relax", "yo si la controlo").*

3.- Menciona qué estrategias cognitivas puedes usar para no consumir drogas: *Decisiones Aparentemente Irrelevantes, distracción del pensamiento, alto al pensamiento, balance decisional, reestructuración de recuerdos, auto-plática constructiva.*

4.- Menciona que estrategias conductuales puedes emplear para no consumir droga: *Grupos religiosos, grupos de AA, hacer ejercicio, cursos, escuela, ocupar mi tiempo en cosas que me beneficien y me agraden.*

5.- Describe qué es la medicina conductual: *La conducta de abstinencia la puedo dividir así: Conducta= ocio+trabajo+necesidades básicas+necesidades sociales → abstinencia*

6.- Señala cómo aplicar la economía conductual para prevenir el consumo de droga: *La puedo aplicar analizando qué hacer con mi dinero, haciendo planes proyectos, es decir, utilizando mis recursos, ropa, comida de forma adecuada; no llevar dinero a lugares donde sé que consumen, traer lo limitado, no pedir prestado por el momento que apenas empiezo a abstenerme, no manejar fuertes cantidades.*

7.- Explica que es la tasa de respuesta al reforzamiento: *Es el rango o número de ejecuciones o actividades que realiza un sujeto para obtener un reforzamiento (dosis) de droga; para más claro, vimos el ejemplo de una rata en experimentación como "palanquea" para "obtener" una dosis de coca.*

8.- Menciona a qué se refiere el reforzamiento inmediato y el reforzamiento demorado: *El reforzamiento inmediato es lo que obtenemos más fácilmente, aquello que según creemos da solución a nuestro problema inmediatamente, ejemplo: si tengo un problema con la pareja me drogo para evadir. El reforzamiento demorado es el que implica más trabajo e involucra más tiempo para obtener un resultado, pero se ha demostrado que puede tener mejores resultados, ejemplo: el mismo problema con mi pareja puedo resolverlo platicando con ella y llegar a un acuerdo, esto sería mejor.*

9.- Menciona que relación tienen el experimento de la rata en la caja experimental (del video) con la conducta adictiva de las personas: *La rata trabaja "palanqueando" para obtener su dosis, nosotros de alguna forma nos encontramos aquí en la cárcel dentro de una caja, estafeteamos (buscar personas), trabajamos, mentimos, robamos, etc. para obtener una porción de dosis, tanto que al igual que la rata, perdemos interés por las cosas importantes y tarde o temprano al igual que la rata, morimos.*

10.- Señala cuáles han sido tus precipitadores o disparadores para la conducta de consumo de droga: *Muchas veces emociones, cuando estoy triste o me siento solo, cuando me siento enojado o con frustración es cuando me he drogado, también detecté últimamente que soy muy inestable ante la "seguridad", cuando aparentemente no pasa nada y llego a sentir autosuficiencia, también me disparan mis recuerdos y el convivir con amigos que consumen, ante las invitaciones de otros llego a consumir algunas veces.*

Ya se ha señalado que un abordaje terapéutico que comprenda y adapte diversos enfoques sobre la dependencia a la cocaína como a) la entrevista motivacional; b) la neurobiología de la cocaína; c) el trabajo con redes sociales; y d) la prevención de recaídas, puede representar una alternativa de tratamiento válida para usuarios de cocaína (Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa 2003). Por lo tanto, un abordaje terapéutico integrado, es decir, la integración de aspectos biológicos, psicológicos y socio ambientales, es lo que se considera actualmente como el abordaje de elección (Solé, 2001).

- Desarrollar un curso denominado *lista de espera* (el cual se describe en la competencia 6), dirigida a internos que no ingresaron al programa en fase de internamiento; dicho curso consta de 9 sesiones y es impartido por el personal técnico penitenciario.

-- Aplicar elementos de economía conductual a internos que se van a incorporar a la fase de seguimiento, por lo que se considera un formato que permita describir la distribución del tiempo en actividades que compitan con la conducta de consumo y planear la utilidad del dinero cuando se tenga, especificando su uso para prevenir la recaída.

Dicho formato se denomina "Plan de Acción para Prevenir el Consumo de Droga" y es llenado por los internos, previa inducción del tema, el cual se integra a su expediente para ser revisado de manera mensual. De este modo, se logra identificar la distribución del tiempo, se registra y actualizan las actividades de tratamiento básico, de apoyo y auxiliar que realizan los internos

en la fase de seguimiento del Programa. Cuando algún interno tiene un consumo de droga se realiza una intervención breve y se revisa su Plan de Acción con el fin de hacerle modificaciones o adecuaciones y se da seguimiento por parte de los 3 turnos de Técnicos Penitenciarios, sobre dichas acciones.

Habilidades adquiridas

- ▶ Identificar los elementos teóricos del CRA que es el precursor del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) y la evidencia de efectividad del tratamiento.
- ▶ Conocer y practicar los componentes del PSC, en el tratamiento de la conducta adictiva.
- ▶ Aplicar el PSC con un usuario.
- ▶ Diseñar intervenciones cognitivo conductuales para rehabilitar a abusadores de drogas.
- ▶ Integrar componentes de varios tratamientos con enfoque cognitivo conductual en una intervención a usuarios con necesidades específicas.
- ▶ Implementar intervenciones cognitivo conductuales que permitan mejorar la calidad de vida de usuarios a drogas en un escenario de prisión.
- ▶ Implementar cursos que coadyuven la comprensión de un tratamiento cognitivo conductual.

Limitaciones y sugerencias

Aunque la competencia señala que las intervenciones se enfocarán a rehabilitar, se podría considerar la *habilitación* para aquellas personas que nunca tuvieron estilos de vida funcionales; es decir a aquellos que requieran aprender por primera vez las habilidades conductuales, las actitudes y valores asociados a convivir en sociedad.

1.5 COMPETENCIA 5

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

La sensibilización se refiere a algo que despierte sentimientos y sea perceptible al entendimiento, es decir que responde a la acción de ciertos agentes.

En relación a la sensibilización, como esta se dio en un contexto institucional, es menester señalar que para lograr un cambio organizacional según Blake y Mounon (1973), se debe iniciar con el cambio individual como un mecanismo de “descongelamiento” previo. Para estos autores los problemas de procesos a nivel interpersonal, grupal e intergrupal, deben gestionarse a través de una sensibilización antes de implantar la estrategia o proyecto planeado. Mencionan que el modelo que proponen permite inducir al cambio y alcanzar los resultados deseados de una manera ordenada y controlada, por lo que proponen una serie de fases para lograr el desarrollo organizacional, entre ellas diagnóstico organizacional y entrenamiento en sensibilización.

Por ello, la labor para introducir nuevos elementos a una institución implica en primer lugar, la valoración del clima organizacional y las posibilidades de adopción de los nuevos conocimientos.

Una vez que se logra sensibilizar, la siguiente etapa consiste en llevar a cabo la capacitación, la cual se puede definir como un proceso sistematizado de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y cumpla con los objetivos de la organización (U.C.E.C.A., 1979).

Para desarrollar una capacitación se requiere un proceso que consiste en las etapas de: planeación, diseño y producción, promoción y ejecución y evaluación y seguimiento (Reza, 1995).

A continuación se describen las actividades desarrolladas para cumplir con esta competencia.

Participación en el R. P. V. S., (D. G. P. R. S.; G. D. F.).

Actividades desarrolladas:

-- Con relación a la sensibilización de los profesionales se desarrollaron las siguientes actividades:

- En reuniones de trabajo formales e informales, del programa de Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas que se desarrolla en ese Reclusorio, se planteaba la necesidad de incluir elementos de tratamiento específico hacia la conducta de consumo, ya que sólo se consideraban temas como sexualidad, clasificación y efectos de las drogas, acondicionamiento físico y participación de grupos de Alcohólicos Anónimos.
- Si un interno consumía o recaía a la droga se le expulsaba del programa (regresaba a su dormitorio de origen), por ello se planteaba la necesidad de hacer una intervención por parte del personal que permitiera prevenir y/o atender la recaída.
- También se cuestionaba y ejemplificaba la falta de instrumentos de evaluación que permitiera identificar a internos que realmente necesitaran el Programa y que el motivo real de su ingreso fuera el de cambiar la conducta adictiva.
- Del mismo modo se planteaba a las autoridades de la institución la necesidad de mejorar el programa con elementos teóricos y metodológicos que permitieran: fundamentar teóricamente el programa, introducir intervenciones sustentadas empíricamente para tratar el consumo de drogas, prevenir y tratar recaídas y actualizar al personal que participa en dicho programa en conocimientos y habilidades.
- Se participó en eventos con el fin de sensibilizar a otros profesionales sobre el enfoque teórico cognitivo conductual en el tratamiento de la conducta adictiva. Uno de ellos fue en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur donde asistieron autoridades de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social y técnicos penitenciarios de otros Centros de Reclusión del Distrito federal, a quienes se les expuso el marco teórico-metodológico y el procedimiento del Programa. En otro encuentro realizado en Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ante autoridades de dicha Dirección y personal técnico penitenciario se hizo una exposición similar; se espera que con estas actividades se logre diseminar el Programa que se lleva a cabo en el Reclusorio Sur y sea replicado en otros Centros de Reclusión del Distrito Federal.
- Reasignar nombres a los salones del dormitorio donde se lleva a cabo el Programa. Antes los salones se llamaban "1o de octubre", "Javier Piña y Palacios" y "salón de usos múltiples", durante un evento protocolario, autoridades de la institución inauguraron los salones que ahora se llaman: "Salón Miller" (William Richard Miller), "Salón Vélez" (José Agustín Vélez Barajas) y "Salón de Usos Múltiples Bandura" (Albert Bandura), en cada puerta se colocó una biografía de cada uno de los anteriores con el fin de conocer las aportaciones teóricas y en el estudio y tratamiento de la conducta adictiva y se solicitó en algunos cursos que los internos hicieran resúmenes de dichas biografías. También durante reuniones de trabajo se informó al personal Técnico Penitenciario que participa en el programa, sobre las aportaciones de dichas personas y su implicación en el modelo de tratamiento que se implementa en el Programa.

El hecho de conocer al personal Técnico Penitenciario, el haber cursado los estudios de la Residencia en Psicología de las Adicciones y sobre todo el haber sido designado como Coordinador del Programa Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas, facilitó llevar a cabo las siguientes actividades de capacitación, disseminación de tratamientos y adopción de instrumentos de medición de la conducta adictiva.

-- Se realizó la planeación, diseño y desarrollo, promoción, ejecución y evaluación del curso denominado "Seminario: Modelos de intervención en adicciones", dirigido al personal Técnico Penitenciario del Reclusorio Preventivo Varonil Sur que se encuentra en el Programa de Cambio de Actitudes Hacia el Consumo de Drogas y en otras áreas y se abarcó los 3 turnos de Técnicos Penitenciarios.

El objetivo del evento educativo fue: analizar los modelos de intervención en adicciones, que permitan su aplicación en el ámbito penitenciario.

Los objetivos particulares fueron:

1. Identificar los principales enfoques en el estudio e intervención en adicciones.
2. Reconocer los elementos teóricos del modelo cognitivo conductual en el estudio de las adicciones.
3. Conocer el modelo transteórico de las etapas de cambio.
4. Determinar los elementos que conforman las intervenciones breves y los factores de riesgo-protección.
5. Identificar las intervenciones efectivas en ambientes penitenciarios.

La evaluación del curso e instructor fueron muy favorables y los resultados del instrumento actitud a drogas en prisión (Airey y Marriot, 2003), mostraron mejoría en el personal que participó.

Esta experiencia permitió identificar en dónde y cuáles podrían ser las mejoras al mismo curso, algunas de ellas fueron:

- ◇ Mejorar las actividades y ejercicios del seminario; lo cual está relacionada con organización de las actividades por parte del instructor.
- ◇ Considerar otros apoyos didácticos.
- ◇ Ejecutar las sesiones de manera ininterrumpida, es decir llevar a cabo las sesiones incluyendo sábados y domingos para que no se pierda la secuencia de las mismas.

-- Se capacitó al personal de los 3 turnos asignados al Programa de Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas, sobre el Protocolo de evaluación para internos que ingresan a dicho Programa, dichas actividades fueron:

1. Revisar la guía de instrucción para aplicar los instrumentos de evaluación.
2. Exponer los fundamentos teóricos de los instrumentos a aplicar.
3. Explicar las instrucciones de los instrumentos para su aplicación.
4. Enfatizar la intervención breve al término de la aplicación de cada parte del protocolo de evaluación (2 partes).
5. Modelar la aplicación de los instrumentos.
6. Realizar ensayos conductuales con internos.
7. Analizar los instrumentos aplicados.
8. Integrar los materiales con el fin de emitir un dictamen de cada candidato, con la supervisión del que suscribe el presente reporte;

En este sentido Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro y Carroll (2005), han señalado que para fines de diseminación de manuales de tratamiento cognitivo conductual en adicciones, el método de entrenamiento en seminario didáctico con supervisión, en comparación con el solo manual y el manual con acceso a un sitio de Internet de Terapia Cognitivo Conductual, es más efectivo en cuanto a evaluaciones de adherencia y habilidades clínicas.

Los candidatos a ingresar al programa realizan una petición por escrito, se les da a que firmen una carta compromiso y el reglamento del programa, posteriormente se aplican los instrumentos que a continuación se mencionan:

- Ficha Técnica que se divide en 4 partes (parte I: datos generales y jurídicos, trayectoria institucional, tratamientos previos y sobre el consumo de drogas; parte II y III: incluye la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional -Composite International Diagnostic Interview, CIDI- y cuando la respuesta es afirmativa se indaga por qué o que especifique; parte IV: información sobre abstinencia y otros datos).
- Escala de Etapas de Cambio, Disposición y Avidéz al Tratamiento SOCRATES (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; versión 8, Drogas).

Una vez hecho lo anterior se explica al candidato el procedimiento de evaluación y se le da una cita para la segunda parte, haciendo una intervención breve con el fin de disminuir o detener el consumo de droga del candidato, empleando el acrónimo FRAMES (Op. Cit.). Posteriormente se aplica la segunda parte del protocolo de evaluación con los siguientes instrumentos:

- Pistas "A" y "B".
- Evaluación del problema y consumo de tabaco.
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de 3 meses.
- Problemas asociados con el consumo antes de ingresar y dentro del Reclusorio.
- Historia y patrones de consumo de drogas.

Finalmente se aplica una intervención breve al candidato para disminuir o detener su consumo de droga.

-- También se tuvieron seminarios y sesiones bibliográficas con el personal técnico penitenciario asignado al programa, sobre los temas que han sido producto de los trabajos de la Maestría y otros materiales revisados, con el fin de mejorar el trabajo que se realiza en dicho programa del Reclusorio, los cuales fueron:

- “La economía conductual en el análisis e intervención de consumo de drogas. Una aplicación en sujetos de una población penitenciaria”; (de la materia de Economía Conductual, de 2º semestre).
- “Condicionamiento a la Adicción”; (de la materia de Neurobiología de las Adicciones, 3er semestre).
- El modelo de comunidad terapéutica. Teoría, metodología, efectividad y su aplicación en ambientes penitenciarios.
- “Guía de intervención para psicoterapia grupal en adicciones”, dirigida al personal con estudios de psicología (pasantes o titulados) quienes impartirán dicha actividad a internos del Programa. Entre los contenidos de dicha guía se encuentran: las funciones del terapeuta (generales y particulares), el procedimiento, las reglas de la actividad, los temas a tratar y las técnicas didácticas y de intervención; este se describió en la competencia 3.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

-- También se tuvieron sesiones de trabajo con el personal Técnico Penitenciario para capacitarlos sobre las siguientes temáticas que son aplicadas a internos que participan en el Programa:

- ◆ Sobre la intervención denominada “Sesión Psicológica en Adicciones” – SPA- para internos en fase de internamiento, en temas como autoregistro y manejo del deseo de consumo de droga, balance desicional, análisis funcional de la conducta de consumo; manejo de pensamientos sobre cocaína, estrategias para rehusar el consumo, etc., descritos anteriormente en la competencia 4; estas sesiones fueron impartidas exclusivamente a psicólogos.

También se llevaron a cabo sesiones de trabajo con el fin de mejorar el procedimiento, los contenidos y la didáctica de las sesiones para adecuar el tratamiento a las características de los participantes (como la escolaridad de éstos y la probable manipulación de la información). Se capacitó a este personal sobre los fundamentos teóricos y cómo emplear el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). También se revisaron la utilidad y los contenidos del curso Temas Selectos en

Adicciones, habilidades de comunicación y entrenamiento asertivo y relajación para reforzar y coadyuvar el trabajo que se realiza en el SPA.

- ◆ Intervenciones breves y entrevista motivacional, dirigido al personal asignado al Programa quienes lo aplican a aquellos internos identificados, señalados o a quienes lo solicitan, ya sea por situaciones de prevención o por caída en consumo de droga. Lo anterior también se logra mediante las “tutorías” (entrevistas de seguimiento) que se aplican a los internos de manera mensual. Por lo tanto, las intervenciones breves constituyen el marco teórico y metodológico de las tutorías que se llevan a cabo con internos en fase de seguimiento en régimen de comunidad terapéutica del Programa.
- ◆ Prevención de recaída; se abordan aspectos como distribución del tiempo y uso del dinero, identificación de situaciones de consumo de droga y elaboración de planes de acción. Conocimiento del modelo de aprendizaje social.
- ◆ Intervención breve grupal a otros significativos, donde se tienen sesiones con familiares de los internos que ingresan a la fase de internamiento del programa y también cuando terminan el mismo (fase de seguimiento), empleando el enfoque conductual y su participación en el cambio de conducta adictiva del interno (monitoreo y reforzamiento, entre otras).

Habilidades adquiridas

- ▶ Analizar la oportunidad y el procedimiento adecuado para sensibilizar al personal sobre la necesidad de adoptar el enfoque cognitivo conductual en el programa de tratamiento del Reclusorio.
- ▶ Llevar a cabo el proceso de capacitación a profesionales quienes puedan implementar programas de intervención con enfoque cognitivo conductual.
- ▶ Planear, diseñar y producir, promocionar y ejecutar, así como evaluar cursos de capacitación al personal que participa en el programa del Reclusorio.
- ▶ Aplicar el modelamiento y los ensayos conductuales durante las sesiones de capacitación que permita una mejora en el desempeño de las actividades del personal.
- ▶ Preparar actividades y materiales para profesionales de diversas áreas como Trabajo Social, Pedagogía, Sociología, Derecho, Cirujano Dentista y Administración.
- ▶ Identificar materiales, documentos y fuentes bibliográficas recientes acerca del tema a tratar para alguna sesión bibliográfica o seminario.
- ▶ Diseminar los materiales elaborados, que permita el acceso a ellos por parte del “nuevo” personal asignado al Programa del Reclusorio.

A partir de lo anterior, se considera haber cubierto esta competencia relacionada con sensibilizar y capacitar a otros profesionales.

Limitaciones y sugerencias

Sería conveniente contar con espacios o escenarios que permitan llevar a cabo la sensibilización y capacitación en los programas de prevención; además de tener los conocimientos acerca del procedimiento para desarrollar adecuadamente un proceso de capacitación.

1.6 COMPETENCIA 6

“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”.

La investigación en su acepción más amplia se puede definir como una búsqueda sistemática, controlada, empírica y crítica de fenómenos naturales y se guía por la teoría y la hipótesis sobre las relaciones entre los fenómenos, siendo pública y amoral (Kerlinger y Lee, 2001).

La investigación de proceso, se refiere al análisis de los problemas con relación a los mecanismos de cambio de la terapia que considera diversos aspectos de estudio que fluctúan entre la aplicación de una intervención y el impacto terminal en el paciente (Kazdin, 2001). Entre los temas de estudio de este tipo de investigación se encuentran el intercambio entre paciente y terapeuta, los acontecimientos que intervienen en los cambios; además de cuestiones como la secuencia, etapas y el progreso del paciente o la acción del terapeuta y el proceso de conocimiento durante el curso del tratamiento o dentro de las sesiones individuales.

La investigación aplicada se refiere al objeto de estudio que suele promover la práctica, busca confrontar la teoría con la realidad. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren (Tamayo, 1996). La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico.

Para poder lograr dicha competencia, se desarrollaron las siguientes actividades.

Actividades teóricas

El objetivo en las actividades teóricas en este rubro, es que el alumno sea capaz de diseñar, desarrollar y evaluar propuestas de investigación en el área de conductas adictivas, con base en los conocimientos y habilidades adquiridas en las asignaturas del tronco teórico metodológico.

Se desarrolló un proyecto de investigación titulado “Programa de intervención para usuarios dependientes a droga en lista de espera a tratamiento en un reclusorio del Distrito Federal”, el cual se describe muy brevemente a continuación.

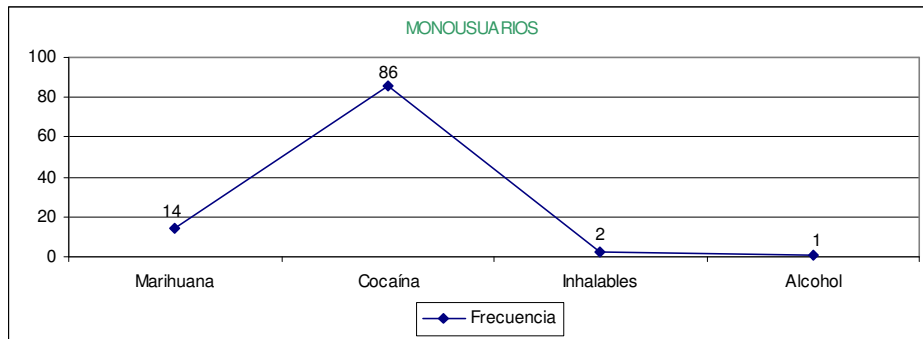
Introducción

Es sabido que el abuso de drogas trae diversos costos como familiares, laborales, a la salud, a la justicia criminal, escolares y gubernamentales, lo que crea costos directos e indirectos (Glantz y Pickens, 1992). En los centros penitenciarios el consumo de droga las cosas son similares.

Con base en la revisión de 172 expedientes de internos que participan o han participado en el Programa de Cambio de Actitudes hacia el Consumo de Drogas, del Reclusorio Sur, se detectaron algunas características de los usuarios de drogas, las cuales fueron:

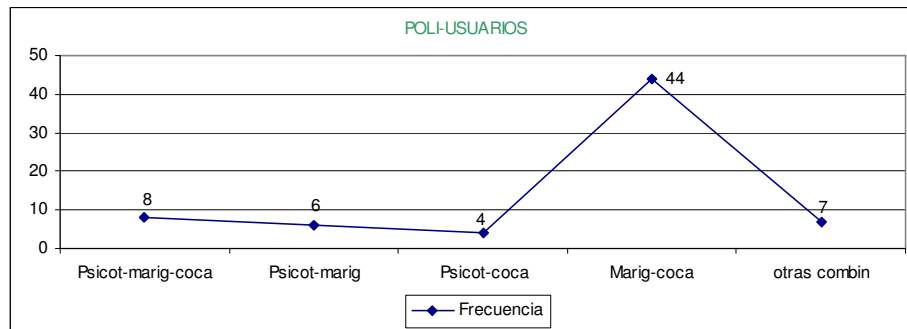
N=172

Figura 1. Frecuencia de droga consumida por monousuarios.



Como se observa en la figura 1, la mayoría de los monousuarios consumen cocaína "crack", (f=86), seguido de marihuana (f=14).

Figura 2. Frecuencias de drogas consumidas por poliusuarios.



En esta figura (2), se observa que la mayoría de los poli-usuarios consumen marihuana y cocaína "crack" (f=44), seguido de psicotrópicos, marihuana y cocaína (f=8)

A partir de lo anterior, se considera pertinente implementar un tratamiento cognitivo-conductual en un grupo de internos usuarios de drogas, para ello se consideran los siguientes elementos teóricos.

Aproximación de reforzamiento comunitario

Para lograr y mantener la abstinencia a la droga los sujetos necesitan hacer cambios en el estilo de vida, particularmente en áreas como: relaciones familiares, actividades recreativas y redes sociales. Altos niveles de satisfacción en el estilo de vida libre de droga es necesario para competir con el reforzamiento derivado del uso de droga y el estilo de vida con uso de droga; en consecuencia, el incremento de la satisfacción en esas áreas en una meta mayor para reducir la probabilidad de continuar el uso de droga (Budney y Higgins (s/a).

Economía conductual

El uso de droga se puede enfocar dentro de la estructura económico conductual, partiendo de los fundamentos del modelo conductual de la Psicología; ésta considera las drogas como reforzadores y el consumo de droga como una conducta operante, cuyo consumo es influenciado por variables económicas y que pueden ser estudiadas en laboratorio como lo señalan Degrandpre y Bickel (1996).

Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína

La teoría del aprendizaje social considera que la auto eficacia que es la percepción que tenemos de nuestro nivel de competencia e influye en el pensamiento acerca de nuestra capacidad de logro y se refleja en nuestras acciones; esa competencia esta determinada por el estado emocional, por la historia de éxitos y fracasos y por el propio repertorio de habilidades de enfrentamiento (Oropeza, 2003). La baja auto eficacia conduce a pensamientos negativos acerca de uno mismo y a una motivación pobre para lograr cambios de conducta; por otra lado, la elevada auto eficacia conduce a actuar de manera más asertiva y fortalece nuestra capacidad de resiliencia (Bandura, 1999).

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), es un método no directivo centrado en la persona, cuyo objetivo es promover su motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico; es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar; la motivación en este contexto es un estado de disponibilidad, el cual puede cambiar de un momento a otro. Los principios básicos de la EM son: expresar empatía, crear la discrepancia, evitar la discusión, manejar la resistencia y fomentar la autoeficacia. Las estrategias que se emplean son: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmar, resumir y provocar afirmaciones automotivadoras.

A partir de los elementos teóricos y metodológicos anteriores, se considera conveniente llevar a cabo una intervención con el objetivo de lograr la abstinencia en los usuarios de drogas.

Método

Participantes: Participarán grupos de 8 internos del reclusorio Preventivo Varonil Sur, que soliciten el tratamiento para conducta adictiva, con clasificación de consumo moderado y severo, siguiendo los lineamientos del DSM-IV. Se consideran como criterios de exclusión: tener algún trastorno psiquiátrico y/o presentar un cuadro de depresión.

Escenario: Las sesiones grupales se desarrollarán en un aula del dormitorio 2, del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, el cual cuenta con pizarrón, sillas e iluminación adecuada.

Instrumentos:

- ❖ Escala de Etapas de Cambio, Disposición y Avidez al Tratamiento (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES-D8).
- ❖ El sub-test de símbolos de dígitos de la prueba de inteligencia -WAIS-; asociado con la prueba de memoria de Weshler.
- ❖ Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20)
- ❖ Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)
- ❖ Criterios de abuso o dependencia del DSM-IV
- ❖ Línea Base Retrospectiva -LIBARE de 6 meses.

Materiales: Apoyos didácticos (pizarrón, plumones, borrador) materiales didácticos (papelería, plumas), formatos para auto registro.

Variables:

Variable Independiente: Programa de intervención para usuarios de drogas.

Variable Dependiente: Conducta de consumo de droga.

Diseño: Se empleará un diseño preexperimental de tipo pretest-postest de un solo grupo: O X O

Consiste en la evaluación de los participantes (O), posteriormente se realizará la intervención (X) que consistirá en dos fases una ambulatoria y otra en internamiento, después se realizará otra evaluación (O) (Kazdin, 2001); con tres seguimientos bimestrales.

Procedimiento: A los participantes que hayan solicitado tratamiento de adicciones, se les realizará una evaluación consistente en la aplicación de los instrumentos antes descritos. La intervención consistirá un tratamiento ambulatorio grupal y el contenido de las sesiones serán flexibles en su aplicación, también se revisará un autoregistro del deseo y del consumo de droga en cada sesión; las sesiones serán las siguientes:

Sesión 1: Conducta condicionada al dinero y el enfoque de la economía conductual. Auto-registro de la conducta de consumo y el deseo.

Sesión 2: Análisis Funcional de la conducta de consumo. Establecimiento de metas y planes de acción a desarrollar.

Sesión 3: Identificación y manejo de pensamientos relacionados con el consumo.

Sesión 4: Análisis de la LIBARE. Gráfica del deseo y del consumo; solución de problemas.

Sesión 5: Entrenamiento en rehusar el consumo de droga.

Sesión 6: Entrenamiento en habilidades sociales.

Sesión 7: Control de emociones: enojo, tristeza y/o ansiedad.

Sesión 8: Identificación y manejo del deseo relacionado con el consumo.

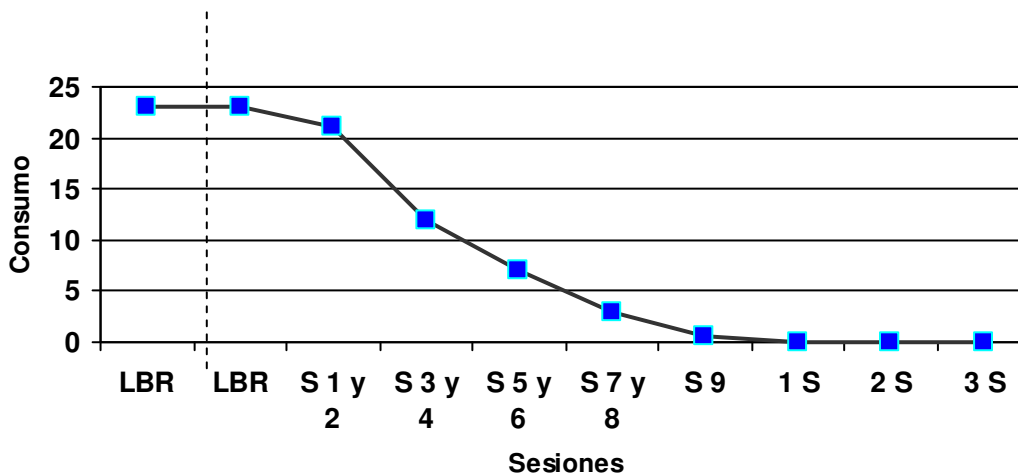
Sesión 9: Entrenamiento en relajación. Situaciones de riesgo y planes de acción para prevención recaídas.

Posteriormente, se aplica una evaluación post-test con los instrumentos:

- ❖ Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20)
- ❖ Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)
- ❖ Línea Base Retrospectiva

Se graficarán la LIBARE y los auto-registros de conducta de consumo y otra de deseo durante la intervención; posteriormente se realizará el postest y los seguimientos graficándose, como se muestra en la gráfica 1:

Gráfica 1. Pretest-postest y seguimientos.



En donde:

LBR= Línea Base Retrospectiva

S 1 y 2= sesión 1 y 2, S 3 y 4= sesión 3 y 4, S 5 y 6= sesión 5 y 6

S 7 y 8= sesión 7 y 8, S 9= sesión 9.

1 S= Primer seguimiento 2 S= segundo seguimiento

3 S= tercer seguimiento

A partir de lo anterior se lograron desarrollar las siguientes habilidades:

- ▶ Conocer los elementos teóricos para el desarrollo de proyectos de investigación.
- ▶ Desarrollar metodologías que permitan atender una problemática social en un escenario en prisión en situaciones de un solo caso y a nivel grupal.
- ▶ Analizar diversos estudios que permitan reconocer los diseños de investigación.
- ▶ Diseñar tratamientos para usuarios de sustancias con base en evidencia empírica o modelos probados que puedan aplicarse en un escenario en prisión.
- ▶ Seleccionar instrumentos de evaluación pretest-postest en las intervenciones planeadas.
- ▶ Aplicar la metodología científica que permita desarrollar investigación en un escenario que requiere tratamientos efectivos.

Se considera tener los elementos suficientes para poder desarrollar proyectos de investigación de proceso en el área de las adicciones, para brindar opciones para el tratamiento y la rehabilitación a personas con este problema.

Limitaciones y sugerencias

Sería conveniente considerar la factibilidad de lograr la instrumentación de los proyectos de investigación que plantea la competencia, ya que los proyectos de investigación que se realizaron durante la maestría quedaron en esa fase: proyectos. Otra opción sería replantear esta competencia, para que realmente pueda ser cubierta.

II. PRESENTACION DE CASO

2.1 Introducción

EL Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, es un tratamiento breve dirigido a bebedores problema; este tipo de bebedores presentan síntomas clínicos de problemas relacionados con el alcohol como molestias físicas y problemas psicológicos, sociales así como accidentes.

El bebedor problema bebe moderadamente en algunas o en la mayoría de las ocasiones y esporádicamente (los fines de semana, por ejemplo) en cantidades que ponen en riesgo el aumento en algunos problemas antes mencionados; las personas con dependencia severa al alcohol, por otro lado, tienden a beber en exceso cada vez que beben (Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002).

Este tratamiento es una intervención cognitivo conductual y motivacional breve, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el modelo, desarrolla una estrategia de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas (Ibíd.).

El Modelo ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Por tanto, se favorece la participación activa del usuario y se fomenta su responsabilidad a lo largo del tratamiento.

Este Modelo se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por investigadores de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, (Sobell & Sobell, 1992) y ha sido adaptado para su uso en México (Ayala, Echeverría, et al., 1998).

2.2 REPORTE DE CASO CLÍNICO

2.2.1 Motivo de consulta y evaluación

Información obtenida en la entrevista

Usuario de 44 años de edad, estado civil casado, escolaridad preparatoria, vive con su esposa e hijo, en ese momento se encontraba desempleado. Manifiesta como motivo de consulta el “querer dejar de consumir alcohol”, “me creí capaz de llevar y controlar el alcohol y no pude”; señala que no le funcionó el programa de AA, que lo que le motivó a asistir al presente tratamiento fue el hecho siguiente: estaba con su hijo de 2 años de edad y pasó por una cantina a la cual entró a consumir 4 copas de destilado (antes ya había consumido 4 copas), posteriormente recuerda levemente que estaba recostado en el pasto agarrando a su hijo y que su esposa se llevaba al menor; lo que sucedió fue que salió del bar alcoholizado y luego se quedó en un parque recostado sin soltar a su hijo, al parecer le avisaron a su esposa y ella llegó y se llevó al niño. Las primeras semanas de que sucedió el hecho y al pasar por esos lugares (cantina y donde se quedó con su hijo) le producía muchas “dificultades”.

La frecuencia de consumo es de 3 ocasiones al mes; la cantidad por ocasión es de 5 copas estándar en promedio. Consume principalmente destilados (brandy) en un 85% y eventualmente cerveza (10%), lo hace solo y en lugares públicos y privados; señala que bebe por los efectos.

Señala que tiene un hermano que es abstinentes y otro hermano que tiene un consumo problemático.

Inició el consumo de alcohol a los 18 años de edad, por lo que ha consumido alcohol por 26 años y en los últimos 5 años ha tenido problemas con su forma de beber, por lo que considera su consumo como un gran problema; ha tenido consecuencias por el consumo como:

- Problemas emocionales como sentimientos de culpa.
- Poner en riesgo la seguridad de su hijo
- Problemas con su esposa
- Problemas legales (acusación)
- Accidente

Desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema, en siete ocasiones ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo, lográndolo durante 4 meses y el tiempo de mayor abstinencia ha sido de un año.

Evaluación realizada por medio de instrumentos e inventarios

Durante la sesión de evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

Prueba de pistas A y B, subescalas retomadas de la batería Halsted-Reitan Neuropsychological Test Battery for Adults con la que es posible revisar el deterioro o daño cognitivo, resultado del consumo excesivo de alcohol, se obtuvo lo siguiente:

Pistas parte A: 27 segundos

Pistas parte B: 1 minutos 10 segundos

➤ Sin daño o alteración aparente en la ejecución de estas pruebas.

Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), fue desarrollado para medir todos los rangos del Síndrome de Dependencia al Alcohol formulado por Edwards y Gross (1976). Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retiro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber.

❖ Puntaje obtenido en BEDA: 15 puntos. (10-19): Dependencia media.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA); (Annis 1982, 1986). Se desarrollo para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída.

Resultados del ISCA en la Tabla 1, indican que las situaciones de mayor consumo se sitúan en la subescala de *probando autocontrol*, seguido de las subescalas *emociones agradables* y *momentos agradables con otros*, estos en el mismo grado, como se observa a continuación:

Tabla 1. Resultados del ISCA

Emociones desagradables	5
Malestar físico	7
Emociones agradables	8
Probando auto-control	14
Necesidad física	6
Conflicto con otros	1
Presión social	6
Momentos agradables con otros	8

Los reactivos donde el usuario señala situaciones en las que frecuentemente ha consumido alcohol, (de la subescala *probando autocontrol*), se enuncian a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Reactivos en los que frecuentemente consume alcohol

Reactivo	Situación de consumo
5	Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas.
17	Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí
57	Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.
81	Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.
91	Cuando quería probarme a mi mismo que podía beber pocas sin emborracharme.

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS); (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980; traducción y adaptación Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002). El cuestionario tiene como objetivo medir el concepto de auto eficacia, con relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo.

Los resultados del CCS, en la Tabla 3, indican que en las subescalas de *emociones agradables* y *probando autocontrol*, se siente inseguro de resistir el consumo, lo que confirma el instrumento ISCA en relación a dichas situaciones de consumo.

Tabla 3. Resultados del CCS

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

Línea Base Retrospectiva (LIBARE); (Sobell, Sobell, Maisto, y Cooper, 1985; Sobell y Sobell, 1992;), se utiliza para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas, cantidad de Copas Estándar -CE- y frecuencia, antes del tratamiento, donde reporten el número de copas estándar consumido cada día durante el último año previo al tratamiento.

Resultados de la LIBARE de 10 meses (marzo de 2005 a enero de 2006), indican que el día de la semana de mayor consumo en el último año ha sido el día sábado, seguido del domingo y viernes, como se observan en la Tabla 4.

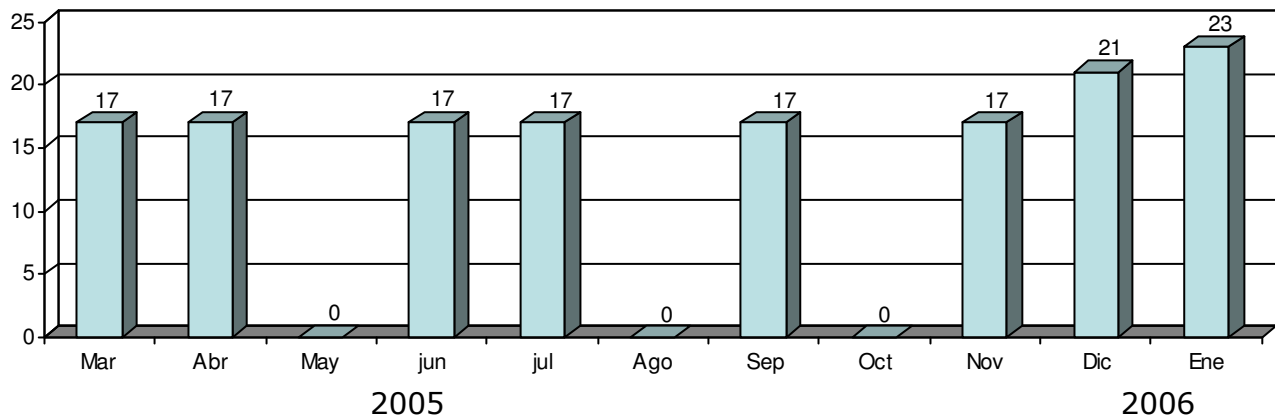
Tabla 4. LIBARE; Consumo por día de la semana, último año

Día de la semana	Cantidad - CE
Domingo	35
Lunes	12

Martes	13
Miércoles	8
Jueves	5
Viernes	25
Sábado	45

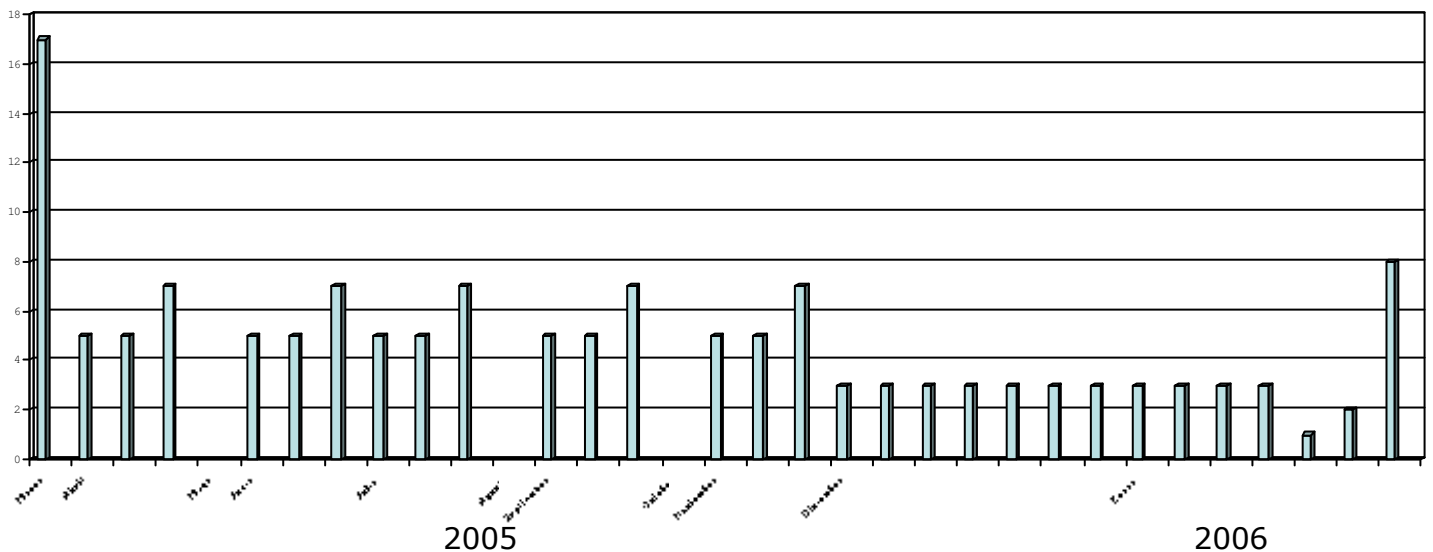
Respecto de los meses del año, a continuación se observa la Figura A, que los de mayor consumo son los meses de diciembre (2005) y enero (2006), observándose un promedio de 17 copas estándar en los otros meses en que consumió:

Figura A. LIBARE; Consumo por mes, último año



En la Figura B, se observa el consumo en el último año por ocasión de consumo, en promedio ha consumido 4 copas estándar por día de consumo y se observan ocasiones de 7 copas y una ocasión de consumo excesivo de 17 copas; se aprecia que el día del incidente mencionado anteriormente en *motivo de consulta*, el consumo había sido de 8 copas.

Figura B. LIBARE; Consumo por ocasión, último año



Los periodos máximos de tiempo sin consumo entre una ocasión y otra fueron de 60 días los cuales ocurrieron del 11 de julio al 8 de septiembre y del 12 de septiembre al 10 de noviembre del año 2005.

Otros datos que se observan de la aplicación de la LIBARE, se muestran en la Tabla 5, en el último año consumió 146 Copas Estándar (equivalente a 8 botellas y media de 750 ml.) en 30 ocasiones de consumo lo que en promedio es 4.8 CE por ocasión de consumo; el promedio semanal de consumo es de 9 CE; el número máximo de CE por ocasión fue de 17 y el número mínimo fue de 1.

Tabla 5. Otros datos obtenidos de la LIBARE

Total de consumo:	146 CE
Número máximo de consumo diario:	17 CE
Promedio por ocasión de consumo:	4.8 CE
Promedio por semana de consumo:	9
Número máximo de días sin consumir:	60 CE
Días totales de consumo:	30 CE

2.2.2 Recursos disponibles y déficit

El usuario manifestó una disposición para el tratamiento y solucionar su consumo excesivo de alcohol al lograr la abstinencia; aunado a que antes de asistir al programa, ya había asistido a 3 sesiones a un grupo de Alcohólicos Anónimos; también el año anterior asistió por 6 meses al mismo programa.

Actualmente el usuario no tiene problemas de salud, ni toma medicamentos. Menciona que actualmente no tiene un trabajo, sin embargo realiza ciertos trabajos eventuales que le permiten un ingreso económico.

Cuenta con el apoyo de su familia (su esposa e hijo) quienes son motivadores para cambiar su consumo de alcohol; aunque ha habido ciertas conductas de malestar de ella hacia el usuario. En general considera que se siente muy satisfecho con su forma o estilo de vida en ese momento.

Se observa que durante el último año, ha tenido 2 periodos sin consumo de 60 días y otro de 53 días entre un consumo y otro. También se observa un consumo promedio por ocasión de 3 a 4 copas estándar, en los últimos 10 meses.

Se identifica como déficit, que el usuario en situaciones en las que trata de probar su autocontrol es cuando frecuentemente consume, hecho que manifiesta desde la sesión de admisión; también se observa que en situaciones

en las cuales están presentes las emociones agradables en el usuario y en aquellas en las que está pasando momentos agradables con otros, han sido situaciones de consumo de alcohol.

2.2.3 Diagnóstico

El usuario presenta déficit en el control de su consumo de alcohol. Su consumo de alcohol se considera problemático.

Se puede apreciar que el usuario presenta una conducta condicionada al lugar, ya que el consumo de 3 o 4 copas en una cantina le produce pérdida de la conciencia y resaca al día siguiente (descarta la bebida adulterada); sin embargo en su casa puede consumir hasta una botella de $\frac{3}{4}$ de litro de destilado y no le produce resaca y recuerda muy bien lo que sucedió. Cabe mencionar que su esposa permitía el consumo de alcohol del usuario e inclusive llegaba a tomar dos copas con él.

El usuario cumple con los requisitos para ingresar al Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, debido a que:

Es mayor de 18 años y menor de 70, Sabe leer y escribir, Tiene domicilio permanente. En la actualidad vive con su familia, No consume más de 30 tragos estándar a la semana. Después de algunas horas de haber dejado de beber en exceso no ha experimentado los siguientes síntomas: Alucinaciones, Convulsiones, Delirios tremens. Los resultados del BEDA indican un puntaje entre 11 y 25 por lo que la persona es candidato a participar en el modelo.

Además el usuario: No acude a tratamiento por que la ley se lo exige, Nunca ha usado heroína, Nunca se ha inyectado sustancia alguna, No acude a algún tratamiento por su consumo de alcohol como Alcohólicos Anónimos o grupos de auto ayuda.

El usuario está dispuesto a ingresar a un tratamiento que consiste en una evaluación, 4 sesiones de tratamiento y 4 sesiones de seguimiento; firma el formato de consentimiento donde se le indica la confidencialidad de la información, sobre el seguimiento, acerca de las alternativas si no tuvo éxito el tratamiento.

Otro criterio de inclusión que cubrió el usuario es el resultado en la prueba de pistas formas A y B los cuales realizó de manera favorable.

En resumen el usuario presenta un consumo de alcohol que se considera problemático, ya que tiene ocasiones de consumo moderado y consumos fuertes (hasta 17 copas estándar por ocasión) y le ha traído como consecuencia problemas, principalmente en el área familiar.

2.2.4 Tratamiento

Se aplicó el Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. El principal objetivo terapéutico establecido y las técnicas empleadas se resumen en la Tabla 6.

Tabla 6. Objetivo terapéutico y técnicas de intervención empleadas.

OBJETIVO	TÉCNICAS
Lograr la abstinencia en el consumo de alcohol.	Autoregistro; Balance desicional; razones de cambio; establecimiento de metas; Tres situaciones de riesgo de consumo, describiendo la situación, los disparadores y las consecuencias; solución de problemas, opciones y planes de acción a las situaciones de mayor consumo.

2.2.4.1 Desarrollo por sesiones

Sesión de admisión. Durante esta sesión se trabajó en la identificación de la disposición al cambio y si el usuario era candidato para el programa de tratamiento.

A partir de la información recabada en este primer encuentro se pudo determinar que el usuario se encontraba en la etapa de determinación, es decir, el usuario está intentando tomar acción en los próximos 30 días, en un futuro muy cercano y ha tomado algunos pasos conductuales en esa dirección; entonces se determina el mejor curso de acción y se planean los pasos hacia la recuperación, como lo señalan Prochaska y DiClemente (1998)

En esta sesión se obtuvo la información relacionada con la historia de consumo de alcohol y las consecuencias del consumo, entre otras, mediante la aplicación del instrumento denominado *entrevista inicial*. Se aplicó el instrumento BEDA y el de Pistas "A" y "B"; también se le indicó al usuario que cumplía con los criterios de preselección, se le explicó el modelo de tratamiento, el tiempo y número de sesiones de que consta el tratamiento y al estar de acuerdo el usuario con ello, firmo el formato de consentimiento.

Sesión de evaluación. En esta sesión se obtuvo información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la auto-eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

Se le explicó al usuario el concepto de trago estándar y el objetivo del instrumento LIBARE para posteriormente aplicarle de 10 meses atrás; también se explicó en que consistía el instrumento ISCA y se le aplicó; posteriormente se le indicó al usuario el objetivo del CCS y también se le aplicó. Se le indicó al usuario cómo llenar el autoregistro y se le explicó el material de la primera

lectura para que los revisara y llevara contestados los respectivos ejercicios para la primera sesión.

Primera sesión. Los objetivos de esta sesión fueron:

- ◆ Explorar la ambivalencia experimentada por el cambio en su conducta de consumo de alcohol.
- ◆ Identificar las razones para suspender el consumo de alcohol.
- ◆ Establecer la meta de tratamiento (moderación o abstinencia).

Todas las sesiones se iniciaron con la revisión del autoregistro; en esta primera sesión registró que no hubo consumo ni situaciones de riesgo.

Posteriormente se revisó el material de lectura y el primer ejercicio denominado decisión de cambio, el cual se señala a continuación:

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
Beneficios	Recuperar la confianza con su pareja. Mejorar la actitud consigo mismo. Terminar estudios pendientes. Convivir con su hijo. Relacionarse mas con su familia primaria	Ningún beneficio de continuar con su forma de beber.
Costos	Ningún costo de cambiar su forma de beber.	Perder la patria protestad de su hijo. Perder a su familia al separarse de su esposa. Conflictos con su familia primaria.

Lo anterior se realizó comentando la información y poniendo énfasis en los beneficios de cambiar su forma de beber así como los costos de continuar con su forma de beber.

Posteriormente se revisó el ejercicio de las razones para cambiar las cuales fueron las siguientes:

1.- Por su persona; cambiar de actitud ya que el consumo de alcohol le ha traído problemas y no creerse seguro de estar "fuera".

2.- Su hijo; No perder la patria protestad de el y ser una figura positiva y de imitación.

3.- Su familia, mejorar la confianza y relación con su esposa.

Se le entregó el reporte de la LIBARE, donde se analizaron los resultados de dicha evaluación, se hizo énfasis en el total de copas estándar en el último año (145) en tan sólo 30 días de ocasiones de consumo.

Dentro del establecimiento de metas, considera no beber en absoluto.

En una escala de 0 a 100 % (donde 0% significa nada importante y 100% significa lo más importante), el usuario considera en 100% la importancia de lograr la meta establecida en ese momento.

En una escala de 0 a 100% (donde 0% significa que cree no logrará su meta y 100% significa estar totalmente seguro de lograr su meta), el usuario se siente confiado en un 85% en lograr la meta establecida. Al cuestionar por qué en un 85% el usuario contestó que identifica ciertos riesgos como su hermano que consume alcohol, sus amigos que también consumen y reuniones sociales donde se consume alcohol.

Al final de esta sesión, se le recuerda continuar con su autoregistro y se le explica el material de la segunda sesión para que traiga resueltos los ejercicios señalados.

Segunda sesión. Los objetivos de esta sesión fueron:

- ◆ Describir tres situaciones de alto riesgo cuando bebe de manera problemática.
- ◆ Identificar los disparadores del consumo excesivo.
- ◆ Señalar las consecuencias de ingerir alcohol en forma excesiva en esas situaciones.

Se revisó su autoregistro y el usuario registró que no hubo consumo ni situaciones de riesgo.

Luego se comentó la lectura correspondiente y se explicitaron los ejercicios realizados por el usuario que se refieren a las 3 situaciones en las que ha tomado alcohol en exceso, cada una sucedió en una frecuencia de 50%, 40% y 10% respectivamente, durante el año pasado, como se describe a continuación:

Situación en la que ha tomado alcohol en exceso:
Lugar frecuentado por amigos.
Disparadores que favorecieron el consumo excesivo en esa ocasión:

La charla de interés y la insistencia o invitación de otras personas.
Consecuencias inmediatas y demoradas, positivas y negativas: Positivas: Momentos agradables con otros, dejar de consumir por un periodo corto. Negativas: Resaca moral y física; pérdida de confianza de los seres queridos.

Situación en la que ha tomado alcohol en exceso: Estando en casa por la noche, una vez que su familia ya se encontraba descansando.
Disparadores que favorecieron el consumo excesivo en esa ocasión: Pensamiento de "ya me lo merezco".
Consecuencias inmediatas y demoradas, positivas y negativas: Positivas: Parecía haber un control de la situación. Negativas: Ninguna aparente.

Situación en la que ha tomado alcohol en exceso: En el trabajo.
Disparadores que favorecieron el consumo excesivo en esa ocasión: Agrado con sus compañeros de trabajo.
Consecuencias inmediatas y demoradas tanto positivas como negativas: Positivas: Sentirse relajado, pasar el tiempo en compañía. Negativas: Ninguna.

Una vez analizadas estas situaciones de riesgo de consumo de alcohol, se revisaron los resultados del ISCA el cual señala que en la subescala con mayor puntaje fue en *probando autocontrol* (14), es decir, frecuentemente en esas situaciones consume en exceso; otras situaciones de consumo se refieren a las subescalas de *emociones agradables* (8) y *momentos agradables con otros* (8). Se le hace referencia a este aspecto para que reflexionara y tratara de encontrar la relación de su creencia de controlar la situación y el consumo excesivo; así como sus estados emocionales positivos y los momentos agradables con otros con el consumo excesivo. De este modo el usuario confirma su idea de que pensaba que controlaba el consumo de alcohol, sin embargo esa era una situación de riesgo frecuente para consumir (en lugares públicos y privados), aunado a los momentos agradables con sus amigos en una cantina al charlar de temas de "interés".

Se le muestra el instrumento CCS en donde se confirma que efectivamente en las situaciones de *probando autocontrol* (80%) y *emociones agradables* (50%), se siente inseguro de resistir la tentación de consumir alcohol.

Al final de la sesión, se le pide continuar con su autoregistro y se le explica el material de la tercera sesión para que resuelva los ejercicios señalados y sean revisados en la próxima cita.

Tercera sesión. El objetivo de esta sesión fue:

- ◆ Desarrollar estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro el consumo de alcohol.

Se revisó su autoregistro y el usuario registró que no hubo consumo ni situaciones de riesgo.

Se comentó la lectura de esta sesión y se revisaron y analizaron las opciones y consecuencias de las situaciones de consumo con mayor frecuencia:

1ª Mejor Opción: No visitar lugares relacionados al consumo por lo que no probará su seguridad de no tener necesidad de alcohol.
Probables consecuencias: Aumentar su autoestima, llegaría a casa tranquilo.
Plan de acción: Realizar actividades alternas al consumo, como convivir más con su familia, trabajar.

2ª Mejor Opción: No frecuentar amigos que consuman.
Probables consecuencias: Mejorar la relación familiar.
Plan de acción: Cambiar sus hábitos de consumo de líquidos, tomando agua y leche.

Otra opción que señala es pensar en su familia y el mal recuerdo de la última situación de consumo. Como plan de acción menciona que tomará en cuenta los contras de consumo en exceso, retomando el balance desicional.

Al final de la sesión, se le recuerda continuar con su autoregistro y se le explica la cuarta sesión para que resuelva los ejercicios señalados y sean revisados en la próxima cita.

Cuarta sesión. Los objetivos de esta sesión fueron:

- ◆ Hacer un resumen final del tratamiento para analizar el progreso del usuario.
- ◆ Revisar la meta de consumo que el usuario estableció al inicio del tratamiento.

Se revisó su autoregistro y el usuario registró que no hubo consumo ni situaciones de riesgo.

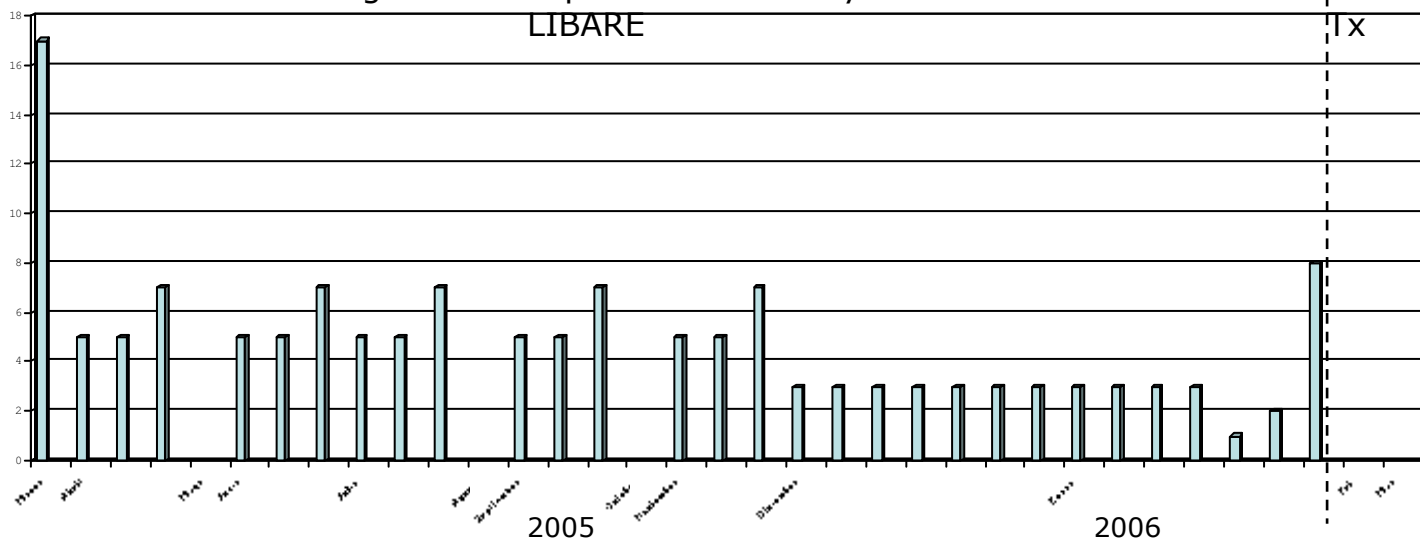
Señala como meta: la abstinencia al consumo de alcohol (nuevamente).

El porcentaje para lograr esa meta es de 100% (la más importante). El porcentaje de que se siente confiado para lograra esa meta es de 100% (esta

totalmente seguro de lograr su meta), la cual aumentó en comparación con la primera sesión que era de 85%. Lo anterior puede indicar que el usuario aumentó su autoeficacia, en la medida que aplicó los planes de acción tendientes a lograr la abstinencia.

Se le muestra una gráfica con resultados de la LIBARE y con el autoregistro de consumo durante el tratamiento, la cual se muestra en la figura C.

Figura C. Comparación LIBARE y Tratamiento



Reporta además:

- * Mejorar la relación con su pareja.
- * Estar más tiempo con su hijo.
- * Cambiar sus hábitos en el consumo de líquidos.
- * Cuando va a la tienda a comprar algo, no le provoca ninguna reacción en especial el ver las cervezas en el refrigerador.

2.2.5 Seguimiento

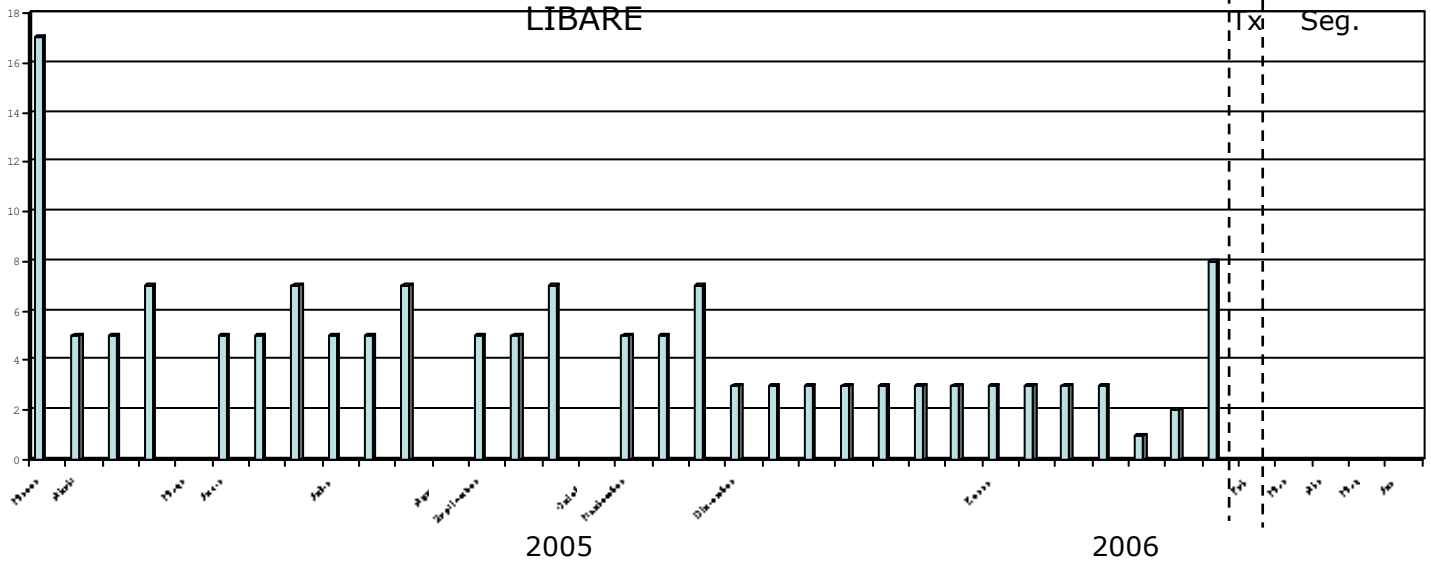
En el seguimiento de 1 y 3 meses se tuvieron sesiones con el usuario, a fin de revisar su auto reporte, las estrategias utilizadas y algunas dudas.

Del autoregistro se observó que no hubo consumo durante ese tiempo. Manifestó que no hubo situaciones de riesgo de consumo y las estrategias utilizadas para no consumir han sido las que señaló en los planes de acción como no visitar lugares relacionados al consumo, no frecuentar a amigos que consumen y recordar las consecuencias negativas del consumo. También señala que ha mejorado la relación con su esposa y que ella esta embarazada; de hecho el usuario le manifestó a su esposa del tratamiento y la necesidad de atención en pareja. De igual forma manifiesta que la situación legal por la patria protestad de su hijo no continuó.

Manifestó que ocupa su tiempo en actividades laborales en un terreno que tiene, cada vez que le da sed va a la tienda y toma leche fría con café (le quita la sed) a pesar de que observa las cervezas no le produce nada; manifiesta que tiene envases de cerveza en su casa para cuando tenga invitados ellos consuman y ello no le implica tentación por consumir.

La figura D, muestra la comparación con el tratamiento y el seguimiento, a tres meses de concluido el tratamiento.

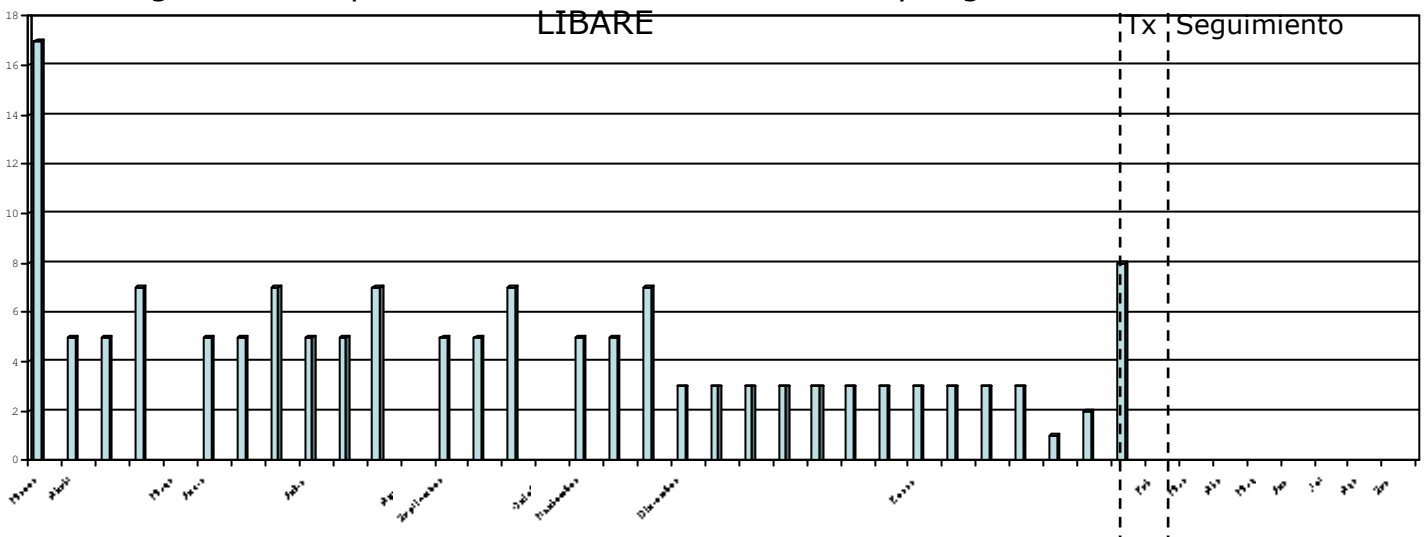
Figura D. Comparación LIBARE con tratamiento y seguimiento a 3 meses



En el seguimiento a 6 meses se entrevistó al usuario, se aplicó la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos seis meses, que se muestra en la Figura E. Manifiesta sentir mayor confianza para lograr seguir en abstinencia y no señala ninguna situación de riesgo de consumo a lo largo de este periodo.

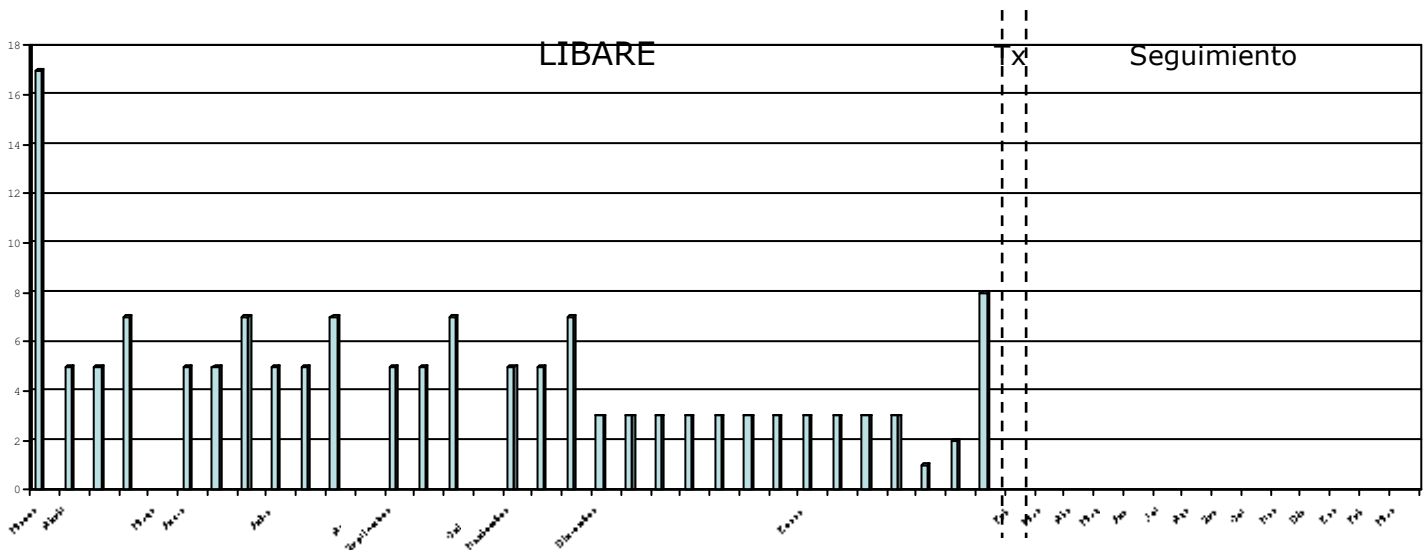
Ha estado trabajando con su hermana y el tiempo restante del día lo dedica a su hijo y al que está en gestación, además de su esposa quienes "llean su vida".

Figura E. Comparación LIBARE con tratamiento y seguimiento a 6 meses



En el seguimiento a 12 meses se entrevistó al usuario, se aplicó la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos doce meses, que se muestra en la Figura F. donde se observa que ha mantenido su meta de abstinencia, no ha tenido situaciones de riesgo de consumo y su vida familiar, laboral y social se han mantenido de manera positiva. Reporte sentirse con la “fortaleza” para mantenerse en abstinencia.

Figura F. Comparación LIBARE con tratamiento y seguimiento a 12 meses



El usuario señala que el nacimiento de su hijo ha permitido distribuir su tiempo en las actividades inherentes de los cuidados y ocuparse de su otro hijo.

El usuario manifestó que el tratamiento le proporcionó las herramientas necesarias para poder lograr su meta y no hace sugerencias al mismo; también agradece el apoyo y atención del terapeuta.

2.3 Comentario final

El que suscribe considera haber cumplido o logrado lo expresado en la *Carta de Exposición de Motivos* para ingresar a la Maestría (30 de enero de 2004) en donde se señaló que la intención de ingresar a la Maestría en Psicología era:

- *Los estudios de Maestría en Psicología me permitirían especializarme para desarrollar programas específicos en escenarios que lo demanden y que me permitan un ejercicio profesional de alto nivel.*
- *Continuar con un desarrollo académico para la adquisición de competencias de alta calidad y continuar difundiendo la ciencia e investigación.*

- *Adquirir conocimientos teóricos y procedimientos metodológicos, con el fin de atender un problema de salud como lo son las adicciones.*
- *Continuar desarrollándome profesional, académica y personalmente.*
- *Estar a la altura de los estándares internacionales de la profesión y ser parte en un grupo de alto nivel que desarrolle un trabajo PROFESIONAL.*

Este último punto, solo lo pueden validar los expertos.

Me comprometo a ser la Raza que Hable del Espíritu científico y humanista que he recibido de la Universidad Nacional Autónoma de México.

“Por mi raza hablará el espíritu”.
Ciudad Universitaria. 2007.

Referencias

Airey, N. y Marriott, J. (2003). Measuring therapeutic attitudes in the prison environment: development of the Prison Attitude to Drug Scale. *Addiction*, 98; Issue 2. February.

Annis, H.M. (1982). Inventory of Drinking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W.R. Miller y Heather, N. (Eds.). The addictive behaviors. Vol. 11. Processes of change. New York: Pergamon Press.

Ayala, H., Echeverría, L., et. al. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México. *Acta Comportamental*, 6, Num. 1, pp. 71-93.

Ayala, H., Carrascoza, C. y Echeverría, L. (2003). Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. *Thomson Psicología*, 1, Núm. 2; pp. 17-36.

Bandura, A. (1999). Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Barcelona: Desclee de Brouwer.

Barragán, L. (2005). Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Blake y Mounton (1973). El modelo de cuadro organizacional. Estados Unidos: Fondo Educativo Interamericano. S. A.

Budney, A. y Higgins, S. (s/a). Therapy Manuals for Drug Addiction. A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. National Institute on Drug Abuse. U. S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.

Commission on chronic illness, (1957). Chronic illness in the United States. Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard University Press. En: Leaf, P. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*, 19, Núm. 4, pp 403-413.

Correia, C., Simons, J., Carey, K. y Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance related reinforcement in the natural environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, pp. 28-34.

Degranpre, R. y Bickel, W. (1996). Drug dependence as consumer demand. En: Green, L. y Kagel, J. H. (Eds.) *Advances in behavioral economics*, vol. 3; substance use and abuse.

Echeverría, L., Ayala, H., Galván, E, y Martínez, M. (2002). Guía de intervención para profesionales de la salud en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Universidad Nacional Autónoma de México.

Edwards, G., & Gross, M.M., (1986). Alcohol Dependence: Provisional Description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, I, 1058-1061.

Eggert, L.; Nicholas, L. y Owen, L. (1995). *Reconnecting Youth: A Peer-Group Approach to Building Life Skills*. Bloomington, IN: National Educational Service. En: Eggert, L. *Reconnecting youth: an indicated prevention program*. Recuperado el 2 de junio de 2006 de: <http://www.drugabuse.gov/MeetSum/CODA/Youth.html>

Fleming, M. y Manwell, L. (1999). Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. *Alcohol research and health*; 23, Num. 2.

Glantz, K y Pickens, R. (Eds.) (1992). Vulnerability to drug abuse. Washington. DC: American Psychological Association. En: DiClemente, C. (1999). Prevention and harm reduction for chemical dependency: a process perspective; *Clinical Psychology Review*; 19, No. 4.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109. En: Leaf, P. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*, 19, No. 4, pp 403-413.

Hansen, W. (s/a). Prevention programs: what are the critical factors that spell success?. National Conference on Drug Abuse Prevention Research: presentations, papers and recommendations. Recuperado el 2 de junio de 2006 de: <http://www.drugabuse.gov/MeetSum/CODA/Critical.html>

Higgins, S. (1999). Potential contributions of the community reinforcement approach and contingency management to broadening the base of substance abuse treatment. En: Tucker, Donovan y Marlatt (Eds.). *Changing addictive behavior, bridging clinical and public health strategies*. New York: The Guilford Press.

Inciardi, J., Martin, S., Butzin, C., Hooper, R. y Harrison, L. (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*; 27, Núm. 2.

Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en Psicología clínica. México: Person Educación.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. México: McGraw Hill.

Leaf, P. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*; 19, Núm. 4, pp 403-413.

Lorea I., Fernández-Montalvo J., López-Goñi J., Landa N. (2003). El soporte teórico en los programas de deshabituación de cocaína: un modelo integrador. *Conductas adictivas*. Lunes 17 de Noviembre; Volumen 3, Número 03.

Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In: P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press.

Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In: P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: P. Davidson & S. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner-Mazel.

Miller, W. R. (1992). Client/treatment matching in addictive behaviors: *The Behavior Therapist*, 15. pp. 7-8.

Miller, W. R., Meyers, R. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol research & health*; 23, Num. 2. pp 116-121.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. España: Paidós.

Miller, W. R., y Sánchez, V. C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.) *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10: 81-89. Recuperado el 18 de noviembre de 2004 de: www.motivationalinterview.org/library/socrates8.pdf

Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1997). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). En: Marlatt, G. Y VandenBos, G., (Eds.). Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention and treatment. United States of America: American Psychological Association.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). Alcohol alert. No. 43, abril. Recuperado el 20 de noviembre de 2004 de: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm>

National Institute on Drug Abuse (2001). Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. Programas de tratamiento dentro de la prisión. NIH Publicación No. 01-4180(S); julio. Recuperado el 2 de julio de 2006 de: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODAT9.html#Prison>

National Institute on Drug Abuse (2003). Serie de reportes de investigación. La comunidad terapéutica. NIH Publicación No. 04-4877(S); diciembre. Recuperado el 30 de junio de 2006 de: <http://www.nida.nih.gov/researchreports/terapeutica/terapeutica.html>

Organización Mundial de la Salud, (2000). Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Organización Panamericana de la salud.

Oropeza, R. (2003). Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortiz A., Soriano A., Galván J. Junio de 2003. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el Área Metropolitana No. 34. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Roberts, A., y Koob, G. (1997). The Neurobiology of Addiction. An overview. *Alcohol Health & Research World*; 21, No. 2.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1998). Toward a Comprehensive Model of Change. En: Miller, W. y Heather, N. (Eds.) *Treating Addictive Behaviors*; New York: Plenum Press. 3-24.

Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1997). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. En Marlatt, G. y VandenBos, G. (Eds.) *Addictive Behaviors. Readings on etiology, prevention and treatment*. United States of America: American Psychological Association.

Reza, J. (1995). Cómo desarrollar y evaluar programa de capacitación en las organizaciones. México: Panorama editorial.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Adicciones; Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas. Primera edición. Recuperado el 25 de noviembre de 2005 de: www.ssa.gob.mx/unidades/conadic

Secretaría de Salud (2002). Encuesta Nacional de Adicciones ENA-2002, Alcohol, Tabaco y otras drogas. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, INEGI.

Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F. y Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 73, Num. 1. pp. 106-115.

Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1992). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. In J. Allen & R.Z. Litten (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*. New Jersey: Human Press.

Sobell, L.C., Sobell, M.B., Maisto, S.A., y Cooper, A.M. (1985). Timeline follow-back assessment method. In D.J. Lettieri, J.E. Nelson & M.A. Sayer. (Eds.). *NIAAA treatment handbook series: Vol.2. Alcoholism treatment assessment research instruments*. (DHHS Publication No. ADM 85-1380, pp. 530-534). U.S. Government Printing Office.

Solé J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. *Integrando psicoterapia y farmacoterapia. Adicciones*; 13(2): 209-225.

Tamayo, M. (1996). El proceso de la investigación científica. *Fundamentos de investigación con manual de evaluación de proyectos*. México: Limusa Noriega Editores.

U.C.E.C.A. (1979). Guía técnica para la formulación de planes y programas de capacitación y adiestramiento en las empresas. Serie técnica No. 2; México: Editorial popular de los trabajadores.

Universidad Nacional Autónoma de México (2004). Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en Psicología de las Adicciones.

Valdivia, G. (2001). Pensamiento epidemiológico; serie de apuntes. Curso: "Elementos de salud pública", MEB-230. Chile. Recuperado el 27 de febrero de 2006 de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/SaludPublica/Apuntes2001/Sesion2303.html>

Zweben, A. y Fleming, M. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. En: Tucker, D. M., Donovan, G. A. y Marlatt (Eds.) Changing addictive behavior. New York: Guilford Press.