



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios de Postgrado

**“REPORTE DE COMPETENCIAS PROFESIONALES Y
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PARA UN USUARIO DEPENDIENTE DE ALCOHOL”**

TESIS

Que para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

LIC. OSCAR FLORES CUELLAR

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. SARAH GARCÍA SILBERMAN

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

MTRO. CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS



**Facultad
de Psicología**

México, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR SUS BENDICIONES, POR SU CUIDADO Y POR LA OPORTUNIDAD DE VIVIR EN ÉSTA EPOCA PARA AYUDAR A LOS DEMÁS.

A ISELA POR SU APOYO INCONDICIONAL, POR SU CALIDEZ COMO SER HUMANO, POR HABERME ENSEÑADO A AMAR Y DAR EL VERDADERO VALOR A LAS COSAS.

A JOSUE OMAR, A ITZEL Y A KAREN POR SU PACIENCIA, COMPRENSIÓN Y AMOR, PORQUE MUCHO DE LO QUE HAGO ES POR ELLOS Y PARA ELLOS.

A MIS PADRES QUE ME ENSEÑARON EL VALOR DE LUCHAR Y ESFORZARSE SIEMPRE, AÚN ANTE LAS ADVERSIDADES.

A MIS HERMANOS POR EXISTIR Y CONFIAR EN MÍ.

A RAYMUNDO, MAGDA, SARA, ISRAEL Y ARTURO POR SU APOYO.

A MIS MAESTROS POR SU DISPOSICIÓN A ENSEÑARME.

A LA DOCTORA LYDIA POR SU ENTUSIASMO, A LA DOCTORA MARIANA POR SU BONDAD.

ÍNDICE

Introducción	1
Competencia 1.	
Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial ..	3
Definiciones de epidemiología	3
Utilidad de la epidemiología	5
Medidas básicas	6
Epidemiología aplicada a las adicciones	7
Epidemiología y las adicciones en México	8
Habilidades desarrolladas	9
Conceptos teóricos	10
Aplicación de la Epidemiología descriptiva	10
Aplicación de la Epidemiología analítica	11
Reflexión	13
Competencia 2.	
Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario	14
Definición y desarrollo	14
La prevención	14
Modelos de prevención	16
Paradigmas de la prevención	17
Ético legal	17
Médico asistencial	18
Sociológico	18
Sociocultural	20
Psicosocial	20
Ecológico	21
El concepto de Resiliencia	22
Niveles de prevención	23

Universal	24
Selectiva	24
Indicada	25
Aspectos operativos de la prevención	26
Modelo probado	27
Propuesta de NIDA	30
Actividades desarrolladas durante la maestría	31
Una Propuesta de Modelo Preventivo en la comunidad	32
Componentes primordiales que guían el proyecto	32
Líneas adicionales de acción en la comunidad	33
Espacios físicos	34
Promoción de medidas	34
Algunas de las habilidades desarrolladas en esta competencia	35
Reflexión	36

COMPETENCIA 3.

Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas	37
Datos epidemiológicos	37
Panorama Nacional	38
Modelos de intervención	39
Modelo de enfermedad	40
Modelo de auto-ayuda	41
Sistémico	41
Conceptos Centrales	42
Cognitivo conductual	43
Conceptos básicos	44
Autoeficacia	46
La conducta de abuso de sustancias	46
Variables involucradas en la conducta de consumo	46
Principios en la explicación de la conducta de consumo	48

Consumo vs déficit en habilidades	49
Intervenciones breves	49
El programa de Autocambio Dirigido	51
Instrumentos empleados	52
El programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y Drogas	53
Las habilidades desarrolladas en esta competencia	55
Reflexión	56
COMPETENCIA 4.	
Aplicar programas para rehabilitar	57
Consecuencias del consumo dependiente	57
Modelo cognitivo conductual	58
Modelo integral de Satisfacción Cotidiana (MSC)	60
Componentes del programa (MSC)	61
Habilidades desarrolladas	63
Reflexión	65
COMPETENCIA 5.	
Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas	66
Importancia de la difusión	66
Capacitación	66
Aprendizaje	68
Diseminación	69
Aspectos a considerar en el proceso de diseminación	70
Características sociales y políticas del entorno	70
Habilidades y recursos aplicados	71
Reflexión	73

COMPETENCIA 6.

Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso	75
Metodología de investigación de grupos	76
Metodología de caso único	77
Diseños de caso único	77
Evaluación de línea base	79
Propuesta de investigación	79
Resultados	81
Habilidades adquiridas en esta competencia	81
Reflexión	82

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Programa de Satisfactores Cotidianos en un Usuario Dependiente de Alcohol	83
Descripción del caso	83
Historia de consumo	84
Evaluación	85
Tratamiento	88
Sesión uno. Muestra de no consumo	89
Sesión dos. Análisis funcional de conducta de consumo	89
Sesión tres. Análisis funcional de la conducta de no consumo	90
Sesión cuatro. Control de emociones, Ansiedad.....	90
Sesión cinco. Control de emociones, enojo.....	91
Sesión seis. Habilidades de comunicación	92
Sesión siete. Solución de problemas	92
Sesión ocho y nueve. Metas de vida cotidiana	93
Sesión diez. Habilidades sociales y recreativas	93
Sesión once y doce. Consejo Marital y Habilidades de Comunicación....	94
Sesión trece. Prevención de Recaídas	95
Sesiones Post-Tratamiento y Seguimiento.....	96

Resultados Finales	96
Primer seguimiento	99
Segundo seguimiento	99
Seguimiento a seis y doce meses	99
Impacto en el Patrón de Consumo	100
Pronóstico	101
Discusión	102
Bibliografía	104

INTRODUCCIÓN

La Universidad ha tenido y tiene un papel histórico y social como agente transformador y dinámico del país, como centro en donde se analiza, explora y construye un mejor futuro global a través de la formación de recursos humanos

Uno de los objetivos es conformar cuadros de profesionales doctos en las disciplinas humanas preparados para encontrar la solución de diversos problemas que afectan al desarrollo de la sociedad.

Este papel, exige una alta responsabilidad de generar, enriquecer y disseminar los conocimientos y su aplicación práctica en el entorno, a modo que respondan a las necesidades de la población, así mismo que los recursos que la sociedad invierte le sean devueltos sobre el sustento de la extensión de los beneficios del conocimiento.

En este orden de ideas uno de los retos que ha ido adquiriendo una compleja dimensión por su multitud de factores y que aqueja de gran manera al país dadas las consecuencias que genera, es el tema de consumo de drogas, esta complejidad y especificidad exige una atención al mismo nivel.

El consumo de drogas se ha convertido en un problema múltiple y complejo, con diversas dimensiones desde las psicológicas, sociológicas, económicas, médicas, etc. Es considerado un asunto de salud pública, con alarmantes tendencias de crecimiento en todo el mundo (Loza y Durand, 2002).

La presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Por el contrario, ha tenido presencia en la mayoría de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones individuales y sociales y las respuestas que las sociedades han ido desarrollando a través del tiempo.

Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial. Sin embargo el uso y la connotación que éste tiene para la sociedad actual ha cambiado, está asociado a problemas que afectan la salud, el entorno social, familiar, el aspecto legal, etc.

En México según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

Existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó en 2.728 litros.

En la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el

año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

El uso de drogas ilegales es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica.

Estos datos ilustran parte de la situación que guarda nuestro país con respecto al fenómeno del consumo de drogas psicoactivas y dan pie a la necesidad de medidas contundentes y a la generación de alternativas de solución desde distintos ámbitos.

Ante este panorama surge el requerimiento de la profesionalización de psicólogos capaces de implementar acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de individuos consumidores de drogas. Por ello la UNAM a través del programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones contempla la formación de profesionales con un alto grado de excelencia académica en el manejo teórico y de procedimientos científicos actuales para la comprensión y manejo del problema de las adicciones.

Se busca desarrollar aquellas habilidades en el profesional encaminadas a conformar un perfil de egresado con competencias profesionales para emprender acciones definidas hacia la solución de problemas generados por este fenómeno, siendo estas:

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

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

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

- Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

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

- Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de procesos en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conducta adictiva en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la investigación, la docencia y supervisión.

El presente documento se divide en dos partes, la primera parte reporta los seis objetivos planteados para cubrir los requisitos en el Programa de Maestría de Adicciones; la segunda parte describe una sesión típica del ejercicio profesional de un caso tratado durante el programa de residencia en dicha maestría.

Competencia 1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial.

Para entender el fenómeno de las adicciones es necesario aprehender diversos conceptos desde distintos abordajes y marcos de referencia. Es así que una parte fundamental de formación en el profesional dedicado a esta problemática, lo conforma la epidemiología. Este modelo de corte positivista, domina y aporta información importante para la investigación y solución de cualquier problema de salud que concierne a la comunidad (López, 1990). En el caso del estudio de las adicciones, proporciona relaciones a su representación numérica, causas y características específicas de la población que estudia. Proveniente de una tradición médica, su aplicación es extensa y se fundamenta en métodos científicos

El modelo epidemiológico ofrece una visión particular, en el caso de las adicciones se requieren consideraciones y ajustes especiales; conocer los conceptos y procedimientos que emplea esta disciplina abre la posibilidad al profesional de emplearlas en la propuesta de soluciones de problemáticas específicas, a través de: métodos, análisis y herramientas.

Definiciones de epidemiología

La palabra epidemiología, proviene de los términos griegos "epi" (encima), "demos" (pueblo) y "logos" (estudio), etimológicamente significa el estudio de "lo que está sobre las poblaciones". La epidemiología no es una ciencia nueva en sus inicios Hipócrates (460-385 a.C.), usó las expresiones *epidémico* y *endémico* para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de determinado lugar,

Desde entonces ha tenido un desarrollo y avance constante, lejos de detenerse ha seguido ganando terreno. La epidemiología desde su nacimiento proporcionó valiosos elementos para interpretar la dinámica de la enfermedad poblacional y ha sido objeto de profundas reformulaciones teóricas en el transcurso de la historia humana.

Conceptos como causa, riesgo, asociación, sesgo de enfermedades cada vez son más sólidos, se encuentran en proceso de revisión permanente, lo que hace la epidemiología una disciplina viva y en constante movimiento (López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Avila, 2000)

La acepción más común de epidemiología, de acuerdo con Ahlbom y Norell (1992), es "la ciencia que estudia la frecuencia de enfermedades en las poblaciones humanas. Que consiste en la medición de la frecuencia de enfermedad y en el análisis de sus relaciones con diversas características de los individuos o de su medio ambiente".

Otra definición más amplia propone, "La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud

en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas (López-Moreno, et al, 2000).

Para Vega (1987), la epidemiología reúne las siguientes características:

- Estudia la evolución de la enfermedad
- Realiza diagnóstico en la comunidad
- Estima el riesgo, de acuerdo a las características de la población
- Incide en la distribución y administración de los servicios de salud
- Integra cuadros clínicos
- Identifica síndromes
- Investiga la multicausalidad

La práctica de la epidemiología se hace a través del método epidemiológico, cuya base se asienta en un conjunto de técnicas estadísticas, de análisis basados en la observación de los fenómenos, la elaboración de hipótesis, el estudio o experimentación de éstos y la verificación de los resultados. El método epidemiológico considera un procedimiento ordenado, metódico y bosquejado de indagación y cotejo, para luego detallar, determinar, evaluar e inferir tales indagaciones y cotejos con fines definidos (González y Luna, 1994).

Para su operación, la epidemiología combina principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplica metodologías de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

En este sentido queda establecido, como afirma Milton (1987) que la epidemiología tiene un vínculo constante con la realidad estudiada, está diseñada para tener un carácter de aplicabilidad, por ello, cualquier intento por separarla y transformarla en algo puramente académico es destruirla

Este carácter de aplicación ha exigido una evolución de la epidemiología para considerar, no solo factores externos y biológicos sino, factores del individuo tales como procesos internos: percepciones y conductas, las cuales influyen en la sociedad para el desarrollo de determinados padecimientos (Gomezjara, 1983).

Por ello en epidemiología, el término condiciones de salud no se limita a la ocurrencia de enfermedades y, por esta razón, su estudio incluye todos aquellos eventos relacionados directa o indirectamente con la salud, comprendiendo este concepto en forma amplia.

Esta visión pone de relieve situaciones no infecciosas cuya elevada frecuencia de aparición no era consecuencia de los mecanismos clásicos de transmisión conocidos para las enfermedades infecciosas transmisibles. Estas enfermedades son conocidas hoy como enfermedades crónicas no transmisibles y también son materia importante de estudio en la epidemiología moderna (Milton, 1987).

Como ya se mencionó la epidemiología ha tenido una evolución histórica en el intento de explicar el proceso de salud-enfermedad, reconociendo a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2006). Este aspecto obliga a reconocer los factores sociales involucrados, lo que hace de éste un proceso dinámico y variable con repercusiones ecológicas en el ambiente de la comunidad y que produce en el individuo un equilibrio de salud o un desequilibrio al cual llamamos enfermedad en un continuo (Martin, 1985).

Utilidad de la epidemiología

De acuerdo a Velásquez (2004), el trabajo epidemiológico puede dividirse en tres categorías:

- Epidemiología descriptiva, que incluye actividades relacionadas con la caracterización de la distribución de enfermedades o trastornos en una población.
- Epidemiología analítica, concerniente a actividades relacionadas para determinar posibles causas para la ocurrencia de enfermedad. Los estudios analíticos aportan información que a través de inferencias buscan explicar los patrones descriptivos, como la identificación de variables asociadas e interrelacionadas.
- Epidemiología experimental: reproducción planeada de la experiencia para probar fehacientemente la hipótesis sometidas al estudio analítico

Bajo esta clasificación el trabajo epidemiológico define específicamente sus objetivos y metas a alcanzar, poniendo las bases metodológicas a través de las cuales el profesional de la salud guía su quehacer y delimita sus objetivos.

En función de ésta clasificación, la utilidad de la epidemiología puede resumirse en los siguientes ámbitos:

- Control de las enfermedades. Identificación, medición (prevalencia), evolución, etc.
- Planificación y ejecución de medidas preventivas. Políticas de salud, destino de recursos materiales y humanos.
- Planificación de la acción terapéutica. Tipos de intervención, individual, comunitaria, establecimiento de medidas, etc.
- Análisis de factores relacionados con la salud pública. Biológicos, individuales, sociales, económicos, antropológicos y sociológicos.
- Estimación de la importancia económica de una enfermedad. Efectos en la población económicamente activa, costo por atención per-capita, pérdidas, etc.
- Investigación sobre la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas. Protocolos, seguimientos, efectividad, alcances, coberturas, etc.
- Comparaciones nacionales e internacionales de la distribución de enfermedad.
- Conocimientos de la distribución de los trastornos y el uso de los recursos con la finalidad de lograr una mejor distribución del gasto sanitario

Ésta amplitud de aplicaciones refleja el avance de esta ciencia para permear ámbitos en distintos rubros de la sociedad, intercaladas con diversas áreas del conocimiento y de la realidad circundante.

Por su parte Richards (1985), plantea las siguientes áreas de ingerencia de la epidemiología, de acuerdo a la enfermedad o trastorno específico, determinando la posibilidad de explicar:

- La etiología o causas de una enfermedad o condición.

- El comportamiento (abusivo o con desviaciones) que resulta en condiciones médicas adversas.
- Las consecuencias derivadas de condiciones médicas-físicas, psicológicas o sociales.
- La magnitud y características de la población tratada y/o que se ha recuperado.
- Los recursos, incluyendo personal, instalaciones y financiamiento utilizados para localizar o tratar casos.

Medidas básicas

Prevalencia.

En el análisis y empleo de la epidemiología son necesarios dos conceptos básicos que de acuerdo a Tapia (1995), se emplean como medidas básicas para valorar la frecuencia de eventos relacionados con la salud en los estudios epidemiológicos:

- La **prevalencia**, cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$P = \frac{\text{No de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

Otra medida de prevalencia utilizada en epidemiología, aunque no con tanta frecuencia, es la llamada prevalencia de periodo, calculada como la proporción de personas que han presentado la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Para el caso de del consumo de drogas, se consideran aspectos como la temporalidad de la conducta de la cual se derivan sub-clasificaciones: a) *prevalencia total* considerando el número de personas que han utilizado drogas, b) *prevalencia lápsica* cuando considera el uso en el último año y c) *prevalencia actual* considerando el último mes.

Incidencia

- La **incidencia** se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Hay dos tipos de medidas de incidencia: la **incidencia acumulada** y la **tasa de incidencia**, también denominada **densidad de incidencia**.

La **incidencia acumulada (IA)** es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período de tiempo concreto. Se calcula según:

$$IA = \frac{\text{No de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

La incidencia acumulada proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo de que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo. Como cualquier proporción, suele venir dada en términos de porcentaje. Además, al no ser una tasa, es imprescindible que se acompañe del periodo de observación para poder ser interpretada

Epidemiología aplicada a las adicciones

En el caso de las adicciones el reto para conformar una epidemiología consiste en definir con claridad el objetivo del estudio, ya que se puede estudiar como un trastorno en sí mismo o como un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud.

Así mismo a diferencia de otros trastornos la adicción por su carácter de “ilegalidad” o “legalidad”, dificulta la recolección de datos, y a su vez ha exigido el desarrollo de instrumentos clínicos que permitan una evaluación confiable.

El encuadre de los estudios epidemiológicos con su dimensión social provee al profesional en adicciones la generación de alternativas de solución. La conformación de estudios de este tipo permite una representación del problema y el grado de penetración que ha alcanzado en la sociedad, así como los daños que ocasionan en la salud y en la sociedad. Se cuenta con elementos científicos sólidos y lógicos, con métodos reconocidos y compartidos mundialmente.

Se convierte en un recurso necesario, una herramienta a través de la cual se proporcione información a distintos grupos de la sociedad y de este modo tener la posibilidad de involucrar a distintos actores sociales, por ejemplo: a quienes elaboran y toman decisiones en las políticas de salud, quienes participan en la distribución y asignación de recursos materiales y humanos, los usuarios de drogas, a quienes estudian el fenómeno, a quienes realizan actividades de prevención, a la sociedad en general, etc.

La epidemiología puede considerarse a un tiempo disciplina científica y herramienta útil para ayudar a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la gestión. La aplicación e interpretación de su aporte de información fiable, conocimiento y previsión relevante para introducir racionalidad en la toma de decisiones, es uno de las tareas encomendadas al profesional en esta área.

Esto es aplicable al entorno más macro de la gestión, es decir al proceso político y planificador (políticas de salud y salud pública), al de la mesogestión (cuyo ámbito de decisión afectaría a los centros e instituciones), y al nivel micro, que se correspondería con la gestión clínica, es decir con las decisiones que afectan directamente a los individuos de forma aislada o colectiva.

Es por ello que el manejo conceptual no se encuentra hundido en una estandarización rígida, no se limita a una definición de libro, en lugar de ello, se encuentra en un continuo de realidad donde el fenómeno esta interrelacionado e interactuando con otras dimensiones del individuo. Se consideran las características del medio inmediato, las condiciones legales, las características del individuo, la conducta posterior al consumo, etc.

Epidemiología y las adicciones en México

En el caso de las adicciones es necesario realizar ciertas puntualizaciones, se puede estudiar como un trastorno en sí mismo o como un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud. Las definiciones que se hagan dependerán del objeto de estudio, los indicadores y los enfoques para la identificación del caso (Tapia, 1995).

En México los esfuerzos por aplicar los conocimientos de la epidemiología tiene su origen en una encuesta realizada por el INEGI en 1976 titulada "Las drogas y sus usuarios"

Por su parte La Secretaria de Salud la realiza quinquenalmente desde 1988, lo que ha constituido un acervo de datos acerca del tema (ENA, 2002).

Otro esfuerzo importante ha sido el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), inicialmente se publicó en el Boletín Mensual Epidemiología en 1990, núm. 9, para 1991 se exponen los primeros avances, mencionando los resultados de las encuestas continuas realizadas en el área metropolitana de la capital del país, los obtenidos en algunas unidades de salud de la delegación Iztacalco y la captación de una serie de indicadores de la zona fronteriza del norte del país.

En el año siguiente, se publica en el Boletín Mensual Epidemiología vol. 7, sept. 1992, núm. 9, algunos avances del SISVEA obtenidos de la red de información continua proporcionados por los Centros de Integración Juvenil, los Servicios Médico Forenses y los Centros de Atención Toxicológica de la Ciudad de México, describiendo las principales características de las cuatro sustancias de mayor prevalencia durante 1991 y el primer semestre de 1992 (marihuana, inhalantes, alcohol y cocaína)

Actualmente su cobertura se ha incrementado, a partir de su operación inicial en el año de 1991 en ocho ciudades correspondientes a seis entidades federativas, hasta alcanzar actualmente a 27 ciudades de 19 entidades federativas, lo cual permite lograr un acercamiento al fenómeno del uso o abuso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y drogas médicas fuera de prescripción.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) proporciona un diagnóstico actualizado en Junio y Noviembre de cada año sobre las tendencias del uso de sustancias en la Ciudad de México. (Galván, Ortiz y González, 1997) El SRID inició su funcionamiento en septiembre de 1986 y consiste en un mecanismo de recolección de datos a partir de varias fuentes, con criterios y procedimientos previamente definidos. Esto permite la evaluación de las tendencias y cambios del fenómeno a través del tiempo

El instrumento de recopilación de información es la cedula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Se aplica a los usuarios de sustancias que son captados durante los periodos de evaluación (Junio y Noviembre), en las instituciones participantes. Estas instancias previamente han aceptado colaborar en el SRID de manera voluntaria, continua y con sus recursos humanos y materiales.

Respecto a las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), hasta el momento se han realizado cuatro estudios, el más reciente se llevó a cabo en el 2002. Estos estudios de corte epidemiológico y social tienen como objetivo

generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de varias drogas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.) que afectan al ámbito nacional y que permitan un conocimiento confiable de la magnitud del problema a nivel nacional (ENA, 2002).

El proyecto El Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México, forma parte de las mediciones que trianualmente se realizan desde 1976 y mantienen un seguimiento de la evolución del consumo de drogas en estudiantes, a través del análisis de sus tendencias y expresiones temporales. Es una encuesta con un diseño de muestra estratificado (Secundarias, Bachillerato y Bachillerato Técnico), bietápico (escuelas y grupos) y por conglomerados para facilitar la toma de datos. La muestra es representativa a nivel de cada delegación política del DF.

En general el uso de la epidemiología aplicada en México proporciona datos de gran utilidad para establecer un diagnóstico sobre la magnitud y extensión del consumo de drogas y los grupos de la población más afectados. El análisis más detallado de los resultados permite la identificación de las variables relacionadas con el consumo, las tendencias de consumo, los problemas asociados y las características sociodemográficas, psicológicas y psicosociales de los usuarios, elementos necesarios para cualquier profesional interesado en el tema, las acciones para la generación de líneas de trabajo para enfrentar ésta problemática deben partir de la revisión de estos datos.

Habilidades desarrolladas.

A continuación se describen las habilidades adquiridas para esta primera competencia que se desarrolló a lo largo de los primeros semestres de la maestría en adicciones.

Conceptos teóricos

La experiencia adquirida en esta competencia incluye estos marcos conceptuales y una aproximación al problema de las adicciones. Las habilidades y capacidades incluyen el dominio y manejo conceptual así como la posibilidad de definir e interpretar la importancia de la epidemiología en la salud colectiva, a partir de la cual explorar posibles soluciones.

Con estas bases se desarrollaron recursos para elaborar reportes desde esta disciplina, contando con la habilidad para realizar una lectura e interpretación precisa de resultados de los mismos para darle contexto en un entorno social amplio

Por tanto se accede a una contextualización del fenómeno en una dinámica social que tiene relación directa con el origen, desarrollo y mantenimiento de la adicción en una población determinada.

Como ya se hacía mención, es necesario definir el objeto de estudio y sus limitaciones en los conceptos utilizados, por ejemplo: el uso y el abuso, estos no son extremos de una condición, sino que están mediatizados por dimensiones sociales, medicas, biológicas, legales, el tipo de sustancia, entre otros.

Otros conceptos y datos que utiliza el profesional en la epidemiología dependerán del contexto, la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo.

Por ejemplo el alcohol no tiene prohibición legal sin embargo cuando se ingiere en situaciones que se consideran de riesgo en tanto las consecuencias que se pueden desprender, independientemente de la cantidad, se considera como abuso. En el caso de las drogas ilegales cualquier consumo es considerado como abuso, he aquí un ejemplo de la trascendencia del entorno, en este caso la condición del aspecto legal.

Así los conceptos empleados se ubican para cada caso de acuerdo a sus características, como se dijo anteriormente no solo se toma en cuenta un aspecto biológico-medico sino se incluyen otras áreas como el psicológico, tal es el caso de la consideración de la OMS en la tipificación de la dependencia, ampliando el margen tanto en un aspecto físico y psicológico. Incluye los síntomas de abstinencia, las consecuencias individuales y sociales.

Aplicación de la Epidemiología descriptiva.

Uno de los rubros de la epidemiología es el estudio del fenómeno epidemiológico en tiempo, lugar y persona, cuantificando la frecuencia y distribución mediante medidas de incidencia y prevalencia.

En este sentido una de las habilidades adquiridas en esta competencia, hace referencia a la utilización de las herramientas epidemiológicas para la vigilancia, investigación y evaluación a través de las mediciones en distintas poblaciones.

Particularmente se adquirió la habilidad para utilizar distintos instrumentos de tamizaje validados y confiables como: el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), la Escala de Fagerstrom (evalúa la dependencia a la nicotina) y el Drug Abuse Screening Test (DAST).

Una vez teniendo las bases conceptuales y teóricas que permiten tener una ubicación en el fenómeno de las adicciones, es importante reconocer la aplicabilidad de estos elementos a la realidad social, éste representa un paso significativo para vincular el trabajo teórico y el práctico.

Estos elementos fueron necesarios para el proyecto de investigación que se realizó en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, cuyo objetivo fue realizar un estudio de tamizaje de la problemática de consumo de drogas en esta Institución y de este modo tener herramientas y elementos a partir de los cuales se permitiera la generación de propuestas alternativas que coadyuven en la toma de decisiones en las políticas de las autoridades para cumplir con lo que la sociedad ha encomendado, la rehabilitación de sujetos que, por una u otra razón, se hayan privados de su libertad.

Para dicha investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

1. El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), que fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1989, como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Esta diseñado para detectar problemas aún en etapas tempranas de su manifestación. Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial (De la Fuente, 1982; Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998).

La primera edición de este manual fue publicada en 1989 y fue actualizada en 1992, es una de las herramientas de tamizaje más recientes. Consiste de un cuestionario estructurado breve de 10 preguntas relacionadas al uso de alcohol, los síntomas de dependencia alcohólica y los problemas médicos relacionados con el alcohol. Las tres primeras se relacionan con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las tres siguientes evalúan la dependencia y las cuatro últimas se refieren a problemas causados por el alcohol.

2. La Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom

Desarrollada por Kart-Ovon Fagerstrom, ayuda a determinar los niveles de dependencia a la nicotina de un fumador, ya sean altos o bajos, ha sido empleado en diversos estudios en fumadores. Publicado inicialmente en 1978, con una versión modificada en 1991. Está conformado por ocho preguntas.

3. El Drug Abuse Screening Test (DAST 20)

Desarrollado por Harvey A. Skinner, en el año 1982, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto en Canadá para identificar posible abuso de sustancias psicoactivas y arroja un índice del grado de problemas relacionados con éste. Consta de veinte preguntas dicotómicas.

4. Formato de entrevista estructurada.

Incluye una ficha de identificación de datos generales: edad, escolaridad, calidad delincencial, tiempo en prisión, tipo de delito y estado al momento de la comisión del mismo, drogas consumidas, principal droga que consume, edad de inicio del consumo, cantidad y frecuencia (en el último año y en el último mes).

El objetivo fue conocer los patrones de consumo, las principales sustancias consumidas, los posibles niveles de dependencia y los problemas asociados al consumo

Una vez realizada la selección de los sujetos, hecha por convocatoria abierta e invitación a participar en la investigación, se integró una muestra no probabilística de 200 internos divididos en dos grupos (n=100), uno de sujetos que han estado presos por primera vez (primodelincuentes) y otro de sujetos que han estado presos dos o más ocasiones (reincidentes).

Completada esta fase se procedió a la recolección de datos y al análisis de los mismos. Para ello se empleó el paquete estadístico para computadora SPSS.

La puesta en práctica de los conocimientos adquiridos para reconocer la problemáticas de una población particular, desde un punto de vista epidemiológico, y elaborar un proyecto de investigación abre la posibilidad de empleo de las habilidades y competencias en este rubro.

Aplicación de la Epidemiología analítica

Uno de los rubros de la epidemiología es el estudio de los factores asociados al fenómeno de las adicciones, la diversidad del fenómeno proporciona distintos campos para la investigación en esta área.

La elaboración de instrumentos encaminados a tener un acumulado de datos que den información sobre lo que acontece posterior al consumo como en el

núcleo familiar, es decir no se limita a las consecuencias directas para el individuo sino el impacto en su entorno más inmediato, la familia.

Se adquirió la habilidad para emplear conceptos teóricos de la psicología para estudiar el consumo de drogas como un factor de riesgo para la manifestación de problemas asociados y relacionados, tal es el caso de la agresión. La elaboración de un instrumento que arrojará información acerca de la agresión, en una población delimitada de individuos consumidores de drogas y privados de su libertad; proporcione la experiencia de tener en un escenario real la elaboración de un proyecto con aplicación metodológica.

La oportunidad de llevar a cabo este proyecto se originó de la inquietud por conocer la correlación entre una conducta manifiesta como la agresión, que representa una problemática clara en un ambiente cerrado y controlado, y el consumo de drogas.

Este proyecto se avocó a la construcción de un instrumento que mide los niveles de agresión en sujetos consumidores de cocaína, esto como parte de un estudio encaminado a abordar el fenómeno y la búsqueda de la relación de ambos componentes. Así mismo se explorará si estos niveles son sensibles o tienen modificación a partir de la intervención en el consumo de la sustancia, lo anterior en sujetos privados de su libertad internos en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur del Distrito Federal, bajo un sustento teórico del aprendizaje social.

La relación entre el consumo de drogas (alcohol, marihuana y cocaína) y la agresión ha sido estudiada en diversas investigaciones (Raskin y Hansell, 1998), algunas de ellas refieren que el uso de drogas ilícitas por sí mismo conlleva situaciones de agresión y violencia dado su carácter ilegal.

En laboratorio la administración de cocaína ha mostrado pocas pruebas en la relación con la conducta agresiva (Miller, 1991), más bien parece estar relacionada con lo que ya se señalaba anteriormente, es decir, el sistema social que involucra el uso de ella. La dirección de la relación parece ir en el sentido de que sujetos que son agresivos, con características de personalidad como hostilidad, personalidad antisocial, etc. (entre otros factores de riesgo), tienden más al uso de drogas, más que el uso de ellas sea causa de conductas violentas (White y Bates, 1993).

En un estudio longitudinal llevado a cabo por White y cols. (1993) en adolescentes y hasta la edad adulta, se examinó la relación del uso de drogas y la conducta agresiva, concluyendo que esta dependía del ciclo vital y del tipo de droga utilizada. Entre otros datos arrojó que el uso de cocaína a finales de la adolescencia es un predictor en el incremento de la conducta agresiva en la edad adulta.

Visto desde la teoría del aprendizaje social el uso de cocaína involucra el desarrollo de conductas aprendidas en una subcultura dado su carácter ilícito, esto puede reforzar conductas de diversa índole, entre ellas la agresividad que se da en su entorno y que puede provocar una significativa disminución en el apego a las normas, las cuales usualmente funcionan como inhibidores ante la posibilidad de comportamientos que violen las reglas de convivencia social.

Para alcanzar el objetivo de la construcción del instrumento se inició con el empleo de la técnica de redes semánticas modificadas, propuesta por Reyes

Lagunes (1993), a fin de obtener el significado que tiene de algunos estímulos presentados a la población meta.

Posterior a ello se emplearon algunas definidoras proporcionadas y se construyó un instrumento que inicialmente constaba de 100 reactivos. Finalmente tras una revisión con respecto a la teoría y a elementos operativos, se decidió incluir únicamente 26 reactivos, más otros cinco propuestos como distractores pero que estuvieron planteados de modo opuesto a la conducta buscada (agresión).

Los reactivos se enfocaban a la valoración de agresión en su dimensión conductual, principalmente en área verbal (13 reactivos) como la degradación, el repudio, amenazas, etc.; y el área física (13 reactivos), esta última incluía tanto daño personal como material.

Se buscó evaluar la frecuencia de aparición de la conducta, para ello el instrumento cuenta con cinco opciones que van desde muchas veces, algunas veces, pocas veces, rara vez y nunca.

Se incluyeron algunos datos para análisis posteriores como edad, escolaridad, tipo de droga, tiempo de consumo, delito y calidad delincencial, es decir, si es la primera vez que se encuentra preso o ha estado más de una vez. El instrumento se presenta en un anexo del presente trabajo.

Se procedió a la aplicación del piloto, se administró el instrumento en dos áreas del Reclusorio, tanto en un área de recién ingreso (Centro de Observación y Clasificación) como en áreas denominadas dormitorios. La participación era voluntaria, posterior a la convocatoria verbal, donde se explicaba brevemente en que consistía la administración y el objetivo del instrumento, haciendo hincapié el anonimato y manejo confidencial de la información, esto para anticipar fenómenos como la deseabilidad social.

A partir de los análisis estadísticos se obtuvo una confiabilidad (alpha de 0.9308). Quedando una propuesta en el instrumento con tres factores a considerar: el primer factor, cuyos reactivos evalúan principalmente agresión física coincide con lo buscado inicialmente, el siguiente factor principalmente conformado por reactivos de agresión verbal también coincide con lo buscado. El tercer factor contiene reactivos que evalúan agresión hacia la propiedad, el cual diferiría ligeramente del objetivo inicial, dado que estaba considerado en el área física, sin embargo también aporta elementos para poder evaluar la agresión

Reflexión.

El contacto con investigadores enriquece la experiencia académica y práctica, sin embargo en esta última parte no se estableció con precisión el rol del estudiante en la participación activa en los distintos escenarios de investigación, este elemento difuso puede interferir con el desarrollo y adquisición de las habilidades que conformen la competencia.

Competencia 2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario.

Definición y desarrollo

El problema del consumo de drogas es innegable, los números arrojados en las distintas encuestas nacionales indica aumento en el consumo de drogas (legales e ilegales) y la disminución en la edad promedio de inicio son indicadores de la presencia de un problema de salud pública, con alcances nacionales que trastoca diversos estratos de la comunidad, provocando consecuencias de índole individual, familiar, social, económico, político, educativo, etc. A su vez implica un costo y una carga brutal para el país.

Surge así la necesidad de hacer frente al problema desde varias ópticas y acciones, desde los orígenes, el desarrollo y el mantenimiento de la problemática.

Por ello una parte fundamental en la formación de profesionales en el área de las adicciones lo constituye, sin duda, la prevención, esta se ha constituido en una ciencia que ha extendido sus alcances en diversas áreas del ser humano

En un país como el nuestro, donde los recursos económicos asignados a distintos problemas sociales y de salud son sumamente restringidos, vale la pena voltear hacia soluciones que abandonen un perfil reaccionario, que asuman una planeación hacia alternativas viables de mediano y corto plazo que a la larga demuestran mayor costo efectividad, tal es el caso de la prevención dirigida al problema de las adicciones.

En el caso de las adicciones la prevención es una de las áreas de mayor importancia, Leaf (1999), afirma que la prevención podría constituir en una reducción significativa en los costos asociados con desordenes mentales, incluida en un subsistema de seguridad social integral como un continuo de los servicios clínicos hacia la comunidad, lo que requiere un cambio en la políticas público-privadas y en el destino de los financiamientos.

Para ello es necesario que el, profesional de la salud, en particular el psicólogo, que como afirma Di Clemente (1999), ha tenido un papel de mayor importancia en el trabajo preventivo, gracias a la evolución de las perspectivas y modelos, y cuya contribución es potencialmente brillante; tenga las competencias que exige el avance de la ciencia de la prevención y el crecimiento de la dimensión del problema, no solo en su aspecto cuantitativo sino de la diversidad de sus factores asociados.

La prevención

La prevención ha sido una practica común en el desarrollo de la historia de la humanidad, los conocimientos básicos de un fenómeno que afectaba a las comunidades buscaban revisar aquellos factores de riesgo que hacían más vulnerables a un individuo, buscando evitar o aminorar estos riesgos y de este modo reducir la probabilidad de la aparición del perjuicio.

Formalmente la ciencia de la prevención emergió durante la década de los sesenta, con interés en determinar como afectan los factores estresantes en las

funciones mentales y físicas (Hyman, 1999). Tuvo su impulso a partir del desarrollo de la epidemiología, la biomedicina, las ciencias conductuales, la nosología y los análisis estadísticos. De ahí se ha extendido a otros campos del saber. Su inclusión en estos persigue el desarrollo de programas de atención, sobre todo, a problemas de orden común en la sociedad en los que se deriva.

Para la ONU la prevención se define como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (prevención secundaria).

La prevención implica un proceso de preparación y disposición, que se hace anticipadamente para evitar un riesgo, no como un producto terminado atemporal, más bien como un proceso dinámico sobre un continuo en diversas etapas donde se lleva a cabo la intervención.

Ante ello es necesario tener bases a partir de las cuales se reconozcan los constructos bajo los cuales se trabaja en nuestro país, para la Secretaría de Salud la prevención, en el caso del consumo de drogas, se concibe como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados al consumo de sustancias adictivas (SSA, 2000).

Por otra parte Castro, Llanes y Margain (2003), proponen que las definiciones más utilizadas por modelos preventivos exitosos que se aplican a nivel mundial no parten de “evitar” que las personas enfermen o desarrollen trastornos sociales o psicológicos, sino de promover el ejercicio cotidiano de nuevos aprendizajes para “vivir mejor”. Esto se constituye como una alternativa en el modelo de explicación preventivo, que demanda del profesional una modificación en el desarrollo de competencias para hacer trabajo preventivo.

De tal forma, la prevención intenta abandonar el concepto futurista (atemporal) de evitar sucesos específicos, en lugar de ello se pone énfasis en el desarrollo de habilidades y aprendizajes en el momento actual para hacer frente a las demandas del entorno y generar capacidad para reaccionar exitosamente ante la presencia de riesgos o estresores, implica un grado de adaptación, asociado a variables individuales y del medio.

En este tenor de ideas Starfield, Hyde, Gervas y Heath (2007), proponen una reconceptualización del término prevención, que debe considerar:

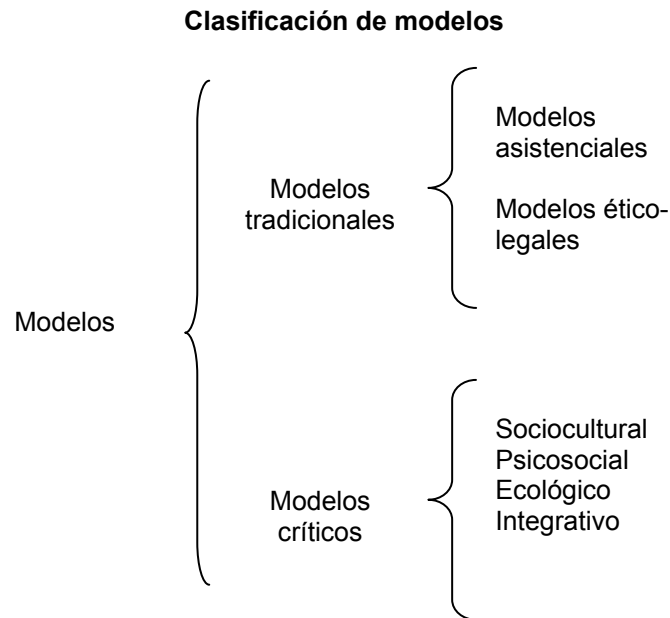
1. Una orientación poblacional.
2. Riesgos poblacionales más que riesgos (relativamente) individuales.
3. Mejorar la salud general más que prevenir enfermedad como una meta global. La prevención alcanzada en un contexto de equidad y masificación.
4. Estimación grupal de los beneficios y costos de las estrategias para mejorar la salud de la población.
5. Evitar la sobreestimación de la utilidad de los factores de riesgo del pasado como causa del trastorno presente.

Por ello, la prevención debe poseer un carácter comprehensivo e inclusivo, buscando la interdisciplina y multidisciplina de otros campos científicos que abonen conceptos a su campo (Swisher, 2000).

El interjuego de lo biológico, psicológico, los factores sociales y las consecuencias, busca la identificación de factores comunes en situaciones diversas, ofreciendo la posibilidad de construir modelos sólidos de interpretación entre la investigación básica y la actividad preventiva en escenarios reales.

Modelos de prevención

De acuerdo a Velásquez (2001), existe una categorización de los modelos preventivos generales en adicciones: el tradicional y el crítico, con los cuales se ha trabajado, la necesidad de conocerlos estriba en tener fundamentos desde los cuales se postulan las dimensiones y el conjunto de variables que intervienen en el origen, mantenimiento y desarrollo de las conductas de consumo y desde luego se articulen, delimiten y evalúen las acciones de los objetivos del trabajo preventivo:



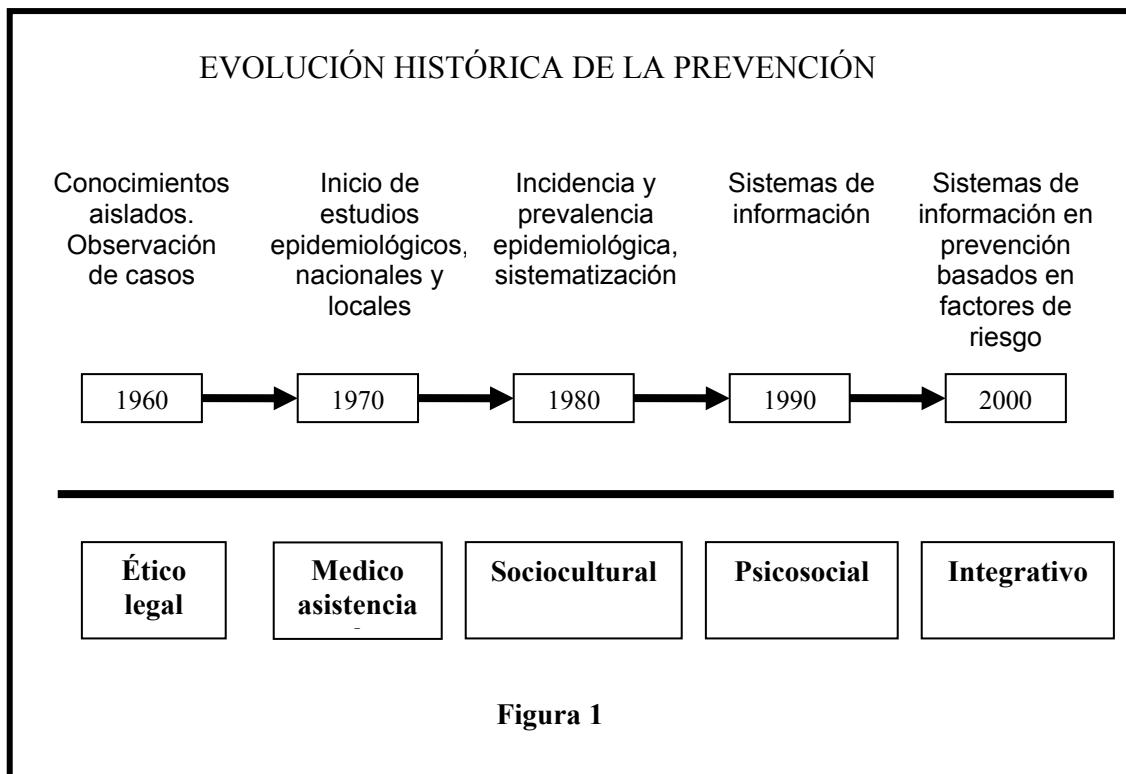
a) Modelos tradicionales. Son aquellos donde el individuo es responsable de la conducta de consumo, resultando en determinantes los factores como: la salud, factores individuales, biológicos y conductuales. En esta categoría se encuentran las perspectivas medico-asistencial y ético legal

b) Modelos críticos. Incluyen elementos del medio ambiente (sociales, económicos, educativos, etc.) y factores internos. La intervención del trabajo preventivo va dirigida al entorno y a los factores internos y externos. En esta categoría se incluyen las perspectivas psicosocial, sociocultural e integral.

Esta última categoría implica una evolución en las ideas de prevención, del paso de las variables individuales a variables de carácter ambiental; ampliando el campo de acción de la prevención. El cambio se da en función del contexto histórico, económico y social.

Paradigmas de la prevención

Existen diversos paradigmas en la prevención, algunos de ellos dominaron y aún siguen vigentes en la práctica, su revisión permite tener un panorama acerca de su origen, sus diversas raíces, el contexto, el desarrollo y su evolución, con el fin de entender las tendencias hacia enfoques más comprensivos y que implican el empleo de desarrollos teóricos, de investigación empírica y marcos filosóficos que sirvan de partida en la practica efectiva y eficaz (ver figura 1).



Para la OMS, los modelos conceptuales en la elaboración de programas preventivos, en concordancia con Pastor y López-Latorre, (1993), parten de las siguientes perspectivas principalmente:

Ético legal

Desde esta perspectiva la conducta de consumo es vista como faltas morales o delitos, transgresiones a códigos éticos y legales. Vista como una conducta reprobada no se consideraba necesario las intervenciones dirigidas o el entendimiento del origen y evolución (Donovan y Marlatt, 1988).

Bajo esta visión el trabajo preventivo se dirige al intento de alejar a los individuos del consumo, a partir de la advertencia moral, la prohibición, la inducción ética, el castigo corporal y el reproche social, con un carácter punitivo a

través de los sistemas legislativos, judiciales y policiales, el aspecto intimidatorio y represivo a las consecuencias es un ejemplo central de este tipo de políticas.

Se encuentra implícito la necesidad de la legislación y ejecución de las disposiciones dirigidas hacia la reducción de la oferta que a su vez reduzca la demanda, bajo la concepción de la droga como mercancía y bajo reglas de oferta-demanda.

Al prohibir la sustancia aumenta su precio por su escasez, lo que en términos de economía conductual se llama elasticidad, por ende el consumo tiende a disminuir, hasta que en algún punto se ve restringido por el alto precio de la sustancia.

Por otra parte existe una normatividad para detener a aquellos sujetos que posean drogas y tolerar a aquellos que se declaren adictos bajo ciertas cantidades; también se aplican sanciones administrativas para aquellos sujetos que son detenidos consumiendo droga (incluyendo el alcohol) en vía pública.

Y es que la Constitución Política de los E. U. M., en su Artículo 4º, refiere el derecho a la protección de la salud como una garantía social que abarca varias áreas. Entonces el Estado debe garantizar la salud de los ciudadanos, legislando la posesión, tráfico y venta de drogas ilícitas (daños contra la salud en sus diversas modalidades) y restringiendo el consumo de alcohol; la prevención abarca esos tópicos.

Médico asistencial

La historia remonta a los puntos de vista médicos que han gobernado los modelos preventivos, estos se basan en el concepto de enfermedad, de la cual se desprende el principal motor para la prevención, es decir, la información acerca de las consecuencias a través de la educación para la salud.

La adicción se considera una *enfermedad*, incluye términos como la dependencia y tolerancia, así como la pérdida de control sobre la conducta de consumo. Se enfoca en el desarrollo de dependencia del organismo cobrando impulso a partir de la investigación en psicofisiología, neurología, bioquímica, etc. Recupera información de los estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia, grupos de riesgo; etc.

En éste modelo el consumidor se presenta con un rol pasivo y de receptor de la sustancia, ésta toma un papel activo y condicionante sobre el organismo.

El trabajo de prevención se basa en la educación, en la advertencia e información haciendo énfasis en los peligros, daños que ocasiona el consumo reiterado de drogas, las consecuencias sociales y psicológicas, las de orden fisiológico que son señaladas como factor de riesgo para diversas enfermedades, provocando malestares físicos y disfunciones del organismo, que requieren atención y en consecuencia repercute en gastos económicos para la salud. Se busca alejar al individuo del riesgo a la salud y alejarlo de la enfermedad adictiva.

Sociológico

El modelo sociológico contempla el consumo de drogas y las toxicomanías desde un nivel acorde a la posición del individuo en referencia al entorno. Dentro

de este nivel de análisis se considera que el sujeto queda definido en función de su pertenencia a determinados grupos sociales. Las redes estructurales del grupo, su sistema de relaciones y sus dinámicas de funcionamiento determinan el rol que debe desempeñar el individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse de acuerdo a las expectativas socialmente aceptadas.

De este modo el individuo se encuentra en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de pertenencia, implica de alguna manera que el sujeto queda vinculado a su entorno y a la realidad social en la que vive y desarrolla su actividad. Las dimensiones sociales del comportamiento y las dinámicas sociales subyacentes cobran así importancia relevante frente a la mera consideración de aspectos biológicos relativos al funcionamiento del organismo, resaltada por el modelo médico.

Se reconoce la existencia de una subcultura específica de la droga, definida en términos de su separación y aislamiento con respecto a las normas convencionales (Faupel, 1985).

La etiología del uso de drogas se encuentra directamente vinculada con los aspectos estructurales y funcionales del grupo social inmediato al que pertenece el sujeto. Algunos de ellos se perfilan como minorías con criterios de inclusión, rituales, estatus, valores y normas ajustadas en su definición estructural.

Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la organización del trabajo y la ideología dominante son concebidas como factores causantes de la aparición masiva de la farmacodependencia en algunas sociedades.

El entorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo, Massün (1991), destaca la complejidad y la variabilidad del contexto más allá de los efectos de la droga y del propio individuo.

Los aspectos individuales quedan en un segundo plano, dando la mayor importancia a las redes de estructura y las dinámicas funcionales que determinan la posición y la conducta del individuo en sociedad.

El trabajo preventivo se encamina a mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente en el que las necesidades que se cubren mediante el consumo de drogas sean satisfechas a través de otras conductas menos perjudiciales, es decir, sustitución de una conducta por otra.

De acuerdo con Pastor y López-Latorre (1993), la intervención desde este modelo se articula en tres entidades:

1. Sobre medidas represivas que inciden sobre las diversas formas de conducta antisocial presentes en la subcultura de las drogas
2. Encaminadas a medidas socioasistenciales dirigidas a fomentar la integración social de grupos marginales, con estrategias de educación, fomento al empleo y la participación ciudadana.
3. En medidas individuales que modifiquen las dinámicas psicosociales que derivan en estilos de vida o convencionalismos del grupo de referencia

Busca incluir a la sociedad en su conjunto, sobre todo los sistemas educativo y sanitario, cuyo fin se traduzca en la modificación de la actitud permisiva y la aceptación social de las drogas, que cambien los valores y expectativas atribuidos, que están manteniendo su utilización.

Sociocultural

Los modelos teóricos, cada vez con mayor frecuencia, se perfilan como modelos de naturaleza más o menos integradora, tienden a incorporarse habitualmente aspectos procedentes de diferentes teorías o perspectivas de interpretación. Tal es el caso del denominado modelo sociocultural.

Dicho modelo combina aspectos genéticos con la teoría del aprendizaje, dentro de un marco conceptual más amplio que trata de ofrecer una comprensión sociológica y antropológica de la conducta cultural y las normas sociales (Heath, 1980).

En general, se puede decir que el modelo sociocultural considera la conducta humana como el resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales. En este sentido se reconoce, hasta cierto punto, la existencia de una base biológica en la explicación del comportamiento, tales factores se presentan en combinación con otras variables de índole ambiental y social.

Por tanto para explicar la conducta de consumo de sustancias, el modelo sociocultural considera el papel desempeñado por ambos tipos de factores. El elemento biológico del modelo lleva a considerar que algunos tipos de conductas de consumo pueden llegar a tener una base genética o constitucional. De una forma simplista, la premisa básica de la explicación biológica sería que el individuo tiene condicionantes desde su nacimiento para el desarrollo de adicciones.

Desde este punto de vista el trabajo preventivo se centra en el conjunto social, haciendo énfasis en la necesidad de cambiar el punto de vista social y cultural del uso de drogas.

Se emplean estrategias educativas, medidas legislativas y de control social que coadyuvan a cambiar los patrones del entorno y a promover una conducta responsable en el individuo.

Psicosocial

El modelo psicosocial toma los factores psicológicos y sociales que influyen y determinan el comportamiento humano. Este enfoque abarca aspectos de salud, epidemiológicos y ambientales que se consideran dentro de la vulnerabilidad. Lo anterior deriva en el análisis de factores de protección que permiten disminuir las probabilidades de daños y los factores de riesgo que se consideran como de alta probabilidad para el consumo de droga (Llanes, 1999).

Resalta los componentes cognitivos y afectivos vinculados con los ambientales de acuerdo al contexto social particular en el cual se desenvuelve el sujeto consumidor, incluyendo también componentes biológicos (Botvin, 1986).

Este enfoque permite tratar a la adicción en forma completa, toma en consideración las circunstancias que rodean al individuo ya que guardan relación con la conducta. En este sentido se considera que el individuo se constituye en su interacción dinámica con los otros y con el conjunto de los factores ambientales particulares de su contexto cercano.

El análisis del consumo integra tres componentes relevantes:

1. Variable droga. Incluye elementos como el tipo de droga, la cantidad, la frecuencia y las vías de administración

2. El sujeto. Se revisan factores como la personalidad, incluye un análisis de las esferas cognitivas, emocionales y motivacionales. Aspectos como el autoconcepto, la autoestima, las actitudes, el locus de control, la impulsividad, etc. merecen particular interés como determinantes para la conducta del individuo.

3. El ambiente, incluye todos aquellos factores contextuales de la situación social que tienen estrecha relación con el desarrollo del individuo. Se incluyen componentes familiares, comunitarios y socioculturales (variables sociodemográficas, desempleo, marginación, etc.), contenidos ideológicos de creencias, valores, representaciones, juicios y símbolos.

Dentro de este modelo se trata de dar repuestas a los problemas psicológicos y ambientales de los individuos, poniendo al alcance de ellos, una serie de opciones y alternativas de vida frente a las adicciones. Se insiste en medidas psicológicas, educativas y socio comunitarias.

La prevención se centra en desarrollar habilidades para enfrentar las situaciones que puedan provocar el consumo (factores de protección) como el aprendizaje, entrenamiento en habilidades específicas, asertividad, afrontamiento, dotando al sujeto y a la familia de un sentido de pertenencia de control sobre sus destinos y acceso a la oportunidad; que permitan atenuar o disminuir los factores de riesgo.

Las acciones se orientan al valor de la cohesión familiar, el fomento de condiciones básicas de vida, el desarrollo de oportunidades educativas, laborales y recreativas. Aunado a esto, se da un lugar primordial a la resiliencia como un aspecto psicosocial que permite aumentar en las personas la capacidad de superación a pesar de ambientes adversos

Ecológico

Surge del punto de vista de la psicología ambiental, el punto eje se refiere a considerar las interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema ambiental, el sistema organísmico y el sistema comportamental.

El comportamiento es estudiado a partir de dos dimensiones: las ambientales y las individuales, estas incluyen los factores físicos, sociales, las percepciones y cogniciones que adquieren significado en el individuo. De este modo obtienen un carácter de variables dependientes e independientes en un continuo del contexto social, dinámico y cambiante.

El énfasis se coloca sobre la adaptación individual, el ajuste y la capacidad para afrontar los acontecimientos. El foco principal recae sobre el medio más que sobre el hombre, pero los aspectos esenciales del mismo hacen referencia a sus efectos sobre la adaptación humana. En lo relativo específicamente al consumo de drogas, el modelo ecológico parte de la premisa de que la emisión de ciertos comportamientos está bajo el control de ciertas consecuencias disponibles en el ambiente y que regulan con mayor o menor fuerza a aquel (Varela, 1986).

El control contingencial supone que el sujeto tiende a realizar comportamientos que llevan a experiencias agradables, bien de tipo social, moral, fisiológico, emotivo y cognitivo. La mayor parte de los efectos de las drogas tienen lugar en el campo cognitivo del sujeto. Las acciones fisiológicas serán buscadas por aquél en la medida en que puedan ser integradas como experiencias de

carácter positivo y con una significación específica dentro de su estilo de vida. Por otra parte, el consumo y la utilización de drogas será vivido como placentero por el sujeto en la medida en que le permita producir cambios en el ambiente: atención de los demás, interacción social, interrupción del dolor, etc., y en la medida en que tales cambios sean buscados y apetecidos por él (Varela, 1986).

Del mismo modo, el consumo de drogas conlleva toda una serie de efectos, que serán diferentes para cada persona en función de diversos factores individuales. La valoración de dichos efectos y el balance entre las consecuencias positivas y negativas de los mismos hará que un sujeto dado, y en un momento determinado, emita un comportamiento particular. En este sentido, el uso de una droga determinada vendrá condicionado por su disponibilidad en el mercado, la capacidad adquisitiva del sujeto, la tolerancia fisiológica, los efectos esperados, y un largo etcétera en el que se incluyen todo tipo de variables enmarcadas en el contexto presentado de interacción

Implica un punto de vista amplio e incluyente de distintos modelos, desde esta visión debe existir una identificación de los factores de vulnerabilidad en el orden psicosocial, estableciendo mecanismos protectores específicos, dando especial interés a aquellos factores que pueden predisponer al individuo al consumo.

La intervención en el trabajo preventivo tiene un amplio espectro de acción, incluyen medidas de tipo social, educativas y psicológicas, teniendo en cuenta la mayor cantidad de factores concurrentes en el desarrollo de conductas de consumo de drogas.

De este modo se persigue contar con la identificación de factores de riesgo para introducir mecanismos protectores específicos, buscando el desarrollo integral del individuo, mantenido por contingencias ambientales saludables, que resulten en un nivel de ajuste y adaptación del individuo a través de un trabajo proactivo e integrativo, que incluya a todas las áreas que puedan contribuir desde su propio paradigma y punto de vista a la prevención. No se trata solo de trabajar directamente, sino de manera indirecta con aquellos elementos que estén involucrados (Llanes y Castro, 2001).

El concepto de Resiliencia

Algunos de estos modelos han incluido como concepto clave en el trabajo preventivo la resiliencia, por ello se considera importante la definición de este término que es un constructo común en el trabajo preventivo y que ha demostrado su cercanía como variable importante con el consumo de drogas.

Resiliencia es una palabra latina que viene de *Re salire*, un término latino utilizado en las ciencias físicas y en las ciencias de la mecánica. El concepto fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por el psico-psiquiatra Michael Rutter, quien lo refería a un tipo de flexibilidad social adaptativa.

En psicología, el término **resiliencia** refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a tragedias o períodos de dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo humano es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponer a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos (Vera, 2004).

Los estudios que se han analizado indican que hay una consistente relación entre tener una mayor resiliencia y consumir menos drogas, especialmente en lo referido al consumo de alcohol y drogas ilegales. Tener una mayor resiliencia es un factor de protección para el no consumo de alcohol y drogas. Esta relación es consistente en estudios, tanto los de tipo longitudinal, a veces de hasta 30 años de seguimiento, como en los transversales. Todo ello sugiere que el constructo de resiliencia es relevante, útil y explicativo (Becoña, Míguez, Vázquez, López y Lorenzo, 2006).

Garmezy (1991), la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial a un evento estresante.

En el caso de la conducta de consumo, el constructo de la resiliencia se relaciona con los factores de riesgo y protección, ha demostrado ser por sí misma un factor protector, reduciendo el riesgo. Diversos estudios han apuntado hacia ésta relación, sobre todo cuando se incluyen en la resiliencia términos como: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección, omisión, determinismo y perseverancia. Estas características se encuentran asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente.

Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación, habilidades para la vida y de solución de problemas (Becoña y cols., 2006)

Puede considerarse como un macrofactor de protección, que englobara a todos los demás, como algunos autores lo han indicado (Morrison, Storino, Robertson, Weissglass y Dondero, 2000).

Puede verse también como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien como contribuyendo a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (Becoña, 2002).

Tal como algunos investigadores sobre la resiliencia insisten, ésta debiera considerarse como un proceso o fenómeno, no como un rasgo, que depende de la interacción del individuo con su ambiente más inmediato. Esto indicaría que la resiliencia es modificable, no es estática.

Es así que el trabajo preventivo encuentra en la resiliencia un eje rector que orienta, dirige y delimita el campo de aplicación práctica, la tarea del profesional incluye el manejo de este constructo y el desarrollo de estrategias encaminadas al desarrollo en los individuos a fin de generar estilos de vida plenos y saludables que eviten el uso de drogas.

Niveles de prevención

Los avances en los conocimientos acerca de los factores involucrados en el desarrollo de la conducta de consumo y la investigación de la eficacia y efectividad de las intervenciones preventivas, exige una evolución en los marcos teórico prácticos a partir de los cuales se trabajan los modelos preventivos.

Tradicionalmente la clasificación de la prevención obedecía a la presencia o ausencia de trastornos o enfermedad en la población, claramente con un punto de vista médico. Esta clasificación se dividía en primaria, secundaria y terciaria, ante ello Offord (2000), señala que la principal dificultad para dirigir el trabajo preventivo, en ésta modalidad, estriba en la determinación del grado exacto de severidad, frecuencia y/o presencia de los síntomas del trastorno, implicando un parámetro arbitrario de tal determinación, condición agudizada ante fenómenos complejos como el consumo de drogas.

En la actualidad ha surgido una nueva clasificación que da respuesta a las críticas de la antigua clasificación, propone una nueva estructura conformada por la Prevención Universal, Selectiva e Indicada haciendo hincapié en los indicadores y características de acuerdo a la población a la que se dirige el trabajo preventivo (Gordon, 1987, Offord, 2000). Por ello en lugar de la clasificación tradicional, se proponen las siguientes dimensiones:

Universal

El conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas. En esta intervención preventiva, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo

Selectiva

La prevención selectiva recurre a los conocimientos existentes (preferentemente a escala local) sobre los factores de riesgo, los grupos vulnerables y las características de la población para ofrecer respuestas donde el riesgo de tener problemas relacionados con las drogas es mayor.

El conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; ya que poseen riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

En la prevención selectiva, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un "todo" el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias.

El objetivo principal es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (p.e. autoestima, solución de problemas, etc.), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas).

Cabe señalar, que el conocimiento de los factores de riesgo específicos para cada subgrupo favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Indicada

Son los programas que dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

De acuerdo con la Institute of Medicine, las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano de drogas, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico como lo define el DSM IV, más bien muestran conductas parecidas a las del abuso de sustancias, pero a un nivel subclínico.

Los programas de prevención indicada no solo pretenden reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo, la continuación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobretodo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etcétera.

Las actividades de trabajo se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (p.e. baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, la escuela o el grupo de amigos “positivos”), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como por ejemplo: las normas comunitarias.

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

- Enfoca sus actividades a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas de riesgo relacionadas.
- Pretende detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas.
- Desarrolla sus programas de forma simultánea a la atención de otras conductas.
- Selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de las acciones de trabajo.
- Enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo.
- Básicamente, pretende modificar las conductas de los individuos.

- Requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica.
- Regularmente, el número de personas atendidas es menor en comparación con los programas universales y selectivos

Aspectos operativos de la prevención

La parte práctica de la prevención de acuerdo a algunos autores requiere de parámetros y principios regulatorios que le permitan alcanzar un carácter de verificación y densidad científica, su posible replicación y verificación de resultados a fin de establecer la eficacia y efectividad de los programas dedicados a la prevención. En el caso de las adicciones la entrega de productos terminados aporta elementos metodológicos y de aplicabilidad en el campo de promover ambientes libres de drogas, que es uno de los fines que se persigue en el campo de las adicciones. Esto implica el esfuerzo conjunto de aquellos dedicados a esta tarea, que como fenómeno social incluye a los diversos actores implicados en el desarrollo del problema y por ende de su posible solución.

Es por ello que en esta parte se incluyen propuestas de algunos autores a fin de tener una base de partida que permita al profesional en la prevención contar con una metodología que dirija y encause sus esfuerzos.

Las propuestas requieren una construcción con visión científica obligada a considerar aspectos metodológicos, sobre los cuales se sustente y justifique la serie de acciones en las distintas etapas del quehacer preventivo, en el cual se vinculen con claridad los aspectos teóricos y la parte práctica.

Offord (2000), propone diversos pasos para la aplicación de un modelo preventivo en trastornos de salud mental:

- Emplear programas universales que demuestren efectividad
- Programas selectivos para quienes lo requieran posterior a una evaluación a través de diversas etapas designadas considerando la intensidad de las intervenciones.
- Finalmente poner a disposición sesiones clínicas.

Swisher (2000), enfatiza que los programas de mayor importancia cuentan con: teoría, aleatorización, pruebas de efectos y su atribución, medidas psicométricas y empleo de técnicas estadísticas para evaluar eficacia y efectividad en periodos amplios de seguimiento, que ofrezcan certeza a nivel científico.

Por su parte Rogers (1995), incluye a la sustentabilidad como un elemento primordial, como etapa y no como producto terminado, seguido, por diseminación, adopción, implementación y mantenimiento. En este sentido la prevención demanda trabajo activo en el que la creación de programas posea un sustento científico como quehacer ligado a la comunidad y que exija un compromiso profesional y un resultado óptimo y comprobable.

Para Llanes y Castro (2004), deben establecerse ocho componentes que deben ser considerados en un programa preventivo exitoso:

I. MODELO PROBADO

Características

- Base Teórica

Debe reunir un conjunto de conocimientos, con carácter especulativo y racional, que den una explicación integral y completa del fenómeno comportamental que pretende abordar.

- Base Empírica

El programa debe tener y basarse en experiencia acumulada. Que los nuevos conocimientos sobre la problemática de interés se adquieran con su misma experiencia comprobable.

- Componentes

En este punto debe verificarse la existencia de los ocho componentes aquí expuestos.

- Ciclo de la Evaluación Eficaz

Para que la evaluación sea eficaz, debe cumplir con: tener como base los objetivos propuestos, ser integral, sistemática, permanente, total y reflexiva para cumplir con el ciclo de modo recíproco.

II. INSERCIÓN DEL MODELO EN EL PROGRAMA

Vinculo del Modelo con el Programa

- Paradigmas

El modelo debe permitir su reproducción mediante una sistemática replicación de sus procedimientos y atendiendo su evaluación para eventuales modificaciones.

- Transversalidad

El programa debe definirse desde la dimensión social y personal, englobando aspectos fundamentales de la vida cotidiana, orientándose hacia la educación en la vida y para la vida, haciéndose presente a través de todas y cada una de las áreas de conocimiento, a la vez que consigan vertebrar, en su conjunto, un programa integral de educación en valores correlacionados a la problemática de interés.

- Direccionalidad

Las acciones deben orientarse hacia el cumplimiento de los objetivos general y específico.

- Compatibilidad con Políticas Locales

Idealmente insertarse en los programas sexenales, trianuales, y anuales de trabajo de los gobiernos federal, estatal, municipal y/o local, a través de convenios y acuerdos intersectoriales.

III. SUSTENTABILIDAD

Permanencia largo plazo

- Grado de fidelidad en la ejecución y/o ampliación de cobertura

La repetición de la experimentación sería la forma de asegurar la generalización de unas conclusiones determinadas y de extenderlas a diversos tipos de sujetos, experimentadores, situaciones, etc. Deben ser estudios en los que se repite el experimento en condiciones idénticas al inicial, repitiendo las

mismas condiciones en varias ocasiones en el mismo sujeto o en grupos de idénticas características; y estudios en los que se repite la misma experimentación pero cambiando alguna condición de aplicación, bien sea el contexto, alguna de las características del sujeto, el experimentador o terapeuta, la conducta problemática, etc. En suma, establecer la generalización del estudio.

- Costo-beneficio a corto, mediano y largo plazo

Deben analizarse los datos de los resultados del programa, con el propósito de tomar decisiones que mejoren los resultados, para determinar los costos de cada actividad y ponderarlos con los beneficios recibidos por la población diana del programa.

- Duración del programa

La duración es variable, no obstante para la evolución de las ideas en el campo de interés no debe ser menor a 10 años.

- Seguimiento

Los seguimientos a los resultados del programa deben ser: mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.

IV. ENTRENAMIENTO A PROMOTORES

Desarrollo de habilidades

- Saber disciplinar

Es la habilidad para analizar la información y experiencias de manera objetiva. El pensamiento crítico contribuye a la salud ayudando reconocer y evaluar los factores que influyen en las actitudes y en el comportamiento.

- Saber hacer

Permite enfrentar en forma constructiva los problemas de la vida. Los problemas importantes no resueltos pueden causar estrés mental y generar por consiguiente tensiones físicas.

- Saber ser

Es el reconocimiento de si mismo, del carácter, fortalezas, debilidades, gustos. El desarrollo de un mayor conocimiento de uno mismo.

- Saber convivir

Ayuda a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa, a tener la destreza necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para el bienestar mental y social, a mantener buenas relaciones con los miembros de la familia, fuente importante de apoyo social, y con la capacidad de terminar las relaciones en una forma constructiva.

V. EVIDENCIAS

Indicadores medibles y observables

- Cambios en las prevalencias

La proporción de individuos que siguen presentando la problemática después de que fueron intervenidos debe reducirse.

- Expedientes y bitácoras de las comunidades intervenidas

El punto anterior debe constatarse reuniendo documentación referentes a la problemática. Pueden ser registros de actividades diarias.

- Documentación de casos exitosos

Mediante escritos, audiograbaciones o videograbaciones documentar los logros y resultados favorables obtenidos con la instrumentación del programa.

- Calidad de la intervención

Debe optimizar el uso de los recursos necesarios para su funcionamiento y aún esta optimización permita alcanzar los objetivos planteados.

- Cobertura

El número de personas asistidas por el programa debe ser elevado.

VI. IMPACTO EN LA COMUNIDAD

Percepción social de promotores y beneficiarios

- Información y reflexión

Debe documentarse la representación social que las personas impactadas por el programa tienen de él.

- Comunicación y participación

La diseminación del programa, su instrumentación, desarrollo y resultados debe realizarse mediante todos los posibles medios de comunicación.

- Organización e incidencia en otros programas

Planificar la eventualidad de conformar grupos de apoyo al programa, alianzas y vínculos con organizaciones afines a los objetivos del programa.

- Transformación de actitudes y desarrollo humano

Se debe propiciar que las personas beneficiadas por el programa se asuman como protectores de su propia salud y la de los integrantes de su comunidad, conscientes del problema y con un trabajo permanente para su atención.

VII. MATERIALES

- Para promotor

Cuadernillos y manuales de apoyo para la operación y desarrollo de sus actividades y proyectos específicos. Transferencia de tecnología.

- Para beneficiarios

- Trípticos informativos preventivos de la problemática.

- Para directivos y profesionales

Manuales de capacitación y formación para la atención de la problemática. Transferencia de tecnología.

- Para Fundaciones y funcionarios que toman decisiones

Informes y reportes que señalen los beneficios, ventajas y logros del programa.

VIII. POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS DE DISEMINACIÓN

Normas mínimas de funcionamiento

- Competencias

Los referentes de actuación e instrumentación del programa deben apegarse a la norma oficial para tal efecto.

- Lineamientos de evaluación

Medición de costos, beneficios, logros, eficacia y efectividad del programa en general, y de los integrantes del equipo de trabajo en particular.

- Criterios de desempeño

Cumplimiento de las metas programadas, alcance de un avance programático del 100%

- Materiales

Elaboración de vídeos, libros, discos compactos, cuadernillos, revistas y documentales informativos, de capacitación y difusión del programa.

- Evidencias

Estudios de investigación científica y sistemática que permitan recabar información de la utilidad del programa, así como para modificarlo y adaptarlo si es necesario.

Para Llanes y Castro (2004), la prevención de riesgos psicosociales requiere de un abordaje desde tres rubros principales:

1. Intensa participación comunitaria
2. Facilitación de nuevos aprendizajes
3. Trabajo de investigación constante que incluya el diagnóstico de la intervención y su efectividad.

Así la prevención efectiva es la que se basa en modelos probados, tiene componentes de investigación y es realizada a sí como diseñada por y por la comunidad.

Propuesta de NIDA

Por su parte NIDA (2004) propone principios generales y de utilidad práctica para los programas de prevención en la familia, la escuela y la comunidad, que han alcanzado eficacia:

- Los programas de prevención deben diseñarse para realzar los "factores de protección" y darle marcha atrás o reducir los "factores de riesgo" conocidos.

- Los factores de protección comprenden lazos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial; vigilancia por parte de los padres; claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la familia; participación de los padres en la vida de sus hijos; éxito en la escuela; lazos fuertes con instituciones prosociales, como organizaciones escolares y religiosas; y adopción de las normas convencionales sobre el abuso de drogas.

- Los factores de riesgo comprenden ambientes caóticos en el hogar, especialmente en los que los padres abusan de sustancias o sufren de enfermedades mentales;

- Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol, inhalantes y marihuana, o puede orientarse hacia un solo aspecto del abuso de drogas, como el mal uso de medicamentos que se venden por receta.

- Los programas de prevención deberían incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir las drogas aumentar la habilidad social (o sea, en comunicaciones, relaciones con compañeros, eficacia personal y confianza en sí mismo).

- Los programas de prevención para niños y adolescentes deberían incluir métodos interactivos que se adapten a la edad de la persona.
- Los programas de prevención deberían incluir componentes donde los padres o las personas al cuidado de los niños refuercen lo que los niños están aprendiendo sobre drogas
- Los programas de prevención deberían ser a largo plazo (a lo largo de la carrera escolar), con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales.
- Las actividades de prevención centradas en la familia tienen mayor repercusión que las estrategias que se centran en los padres solamente o en los hijos solamente.
- Los programas comunitarios que incluyen campañas de medios de comunicación y modificación de políticas, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, el tabaco y otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones escolares y familiares.
- Las escuelas ofrecen oportunidades para llegar a todas las poblaciones y además sirven como ambiente importante para subpoblaciones específicas que corren el riesgo de caer en el abuso de drogas, como los niños con problemas de conducta o con trastornos del aprendizaje y todos los que posiblemente abandonarían los estudios.
- La programación de la prevención debe adaptarse para atender la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la comunidad local.
- Mientras más alto sea el nivel de riesgo de la población meta, más intenso ha de ser el esfuerzo de prevención y más temprano debe empezar.
- Los programas de prevención deben orientarse a grupos de edad específica, y ser apropiados a la etapa del desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.

Actividades desarrolladas durante la maestría

Bajo estos nuevos enfoques se revisaron y analizaron diversos programas preventivos que se encuentran vigentes en México y algunos que han demostrado efectividad en Estados Unidos. La revisión se hizo a partir de una serie de elementos: marco filosófico, marco teórico, investigación y diagnóstico, marco metodológico, proceso de intervención, evaluación y sistematización de experiencias para confirmación y corrección del modelo.

Finalmente se elaboró una propuesta de evaluación, buscando la homologación de criterios que permitiera ir conformando un conglomerado de conocimientos de certificación para los programas, estos incluían:

- Modelo probado
- Políticas públicas y estrategias de disseminación
- Materiales
- Impacto en la comunidad
- Evidencia
- Inserción del modelo en el programa
- Sustentabilidad
- Entrenamiento a promotores.

La importancia de la certificación estriba en la posibilidad de contar con criterios que permitan demostrar que los modelos tienen una serie de componentes necesarios para su aplicación y que cuentan con evidencias científicas y empíricas de efectividad en la comunidad.

Los modelos de prevención y sus programas prácticos deben contemplar al entorno donde se planea la aplicación, buscando la adopción, implementación y el mantenimiento en la comunidad, de este modo se tienen que considerar los contextos culturales, sociales, económicos, de las políticas de salud donde se genere y proponga el programa.

Una Propuesta de Modelo Preventivo en la comunidad

El Modelo propuesto contempla la prevención para escolares de secundaria y preparatoria así como para consumidores activos. La prevención se da en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada. La universal se basa en cinco vertientes teóricas: Resiliencia, ecológica, de aprendizaje social, cognitivo conductual y de factores riesgo protección, donde el principal objetivo es dotar a la población de habilidades para la vida que refuerzan su estructura biopsicosocial, a través de talleres vivenciales que ayudan a identificar las capacidades tanto intrínsecas como extrínsecas que les permiten afrontar las adversidades de la vida diaria.

La prevención selectiva atiende a los alumnos, de manera personalizada o en grupo y se aplican diversas técnicas de intervención breve con corte Cognitivo Conductual, con el objeto de mejorar sus habilidades de comunicación, asertividad, autoestima, manejo del estrés, solución de problemas, etc., así mismo se les motiva para solicitar ayuda en lugares adecuados a sus necesidades.

La decisión de trabajar con padres y profesores tiene la finalidad de modificar pautas del medio con el que el alumno tiene mayor interacción, incidir en contingencias ambientales que refuercen socialmente, buscando estilos de comunicación asertivos e instancias de monitoreo efectivas para consolidarse como factores protectores.

Componentes primordiales que guían el proyecto

1. Diagnóstico poblacional. Se llevará a cabo una evaluación inicial para prevención Universal, consistente en la aplicación de un instrumento confiable que establezca el estado inicial de la población y permita el establecimiento de factores de discriminación. Esta herramienta tendrá utilidad en la conformación de los grupos de prevención selectiva.

2. Intervención (talleres de prevención universal y selectiva, tanto para alumnos, padres y profesores). A través de la impartición de talleres psicoeducativos para alumnos y padres de familia y profesores, cuyo principal objetivo en los alumnos es incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias adictivas, mediante la enseñanza de estrategias de enfrentamiento o habilidades para la vida tales como asertividad, toma de decisiones, solución de problemas y autocontrol emocional,

así como el fomento a los factores de protección: empleo saludable del tiempo libre, apego escolar y educación sexual oportuna, entre otras.

En los padres de familia se pretende proporcionarles estrategias de afrontamiento, de comunicación, establecimiento de límites, manejo contingencial de conductas y técnicas para monitoreo de sus hijos, que les permitan mejorar la calidad de vida familiar.

En la prevención selectiva se trabajará con grupos pequeños, empleando un modelo de intervención breve con enfoque cognitivo-conductual. Los grupos se conformaron a partir de la detección en la evaluación diagnóstica inicial y de las propuestas sugeridas por profesores y orientadores.

Tres grupos se trabajan:

a) Síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

b) Síntomas de depresión (haciendo énfasis para el caso de las mujeres dada la prevalencia reportada).

c) Síntomas de ansiedad. El enfoque de tratamiento se basará en la intervención breve, de corte cognitivo-conductual y estrategias terapéuticas

3. Evaluación cualitativa y cuantitativa de la intervención. Se emplearán dos tipos de metodologías: cuantitativa y cualitativa, con un diseño test-retest en un solo grupo, donde se evaluará el impacto de la intervención en dos momentos.

Finalmente se realizará la recolección de datos cuantitativos para su análisis estadístico con el paquete SPSS, identificando el grado de diferencias significativas entre las dos mediciones realizadas. Por otra parte se recogerán evidencias de carácter cualitativo para conocer el impacto de los cambios con significancia clínica, para finalmente elaborar una conclusión del resultado.

Líneas adicionales de acción en la comunidad

Una propuesta con tintes prácticos debe considerar el entorno nacional, con el fin de concretar conceptos en alternativas de solución a la problemática de las adicciones. Para ello se propone una política de salud incluyente y flexible, que acerque y se perfile como una opción viable, dado el poco alcance y resultados que ha demostrado las políticas actuales en nuestro país.

Esta perspectiva parte de bases científicas, no sataniza el consumo y, sin embargo, si considera como principio indudable el daño que produce el uso de las drogas. Sin embargo es necesario delimitar los niveles de daño, es decir, no se puede entender éste sin considerar en qué entorno se encuentra el usuario de dichas sustancias y la magnitud del problema que se deriva de esta conducta, para entonces evitar caer en la tentación de la generalización de cualquier consumo.

Para ello se propone particularizar y categorizar los consumos de cada sustancia, especificando el contexto, las situaciones de riesgo asociadas (variables tanto interpersonales como intrapersonales) y el tipo de droga consumida. Se pretende incorporar información objetiva que permitan la construcción de indicadores de la condición particular de cada consumo, información emanada de organismos certificados, con especialistas en los diferentes rubros involucrados.

Más allá de tener una visión reaccionaria se pretende influir en el inicio del consumo, para evitar el desarrollo progresivo hacia la dependencia. Desde la perspectiva de la prevención, es necesario trabajar en un proceso continuo que permita la obtención de habilidades para enfrentar retos y situaciones problemáticas en la vida, resiliencia y un desarrollo humano (Llanes, 1999), bajo un enfoque integrativo donde el sistema de prevención se base en detectar factores de riesgo y promover factores protectores a través de la participación directa de las comunidades (Offord, 2000).

Para ello se buscará:

- ◆ Fortalecimiento de vínculos familiares
- ◆ Desarrollo pleno del ser humano
- ◆ Desarrollo de valores comunitarios
- ◆ Fortalecimiento de estilos de vida saludables
- ◆ Fomentar la responsabilidad y la toma de decisiones
- ◆ Movilidad social como agente de cambio

Por el lado legal se propone contemplar como ley la participación de trabajo comunitario de por lo menos un miembro de cada familia, con un horario establecido semanalmente, que aporte a la comunidad, de acuerdo a sus capacidades y cualidades: cursos, actividades, promociones, organización de eventos etc. Adicionalmente se promoverá la obligatoriedad de asistencia a tratamiento y la retribución por parte del usuario a la comunidad con trabajo a favor de ésta.

Espacios físicos

Los espacios destinados para tal fin serán los inmuebles de escuelas públicas o en su defecto de escuelas particulares de acuerdo a las características y necesidades de cada comunidad. Estos inmuebles serán centros abiertos a la comunidad, donde se promueva la participación y se programe una serie de actividades, donde los miembros de la propia comunidad sean proactivos y útiles a fin de fortalecer vínculos solidarios.

Promoción de medidas

Para tener alcances mayores se propone la realización de: Campañas de Concientización Pública; Programas Deportivos; Programas de Educación Preventiva; Formación de Recursos Humanos; Edición de material bibliográfico; Programa Federal de Capacitación a Docentes en la Sistematización de la Educación Preventiva

Además de: Programas de Ayuda a Familias con Carencias; Programa de Creación de Centros de Tratamiento; Formación de Recursos Humanos; Servicio de Atención al Público; Servicio de Apoyo a Organizaciones Gubernamentales y a ONG's; Promoción de diferentes anteproyectos de ley.

Se ofrecerá asistencia gratuita a adictos, en forma ambulatoria y bajo régimen de internación, el empleo de postratamientos obedecerá a una certificación que cuente con elementos empíricos y metodológicos bien delimitados. Además se ejecutarán tareas particulares de prevención local y a distancia, realizando intervención especializada y capacitación para profesionales, técnicos y estudiantes universitarios.

No se pretende una política de restricción que castigue, se pretende una política de promoción de opciones y alternativas que sean competitivas en reforzar y promover estilos de vida que no incluyan el uso de drogas o que de algún modo permitan a quienes están en mayor riesgo, tener las herramientas suficientes para hacer frente a las demandas del entorno.

La puesta en práctica de esta política permitiría una redistribución de los recursos tanto económicos como humanos que a largo plazo implicaría un ahorro y una reducción de las consecuencias que conlleva el consumo de drogas sin prevención ni tratamiento. Como han arrojado investigaciones, los gastos destinados a contrarrestar la oferta son superiores a los destinados a hacer frente a la demanda, estos últimos han resultado ser más efectivos que los primeros (Morin & Collins, 2000).

Algunas de las habilidades desarrolladas en esta competencia son:

- Reconocer los distintos enfoques preventivos
- Manejo de conceptos de la prevención como intervención dinámica
- Capacidad para desarrollar programas preventivos, reconociendo las necesidades de la población objetivo y el contexto social en el cual se encuentra ésta.
- Desarrollar habilidades de planificación, control y evaluación del progreso de un programa preventivo.
- Saber aplicar los datos científicos y teóricos procedentes de las innovaciones a términos prácticos de intervención o planificación.
- Identificar necesidades individuales, grupales, comunitarias, institucionales y organizacionales para construir modelos preventivos.
- Conocer distintos métodos de evaluación y diagnóstico de los programas preventivos en ámbitos aplicados de la psicología de las adicciones
- Saber elegir las técnicas de intervención preventiva adecuada para alcanzar los objetivos propuestos en la elaboración de programas.
- Elaborar estrategias de intervención psicológica de tipo individual, grupal o comunitario
- Planificar posibilidades de intervención
- Saber detectar poblaciones de riesgo o interés.
- Tener un punto de vista crítico, capaz de entender las políticas de salud vigentes en relación a la prevención
- Tener capacidad para proponer alternativas en las políticas de salud bajo elementos de sustento teórico y práctico, que den pie a programas viables

Reflexión

Como ya se vio, es indispensable en la formación de profesionales en el área de las adicciones la inclusión de competencias y habilidades en el marco de la prevención, en la currícula de la maestría queda contemplado como competencia el desarrollo de programas preventivos.

Sin embargo el objetivo de esta competencia queda incompleto, pues aunque se tienen acercamientos con los elementos teóricos, el vínculo entre la teoría y la práctica se diluye ante la ausencia de consolidar y llevar a cabo programas en escenarios reales que permitan la puesta en práctica de propuestas.

Se frena la posibilidad de desarrollar tecnología de carácter innovador y se restringe el papel que un profesional formado en la universidad debe exhibir, en el sentido de retribuir a la sociedad y tener un papel como agente de cambio activo durante su formación. No se pretende enfocar los esfuerzos únicamente a esta área, pero si se señala la necesidad de concatenar lo adquirido en las aulas con ámbitos sociales donde se requiera la intervención del profesional.

COMPETENCIA 3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.

Datos epidemiológicos

De acuerdo con datos de encuestas como la ENA (2002) 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

Existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años, aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó en 2.728 litros

La investigación muestra que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, periodo de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de diferenciación de los adultos. Entre los años 2000 y 2003, se señala un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, marihuana y metanfetaminas (Villatoro, et al, 2005).

Considerando que en México, más del 35% de la población es menor a 19 años el problema se acrecienta, exigiendo mayores esfuerzos para brindar alternativas preventivas efectivas y eficaces, así como costo-efectivas

Estos datos reflejan el panorama por el cual atraviesa nuestro país en el tema referente a consumo de sustancias, sean legales o ilegales, dan pauta a reconocerlo como un problema de salud pública, cuyos alcances permean diversas áreas de la sociedad, que se traducen en efectos colaterales tanto para el individuo, para quienes le rodean y para el grupo social.

El problema de la farmacodependencia no se limita exclusivamente al individuo que lo padece, sino que tiene efectos negativos sobre los ámbitos familiar, académico, laboral y comunitario del usuario. En este sentido, es fácil comprender que si un porcentaje importante de la población consume drogas, el problema se agudiza y tiene una incidencia directa sobre la salud, economía y dinámica social de un país (Ortíz, Rodríguez, Galván, Unikel y González, 1994; Tapia, 1995)

Entre algunos de estos problemas se pueden mencionar los siguientes:

- ◆ Trastornos fisiológicos y Enfermedades: síndrome de abstinencia, convulsiones, deterioro del sistema nervioso central, diabetes, cánceres, hepatitis, cirrosis, trastornos cardiovasculares, depresión, psicosis, paranoia, etc.
- ◆ Consecuencias económicas
- ◆ Delincuencia
- ◆ Problemas Familiares

- ◆ Deterioro de las relaciones personales
- ◆ Bajo desempeño escolar y/o laboral
- ◆ Sostenimiento de empresas ilegales
- ◆ Marginación y connotación negativa de los consumidores
- ◆ Discapacidad derivados de accidentes y efectos de la propia sustancia
- ◆ Accidentes.
- ◆ Transmisión de enfermedades venéreas
- ◆ Desarrollo de conductas de riesgo en distintas edades del individuo.
- ◆ Problemas económicos y asignación de recursos para la atención a este tipo de consecuencias

Panorama Nacional

Diversas poblaciones se ven afectadas por el problema, visto desde un punto de vista de sistemas, finalmente cumple una función dentro de la sociedad. El aspecto de expectativa social e ideológica, tiene su repercusión, los modelos conductuales “exitoso” propuestos por los medios, la alienación y el descontento social generalizado participan en el desarrollo y mantenimiento del problema

La falta de oportunidades a través de las cuales desarrollar patrones de vida saludables tanto física como psicológicamente, colocan a un país de tercer mundo como lo es México en franca desventaja ante países desarrollados para hacer frente con soluciones viables a la generación de tratamientos ad-hoc a una sociedad heterogénea como la nuestra.

Uno de los grupos más vulnerables a estas consecuencias, por su condición particular, lo constituyen los adolescentes; según datos recientes de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) la edad de consumo ha disminuido sobre todo en poblaciones urbanas, los efectos negativos son a corto plazo mediano y puede alcanzar hasta la edad productiva.

La investigación muestra que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, periodo de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de diferenciación de los adultos. Entre los años 2000 y 2003, se señala un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, marihuana y metanfetaminas (Villatoro, et al, 2005).

Considerando que en México, más del 35% de la población es menor a 19 años el problema se acrecienta, exigiendo mayores esfuerzos para brindar alternativas preventivas efectivas y eficaces, así como costo-efectivas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez en la vida. De este grupo de usuarios, el 55.3% reportó usarlas en el último año, y de éstos, un 37% en el mes previo a la encuesta. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. En cuanto al consumo de alcohol, la encuesta reporta un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998, a 35% en 2002 entre los varones; y de 18%, a 25%, respectivamente, entre las mujeres.

Si a esto se suma la conformación de empresas productoras de drogas legales o ilegales, que cada vez más afianzan y afinan sus estrategias y métodos de perpetuarse y hacer su “producto” atractivo, obteniendo grandes ganancias generadas a partir de la producción, distribución y venta de drogas (sean lícitas o ilícitas), el problema se traduce en un reto de grandes dimensiones que solo con la participación activa de los distintos actores involucrados se podrá hacer frente a esta situación.

Adicionalmente la respuesta del Estado Mexicano se ha centrado en gran medida en atacar la oferta, bajo presiones internas y externas de índole político, se ha dado a la tarea de constituir cuerpos de seguridad que persiguen y castigan a quienes estén involucrados en la compra distribución y consumo de drogas.

De acuerdo a reportes de los organismos encargados de esta tarea se ha logrado una disminución en la producción de drogas ilícitas como: cocaína, heroína y marihuana; paradójicamente las encuestas señalan un mantenimiento de las dos primeras drogas y solo una ligera disminución en el caso de la marihuana. En cuanto al número de nuevos consumidores asciende a un total de más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años (ENA, 2002).

La asignación de recursos para la generación de programas y proyectos dirigidos a crear alternativas de solución se ven limitados.

Modelos de intervención

Ante este problema, los profesionales dedicados a enfrentar el problema del consumo de sustancias, en un país en franco desarrollo, deben incluir entre sus esfuerzos el desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve.

Estos deben mostrar efectividad y reducción de costos en su inversión, lo que implica hacer un corte en el continuo del problema e identificar el momento en el cual se puede intervenir y así evitar el avance y deterioro personal y social del usuario de drogas.

En las siguientes líneas se desarrollan los componentes de las distintas habilidades adquiridas para ésta competencia (elaboración de programas de detección temprana e intervención breve), se hace énfasis al marco conceptual cognitivo conductual, bajo el cual se cuenta con una representación del fenómeno de la conducta de consumo de drogas que incluye:

- La explicación del origen del problema.
- El desarrollo en la adquisición y mantenimiento de la conducta de consumo.
- Las posibles consecuencias y rumbo derivados de la conducta.
- La manera en la cual se puede generar una intervención dirigida a romper esa secuencia
- Por tanto ofrecer una alternativa distinta, que reeduce y redefine la situación del problema.

Para ello inicialmente se mencionan algunos de los modelos de intervención conocidos, para posteriormente desarrollar componentes teóricos que conforman la base conceptual central en la maestría.

Modelo de enfermedad

Donde el concepto de adicción tiene sus explicaciones en bases biológicas y la consiguiente identificación de signos y síntomas en el “paciente”, quien tiene un papel pasivo en el proceso, no es una condición volitiva, sino una recurrente expresión de hábitos excesivos de consumo que desembocan en una enfermedad.

El modelo de enfermedad considera a la adicción a las sustancias como una enfermedad progresiva, cuyos fundamentos para su explicación son hallados en la alteración biológica de la función y de la estructura del cuerpo, lo que conlleva a considerar a las lesiones y daños causados por el consumo de sustancias.

Existe un proceso mórbido del trastorno que sigue un transcurso de deterioro, este modelo goza de gran popularidad y difusión empleado en el programa de AA y Alanon.

En recientes versiones la enfermedad incluye factores tanto biológicos, culturales y sociales que afectan la susceptibilidad a la enfermedad y su respuesta al tratamiento (Engels, 1977).

El modelo ha avanzado de uno determinista basado en lo biológico a un modelo biopsicosocial, donde la entidad de enfermedad se extiende a explorar factores para explicarla y entenderla, a partir de la cual proponer las bases para su correspondiente intervención. Esta última es secundada por la necesidad de cambios conductuales y de hábitos de vida (Lewis y Ross, 1994).

Los avances en la neurobiología y en neuropsicología fortalecen y buscan los factores asociados a la enfermedad incluyendo conceptos como la adaptación celular, el reforzamiento dinámico, que afecta a todo el sistema y se manifiesta en cambios conductuales, en la tolerancia y la dependencia, la regulación de neurotransmisores, etc.

De acuerdo con Sheehan y Owen (1999), estudios recientes señalan y soportan contribuciones en el campo de la genética, el cual ofrece una dimensión importante que puede predeterminar la vulnerabilidad biológica del individuo, surgiendo un vínculo causal entre la herencia, la fisiopatología y la dependencia al alcohol y otras drogas.

Es crucial que en general el modelo médico involucra innovaciones teóricas, observaciones clínicas y datos empíricos derivados de investigaciones. Las características principales incluyen: un énfasis en el factor biológico de la conducta adictiva, contribuciones genéticas a la etiología de la enfermedad, pérdida del control voluntario sobre la conducta, progresión predecible de los síntomas, consecuencias negativas que afectan áreas como la social, vocacional, psicológica, etc. y repetidos intentos de reducir la conducta de consumo (Sheehan y Owen, 1999).

En la actualidad los tratamientos basados en este modelo se caracterizan por la idea de la multifactoriedad y complejidad de la enfermedad, proponen la comprensión del tratamiento considerando factores: biológicos, interpersonales, psicosociales y de enfermedad mental. Se busca específicamente la abstinencia como meta de tratamiento para la recuperación.

El modelo sobre el cual se trabaja se basa en la tradición de los doce pasos de AA construido sobre una metodología que incluye la educación, terapia y

seguimiento. El rol principal del plan de tratamiento es coordinado por un clínico coadyuvado por profesionales de otras disciplinas. El modelo Minesota es un ejemplo claro de tratamiento en el modelo médico.

Modelo de auto-ayuda

Este modelo es uno de los más populares en nuestro país, su número ha crecido de gran manera. Bajo la bandera de Alcohólicos Anónimos (México ocupa el tercer lugar a nivel mundial en cuanto al número de miembros de AA), se ha constituido como uno de los tratamientos de referencia casi obligada para el tratamiento de consumo de sustancia, principalmente en consumo de alcohol, sin embargo se ha transferido hacia otras sustancias e incluso hacia otros problemas (neuróticos anónimos).

Se basa en el principio de autoayuda, originado de la necesidad de tener una mano que brindará soporte y a través del cual compartir y conformar un apoyo mutuo para enfrentar y superar contingencias y dificultades del ser humano. Su espíritu y su parte aplicada se resumen en la propuesta de los doce pasos.

Otra derivación de este tipo de modelos lo representa la comunidad terapéutica, surge ante la ineficacia del modelo de los doce pasos para casos severos, donde existe la necesidad de crear ambientes controlados que refuercen constantemente y promuevan en el individuo otro tipo de habilidades, tanto sociales, como laborales, de interacción, etc.

Sistémico

Uno de los modelos de mayor aplicación en el fenómeno de las adicciones lo constituye el sistémico, sobre todo en la terapia familiar. Desde esta perspectiva la familia y las relaciones internas y externas tienen fuerte conexión con el inicio, la agudización y recaídas en los problemas de droga (Rowe y Liddle, 2003).

La estructura familiar, las prácticas de crianza de los padres (por ejemplo el pobre monitoreo que hacen de los hijos), la inefectiva disciplina y pobre comunicación se convierten en ingredientes que en su conjunto pueden mantener el abuso de drogas.

Otras variables de la familia pueden ser: las actitudes con respecto al uso y tolerancia que tienen los padres, el uso de algún tipo de droga por parte de alguno de ellos o de ambos, etc.

En conclusión existe un importante rol de la familia en el uso y abuso de drogas en el adolescente, del mismo modo la familia puede jugar un papel crucial en la recuperación y mantenimiento de una vida libre de drogas.

El empleo de la terapia familiar en esta problemática no es nuevo, de acuerdo con Stanton (2004) la investigación del tratamiento basado en la familia lleva por lo menos 20 años, recientes estudios del estado del arte indican que el tratamiento posee un prometedor soporte empírico, aunque no definitivo; sin embargo particularmente en el tratamiento con adolescentes, estudios rigurosamente cuidados han demostrado tener avances considerables.

Conceptos centrales

En el modelo sistémico aplicado a la familia, se encuentran aspectos teóricos relevantes, entre ellos se tienen a:

- La Teoría General de Sistemas:

Aportación de Ludwing von Bertalanffy, como una nueva filosofía dentro del pensamiento científico, cuyo principal constructo es el **sistema**, que posee propiedades como: la totalidad o sinergia, la equifinalidad, equicausalidad, recursividad, retroalimentación y evolución.

Así un sistema es concebido como **totalidad**, por el hecho de que su análisis requiere la revisión del total de las partes y su interacción, siendo insuficiente la explicación si solo se toma un elemento del sistema

En la interacción del sistema se da la **retroalimentación** (aportación de la Cibernética a la terapia familiar) pues cuando ocurre un cambio en uno de sus elementos, éste trae la consecuencia de que ocurra un cambio en todos los elementos que constituyen el sistema.

La retroalimentación consiste tanto en las salidas de información (output) de un sistema, como en el ingreso de información (input) del medio circundante. Mediante este proceso el sistema, regula, estabiliza y dirige sus acciones. La retroalimentación permite que la relación entre las partes de un sistema y su medio sea circular, es decir, se produce un círculo entre las interacciones, para mantener un equilibrio dinámico.

Al interior de los sistemas suceden procesos que alcanzan la llamada homeostasis, es decir, estabilidad; en cambio existen otros que incitan al cambio, sobre todo debido a las exigencias del medio, el crecimiento o el desarrollo del sistema en busca de la adaptación.

- La teoría de la comunicación

Algo importantísimo en el sistema familiar y más específicamente en las relaciones que se dan en su interior y fuera de este, es la información y la energía, y aquí es donde entra la influencia de la Teoría de la Comunicación de Watzlawick.

Desde ésta postura la información implica: tanto señales verbales como no verbales, así como axiomas para reflejar condiciones de hecho en la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

Por tanto es imposible no comunicar, es decir, toda conducta mantiene el proceso de la comunicación en un sentido circular (espiral), en dos niveles: uno de contenido (información-mensaje) y otro relacional (cómo debe entenderse).

La familia como sistema

Estas implicaciones de la nueva perspectiva epistemológica y la teoría de la comunicación, permiten su aplicación en el campo del estudio del comportamiento humano, específicamente a través de la terapia familiar.

Por tanto la familia se concibe como sistema interaccional, compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción, que se comunican, conformando un grupo social donde el ser humano satisface sus necesidades básicas para subsistir, así como para desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante.

Además es un sistema organizado, posee un conjunto de elementos en interacción en donde sus características dependen de la relación que se da en su interior y a su vez del ambiente circundante; para conocer esas características se requiere, no sólo conocer las partes, sino también las relaciones existentes entre ellas (Ochoa, 1999).

La familia vista desde éste modelo, es un sistema vivo y por lo tanto abierto, donde existe interacción (retroalimentación) entre éste y su medio (la sociedad), y hay entrada y salida constante de información.

Posee una organización (reglas), las cuales tienden a modificarse en medida que sus elementos se van desarrollando e interactuando con el medio, para que esto ocurra es necesario que se rompa con el orden en el sistema (entropía positiva) y por lo tanto, después ocurre una nueva organización y se instaura de nuevo el orden (entropía negativa).

Si la familia conserva la estabilidad, es decir, evita la entropía positiva, el sistema se volverá disfuncional, pues se comportara como sistema cerrado y generará patología en los miembros que la forman, provocando la “destrucción” del sistema en su totalidad o la destrucción de sus elementos, consecuentemente generando daños en la salud psicológica, social o incluso física (Minuchin, 1992).

En el campo de las adicciones la aplicación de estos conceptos ha encontrado gran cabida; las conductas de consumo encuentran su origen y mantenimiento dentro del desarrollo de las interacciones del sistema familiar, por ende las soluciones también se encuentran al interior del propio sistema.

Se reconoce la importancia de los patrones de interacción y comunicación, finalmente ofrece una serie de planes de intervención dirigidos y modos prácticos encaminados a modificar estos patrones, cómo medio para la incorporación de conductas distintas a las de consumo.

La importancia de este modelo no solo estriba en la identificación de su efectividad y aplicabilidad, más allá de ello cabe señalar que en México una de las unidades de mayor relevancia para la vida del individuo lo constituye la familia, ésta es parte fundamental en el desarrollo y mantenimiento de diversos comportamiento del individuo, incluido el consumo de drogas.

La riqueza de este enfoque trasciende la mera formación teórica y se perfila, en opinión personal, como un reto en la inclusión de ésta en los programas que predominan la formación de ésta maestría. Uno de los campos que ha demostrado tener mayor éxito en su aplicación y efectividad lo constituye el tratamiento con adolescentes.

Cognitivo conductual

Este modelo tiene una mención especial dado que, la maestría encuentra en él parte central del abordaje teórico de la conducta de consumo de drogas. Estos modelos y sus tratamientos han sido rigurosamente estudiados en las intervenciones empleadas en el abuso y dependencia de sustancias y tienen comparativamente gran nivel de sustento empírico (McCrary y Epstein, 1999).

Derivado de una aproximación experimental, social y clínica, parten de fundamentos teóricos del aprendizaje: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, teoría de aprendizaje social, teoría y terapia cognitiva.

Incluyen un amplio rango de intervenciones, desde las conductuales, donde los clientes son reforzados a través de incentivos; aproximaciones, donde los principios son usados como los paradigmas de extinción; a aproximaciones cognitivo-conductuales, tales como la prevención de recaídas; entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, autocontrol, autoeficacia, etc. (Carrol, 1999).

Para Rotgers (1996), las intervenciones tienen en común bases teóricas en principios de aprendizaje, estos principios incluyen:

1. La conducta humana es ampliamente aprendida más que determinada por factores genéticos
2. El mismo proceso de aprendizaje que crea los problemas, puede ser usado para lograr el cambio
3. La conducta está determinada por el contexto y por factores ambientales
4. Las conductas encubiertas tales como pensamientos y sentimientos son tema para el cambio a través de la aplicación de principios de aprendizaje.
5. El interés en nuevas conductas en los contextos donde se lleva a cabo la conducta es una parte crítica del cambio.
6. Cada cliente es único y debe ser evaluado como un individuo en un contexto particular.
7. La piedra angular de todo tratamiento es una completa evaluación conductual (manifiesta y encubierta).

Es importante señalar que se reconoce la existencia de una naturaleza mediacional, donde juega un rol importante la interacción de las variables cognitivas como: las creencias, los valores, las percepciones, las expectativas y los procesos atribucionales. Este modelo mediacional ha sido denominado Modelo de Aprendizaje Cognitivo-Social o Terapia cognitivo-conductual.

Se postula que los factores cognitivos, median todas las interacciones entre el individuo, las demandas situacionales y los intentos de los individuos para enfrentar efectivamente (Barry, 1999).

Estos principios quedan mejor explicados si se les contextualiza en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1969), quien parte de la idea de que, con excepción de ciertos reflejos básicos, la gente no nace dotada de repertorios y que por lo tanto debe aprenderlos a través de su vida en interacción constante con el medio.

Los nuevos comportamientos pueden aprenderse por experiencia directa o de modo indirecto o aprendizaje vicario. Este último término se refiere a la observación de la situación en la que una persona (denominada observador) comparte la experiencia de otra persona (denominada modelo) a la que observa, ocupando el lugar de este último, pero en forma de representaciones cognitivas o imágenes.

Conceptos básicos

Para la teoría del aprendizaje social, existen una serie de conceptos básicos desde los cuales se explica la conducta del individuo. Un concepto clave es el determinismo recíproco, término acuñado por Bandura en su teoría de aprendizaje social, postula, que existe un modelo de reciprocidad triádica en el

que la conducta, los factores cognitivos y personales, así como los eventos ambientales operan como determinantes uno de otro (ver figura 2).

Es imprescindible considerar en ésta interacción, que las personas poseen determinadas capacidades cognitivas mediacionales como: simbolización, anticipación, aprendizaje, autorregulación y autorreflexión, Abrams y Niaura (1987), las definen del siguiente modo:

Simbolización. Es la capacidad de los individuos para desarrollar modelos cognitivos a partir de experiencias, sirven como guía para la toma de decisiones y futuras acciones, proporciona medios para adaptarse al medio ambiente.

Anticipación. Se refiere a la capacidad para anticipar las consecuencias de las conductas y establecer metas, así los eventos futuros tienen una representación cognitiva que influye en la emisión de la conducta. Se pueden anticipar resultados simbólicos de las consecuencias futuras lo que motiva y regulan la conducta presente.

Capacidad vicaria. Se asume que el aprendizaje puede darse, mediante la observación de las conductas y sus respectivas consecuencias, en determinados modelos. De este modo se explica el modo eficiente mediante el cual se aprenden los complejos patrones sociales de conducta y las normas culturales establecidas. Posibilita que el individuo adquiera reglas para generar y regular patrones conductuales, sin necesidad de la experiencia directa.

Autorregulación. Se refiere a la capacidad para regular conducta a través de normas internas y de autoevaluación. De este modo se influye en la conducta subsecuente una vez adquiridas reglas y normas. Así un acto incluye entre sus determinantes influencias autoproducidas.

Capacidad autorreflexiva. Se refiere a la posibilidad distintiva del ser humano de analizar experiencias y pensar acerca de sus propios procesos de pensamiento. A partir de este proceso se genera conocimiento acerca de ellos mismos y el mundo. El individuo reflexiona sus propios pensamientos e ideas, evalúa y altera su propio pensamiento (actividad metacognitiva).

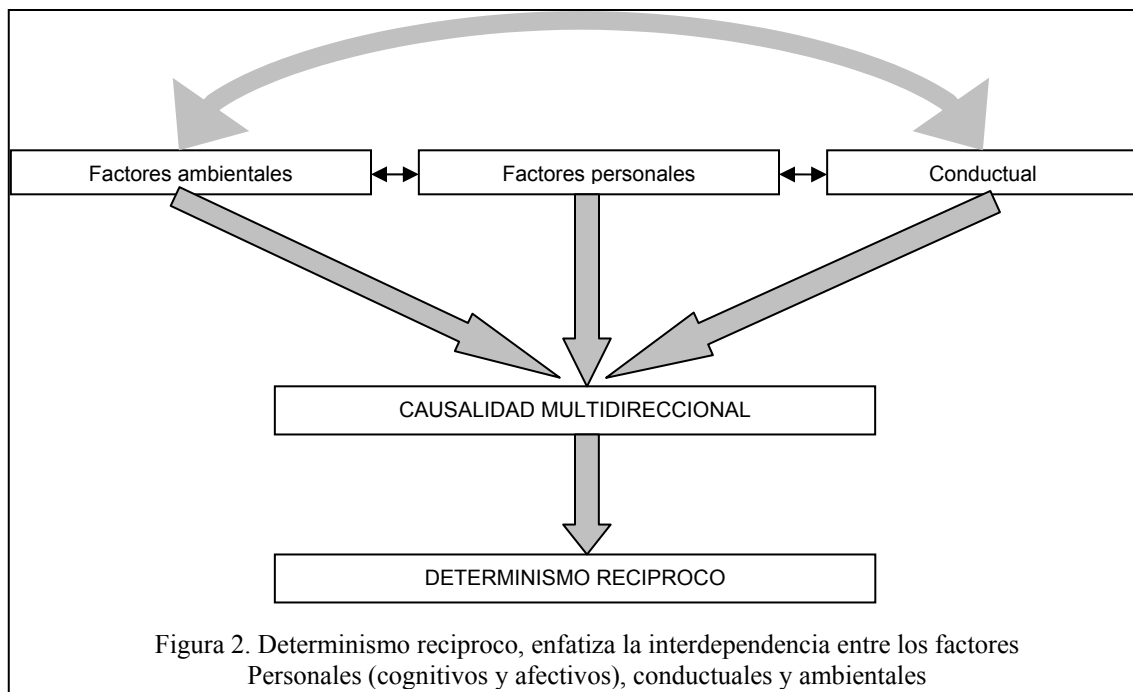


Figura 2. Determinismo recíproco, enfatiza la interdependencia entre los factores Personales (cognitivos y afectivos), conductuales y ambientales

Autoeficacia

Para explicar cómo los pensamientos afectan la conducta y cómo los patrones conductuales son seleccionados por el individuo, la teoría del aprendizaje social, da gran importancia a un mecanismo llamado autoeficacia. Éste se refiere a la percepción o juicio en cuanto a la capacidad del propio individuo para ejecutar acciones requeridas para la consecución de comportamientos impuestos por él o por su entorno.

La expectativa de la eficacia, refleja cuanto un individuo percibe de sí, las estrategias necesarias para enfrentar una situación particular. El juicio de la eficacia se refiere a los pensamientos a través de los cuales se elige las acciones, los esfuerzos, la perseverancia en una conducta, se relaciona con las atribuciones a los éxitos o fracasos, así como a la fortaleza emocional.

En conjunto estos conceptos ofrecen un modelo de explicación de cualquier conducta humana, el caso de la conducta adictiva no es excepción, la importancia de explicarla, ofrece la posibilidad contar con una alternativa en la propuesta de una intervención. En el siguiente apartado se desarrolla la aplicación de estos constructos a la conducta de consumo.

La conducta de abuso de sustancias

La conducta de abuso de sustancias se concibe como una conducta compleja y multideterminada con un número de influencias etiológicas que juegan un rol en el desarrollo del abuso. Esta podría incluir: historia familiar, factores genéticos, comorbilidad con trastornos psiquiátricos, factores ambientales, se enfatizan las propiedades reforzantes de la sustancia como parte central en la adquisición del uso de sustancias y dependencia (Carroll, 1999).

Los factores conductuales son vistos como centrales en el mantenimiento del comportamiento una vez iniciado el proceso. Factores del condicionamiento operante, no únicamente como reforzador positivo sino como reforzador negativo en la búsqueda de evitar síntomas del retiro repentino de la sustancia (Rotgers, 1996).

Los procesos cognitivos, particularmente las expectativas de los efectos de la sustancia, juegan un rol importante en el mantenimiento de la conducta. Se perfila como una conducta de respuesta generalizada a las demandas del entorno (Goldman, Brown y Christiansen, 1987).

Variables involucradas en la conducta de consumo

Este modelo mediacional, asigna un papel importante en la interacción de las siguientes de variables individuales (Abrams y Niaura, 1987).

Atribuciones. Una atribución es una explicación que el individuo da a la ocurrencia de un evento. Las personas desarrollan estilos atributivos (la forma de explicar los eventos de su vida que pueden tener algún efecto en el desarrollo de problemas emocionales y de conductas disfuncionales). Estas dimensiones atributivas son: interna/externa, estable /inestable, global/específica. La capacidad del sujeto para hacer frente al uso de sustancias y su estilo de atribución

determinan el curso de las intervenciones para hacer más adaptativa la capacidad que tiene el individuo.

Valoración cognitiva. Se refiere a la evaluación que realiza el individuo de las situaciones estresantes y el modo como el individuo las enfrenta, tienen relación directa con las conductas de consumo así como de los periodos de recaída.

La dimensión de la amenaza estará en función de la percepción del sujeto acerca de sus propios recursos y habilidades para hacerle frente, entre mayor eficaz se perciba menor será la amenaza. El estrés se presentará cuando el individuo perciba incapacidad para afrontar y se sienta rebasado.

Habilidades de enfrentamiento. El enfrentamiento es la capacidad de respuesta y solución, es un proceso que se activa cuando se percibe una amenaza, interviniendo entre la amenaza y los resultados observados, tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza. Estas estrategias operan igualmente para disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza que es evaluada como desbordante o excedente de los recursos del individuo, implican esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes (Lazarus y Folkman, 1986).

En las situaciones relacionadas con el uso de las sustancias, se tiene que tomar en cuenta el contexto en el que se encuentra el individuo ya que este juega un papel fundamental en la modulación del enfrentamiento. Existen tanto factores internos (estilos de enfrentamiento, variables de personalidad, estado emocional, etc.), como factores externos (recursos materiales, apoyo social, etc.), ambos van a tener un impacto en el uso de la estrategia y su impacto en el estresor (Vázquez, et al., 2000).

Finalmente el consumo de sustancias puede fungir como un estilo para enfrentar determinadas situaciones que el individuo tiene en su vida.

Expectativas de autoeficacia. Se refiere a las creencias que tiene el individuo acerca de su capacidad para lograr una respuesta adecuada para hacer frente a determinada situación. Estas expectativas de son determinadas por el repertorio de habilidades de enfrentamiento del individuo y por la valoración de la efectividad relativa en relación a las demandas específicas de la situación (Bandura, 1982).

De este modo la eficacia determina que la conducta de enfrentamiento se inicie, la cantidad de esfuerzo necesario para enfrentar y cuanto habrá de continuar un intento de cara a los obstáculos y experiencias aversivas.

La autoeficacia ejerce una influencia sobre la conducta del individuo a través de los sistemas motivacional, cognitivo y emocional (Bandura, 1994).

Expectativas relacionadas con el uso de la sustancia. Las expectativas generadas por el individuo acerca de la sustancia tienen importancia en tanto pueden ser precursoras de la conducta de consumo dado que la anticipación en tres niveles: conductual, emocional y cognitiva se convierte en un factor determinante para el mantenimiento de la conducta.

Para Goldman, (1994) los bebedores anticipaban que el alcohol serviría como un factor que tendrá efectos positivos sobre el humor, la conducta social e interpersonal, la sexual, la asertividad y la reducción de la tensión.

Las expectativas positivas para la marihuana incluyen la relajación y la reducción de la tensión, la facilitación sexual y social, y la mejoría cognitiva y perceptual (Schafer y Brown, 1991).

Las expectativas positivas acerca de la cocaína incluyen efectos positivos globales, excitación generalizada, euforia, habilidades mejoradas, relajación, reducción de la tensión, etc. (Jaffe y Kelby, 1994).

Los efectos positivos anticipados del uso de sustancias sirven como incentivo y motivación para su uso.

Principios en la explicación de la conducta de consumo

Considerando ésta serie de constructos, de acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), la terapia cognitivo conductual integra un modelo de explicación a las conductas de abuso de sustancias bajo los siguientes principios:

1. Las conductas adictivas representan una categoría de "malos Hábitos" (o conductas aprendidas "mal adaptativas"). Los factores biológicos pueden contribuir a predisponer a un individuo a problemas con el alcohol, pero los patrones específicos son aprendidos.

2. Las conductas adictivas ocurren en un continuo de uso; es decir, conductas tales como el abuso en el consumo del alcohol no son vistas de manera categórica (por ejemplo, presente o ausente), sino que más bien existen en un continuo de cantidad y frecuencia de ocurrencia.

3. Todos los puntos a lo largo del continuo de la conducta adictiva están influidos por los mismos principios del aprendizaje.

4. Las conductas adictivas son hábitos aprendidos que pueden ser analizados de la misma manera que cualquier otro hábito.

5. Los determinantes de las conductas adictivas son factores situacionales y ambientales, creencias y expectativas, la historia familiar de la persona y las experiencias previas de aprendizaje con la sustancia o actividad. También se enfatizan las consecuencias de la conducta adictiva para entender sus características reforzantes o castigantes.

6. Los efectos de las sustancia tienen reacciones sociales e interpersonales que el individuo experimenta antes, durante y después de ocuparse en la conducta adictiva. Los factores sociales son importantes tanto en la adquisición como en la ejecución posterior de la conducta adictiva.

7. Frecuentemente las conductas adictivas son manifestadas bajo condiciones que se perciben como estresantes. En esa medida representan conductas de afrontamiento inadecuadas.

8. Las conductas adictivas son afectadas fuertemente por las expectativas del individuo de alcanzar los efectos deseados mientras realiza la conducta adictiva

Consumo vs déficit en habilidades

Para Marlatt (1998), los desordenes del abuso de sustancias incluyen el déficit en distintas habilidades que requiere el sujeto en su desarrollo cotidiano.

Los antecedentes de historia del individuo son relevantes en cuanto a que se conforman expectativas, basadas en observaciones de pares u otros significativos que abusan de las sustancias (aprendizaje vicario), esto en cuanto a los efectos esperados y a que se emplean en el enfrentamiento de situaciones difíciles. Las experiencias directas confirman estas expectativas y refuerzan su empleo (aprendizaje directo).

A continuación se describen algunas expectativas en cuanto al consumo:

- ◆ Se consideran las sustancias como medios de enfrentamiento
- ◆ El sentido de autoeficacia tiende a decrementar al paso del tiempo y en una evaluación del sujeto de sentirse rebasado por las sustancias.
- ◆ La probabilidad del uso se mantiene constante dada la ausencia de alternativas de conducta.
- ◆ Dada la relación entre las expectativas, autoeficacia y situaciones de alto riesgo, la decisión para consumir sustancias es determinada por uno de estos tres elementos (Abrams y Niaura, 1987).
- ◆ Los procesos atributivos y las respuestas emocionales juegan un papel importante en la decisión del individuo para el uso de sustancias (Marlatt y Gordon, 1985).

Es así que el modelo cognitivo conductual, ha emergido en las últimas décadas como una aproximación sólida en la explicación y tratamiento del uso de sustancias. Establece principios con soporte empírico y teórico, encaminándose como una alternativa fuerte en la explicación y en los repertorios clínicos para el tratamiento de individuos con este tipo de conductas. Es necesario contar con una parte operativa a partir de la cual se dirijan y estructuren los esfuerzos de intervención cada vez con mayor especialización en sus estrategias de intervención y su objetivo terapéutico.

Es en este punto la necesidad del desarrollo de otra habilidad adquirida durante la maestría; ésta va encaminada a desarrollar recursos clínicos para el profesional que atiende este tipo de casos desde un corte breve.

Por ello una de las herramientas y técnicas que han demostrado tener aplicabilidad en diversos campos de la clínica lo constituye el empleo de las intervenciones breves (Kristen, 1999).

Intervenciones breves

El avance en el campo terapéutico debe ir en un paralelismo con las dinámicas sociales permeadas por factores como los económicos, políticos y sociales, por ello en la búsqueda de intervenciones en el campo de las adicciones deben demostrar aplicabilidad y costo-efectividad en sus componentes, herramientas y técnicas.

El panorama en México, como se señalaba al inicio, caracterizado por la reducida asignación de recursos para hacer frente a esta problemática, exige la

implementación de intervenciones que optimicen los recursos tanto materiales como humanos. Por ello es necesario contar con una parte teórica acompañada por una parte clínica aplicada viable y acorde a las necesidades comunitarias e individuales de nuestro país.

Por ello es indispensable que las intervenciones demuestren un carácter de acercamiento y vinculación con los tres actores principales: la política, la investigación y el tratamiento (Lamb, Merwyn, Greenlink y McCarty, 1998).

Bajo tal contexto nacional, surge como alternativa la aplicación de las intervenciones breves, que por sus ventajas como: bajo costo, rápida aplicación y efectos inmediatos dirigidos y centrados en un problema específico, se presentan como una alternativa viable.

Se caracterizan por ser prácticas que se dirigen a enfrentar un problema potencial y motivar al individuo a comenzar a realizar alguna acción acerca de su abuso de sustancias, ya sea por medios propios o por la búsqueda de tratamientos en este rubro (Barry, 1999).

Este tipo de intervenciones incluyen una amplia gama de actividades que varían en contenido, duración, metas, escenarios, especialistas, involucrados, intensidad, etc. La Organización Mundial de la Salud define a las intervenciones breves como: “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los ponen en riesgo y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes que adviertan que su estilo de consumo puede causarles problemas. Esta intervención esta dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa” (citado en Echeverria, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

Como se mencionó dentro de las ventajas que poseen han demostrado ser de bajo costo, con una acción rápida en su aplicación, con efectos inmediatos y enfocados centralmente en la problemática hacia la cual va dirigida. Así mismo se caracterizan por no ser intrusivas y con campo de aplicación en un entorno externo sin necesidad de internamiento.

La evidencia experimental muestra que los resultados alcanzados tienen perdurabilidad a través del tiempo, además de poder llevarse a cabo en situaciones que van desde la atención de emergencia hasta su implementación en instituciones de salud pública o privada. Han exhibido un potencial de generalización así como un alto grado de eficacia, debido a tener un sustento en principios psicológicos probados (Por ejemplo los principios de aprendizaje).

Las intervenciones breves de corte cognitivo conductual consideran al cliente como una parte activa en el proceso de recuperación, cuya conducta se determina recíprocamente con otras variables como el medio y los procesos cognitivos (Heather, 1989).

Al llevar a cabo las intervenciones breves se deben observar lineamientos generales desde los cuales tener objetivos claros a partir de los siguientes componentes (Kristen, 1999):

- ◆ Proporcionar retroalimentación
- ◆ Señalar la responsabilidad del usuario en el proceso de cambio
- ◆ La asesoría para el cambio es proporcionada por el terapeuta

- ◆ Se oferta un menú de alternativas de autoayuda u opciones de tratamiento
- ◆ Se emplea un estilo empático
- ◆ Se promueve la autoeficacia

Existe una serie de pasos recomendados para dar estructura a la intervención, estos se enumeran a continuación:

- ◆ Ubicar el problema en el contexto de la salud del cliente, es decir, individualizar la información que el terapeuta retroalimenta, posterior a tener un rapport establecido
- ◆ Seleccionar, evaluar y supervisar. Estos pasos consisten en un proceso de obtención de información acerca de la conducta problema, se busca concretar el problema de modo específico. Puede implicar una entrevista estructurada.
- ◆ Retroalimentación. Este componente resalta ciertos aspectos de la conducta del cliente utilizando la información obtenida. Involucra un dialogo interactivo de discusión acerca de los hallazgos que el terapeuta considera relevantes.
- ◆ Hablar acerca del cambio y del establecimiento de metas. Implica una discusión acerca de la posibilidad de modificar la conducta por otras seleccionadas de una serie de alternativas. Se utiliza en diversas partes del proceso terapéutico, dependiendo de los avances logrados por el cliente.
- ◆ Resumir y concluir. Este paso implica discusión y revisión de los cambios acordados. Se debe resaltar la disposición del cliente al cambio y el logro de metas alcanzadas

Cabe señalar que las metas consisten en reducir el riesgo de daño ocasionado por el uso de sustancias. El grado mayor de reducción de daño lo conforma la abstinencia; sin embargo el cambio acordado para cada usuario tiene una individualización de acuerdo a las necesidades y características del patrón de consumo, frecuencia, intensidad y el contexto. En las siguientes líneas se presenta el programa desarrollado en la facultad para la aplicación de estos constructos, en un paquete de tratamiento estructurado denominado autocambio dirigido para adultos y un programa para adolescentes.

El programa de Autocambio Dirigido

Uno de los programas que resume y conjunta una serie de componentes tanto teóricos como clínicos es el programa de **Autocambio Dirigido para bebedores problema**; dirigido a sujetos con dependencia media o leve, cuando el simple consejo no ha sido efectivo.

Es considerado como una intervención breve que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta de consumo a través del empleo de recursos propios y el desarrollo de una estrategia para resolver problemas y enfrentar diversas situaciones de riesgo.

Este modelo se fundamenta en el programa de Auto-Cambio dirigido desarrollado en Canadá por los doctores Sobell, adaptado a México por el Doctor

Héctor Ayala y su equipo. Consta de cuatro sesiones de intervención, una de evaluación y otras de seguimiento a uno, tres seis, nueve y 12 meses.

Como guía se muestra un diagrama del número de sesiones y la actividad realizada en cada una de ellas para el programa de bebedores (Ver figura 3).

Principales estrategias empleadas en el tratamiento:

- Participación conjunta del terapeuta y el usuario utilizando estrategias motivacionales.
- Identificación de las etapas de cambio.
- Entrenamiento en estrategias de autocontrol.
- Análisis funcional de la conducta de beber, (antecedentes y consecuentes).
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
- Uso óptimo de redes y recursos sociales.
- Prevención de recaídas

Instrumentos empleados

- Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA, (Desarrollado por Raistrick, Dunbar y Davidson, 1986, traducida y adaptada por Echeverría y Ayala en 1997), es un instrumento de tamizaje de 15 reactivo diseñada para medir dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza es que refleja todas las dimensiones del Síndrome de dependencia al alcohol y permite obtener rápidamente un indicador de grado de dependencia para hacer una referencia al tratamiento mas adecuado.

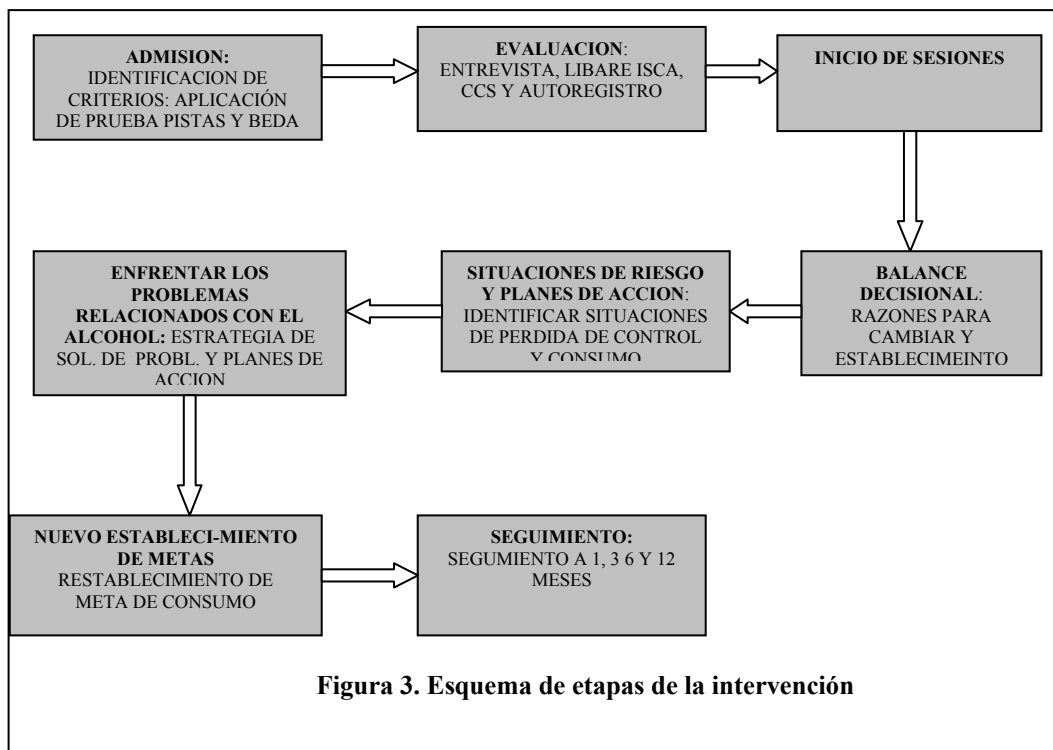


Figura 3. Esquema de etapas de la intervención

- Pistas A y B. Retomada de la batería Halsted-Reitan (Halstead, 1947; Reitan, 1975), permite revisar la posibilidad de la existencia de daño cognitivo como resultado del consumo excesivo de alcohol.
- Entrevista inicial. Incluye apartados para la obtención de información en áreas como: salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas y consecuencias adversas al uso de sustancias. Aportan datos para la planeación del tratamiento.
- Línea Base Retrospectiva, LIBARE (Maisto, Sobell, Cooper y Soobell, 1979, adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala, 1997), es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo durante el último año, reportado por el consumidor.
- Instrumento de Situaciones de Consumo, ISCA, (Annis, 1982, traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997). Evalúa la frecuencia de consumo de los usuarios ante diversas situaciones, compuesto por 100 reactivos divididos en ocho categorías (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, contacto con otros, presión social y momentos agradables con otros)
- Cuestionario de Confianza Situacional, CCS, (Annis y Martín, 1985, traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997). Permite identificar la auto-efficacia del usuario para retirarse del consumo ante ocho situaciones (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, contacto con otros, presión social y momentos agradables con otros).
- Auto-registro (Echeverría y Ayala, 1997). El autoregistro mediante la auto-observación es un método de obtención de datos a través del auto-informe, en este caso en referencia a la cantidad y a las condiciones bajo el cual se llevo a cabo la situación de consumo.
 - Entrevista de Seguimiento para el Usuario
 - Entrevista de Seguimiento para el Colateral
 - Guías Rápidas
 - Formatos de Reporte de Sesión

El programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y Drogas

Una adaptación derivada del programa anterior es el dirigido a una población específica con detección temprana e intervención breve, lo conforma **El programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y Drogas**; éste va dirigido a estudiantes de nivel medio o medio superior que consumen alguna sustancia adictiva y que no presentan dependencia; busca un cambio en el patrón de consumo, con sesiones individuales de 60 a 90 minutos, basados en la intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social. Guía y entrena al adolescente en habilidades de autorregulación para controlar el consumo y mantener el cambio en la conducta de consumo.

Esta intervención se caracteriza por utilizar los procedimientos del Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema con adaptaciones específicas en función del tipo de población hacia la cual va dirigido.

Los instrumentos empleados son los siguientes

- Entrevista semi-estructurada. Consta de 11 reactivos que permiten recabar información necesaria acerca del consumo de alcohol y/o drogas en el adolescente.
- Entrevista inicial. (Campos, Martínez y Ayala, 2001), el objetivo es recabar información general acerca del adolescente, su historia de consumo y conocer los problemas relacionados con éste.
- Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes POSIT, (Mariño, González-Forteza, Andrade, Medina-Mora, 1997). Es un cuestionario acerca de siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencial. Para fines de este programa se empleó únicamente el área de uso/abuso de sustancias.
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview) CIDI, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en 1993. Es una entrevista estandarizada para identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años. Para este programa se utiliza únicamente la sección I que mide los trastornos debidos al consumo de alcohol y la sección L que mide trastornos debido al consumo de sustancias ilegales.
- Escala de Estados de la Disposición al Cambio (Sócrates parte 8A y 8D) (Millar y Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez y Ayala, 2001). Evalúa la etapa de disposición al cambio en que se encuentra el individuo, *reconocimiento del problema* o si es que el individuo ya se encuentra en *acción*.
- Línea Base Retrospectiva LIBARE, (Maisto, Sobell, Cooper y Soobell, 1979, adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala, 1997), es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo durante el último año, reportado por el consumidor.
- Auto-registro (Echeverría y Ayala, 1997). El autoregistro mediante la auto-observación es un método de obtención de datos a través del auto-informe, en este caso en referencia a la cantidad y a las condiciones bajo el cual se llevo a cabo la situación de consumo.
- Inventario de Situaciones de Consumo de alcohol y drogas (Martínez, Ruiz y Ayala, 2003). Cuenta con dos formatos uno para detectar las situaciones de consumo de drogas (ISCD-A) y otro para identificar situaciones de consumo de alcohol (ISCA).
- Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS), (Annis y Martín, 1985, traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997). Permite identificar la auto-eficacia del usuario para retirarse del consumo ante ocho situaciones (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, contacto con otros, presión social y momentos agradables con otros).

- Cuestionario de Percepción acerca de los Programas sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas para Adolescentes (Salazar, Martínez y Ayala, 2001). Con el objetivo de conocer la percepción del adolescente con respecto al rol del terapeuta y los jóvenes de su edad que asisten a los programas de tratamiento para el abuso de sustancias.

Las habilidades desarrolladas en esta competencia son las siguientes:

- Habilidades terapéuticas como la escucha reflexiva, retroalimentación al usuario, etc.
- Tener la capacidad de valorar los procedimientos utilizados para obtener datos psicológicos relevantes
- Tener la capacidad de valorar la pertinencia de los informes resultantes de la intervención psicológica
- Autoconciencia del conocimiento adquirido y autoevaluación de las propias habilidades a utilizar en la implementación y ejecución de programas de este corte.
- Habilidad para transferir el conocimiento académico a las diferentes situaciones terapéuticas.
- Saber diagnosticar problemas o necesidades en el usuario de drogas
- Saber aplicar distintos métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológicos en los ámbitos aplicados del consumo de drogas
- Conocer y saber aplicar las metodologías científicas con sustento empírico como los paquetes de tratamiento cognitivo conductual.
- Tener buenas habilidades de comunicación y de empatía
- Identificar la conducta de consumo así como las conductas o procesos vinculados
- Conocer los principios y procesos básicos del desarrollo de la conducta de consumo desde un modelo determinado.
- Atribuir importancia relativa a cada una de las alternativas de intervención.
- Planificar posibilidades de intervención
- Saber establecer formas de control, evaluación y seguimiento de la intervención
- Saber valorar los resultados de una intervención psicológica
- Dominar estrategias y técnicas que permitan que los usuarios se impliquen de modo activo en la intervención
- Manejar instrumentos de evaluación. Saber aplicar en distintos ámbitos los instrumentos para alcanzar diversos objetivos.
- Adquirir habilidades para planificar procesos de evaluación, incluyendo las técnicas a usar y la elaboración de informes.
- Analizar críticamente los instrumentos de evaluación. Conocer, respetar y aplicar la normativa ética de evaluación. Adecuar el comportamiento del evaluador a la consecución de los objetivos propuestos y a los medios para lograrlo.

Reflexión

Es importante contar con una alternativa de intervención de corte breve, estructurada y probada, con fundamentos teóricos que la sustentan tanto en su efectividad como en su eficacia, sin embargo la aceptación de este tipo de modelos a una cultura caracterizada por una ingesta de alcohol poco frecuente pero de gran intensidad sugiere la necesidad de estudios que revisen la aceptación de estos modelos por parte de nuestra sociedad.

COMPETENCIA 4. Aplicar programas para rehabilitar.

Se estima que en el país existen 3.3 millones de personas con abuso/dependencia a sustancias, Casi la mitad (44%) presenta dependencia severa, de ellos un porcentaje mínimo acude a tratamiento y cuando acuden, se estima que en promedio pasan hasta ocho años (Borges, Wang, Medina-Mora, Lara y Tat Ch, 2007).

En referencia al alcohol, los reportes a nivel mundial emitidos por la Organización Mundial de la Salud, arrojan un total de 70 millones de personas que sufren de dependencia al alcohol. En nuestro país, los datos indican que el panorama epidemiológico es poco alentador, ya que con respecto al nivel de dependencia en su población muestra elevados índices en el número de individuos; alcanzando, para el caso del alcohol, 2,880,000 usuarios y en el caso de drogas ilegales los datos reportan un total de 140,000 (ENA, 2002).

Según datos nacionales representativos de encuestas en hogares, después de años de baja prevalencia, el uso de sustancias se incrementó en México durante la década pasada. Este cambio en el uso de sustancias también se ha observado en encuestas de estudiantes de nivel medio y medio superior.

Las drogas ilícitas son ahora, junto con el uso de alcohol, parte de las sustancias que se consumen en el país, entre la población general y entre usuarios de los servicios de salud, incluidos los Servicios de Urgencias (SU). En este contexto, las consecuencias por el uso de alcohol y drogas forman parte del actual perfil epidemiológico del mexicano.

La edad más frecuente en la que los hombres consumieron mayor cantidad de alcohol disminuyó en promedio diez años, de un rango entre 30 a 39 a un rango de 20 a 29, lo cual se asocia a un consumo dependiente en edades temprana y que afecta al individuo en una edad de mayor productividad. En el caso de las mujeres se observa un incremento en la cantidad de consumo de alcohol en todas las edades, específicamente en adolescentes jóvenes con consumo dependiente (ENA, 1988, ENA, 2002).

Consecuencias del consumo dependiente

Estas condiciones generan impactos severos en diversas áreas del funcionamiento del individuo: física, psicológica, social, legal, personal, familiar económica, laboral, etc.

A su vez tienen un impacto en la sociedad en general, solo en lo que respecta a las erogaciones económicas que se tiene que hacer para atender las consecuencias derivadas de tal situación, hunden al país en una especie de obligación humanitaria para la canalización de recursos a situaciones que pudieron haberse prevenido y en las que el individuo tiene la libre voluntad de elección, sobre todo en etapas tempranas del consumo.

Los gastos en servicios de seguridad médica se elevan debido a las enfermedades y eventos asociados al consumo dependiente: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, pancreatitis, lesiones por riñas y homicidios, accidentes automovilísticos, depresiones,

ansiedad, alteraciones en sueño, entre otros (Tapia, Medina Mora y Cravioto, 2001).

En cuanto al consumo excesivo de alcohol, es responsable de una carga importante de enfermedad y constituye un problema de salud pública. Se asocia con más de 60 enfermedades, ocupa el primer lugar como causa de muerte y de enfermedad en el país por su importante papel en el origen de la cirrosis y los accidentes (González-Pier., 2006).

El uso de otras sustancias, se asoció con la quinta causa de muerte (homicidios) y con la séptima causa principal de muerte (el SIDA), otra consecuencia es la violencia que se produce, ya sea directamente, por ejemplo conductores intoxicados, o indirectamente, a través del mercado ilegal del consumo de drogas (Borges, Mondragón, Casanova, Rojas, Zambrano, Cheryl y Gutiérrez, 2003)

La lista podría resultar interminable, a ello habrá que agregar los servicios que se tienen que mantener para atender alteraciones psicológicas, ausentismo laboral, manutención del individuo cuando delinque y tiene que estar en un centro de reclusión y programas de jubilación temprana. Así mismo se tendría que considerar la generación de riqueza que el país deja de percibir por estos individuos, dado que la ocurrencia de los consumos se da en edades de productividad plena.

Este panorama plantea la necesidad de atender esta situación desde distintos niveles, en el caso del profesional en adicciones, le requiere la generación y aplicación de tratamientos ad-hoc a las necesidades nacionales que detengan el progreso en el daño y permitan readquisición de las habilidades perdidas en el individuo y como consecuencia se genere un impacto positivo en su entorno: familiar, laboral-escolar, social, etc.

Es por ello que la formación de cuadros especializados en el área clínica exigen destrezas en este ámbito, se debe considerar correspondencia con la realidad nacional y la formación de recursos, habilidades y capacidades en el profesional, los alcances deben tener características que el permitan impactar en los requerimientos sociales, bajo un apego ético que incluya la capacidad de manejar técnicas, herramientas e intervenciones bajo una perspectiva teórica que dé la pauta a la intervención del profesional de modo eficaz y eficiente.

Las propuestas de tratamientos para la atención a usuarios crónicos de sustancias, requieren una intervención dirigida a la rehabilitación con estrategias distintas al modelo médico y de autoayuda (muy difundidos en México), que sustente sus procedimientos sobre conocimientos empíricos y teóricos sólidos. En las siguientes líneas se describe un modelo adaptado que ha demostrado eficacia y efectividad, con fundamentos de la corriente cognitivo conductual.

Modelo cognitivo conductual

Entender las bases teóricas sobre las que se sustenta una intervención clínica, garantiza el empleo de un procedimiento metódico en la aplicación de los componentes, estrategias y herramientas que utiliza el profesional de la salud. Desde una perspectiva definida se puede explicar el problema a trabajar con el

usuario y las alternativas de intervención efectivas, acorde a las necesidades y recursos existentes.

La literatura ubica que los modelos de intervención de corte cognitivo conductual, para usuarios con problemas de consumo, muestran efectividad en la disminución en el patrón de consumo de sustancias adictivas (Allen, Litten, y Ferling, 1995).

En el caso de las conductas relacionadas con el consumo de sustancias, el análisis de los modelos cognitivo conductuales existentes, debe permitir construir un puente entre la propuesta conceptual de un modelo integral, en la que se incluyan diversas variables asociadas al consumo dependiente, y la aplicación práctica clínica apropiada a la conducta adictiva (Barragán, 2005). Particularmente desde ésta perspectiva, la conducta de consumo se explica como una conducta aprendida, un hábito desadaptativo, esto último debido a las consecuencias negativas que se presentan a nivel personal, de salud, social y físico del individuo. La cual es modificable (Marlat y Gordon, 1985).

Sobre este principio las intervenciones incluyen técnicas diseñadas para el desarrollo de un proceso reeducativo, sobre variables asociadas al mantenimiento de la conducta de consumo (p ej. Control de emociones, autocontrol, autoeficacia, etc.) y de modificación en el patrón de consumo a partir de deshabituarse ésta conducta, ofreciendo al individuo alternativas conductuales incompatibles que compitan con los reforzadores presentes en el consumo.

Dentro de la corriente cognitivo conductual se ubican diferentes modelos sobre los cuales se explica el comportamiento de consumo dependiente:

- Condicionamiento clásico
- Reactividad al estímulo
- Fenomenológico
- Condicionamiento operante
- Retiro condicionado
- Condicionamiento alternativo
- Elección conductual
- Procesamiento cognitivo de Tiffany
- Regulatorio de Niaura
- Motivación incentiva
- Autocontrol emocional
- Teoría de aprendizaje social

De estos, dos se ubican como integrales en la explicación de la conducta de consumo: el Dinámico Regulatorio de Niaura y el de la Teoría del Aprendizaje Social, estos comprenden elementos del condicionamiento operante, del condicionamiento clásico y vicario, sobre ellos se funda el modelo que a continuación se describe (Barragán, 2005).

Modelo integral de Satisfacción Cotidiana (MSC)

En nuestro país el modelo desde el cual se desarrollaron habilidades tanto teóricas como prácticas durante la maestría de adicciones en la Universidad Nacional, corresponde al programa: Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana, que incluye, como ya se mencionó, variables provenientes de dos modelos:

El modelo Dinámico Regulatorio de Niaura

Distingue e incorpora diferentes tipos de estímulos precipitadores: experimentar afectos positivos y negativos, urgencia o necesidad por la sustancia, y expectativas de consecuencias positivas ante el consumo.

El individuo frente al impacto de los precipitadores, activa la percepción de seguridad/inseguridad para resistirse al consumo y utiliza una o varias conductas de afrontamiento: consumir, platicar, retirarse, hacer ejercicio físico, etc.

Es decir que se aborda el craving y el comportamiento de consumo incluyendo variables como: el estado afectivo del individuo, las expectativas asociadas al consumo y la autoeficacia, ésta última una de las principales variables que trabaja el MSC.

El craving es explicado a partir de la combinación de respuestas a estímulos y estados afectivos tanto positivos como negativos, los efectos reforzadores en estos estados generalmente tienen relación directa con el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo de la sustancia. Algunos autores lo definen como un fuerte deseo o urgencia para usar o consumir la sustancia (Singelton y Gorelick, 1998)

El Aprendizaje Social

En tanto que el modelo de la teoría de aprendizaje social se conforma como una teoría general del comportamiento, aborda al consumo adictivo como un mal hábito que se presenta en un continuo respecto a la frecuencia.

De acuerdo con Barragan (2005), existen cuatro principios de esta teoría que explica la conducta de consumo:

- Reforzamiento diferencial. Se refiere a la aplicación de las consecuencias al comportamiento dependiendo de las condiciones del estímulo, por lo que las condiciones del estímulo determinan la situación. En el ambiente se pueden presentar las siguientes alternativas: reforzamiento positivo, negativo, castigo o el desvanecimiento de estos tres escenarios.

Ejemplo.

Escenario	Conducta	Consecuencias
Reunión	Consumo moderado	Interacción con otros
Clínica	Consumo moderado	Desaprobación, sanción por la autoridad

- Aprendizaje vicario. Bandura (1977), establece que la observación directa de modelos puede generar la aparición de nuevos comportamientos, también llamado modelamiento, al observar que se refuerza al modelo puede incrementar la probabilidad de llevar a cabo la conducta

- Procesos cognitivos
- Determinismo recíproco.

Componentes del programa (MSC)

El tratamiento cognitivo-conductual de satisfactores cotidianos adaptado y validado a población mexicana con usuarios dependientes a sustancias adictivas, ha mostrado eficacia en su modalidad ambulatoria para modificar en forma significativa el patrón de consumo (Barragán, 2005).

Las bases de este modelo de intervención se encuentran en los trabajos desarrollados inicialmente en Estado Unidos con los trabajos de Hunt y Ashrin (1973) y en México con los trabajos de Ayala y Barragán (2005), en ambos casos los niveles de efectividad alcanzados han sido sumamente favorables.

Es importante destacar que en la actualidad, se ha convertido como una alternativa de tratamiento, producto de la aplicación de constructos teóricos al trabajo clínico aplicado a un problema determinado, es decir, es un ejemplo de vinculación teórico práctica al consumo dependiente.

Como ya se había mencionado, trabaja diversas variables que se han asociado íntimamente con la conducta de consumo, cada una de ellas es abordada a través de los distintos componentes que integran el programa.

Estos componentes son aplicados con suma flexibilidad de acuerdo a las necesidades del usuario y las prioridades que el clínico detecta en un diagnóstico inicial, lo que por un lado representa una ventaja, pero por otro, exige un nivel amplio de comprensión, experiencia en el trabajo clínico y desarrollo de diversas competencias en el profesional que los aplica.

Las variables mediadoras consideradas en la conducta de consumo y por ende en la recuperación del usuario, son:

- Autoeficacia, concebida como la confianza autopercebida, para resistir el consumo de drogas ante diversas situaciones
- Precipitadores, entendidas como las situaciones específicas que anteceden el consumo
- Satisfacción cotidiana, definida como el nivel de satisfacción actual respecto al funcionamiento del individuo, en diversas áreas de vida.
- Rehusar consumo. Es la habilidad para rechazar invitaciones al consumo, integrando habilidades principalmente conductuales.
- Habilidades de comunicación. La capacidad para interactuar a nivel social de modo efectivo.
- Habilidades en solución de problemas, se refiere al desarrollo de recursos, tanto cognitivos como conductuales, para poder generar alternativas de modificación a situaciones específicas, percibidas como problemáticas.
- La ansiedad, entendida como un estado de síntomas físicos y emocionales.
- La depresión, es la frecuencia e intensidad de actitudes negativas hacia sí mismo, alteraciones somáticas y en el rendimiento.

Los componentes del paquete de intervención, buscan impactar sobre éstas variables y por consecuencia se modifiquen la frecuencia y el patrón de consumo del usuario.

A continuación se muestra un cuadro con los componentes del programa, las actividades implicadas en cada uno de ellos y los materiales/instrumentos aplicados:

COMPONENTE	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	MATERIAL/INSTRUMENTOS
I. ADMISIÓN	Evaluar criterios de inclusión. Informar características del Modelo.	Instrucción verbal Entrevista motivacional	Entrevista Coductual Formato filtro; Folleto del Modelo; CAD y LIBARE
EVALUACIÓN	Evaluar: Patrón de consumo, precipitadotes, auto eficacia, satisfacción de vida cotidiana, percepción de riesgo y datos variables psicosociales	Instrucción verbal Entrevista Motivacional	LIBARE; ISCD y ACCD
ANÁLISIS FUNCIONAL	Identificar precipitadores internos y externos, consecuencias positivas y negativas del consumo, conductas de no consumo gratificante. Aprender a elaborar planes de acción	Instrucción verbal, modelamiento; ensayos conductuales. Retroalimentación Instigación verbal	Autorregistro Formato de AFC de consumo y de no consumo
MUESTRA DE NO CONSUMO	Establecer compromiso del período de no consumo. Identificar ventajas de la muestra. Identificar riesgos. Elaborar planes de acción. Considerar motivadores, períodos previos de no consumo	Instrucción verbal. Entrevista Motivacional Retroalimentación Modelamiento ensayos Conductuales	Autorregistro Instrucción verbal Entrevista motivacional Instrucción verbal Retroalimentación Retroalimentación. Ensayos conductuales
METAS DE VIDA COTIDIANA	Establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana. Establecer planes y períodos para su consecución	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro Escala de satisfacción general de vida cotidiana. Formato de metas de vida cotidiana
COMUNICACIÓN	Aprender a iniciar conversaciones, escuchar, expresar empatía, ofrecer ayuda, aceptar responsabilidad, dar y recibir críticas, dar y aceptar reconocimiento, hacer peticiones positivas, compartir sentimientos positivos y negativos	Instrucción verbal, Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Aprender: estrategia de solución de problemas, identificar un problema, generar alternativas de solución, analizar cada alternativa con sus ventajas/desventajas, elegir la alternativa más conveniente, aplicar en su escenario natural la alternativa elegida, evaluar los resultados de aplicación de la alternativa	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia
REHUSARSE AL CONSUMO	Aprender conductas eficientes para lograr resistirse al consumo: rehusarse asertivamente, con otra alternativa, con cambio de tema, con justificación, confrontando e interrumpiendo interacción, a solicitar el apoyo familiar y social para el no consumo, a utilizar re-estructuración cognitiva ante invitaciones auto generadas	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo
CONSEJO MARITAL	Aprender habilidades de reconocimiento diario: dar reconocimiento de conducta y cualidades, ofrecer ayuda sin que la pida el cónyuge, muestras de afecto positivo, sorpresa agradable, escuchar e iniciar temas de interés para el cónyuge, aprender a hacer peticiones positivas, a solucionar problemas y negociar con la pareja	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Escala de satisfacción marital formato de matrimonio funcional Formato de recordatorio de reconocimiento Registro de ocurrencia

BUSQUEDA DE EMPELO	Aprender a conseguir una actividad libre de precipitadotes, identificar intereses laborales, habilidades profesionales/personales.	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Solicitud de actividad laboral, lista de cotejo de entrevista laboral
SOCIALES Y RECREATIVAS	Identificar y practicar actividades gratificantes. Identificar actividades, y personas con quienes realizarlas. Probar reforzadores de actividades recreativas. Propiciar el acceso al re forzador	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de actividades/personas de interés, Lista de recursos comunitarios
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	Aprender a evitar recaídas. Aplicar análisis funcional de recaídas. Anticipar situaciones de riesgo. Aprender estrategia de advertencia temprana, y a identificar sistemas de apoyo para evitar recaídas	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de análisis funcional, Recaídas
POST-EVALUACIÓN/ SEGUIMIENTOS	Evaluar: patrón de consumo, precipitadores, auto eficacia, satisfacción de vida cotidiana, satisfacción del usuario con la intervención y sus cambios en variables psicosociales. Establecer compromiso para fechas de seguimiento	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro ISCA/ISCDCCSI CACD Cuestionario de satisfacción de vida cotidiana

Habilidades desarrolladas

Las habilidades adquiridas se incluyen en la posibilidad de entender un modelo específico a partir del cual se explica el problema de la conducta adictiva y por ende tener la posibilidad de elaborar programas encaminados a la rehabilitación que, conforme los componentes de una intervención clínica, tengan sustento teórico y práctico del manejo y trabajo clínico de los usuarios hacia quien va dirigido.

Otras habilidades adquiridas durante la formación en este campo específico en distintos momentos y escenarios se describen a continuación:

- Tener los recursos para comprender a nivel social la importancia de identificar poblaciones con esta problemática, los costos que representan para la población en general y los modelos de explicación existentes.
- Acudiendo al método clínico se desarrolló la capacidad para elaborar diagnósticos oportunos, en poblaciones que requieran intervención en el nivel de rehabilitación, a través de la utilización de instrumentos estandarizados para evaluar la práctica clínica y tener elementos para comparar los avances en el usuario
- Ofrecer a la población un paquete de tratamiento probado en efectividad y eficacia. Revisado y adaptado a población mexicana, con la inclusión de otros componentes que se consideran necesarios para realizar una intervención más efectiva
- Tener un carácter crítico del papel que desempeña el psicólogo en la atención a problemas de esta índole, los alcances y el trabajo complementario y/o supeditado a otras áreas del saber (psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etc.)

- Tener la capacidad de valorar los procedimientos utilizados para obtener datos relevantes que conduzcan la práctica y manejo clínico y metodológico de las intervenciones
- Tener la capacidad de valorar la pertinencia y claridad de los informes resultantes del diagnóstico, evaluación e intervención, dirigido a otros profesionistas o con fines de investigación.
- Habilidad para transferir el conocimiento académico y teórico a las diferentes situaciones en un escenario terapéutico real, bajo una serie de constructos específicos que otorga el modelo teórico y la aplicación de estrategias y técnicas terapéuticas en el momento idóneo. Para ello el trabajo con usuarios que requieren el servicio y la práctica supervisada por parte de la responsable del programa que se ejecuta.
- Saber aplicar distintos métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológicos en los ámbitos aplicados de la psicología. Para ello se hizo el manejo de expedientes y la presentación de casos para enriquecer la práctica mediante opinión abierta de otros especialistas.
- Capacidad para interpretar resultados de los casos atendidos a través de la revisión de casos previos a fin de enriquecer la práctica y lograr la generalización del modelo.
- Saber valorar, interpretar y sintetizar la información procedente de técnicas de evaluación a fin de elaborar un plan de tratamiento con los componentes que pueden impactar en los déficits encontrados.
- Desarrollar habilidades de planificación, control y evaluación del progreso de la práctica clínica en escenarios reales.
- Identificar la conducta objeto de estudio, así como las conductas o procesos vinculados (variables mediadoras) en la conducta de consumo, tales como: la autoeficacia que se pretende desarrollar a partir del tratamiento, los niveles de depresión que son trabajados con los componentes, el manejo de las emociones, comunicación, solución de problemas, etc.
- Atribuir importancia relativa a cada una de las alternativas de intervención, esto en conjunto con la valoración de otras variables intervinientes en el proceso de la conducta de consumo, dado el carácter de paquete de tratamiento.
- Saber establecer formas de control, evaluación y seguimiento de la intervención, lo anterior a fin de tener una metodología que permita revisar los resultados y avances de la intervención, así como para probar la efectividad del modelo en seguimientos post-tratamiento.
- Dominar estrategias y técnicas que permitan que los usuarios se impliquen de modo activo en la intervención. Recordando que es un tratamiento basado en el cliente, en el cual es un sujeto proactivo en tres niveles: cognitivo, conductual y emocional. La generación de aprendizaje en el usuario es uno de los objetivos del tratamiento, la habilidad para manejar técnicas que favorezcan este procedimiento, garantiza la asimilación de los componentes para llevarlo a un nivel

conductual y por ende buscar su correspondiente impacto en la conducta de consumo.

- El manejo clínico de las herramientas, estrategias y técnicas. La escucha reflexiva, la entrevista motivacional, etc.
- El manejo en los instrumentos de evaluación para detectar casos potenciales de ser tratados con este modelo en una población específica.

Reflexión

El trabajo en un programa específico permite la especialización en el uso de sus estrategias, herramientas y constructos teóricos a partir de los cuales se dirige el esfuerzo terapéutico. La adquisición de destrezas en este ámbito garantiza la aplicación de un modelo específico a través del cual se filtra la realidad, se explica y por ende se interviene y modifica. Consecuentemente se lleva a cabo la realización de tareas de diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento.

Un tratamiento probado permite tener sustentos empíricos demostrados de la efectividad de este modelo, el abordaje desde esta perspectiva proporciona solidez y claridad de los métodos y procedimientos empleados.

Sin embargo este abordaje deja un lado otros modelos de explicación e intervención, es de reconocer que finalmente la maestría tiene un eje rectos fundamentalmente basado en una corriente teórica cognitivo-conductual, empero es recomendable que el panorama de trabajo incluya otras dimensiones teóricas a fin de enriquecer y ampliar horizontes en la formación de profesionales que incluyan la intervención de otros modelos a nivel práctico y de aplicación.

Competencia 5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionistas

Importancia de la difusión

Las contribuciones que hagan al entorno los expertos que se especializan en un campo es una parte fundamental en el quehacer y difusión de la práctica científica. Sin duda el desarrollo de la psicología y la comprensión de sus fundamentos en la formación de un profesional especializado con el grado de maestría, es un primer paso que sustenta su posterior práctica en el ámbito social.

Otro de los pasos que tiene esta práctica, se relaciona con el perfil que requiere, éste debe tener un carácter de corte social, es decir, que ese desarrollo tenga como objetivo el impacto en el entorno social y su mejora.

Este objetivo se cumple a través de la contribución de cada una de las disciplinas existentes, debe existir la capacidad de transmitir conocimientos, diseminar descubrimientos y compartir modelos desde los cuales la ciencia tiene avance en la comprensión de un fenómeno social como lo es el campo de las adicciones.

La búsqueda de respuestas de los interesados en la materia exige, en el perfil del egresado de una especialización, el desarrollo de recursos y habilidades que persigan el fomento de la capacidad para difundir conocimientos de un modo metódico.

Esta necesidad, surge por la interacción constante entre las distintas áreas del conocimiento, la globalización y la visión integral de la realidad social, por ello se requiere que la contribución de cada uno de los especialistas se dé en un ambiente efectivo, eficaz, multidisciplinario, interdisciplinario y ahora metadisciplinario.

El profesional no debe mantenerse aislado, debe tener la habilidad de interactuar con otros profesionales a fin de enriquecer su propia práctica, permitiéndole la renovación de fundamentos teóricos sobre los que trabaja.

Es así que la maestría incluye entre sus objetivos curriculares el desarrollo de las habilidades para el intercambio y formación de otros profesionistas, no solo incluye a personal especializado sino además a practicantes de otras áreas.

Las ventajas de obtener ésta competencia, garantizan transmisión de conocimientos, así como la capacidad de generar y desarrollar cuadros especializados e interesados en el campo de las adicciones.

Existen tres conceptos que se desarrollarán en este capítulo, considerados como relevantes para tener sustentos teóricos firmes sobre los cuales descansa la parte de aplicación de la competencia: capacitación, aprendizaje y diseminación.

Capacitación

La capacitación tiene el objetivo de transmitir conocimientos o habilidades, esta actividad data desde que el hombre tuvo la necesidad de enseñar y aprender de otros, conductas, destrezas o conocimientos empíricos o teóricos; al pasar de los años la capacitación se ha transformado junto con el hombre, siendo hasta el

siglo XX donde adquirió significativa relevancia, como consecuencia de las dos guerras mundiales (Queijeiro, 2001).

En la actualidad la globalización y sofisticación de los medios masivos de comunicación facilitan y exigen a la vez estrategias refinadas a partir de las cuales se transfieran conocimientos, se aprendan de otras culturas y se diseminen conocimientos que ofrezcan alternativas de solución nuevos a problemas sociales actuales.

La capacitación es considerada como el proceso mediante el cual se lleva a cabo una serie de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y mejorar actitudes, derivada de una teoría tecnológica, centrada en el saber orientado a la acción (Colom, 1998).

Para Siliceo (1982), la capacitación es el medio o instrumento que enseña y desarrolla sistemáticamente y coloca en circunstancias de competencia a cualquier persona, es una actividad planeada y basada en las necesidades reales hacia quien va dirigida, orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes.

Como actividad planeada, exige contar con un método que dé la pauta y dirección de las diversas acciones para alcanzar la capacitación, Siliceo (1999) y Reza (2000), proponen las siguientes etapas:

- Determinación del marco de referencia. Incluye la consideración del marco filosófico de referencia, las pautas culturales, las políticas legales y el medio ambiente
- Detección de necesidades. Se propone considerar cuatro elementos de análisis para la detección, entre ellos: definir la situación idónea, definir la situación real, confrontación de ambas y, por ultimo, determinación de necesidades.
- Definición de objetivos. Establecer una taxonomía determinada que guíe el tipo de objetivo a proponer, de acuerdo a si es del tipo: cognoscitivo, de habilidades, actitudes y conductuales.
- Elaboración del plan general. Incluye el análisis de las condiciones del entorno, la detección de necesidades, objetivos y áreas, análisis de la información, para determinar prioridades estrategias y finalmente contar con un material que reúna todos los rubros mencionados
- Ejecución del plan. Se delimitan las acciones generales y las acciones específicas en la consecución de los objetivos.
- Evaluación. Consiste en medir la eficacia y efectividad de los resultados del plan general, buscando que sea metódica, objetiva, factible, ética y exacta. La evaluación abarca la medición de la reacción, de aprendizaje, de aplicación, de costo beneficio y de seguimiento.

Aparte de éstas etapas es necesario establecer un referente desde el cual se construya el proceso de aprendizaje, para ello en las siguientes líneas se describe el concepto y algunas perspectivas desde las cuales se analiza.

Aprendizaje

El proceso de aprendizaje es un elemento básico en el desarrollo de las actividades de capacitación, la definición y orientación depende, en gran medida, de quien lleve a cabo dicha actividad. Así, el aprendizaje tiene diversas acepciones, desde considerarlo como un cambio conductual relativamente permanente que resulta de la práctica u observación reforzadas, a la definición adoptada por la escuela de Gestalt, refiriendo que es la capacidad súbita de significaciones intrínsecas, es decir, conocer partes del conocimiento y articularlas para la formación de estructuras mentales (Huerta, 1977).

Existen diversas concepciones acerca del proceso de aprendizaje, se describen algunas de ellas:

La perspectiva conductista. Desde la perspectiva conductista, formulada por B.F. Skinner, intenta explicar el aprendizaje a partir de unas leyes y mecanismos comunes para todos los individuos.

Teoría del procesamiento de la información. La teoría del procesamiento de la información, influida por los estudios cibernéticos de los años cincuenta y sesenta, presenta una explicación sobre los procesos internos que se producen durante el aprendizaje.

Aprendizaje por descubrimiento. La perspectiva del aprendizaje por descubrimiento, desarrollada por J. Bruner, atribuye una gran importancia a la actividad directa sobre la realidad.

Aprendizaje significativo (D. Ausubel, J. Novak) postula que el aprendizaje debe ser significativo, para ello los nuevos conocimientos deben relacionarse con los previos que posea el individuo.

Psicología cognitivista. El cognitivismo (Merrill, Gagné), basado en las teorías del procesamiento de la información y recogiendo también algunas ideas conductistas (refuerzo, análisis de tareas) y del aprendizaje significativo.

Constructivismo. J. Piaget, en sus estudios sobre epistemología genética, elaboró un modelo explicativo del desarrollo de la inteligencia y del aprendizaje en general a partir de la consideración de la adaptación de los individuos al medio.

Teoría de Campo de Lewin. Postula que el aprendizaje representa un cambio en la estructura cognoscitiva o en la manera de percibir los acontecimientos y darles significado

Socio-constructivismo. Basado en muchas de las ideas de Vigotski, considera también los aprendizajes como un proceso personal de construcción de nuevos conocimientos a partir de los saberes previos (actividad instrumental), pero inseparable de la situación en la que se produce.

De las diversas perspectivas mencionadas, se pueden destacar dos características centrales en el proceso de aprendizaje: la resolución de problemas y el trabajo colaborativo. Para la primera, se requieren problemas significativos y complejos, que estimulen la exploración y reflexión necesarias para la construcción del conocimiento.

La segunda característica se refiere a la interacción con otros, trabajar juntos como pares, aplicar sus conocimientos combinados a la solución del problema (Tam, 2000). De esta manera, el aprendizaje se convierte en un proceso colaborativo continuo de construcción de conocimiento, en un entorno que refleja

el contexto en el cual el mismo conocimiento será creado *in situ* (Hamada y Scott, 2000).

La comprensión de las teorías existentes en referencia al aprendizaje se convierte en un elemento básico y en herramienta para el profesional que busca capacitar y transmitir conocimientos e innovaciones tecnológicas. Estas bases ayudan en su quehacer práctico estableciendo guías metodológicas que dirigen el esfuerzo por alcanzar los objetivos inicialmente trazados.

Diseminación

La importancia de la diseminación en cualquier campo del conocimiento es pieza fundamental en el proceso de investigación y aplicación, finalmente el objetivo de entender y explicar los acontecimientos del entorno obedece a una necesidad de proponer y propiciar alternativas de solución a problemas derivados del contexto social inmediato.

Para Rogers (1983), la diseminación se define como “el proceso por el cual una innovación es comunicada a través de ciertos canales sobre el tiempo, entre los miembros de un sistema social” (p.5).

Para Kanouse, Kallich y Kahan (1995), la diseminación es “un proceso de comunicación de información originada de una o más fuentes, transmitida por varios medios y dirigida a diversas audiencias” (p. 168).

En ambas definiciones el concepto incluye un proceso, los retos para la diseminación de conocimientos en todos los ámbitos estriban en la identificación de las dificultades que se presentan para lograrlo, entender ésta situación requiere la práctica y aplicación de sustentos empíricos y modelos teóricos, para de este modo, elegir herramientas que favorezcan la diseminación, vinculando los avances científicos, las alternativas de solución implementadas y las adaptaciones al entorno social.

Asumir ideas erráticas de procesos lineales en la diseminación, conducen a una posición de letargo en la promoción de entender el proceso y aportar conocimiento. En el transcurso del desarrollo de estudios, esta visión lineal se ha modificado a partir de la idea de un proceso que interactúa y se modifica con los diferentes elementos involucrados

En el proceso de diseminación Gray, Jakes, Emshoff y Blakely (2003), proponen la existencia de dos etapas:

- Desarrollo y validación de modelos de innovación social (definición del problema, planteamiento de la solución, diseño experimental, ejecución de los modelos y su correspondiente evaluación e inferencias) y
- La diseminación de las innovaciones (propiedades actividades para la diseminación). En ésta etapa, el investigador o el agente de cambio promueven la adopción y utilización de los modelos efectivos, el compromiso con la innovación implica un proceso social que ayude a transferir los hallazgos científicos en herramientas y tecnologías que pueden tener impacto.

Está implícito que el científico asume un rol activo, no únicamente en el desarrollo de conocimiento, sino en la implementación de avances para mejorar y modificar a la comunidad objetivo.

Es importante partir de una base estructurada de cómo es concebido el proceso de diseminación, para ello Crosswaitie y Curtice (1994) proponen esta estructura:

- Definir la diseminación e identificar las barreras para que la diseminación sea efectiva
- Seleccionar e identificar las necesidades del público o la audiencia de investigadores a quienes va dirigida la innovación
- Identificar las estrategias adecuadas para la realización de la diseminación y promover el uso de los resultados de la investigación.

Cada una de estas fases tiene lugar en un continuo de tiempo para la implementación.

El modelo de diseminación de programas de la comunidad puede llegar a fallar si no logra considerar en su proceso, la capacidad de organización que posee la propia comunidad y las características inherentes de la misma.

A estos procesos de generación, de investigación y adopción de innovaciones, no se le ha otorgado el énfasis necesario para el desarrollo de prácticas y técnicas que faciliten este proceso. Solo recientemente se han comenzado a generar estudios específicos para analizar el proceso de la diseminación, los esfuerzos apuntan a la conformación de una teoría de cambio social sobre la base de conceptos ecológicos, innovación de métodos de investigación y técnicas de análisis de datos, así como de los principios y conductas de los agentes de cambio (Seidman, 2003).

Aun cuando se asume el carácter multidisciplinario de la investigación sobre la diseminación, la elaboración de estudios que efectivamente partan de esta concepción es limitado (Rogers, 1983).

Aspectos a considerar en el proceso de diseminación

Características sociales y políticas del entorno

Cuando se emprende la tarea de desarrollar estrategias efectivas y eficientes para la diseminación de innovaciones acerca del cuidado de la salud, es necesario que el profesional tenga en consideración el momento sociopolítico en el que se encuentra, éste tema ha sido explorado por varios autores, quienes han identificado la intrínseca relación del quehacer científico con la política, el manejo de la economía, así como otros factores sociales e incluso ideológicos.

Los impedimentos metodológicos y los obstáculos sociopolíticos, pueden verse como una oportunidad de desarrollar otras habilidades, los investigadores, en palabras de Martínez, Carrascosa y Ayala (2003), requieren aprender “una nueva manera de hacer negocios” para que la diseminación y la evaluación de las mismas, culminen el proceso de aplicabilidad para el que fueron diseñadas.

Los científicos en el campo de la salud mental, generan modelos que tienen un alcance en su proceso de generalización, la planeación de éste proceso requiere tener presente la importancia de la congruencia entre las innovaciones a implementar y los valores del grupo social al que se intenta impactar (Miller y Shinn, 2005).

Lograr identificar estos elementos sociales, garantiza que el diseminador ejerza su capacidad para sistematizar y adaptar sus modelos (en forma) a las necesidades de cada comunidad, atendiendo las estrategias y métodos a emplear para lograr la adopción de la innovación y el impacto que precede a un proceso de este tipo.

En el caso de México, debido a la gran diversidad de culturas, creencias, formas de pensar, paradigmas, factores económicos, usos, costumbres, e idiosincrasias, se hace necesario el esfuerzo por adecuar los modelos a cada una de ellas, adaptar más que adoptar para lograr resultados positivos en la implementación de los distintos programas en el área de salud mental, específicamente aquellos relacionados con el consumo de drogas.

Las tendencias políticas existentes en la comunidad, son de las dificultades más recurrentes en el proceso de diseminar las innovaciones. El reconocimiento de ellos favorece la aceptación y el apoyo de la comunidad. Las decisiones acerca de la dirección y rumbo de la sociedad tienen un factor importante en los grupos; la visión, así como su concepción e interpretación del entorno, sus necesidades y la implementación de las posibles soluciones a los problemas que consideran relevantes.

Es así que la diseminación como proceso, requiere de un ejercicio amplio de planeación y proyección, debe incluir el punto de vista inductivo, en cuanto a las técnicas, estrategias y métodos, así como también considerar el momento histórico social de la comunidad.

Por lo tanto, el trabajo requiere esfuerzos adicionales para el diseminador en la búsqueda de un equilibrio entre la adaptación, la fidelidad en sus modelos propuestos y el contexto general en el que se encuentra.

Habilidades y recursos aplicados

El campo de las adicciones tiene un amplio campo de práctica y trabajo, una de las áreas que debe cubrir, se refiere a la capacidad para sensibilizar y capacitar a otros profesionistas, en este sentido en el transcurso de la maestría el estudiante tiene la oportunidad de participar en foros cuyo objetivo es promover y transmitir conocimiento del campo de las adicciones, desde los avances, las innovaciones y los modelos que tienen mejores prácticas en este ámbito.

Una de las prácticas que mejor efectividad ha demostrado, y en cuyos fundamentos gira principalmente la maestría en adicciones de la UNAM, es el enfoque cognitivo conductual el cual cuenta con un nivel empírico suficiente para convertirse en un modelo desde el cual se pueda explicar la conducta de consumo.

En ésta competencia, se consideró para la actividad de capacitación, el tipo de población hacia la cual iba dirigida. Para ello se requirió desarrollar la habilidad de identificación de: características sociodemográficas de la población objetivo, intereses, actitudes y la formación profesional y académica de los participantes.

La capacitación es parte importante del constante desarrollo de un profesionista, el capacitador tiene la obligación de formarse y actualizarse con el fin de desempeñar ésta actividad del mejor modo, recabar información acerca de las distintas estrategias de transmisión de conocimiento.

La actividad consistió en exponer uno de los modelos de explicación que existen en el campo de las adicciones en una Preparatoria del Estado de México, ésta iba dirigida a psicólogos que conforman la plantilla de prefectos y orientadores, que con auxilio de un voluntario de Centros de Integración Juvenil, se encargan de la detección y prevención del problema.

Para tal actividad se ejecutaron algunas de las siguientes habilidades, que fueron adquiridas en diversos momentos de la maestría:

- Conocer la terminología científica propia del campo y el nivel en el cual se tenía que dirigir la conferencia
- Dominar técnicas de presentación de datos, para ello se emplearon datos provenientes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), ofreciendo un panorama del estado en el cual se encuentra el consumo de las drogas, sobre todo en edades comprendidas entre los 15 y 18 años, utilizando técnicas orales.
- Manejo y dominio de la información bajo un plan de trabajo estructurado para dicha población, con límites de abordaje y de propuesta de trabajo
- Elaborar una conferencia con datos provenientes de distintas fuentes de información
- Conocer las características de los fundamentos de otros modelos de explicación y abordaje del problema de las adicciones (modelo médico y fisiológico, psicodinámico, el de Alcohólicos Anónimos, sistémico, etc.).
- Lograr identificar las necesidades y problemáticas específicas de la población, a partir de la cual elaborar un temario de interés y que responda a las expectativas, así mismo que corresponda a los valores y actitudes de los posibles adoptadores de este modelo.
- Desarrollar un punto de vista crítico a partir de la información obtenida en los diversos cursos de formación, esto es, tener fundamentos sobre la generación de visiones científicas y aquellas que se emanan de políticas públicas que obedecen a otro tipo de intereses (morales, educativos, actitudinales, etc.).
- Tener la habilidad para captar problemas específicos e interés por plantear una solución a partir de la generación de ideas nuevas y alternativas.
- Criticar las condiciones sociales, con fundamentos en textos e investigaciones de corte social, desde las cuales se demuestre el rol específico del origen de la problemática de la conducta de consumo.
- Trabajo en equipo y con distintas disciplinas
- Elaboración de objetivos en tres líneas principales: **cognitivos** (aprendizaje) a partir de reconocer los esquemas previos y las técnicas para facilitar la asimilación y adecuación de dichos esquemas a los nuevos conceptos; **actitudinales** recabando datos de la posición y los juicios acerca del problema de las adicciones que se relaciona directamente con la conducta y posición hacia dicho tema, y, finalmente, de **procedimientos** el tipo de herramientas y técnicas que faciliten el proceso.

- Generar transferencia de tecnología apropiada para esta población, sobre todo en modelos de corte cognitivo-conductual, con un corte breve, que han demostrado menor costo-efectividad.
- Desarrollo de competencias sociales y manejo de grupo
- Empleo de habilidades sociales y asertivas, escucha activa y empatía, expresión corporal y entrenamiento de la voz hablar en público.

El tipo de población hacia la cual va dirigido requiere, en el profesional que pretende capacitar, la identificación de: necesidades, recursos, actitudes, etc.

El papel como facilitador en la sensibilización y capacitación a estos tipos de grupos, requiere de una perspectiva clara de los objetivos y alcances de este proceso, el tener desarrolladas estrategias a partir de las cuales potencializar recursos propios para este quehacer. La elaboración de los proyectos de esta índole descansan en la búsqueda del desarrollo de una serie de destrezas y competencias, tanto de carácter genérico (intelectuales, motivacionales, éticas, etc.) y como de carácter específico (Manejo de modelos, etc.).

Por ello es que el profesional debe tener en cuenta datos específicos del objetivo de su capacitación, la población, los alcances de la misma, las políticas sobre las cuales se encuentran inmersos los interesados, etc. Para entender que conocimientos se buscan desarrollar y que tipo de metodología empleada es la más apta para tal fin. Una vez delimitados estos elementos se tiene un plan de trabajo que organiza y dirige los esfuerzos del profesional:

- a) Definir las habilidades generales que se busca obtener
- b) Definir las competencias específicas y concretas a entrenar en cada tema la naturaleza del mismo.
- c) Valorar el tipo de metodologías educativas a emplear para consolidar cada aprendizaje
- d) Valorar la carga de trabajo que habrá de dedicar para adquirir dichos conocimientos dentro de cada materia concreta.

Reflexión

La obtención de la competencia de capacitación es, sin duda, una parte fundamental en el desarrollo de profesionales de alta calidad académica, la difusión y promoción de nuevas tecnologías que tengan sustento empírico y teórico y que demuestren efectividad para hacer frente al problema de las adicciones, debe ser una parte inherente en el quehacer diario de intercambio entre los profesionales interesados o que estén involucrados en el tema de las adicciones.

El desarrollo de habilidades se facilita en entornos planeados para tal fin, la consecución de estos logros depende en gran medida de la disposición de recursos y programas curriculares que sean elaborados para que el estudiante logre la obtención de estas habilidades en un nivel de posgrado.

La falta de planeación deja al libre albedrío y voluntad del estudiante la obtención de esta competencia, se busca casi de modo espontáneo y al azar la conformación de la formación, deja a un lado la capacidad volitiva de quienes elaboran los programas curriculares al desarrollo individual y atemporal en la formación de los estudiantes.

Los responsables deben diseñar los cursos para trabajar en el desarrollo de competencias generales y específicas acordes con el objetivo general de la maestría, se propone un esfuerzo conjunto que dé la pauta a plantear nuevas perspectivas desde las cuales la función y actividad de los recursos, tanto materiales como humanos, se encaminen a allanar el camino para que el estudiante promueva y desarrolle las habilidades necesarias para la adquisición de destrezas en su quehacer profesional.

Es necesaria la congruencia entre el contenido de las materias cursadas y los objetivos curriculares en logro de las habilidades planeadas. En este sentido prestar atención a la propuesta de materias de carácter obligatorio u optativo para generar en el estudiante el camino por el cual se obtengan las competencias que se requieren para obtener un grado de destrezas necesarias para la formación de cuadros en la Universidad Nacional.

Es así que la responsabilidad social de los especialistas tenga correspondencia con los programas curriculares para asumir el papel de agente de cambio del sistema social, con respecto al fenómeno de las adicciones.

Competencia 6. Implementar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso.

La implementación de proyectos de investigación es una tarea paralela a cualquier formación profesional en las diversas ramas del conocimiento, el avance en cada una de estas áreas depende de la generación de ideas y proyectos que enriquecen y fomentan los alcances de cada disciplina en el saber científico; establecen y prueban los principios teóricos en un plano de realidad, corroborando o rechazando las hipótesis derivadas de los constructos con los que se trabaja.

La investigación en psicología busca dar respuesta a problemas específicos, la obtención de resultados se traduce en avances en la explicación de las variables involucradas en la conducta (Zinder, 1987).

La situación en México con respecto a la investigación es un área donde el especialista tiene un campo amplio para trabajar, la producción de conocimiento alude a una tarea primordial de una universidad pública. Es por ello que la formación de cuadros tiene que dar pauta a tener recursos y habilidades necesarias para desarrollar proyectos de investigación.

La formación en un postgrado de alta calidad no puede dejar a un lado la promoción y enseñanza en el desarrollo de habilidades, actitudes, estrategias y capacidades para la elaboración de investigación del fenómeno de las adicciones. El desarrollo de ésta competencia buscó el objetivo de familiarizarse con los conocimientos, análisis y aplicación de los diseños de grupo y diseños de un solo sujeto; sus ventajas, desventajas e implicaciones éticas.

Para ello, se llevaron a cabo seminarios y sesiones de revisión de literatura de los fundamentos teóricos y experiencias prácticas en el campo de la investigación. A la par se conformaba un proyecto de investigación caracterizado por: la identificación y planteamiento del problema, la evaluación pertinente y puntual de las hipótesis experimentales, la descripción de las principales características y procedimientos de las diversas modalidades de los diseños de grupos, la explicación de los alcances y limitaciones del diseño de grupo elegido y finalmente la identificación de los dilemas éticos asociados al empleo de este tipo de diseños y una propuesta para solventar dicha disyuntiva.

Al igual que en otras ciencias, en psicología la investigación puede llevarse a cabo por dos caminos (Hernández, Fernández y Baptista, 1991):

1. El campo de la investigación básica, cuyo objetivo es producir conocimiento y abonar bagaje a la teoría
2. El campo de la investigación aplicada, cuyo objetivo primordial, consiste en resolver problemas prácticos y probar los constructos a través de procedimientos efectivos para dar alternativas de solución y generar conocimientos.

Una vez definido el campo en el cual se va a trabajar es necesario señalar que la psicología emplean a menudo dos tipos de metodología de investigación: investigación de grupos y de caso único.

Metodología de investigación de grupos

El método más común dentro de la psicología clínica, consiste en evaluar la intervención haciendo comparaciones entre grupos de sujetos que son expuestos a diferentes condiciones controladas por el investigador (Kazdin, 2001).

Isaac y Michel, 1977, proponen subcategorías en la investigación con grupos, la elección de una de ellas, depende del propósito del estudio, la naturaleza del problema y las alternativas apropiadas para llevar a cabo la investigación.

Dentro de éstas se clasifican del siguiente modo:

- Histórico. Busca reconstruir el pasado objetiva y exactamente, frecuentemente en relación a una hipótesis sustentable
- Descriptivo. Describir sistemáticamente una situación o área de interés
- De desarrollo. Investiga patrones y secuencias de crecimiento y o cambios como una función del tiempo
- Caso y campo. Estudia los antecedentes, el estado actual y las interacciones del ambiente de una unidad social dada
- Correlacional. Investiga la variación de un factor sobre uno u otros factores basados en los coeficientes de correlación.
- Causal-comparativo o ex post-facto. Investiga las posibles relaciones de causas y efectos a través de la observación de determinadas consecuencias dadas en el pasado, los datos son analizados una vez que ocurrió el fenómeno.
- Experimental. Investiga las relaciones causa efecto a través de exponer a uno o más grupos a condiciones de tratamiento y comparando los resultados con uno o más grupos control (es esencial la asignación aleatoria a los grupos)
- Cuasi-experimental. Busca relaciones de causa efecto pero no permite el control y/o manipulación de todas las variables involucradas.
- De acción. Busca desarrollar nuevas estrategias o nuevas aproximaciones para resolver problemas con aplicación directa al salón de clases o a otro escenario aplicado.

Actividades para desarrollar la competencia

Como parte de la actividad desarrollada en esta competencia y contando con los elementos anteriores, se elaboró una propuesta de proyecto de investigación titulado **Entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de enfrentamiento y habilidades vocacionales para sujetos consumidores de cocaína privados de su libertad del Reclusorio Preventivo Varonil Sur del Distrito Federal.**

Este proyecto tuvo como escenario, como su nombre lo indica, un reclusorio de la Ciudad de México. El estudio compara un programa cognitivo conductual de tres componentes, entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de enfrentamiento y habilidades vocacionales, con un programa estándar, en un grupo de sujetos consumidores de cocaína privados de su libertad. La muestra incluyó a 60 sujetos, la mitad de ellos asignado a un grupo control y la otra mitad a

un grupo experimental. Los resultados indican que el programa cognitivo conductual resultó efectivo en reducir el consumo de cocaína y lograr la abstinencia en 70% de los sujetos del grupo experimental. Los hallazgos coinciden con otras investigaciones llevadas a cabo e indican la relación entre los déficits en este tipo de habilidades y el mantenimiento en el consumo de drogas. La oportunidad de tener acceso a este tipo de poblaciones y el interés personal fueron los elementos principales para proponer este programa, buscando su piloteo, corrección y propuesta formal a las autoridades a fin de ofrecer una alternativa de tratamiento efectivo y con sustento empírico, bajo el cobijo de formación teórica supervisada por un experto en la elaboración de proyectos de investigación.

Metodología de caso único

Bajo una necesidad de contar con una metodología de corte conductual debido al enfoque que tiene la formación de la maestría, se buscó el objetivo de conocer y manejar la investigación aplicada a través del: conocimiento, análisis y aplicación de diseños experimentales de un solo sujeto así como sus implicaciones éticas en el desarrollo de la investigación aplicada.

Se abordaron aspectos históricos de evolución y de estado actual del campo. Haciendo un breve bosquejo, necesario para entender el presente, esta metodología surge como respuesta ante las críticas y deficiencias de la metodología de comparación de grupos, la negativa hacia los promedios y la limitada comprensión de aquellos que no quedan ajustados a la supuesta "norma" resultó un área óptima para la aplicación de esta metodología.

Como antecedentes directos de este tipo de metodología cabe mencionar los aportes realizados por tendencias tales como: las fisiológicas y de psicología experimental, los estudios de caso único, las fuentes de variabilidad, las tendencias conductuales, etc.

El estudio de caso se ha convertido en una fuente de ideas para generar conocimiento en el plan aplicado. La rigurosidad metodológica garantiza que estos datos contengan validez interna y la replicación garantiza la generalización en intervenciones con problemas específicos a sujetos específicos.

En la psicología clínica se ha identificado a este proceso de investigación como el desarrollo y evaluación de procedimientos psicoterapéuticos o de cambio de conducta efectivos (Sanderson y Barlow, 1991).

La investigación aplicada implica aspectos científicos, en la opinión de Barlow, y Hersen (1988), el clínico debe aprender a evaluar su trabajo empleando métodos empíricos para determinar la efectividad de su práctica, así mismo el aumento en el conocimiento de las intervenciones a través de la investigación aplicada permite la diseminación de hallazgos de corte científico.

Diseños de caso único

Barlow y Hersen (1988), proponen diversos diseños de investigación acorde a las necesidades específicas del objetivo, alcances, limitaciones, así como de la naturaleza del problema, entre ellos se tienen a:

- Diseño básico A-B. El diseño más sencillo que consiste en generar una línea base del sujeto y una fase de intervención. Se toman medidas repetidas antes de la intervención (A) y en la intervención (B). Los cambios en la variable dependiente (VD), se atribuyen con reservas a la intervención.

- Diseño A-B-A. diseño también conocido como de retirada, donde posterior a la conformación de la línea base se implementa la fase de intervención y para probar los efectos de esta se incluye una fase de retirada esperando variaciones en los resultados. Indeseable en contexto clínico dadas sus implicaciones éticas.

- Diseño A-B-A-B. El diseño alterna las condiciones de línea base (fase A) con la condición de la intervención (fase B). Las fases A y B son presentadas otra vez para completar cuatro fases. Los efectos de la intervención se dan si hay mejora en la ejecución, al revertir la fase los niveles se acercan a la línea base al retirar el tratamiento, y mejora cuando el tratamiento es, otra vez, reinstalado en la segunda fase de intervención. Proporciona dos fases B para mostrar los efectos del tratamiento. Refuerza las conclusiones derivadas de los efectos de control sobre la conducta.

- Línea base múltiple en conductas e individuos. En este tipo de diseños las inferencias son basadas examinando la ejecución a través de distintas líneas base, los datos son recogidos de dos o más conductas, describen el nivel actual de ejecución y predicen la ejecución futura. Después de que la ejecución es estable para todas las conductas la intervención es aplicada a la primera conducta, esta cambia (sí es efectiva la intervención) y cuando es estable, se aplica la intervención a la segunda conducta y así sucesivamente. Cuando las conductas cambian al tiempo de la intervención y las otras se mantienen se puede sugerir que la intervención fue la probable responsable del cambio. Tipos de diseño de LB múltiple: 1) Entre conductas Una VI se aplica secuencialmente a conductas independientes del mismo sujeto. 2) Entre sujetos una variable independiente (VI) se aplica secuencialmente a sujetos distintos bajo las mismas condiciones ambientales. 3) Entre situaciones, una VI se aplica secuencialmente a un mismo sujeto y conducta en distintas situaciones distintas e independientes.

- Diseño de criterio cambiante. Con un diseño de criterio cambiante los efectos de la intervención son demostrados a través de cambios graduales en la conducta durante el curso de la fase de intervención. El tratamiento está pensado para lograr un nivel de ejecución. Cuando la conducta se estabiliza a este nivel, se cambia a un criterio más exigente, el proceso se repite hasta alcanzar el nivel óptimo predeterminado. Es aconsejable al menos dos cambios de criterio Control ante una variable extraña, variar la magnitud de cambio de criterio Invertir la dirección del cambio de criterio prolongar la fase.

Lo anterior con el fin de construir una metodología valida y con capacidad para aportar conocimientos e ir conformando intervenciones que permitan la replicación y generalización de las mismas, con un margen de validez y apegados a una epistemología particular que rescate su carácter científico y comprobable. Los diseños de caso único buscan validación interna, van más allá de los diseños pre-experimentales

Este tipo de diseños son similares a la experimentación tradicional entre grupos, comparan los efectos de las variables independientes a través del trato distinto entre los grupos de sujetos, la aleatorización y la evaluación de los resultados.

En las investigaciones de caso único las diferencias son solamente hechas acerca de los efectos de la intervención por la comparación de diferentes condiciones presentadas al mismo sujeto a través del tiempo.

Mientras en la comparación de grupos se emplea una distinción entre los grupos, en el diseño de caso único estas comparaciones se dan con el mismo sujeto, los efectos del tratamiento son examinados en dos condiciones tratamiento y no tratamiento para ello es necesario la utilización de técnicas viables para tal fin como la que se describe a continuación.

Evaluación de línea base

En este tipo de diseño, usualmente se inicia con la observación por varios días antes de la intervención, este periodo es conocido como la fase de línea base, proporcionando información antes de iniciar el proceso de manipulación. Sus funciones son:

1. Función descriptiva. Proporciona información del grado del problema del cliente
2. Función predictiva. Da información acerca de la predicción, en cuanto a la presentación en un futuro inmediato, de la conducta si la intervención no es proporcionada. Esto es, a través de la continuación de la presentación de línea base.

Conceptos tales como la replicación directa, replicación clínica y replicación sistemática toman sentido en la búsqueda de la generalización de los hallazgos y su posible inclusión en los llamados paquetes de tratamiento. Una propuesta fue trabajada para dar un reflejo de la aplicación del diseño acorde con las necesidades del problema que se pretende abordar.

La diversidad en los diseños, permite tener alternativas en la elección metodológica del diseño, es importante considerar las necesidades del problema en su evaluación y con respecto a los objetivos que se plantean, así como a su justa dimensión. Da un lugar primordial al sujeto como parámetro para su comparación de avance y cambio, sienta las bases para construir teorías del análisis conductual y cambios medibles.

Propuesta de investigación

Para la aplicación de estos constructos y diseños en este tipo de investigación, se elaboró un proyecto con un diseño A-B-C-D, para evaluar en un inicio, los efectos de la relajación, posteriormente los efectos del entrenamiento en habilidades sociales y finalmente la inclusión de ambos tratamientos en una sola intervención, como estrategias efectivas en la abstinencia de consumo de tabaco en un usuario.

Donde: A es línea base, B es relajación, C es el entrenamiento en habilidades sociales y D es la combinación de ambos tratamientos.

La investigación se desarrolló a lo largo de 8 semanas, en cada una de las cuales se llevo a cabo una sesión con duración de 60 minutos. La primera de ellas se empleo para la conformación de línea base a partir de los datos obtenidos en el autoregistro y la Escala de Fagerstrom.

Para facilitar el registro de los datos se le instruyó al cliente para tal fin, de este modo se pudo obtener la cuantificación de la frecuencia de la variable dependiente (fumar). Esta actividad se llevo a cabo a lo largo de todo el estudio.

La segunda sesión se enfoco a la revisión de los registros realizados en la semana anterior. En conjunto con el cliente se llevó a cabo el análisis funcional a fin de identificar elementos que mantenían la conducta de consumo (antecedente y consecuente). Posterior a ello se empleo la entrevista dirigida para habilidades sociales, concluyendo en una discusión acerca de los hallazgos con el cliente.

A partir de la tercera sesión se incorporo la intervención correspondiente. al entrenamiento del sujeto para relajarse, a través de la tensión y relajación de los grupos individuales de músculos, ayudándole a identificar y discriminar los diferentes niveles de relajamiento muscular. Para ello se utilizo el entrenamiento de relajación progresiva de Jacobson, el cual es un método para eliminar la tensión, se dirigió al sujeto en las primeras sesiones, posteriormente se le instruyó para que lo llevara a cabo por sí mismo, a través de la autoinstrucción, este procedimiento incluyo tareas asignadas para practicar en casa. Al final de la quinta sesión el sujeto fue capaz de alcanzar los niveles deseados a través de la autoinstrucción como auxiliar en el relajamiento.

Al finalizar esta fase se le informaba al sujeto que cesara de emplear la relajación y en lugar de ello empleara el siguiente procedimiento. Se le entrenó al sujeto en habilidades sociales para afrontar la posibilidad de hablar en público y de afrontar situaciones de interacción social. Inicialmente hubo una breve explicación de lo que son las habilidades sociales.

En la misma sesión, a través del juego de roles y la exposición frente al espejo, se indicó al cliente, de modo gradual, las conductas no verbales de interacción, con los siguientes componentes: contacto visual, expresión facial, gestos, postura, orientación física, distancia y contacto físico.

Se emplearon dos sesiones, éstas finalizaban con la asignación de tareas, es decir, prácticas en situaciones reales, el sujeto llevaba tales actividades en situaciones que le generaban mayor ansiedad durante la semana siguiente al entrenamiento.

La siguiente sesión se enfoco al entrenamiento en conductas verbales, que incluían: fluidez (mantener un ritmo de emisión de expresiones verbales), tono (cambios en el nivel de voz de acuerdo a contenido de la conversación, es decir, aseveraciones, negaciones, énfasis, etc.) y contenido (frases como “yo pienso”, “yo siento”, empleo del humor, emisión de preguntas, comentarios positivos). Lo anterior a través del juego de roles y repeticiones frente al espejo, así mismo se retroalimentó tras la revisión de las sesiones grabadas. La sesión finalizaba con la asignación de tareas en casa y de igual modo el empleo de tales técnicas en situaciones reales. Finalmente en la última fase del estudio, es decir, a partir de la octava sesión, se le entrenó al sujeto para la aplicación de ambas intervenciones. Se hizo a través de la recuperación de los elementos principales de cada intervención y se le instruyó para llevar a cabo ambos tratamientos a la par.

Inicialmente, se le pidió emplear la autoinstrucción para la relajación e inmediatamente después el empleo de las habilidades sociales entrenadas. Al igual que en las otras fases esta se logro a través del juego de roles y la retroalimentación con las videocintas. Este procedimiento final incluyo dos sesiones.

Resultados

Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos señalados en la literatura, así mismo la combinación de la relajación y el entrenamiento en habilidades sociales fue más efectiva que un tratamiento solo, este resultado es similar a lo encontrado por Dryden y Rentoul (1991) y sugieren la importancia de incluir ambos tipos de intervenciones en intervenciones para conductas de este tipo.

Aunque los resultados de este estudio son relevantes, existe una potencial limitación que puede afectar las conclusiones arrojadas, esto es, el empleo de un solo sujeto con características específicas y con un consumo con dependencia moderada. Una replicación del mismo con múltiples participantes de distintas características podría generalizar estos resultados.

Así mismo no se controló de manera absoluta el efecto de aprendizaje de acarreo de la fase de relajación a la fase de el entrenamiento en habilidades sociales, para futuras investigaciones se sugiere tener presente este efecto.

Hay que considerar el nivel de motivación con el que se presentó el cliente, efecto que podría tener su impacto en los resultados del tratamiento, es decir en la efectividad del mismo, tal como lo señala al respecto Prochaska y Di Clemente (1992), para ello estos autores sugieren tener un control más preciso en cuanto a la etapa de cambio en la que se podría encontrar el cliente.

La pertinencia de aplicación de éste diseño, permite valorar con mayor exactitud los cambios para cada sujeto, sin afectar la ausencia de una intervención como se puede llegar a hacer en otros tipos de diseño.

Dentro de las habilidades adquiridas en esta competencia se encuentran:

- Capacidad par llevar a cabo proyectos de investigación de corte conductual, reconociendo la aplicabilidad de los diseños experimentales de un solo sujeto y sus implicaciones éticas en el desarrollo de proyectos de investigación aplicada
- La identificación y planteamiento de problemas de investigación con relevancia en el quehacer científico del área de las adicciones
- Manejo de la metodología del diseño de grupos y sus implicaciones éticas
- Saber definir los objetivos de una investigación psicológica
- Manejo de los procedimientos y característica de las modalidades de los diseños de grupos

- Identificar los alcances y limitaciones de cada uno de los diseños experimentales, es decir, de grupo y de un solo sujeto en la investigación aplicada.
- Capacidad para interpretar resultados y generalizarlos relacionándolos con resultados previos
- Dominio y uso adecuado de una terminología básica acerca del diseño de investigación experimental y cuasiexperimental, básico y aplicado;
- Adquisición de un conocimiento que permita comprender la estructura de un diseño en la psicología aplicada;
- Correcta utilización de los diseños experimental disponibles en una investigación.
- Interpretación adecuada de los resultados de una investigación aplicada.
- Valoración crítica y la redacción adecuada de artículos y trabajos de investigación tanto propios como ajenos, pudiendo evaluar sus puntos débiles y todos aquellos aspectos metodológicos en que serían mejorables.

Reflexión

La adquisición de competencias para elaborar proyectos de investigación es parte fundamental del perfil del egresado de una maestría, la capacidad para manejar los elementos básicos para generar conocimiento y abonar al avance científico en nuestro país, es una parte ineludible al proceso de formación.

Las propuestas de proyectos de investigación deben tener campo práctico y de aplicabilidad en el campo de las adicciones. La posibilidad de tener acuerdos con organismos que pudieran otorgar financiamientos adicionales para generar conocimiento aplicado es una de las propuestas tentativas que se pueden sugerir.

Promover el desarrollo profesional a partir del requerimiento de investigaciones publicadas en un objetivo con orden en trabajo y coordinado; encaminado a facilitar tal fin.

La integración de varias de las competencias adquiridas, pueden conjuntarse en trabajos integrales donde confluyan distintas habilidades y destrezas que se vayan adquiriendo. Esto exige un trabajo coordinado por parte de los actores involucrados en el proceso de formación del profesional (docentes, alumnos, parte administrativa, coordinadores, etc.). No se intenta proponer cargas de trabajo adicionales, más bien redirigir los esfuerzos a productos viables de aplicación que otorguen la posibilidad de obtener beneficios tanto para el profesional, para la Universidad y para el entorno social donde el profesionista busca tener impacto. Se propone enfocarse en proyectos que tengan la función de enriquecer la formación y la búsqueda de promover trabajos aplicados.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS EN UN USUARIO DEPENDIENTE DE ALCOHOL

Como parte importante del desarrollo de profesionales de alta calidad, el programa de maestría contempla la formación de cuadros especializados con recursos y habilidades tanto teóricas como prácticas que sean capaces de implementar y llevar a cabo tratamientos con eficacia y efectividad, cuyas características respondan a las necesidades de quienes buscan ayuda profesional para solucionar su problemática, en este caso el consumo de sustancias psicoactivas.

De este modo el presente reporte describe un caso de atención en un usuario, empleando para ello el **PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS**. Este ha demostrado efectividad para el tratamiento de personas que presentan dependencia (Barragán, 2005).

El objetivo del programa es alcanzar la abstinencia a través del impacto en las siguientes variables mediadoras en la conducta de consumo y por ende en la recuperación del usuario: autoeficacia, precipitadotes, satisfacción cotidiana habilidades de comunicación, habilidades en solución de problemas, habilidades para rehusarse al consumo, ansiedad y depresión; así como la eliminación del reforzamiento positivo del consumo elevado, considerando otras contingencias que contribuyen a este mantenimiento. En contraparte se expone al usuario a estilos de vida saludables, que resulten atractivos desde un punto de vista de satisfacción, a fin de reforzar y mantener una conducta de abstinencia.

A continuación se describen las características del caso, las sesiones, así como las estrategias empleadas y los objetivos perseguidos.

Descripción del caso

Admisión. El objetivo de la sesión es determinar si cumple con los criterios de inclusión al programa, a través de la aplicación de diversos instrumentos, cuyos resultados se describen a continuación

Entrevista conductual, es un formato que registra datos sociodemográficos y familiares del participante y evalúa daños o pérdidas en las diferentes áreas de la vida: individual, familiar, social y laboral

El usuario presenta los siguientes datos generales, hombre de 46 años de edad con licenciatura en derecho, con ocupación de empleado en dependencia pública (Secretaría de Comunicaciones y Transportes), tiene casa propia, es casado y con tres hijas con edades de 18, 15 y 13 años, todas estudiantes y dos de ellas participan en deportes de alto rendimiento.

Motivo de consulta: el usuario acude por problemas con su pareja derivados de su consumo de alcohol, *“llego a este Centro por petición de mi pareja, pues según ella quiere que deje de beber, pues me trae diversos problemas; reconozco que el consumo de alcohol me ha afectado con mi pareja, en el trabajo y en la parte financiera, pues uno va al día, los tiempos actuales no están para gastar en*

cualquier cosa, me puedo ahorrar lo que destino al alcohol. Por mi parte creo que puedo salir adelante solo, pero cualquier ayuda de profesionales podría servir”.

Presenta alteraciones en las siguientes áreas:

1. Laboral. Ausentismos, retardos, así como un bajo rendimiento laboral, sobre todo posterior a consumos severos, generalmente los fines de semana y en ocasiones entre semana. Las ausencias se han debido a su condición física, comenta que no ha perdido el empleo pues su tipo de plaza se torna permisiva *“pues en otro trabajo ya me hubieran corrido”*
2. Familiar. Conflictos recurrentes, con su pareja e hijas, refiere tener perdidas de confianza en su matrimonio, insatisfacción, agresiones verbales de ambas partes, celos, insatisfacción sexual y falta de comunicación.
3. Psicológico. Insomnio, ansiedad, lagunas mentales y culpa durante y posterior al consumo.
4. Económico. Deudas, pues destina dinero para su consumo, llega a pedir prestado en la tienda y posteriormente tiene dificultades para pagar, condición agravada pues es el único que aporta al gasto familiar
5. Social: Aislamiento, pues se pasaba todo el fin de semana bebiendo y viendo televisión, no suele tener convivencia pues no le interesa.

Historia de consumo

Inicio a la edad de 17 años, influido por la presión de amigos y generando expectativas positivas del consumo a través de la observación de modelos, así mismo en su hogar era común el consumo en fiestas, sin que por ello hubiera restricción o sanción de algún tipo.

Considera que a los 27 años comenzó a ser un problema pues ya presentaba resacas severas y cansancio, así como problemas con su familia, principalmente con su pareja, por otro lado empezó a notar dificultades en sus relaciones laborales pues su rendimiento se veía afectado.

En el intento por remediar su situación asistió a juntas de alcohólicos anónimos sobre todo por petición de su esposa, pero desistió dado que no obtuvo ningún resultado y no le agrado el *“modo”* como se expresaban. Ha recurrido a realizar juramentos religiosos pero tampoco los ha logrado cumplir.

Estos intentos por dejar de beber han sido originados principalmente por la presión de su pareja y, en menor medida, por temor a desarrollar posibles enfermedades, en ocasiones síntomas como la gastritis, dolores de estomago e insomnio han llegado a preocuparle, sin embargo no ha asistido a una valoración *“la verdad no confió en los médicos”*.

El mayor periodo de abstinencia que ha logrado fueron diez meses, este fue aproximadamente dos años atrás; a través de un juramento pero no logró mantenerse abstinentemente ya que no lo consideraba un problema.

Su frecuencia de consumo es diario en algunos días consume dos litros de cerveza en otros llega a 5 litros, sobre todo en fin de semana.

En referencia a la intensidad el usuario no deja pasar lapsos largos de tiempo entre una y otra copa y el tiempo total empleado, depende de la cantidad, oscilando entre dos horas y 12 horas.

A pesar de esta información cabe señalar que el usuario tiende a desestimar tales consecuencias, lo que genera una incongruencia entre su discurso, las acciones y actitudes que asume ante esta situación.

Evaluación

El objetivo de la sesión es evaluar: funcionamiento cognitivo, patrón de consumo, precipitadotes, auto eficacia, satisfacción de vida cotidiana, percepción de riesgo y datos variables psicosociales. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

Subescala de repetición de dígitos y símbolos del WAIS (en Barragán et al, 2006). Obtuvo una puntuación de 8.5, lo que indica que el usuario posee un funcionamiento cognitivo dentro de los parámetros para ser aceptado en el programa (el puntaje mínimo para ingresar es de 6).

Escala de dependencia al alcohol (Skinner y Allen, 1982). Obtuvo un puntaje de 24, lo que indica una dependencia media, haciéndolo candidato a la inclusión al tratamiento.

Inventario de situaciones de consumo de alcohol (Annis y Martin, 1985, versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Los datos obtenidos se observan en la tabla 1. Las principales situaciones precipitadotas al consumo fueron:

1) Probando autocontrol, se refiere a la idea de poder consumir con moderación en bajas cantidades, lo que coincide con lo obtenido en los datos de la entrevista, donde comentaba que tras los intentos de dejar de consumir recaía por la idea de poder controlarse.

2) Presión social que se refiere a la insistencia por parte de otros para consumir.

3) Emociones desagradables, que se refiere a la aparición de emociones como: tristeza, enojo, ansiedad, etc.

Tabla 1 Resultados del ISCA

Subescala	Puntaje %	Interpretación
Emociones agradables	33	Moderado
Malestar físico	6	Moderado
Emociones desagradables	18	Moderado
Probando autocontrol	40	Alto
Necesidad física	20	Moderado
Conflictos con otros	10	Moderado
Presión social	46	Alto
Momentos agradables con otros	40	Alto

Cuestionario de Confianza Situacional (Annis, et al., 1988; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1997). Tras evaluar la autoeficacia a partir de la seguridad que tenía el usuario para resistir el consumo en las distintas situaciones los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados del CCS

Subescala	Porcentaje	Interpretación
Emociones agradables	95%	Alta confianza
Malestar físico	100%	Alta confianza
Emociones desagradables	100%	Alta confianza
Probando autocontrol	100%	Alta confianza
Necesidad física	100%	Alta confianza
Conflictos con otros	100%	Alta confianza
Presión social	100%	Alta confianza
Momentos agradables con otros	100%	Alta confianza

Estos datos no corroboran lo obtenido con el instrumento ISCA, probablemente debido a la resistencia a reconocer la dimensión del problema que presenta, con tendencia a sobrevalorarse ante las situaciones, de acuerdo al modelo de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente se encontraría en una etapa de precontemplación, caracterizado por que la persona no identifica plenamente un problema, generalmente llegan a tratamiento presionados por terceros, argumentando otros problemas (p ej. Problemas de pareja) por lo que se muestran defensivos (Echeverría et al., 1998). Así mismo presenta disonancia cognitiva, caracterizada por la incongruencia entre su conducta y sus pensamientos.

Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988; versión adaptado en español por Jurado, et al 1998). Al evaluar el nivel de depresión el usuario no arrojó un puntaje que indique problemas en esta área.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988; versión adaptada en español por Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001). Obtuvo un puntaje de siete lo que indica un nivel de ansiedad leve.

Escala de satisfacción (Azrin, Master y Jones, 1988). Tras evaluar la impresión subjetiva del usuario sobre la satisfacción que presenta en áreas de su vida se muestran los datos en la tabla 3.

Tabla 3 Resultados de Escala de Satisfacción

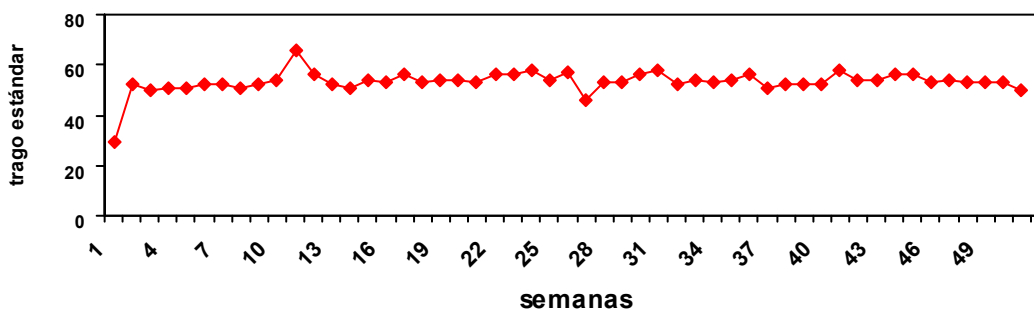
Área	Puntaje (escala de 0-10)
Consumo	7
Progreso en el trabajo o en la escuela	7
Manejo de dinero	7
Vida social/recreativa	7
Hábitos personales	8
Relaciones familiares o matrimoniales	6
Situación legal	10
Vida emocional	8
Comunicación	6
Satisfacción general	6

Línea base retrospectiva –LIBARE- (Sobell y Sobell, 1992). Se obtuvieron los siguientes datos: Un total de 2713 tragos en el año. Con un promedio de poco más de 52 tragos estándar a la semana.

El mayor consumo en una ocasión alcanzó 15 tragos estándar, mantuvo consumos diarios, no refiere días de abstinencia, solamente en ocasiones redujo el consumo a uno o dos tragos estándar. Mantuvo un consumo moderado (de hasta cuatro copas) en 170 días durante el año, de este modo se mantuvo el

consumo severo la mayor parte de tiempo registrado en este instrumento, aumentando considerablemente la cantidad principalmente en fines de semana (ver grafica 1)

Grafica 1. PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL



El usuario demostró recursos cognitivos y capacidad de análisis así como de síntesis, con compromiso por asistir en un horario establecido, a través del desarrollo del tratamiento.

Uno de los recursos más relevantes con los que contó el usuario fue el apoyo de su red familiar sobre todo de su pareja, el ser acompañado y la disposición de ella resultó fundamental, no solo como reforzador (en la mejoría de sus relaciones cotidianas) sino como motivador constante, se recordará que una de las razones por las que asistió el usuario fue a petición de ella.

Otro recurso lo representó el apoyo que ofrecieron las hijas desde el inicio del tratamiento para reforzar conductas de no consumo, tanto verbal como con acciones, pues se comprometían con llevar a cabo actividades para mantener un entorno (casa) limpio y ordenado. En palabras del usuario *“la verdad agradezco su apoyo, ellas me han demostrado su constancia y compromiso, en la escuela y el deporte, así como en lo que se proponen”*.

Además es importante recalcar el nivel de motivación y su tendencia al logro, reestructurando su problemática como oportunidad de cambio *“lo que me propongo con compromiso lo logro y esto no será la excepción”*.

Su capacidad y hábito analítico permitió y facilitó la revisión y realización de los diversos componentes, el mantener un estatus ante los demás se convirtió en otro motivador, el autocuidado en su apariencia y el realizar actividades deportivas.

Su referencia de ejemplos del pasado *“yo era un deportista nato, siempre sobresalí, me fijaba metas y las cumplía”* sirvió como punto de referencia y contraste para modificar la etapa de cambio en la que se encontraba y reconocer la necesidad de cambios a nivel conductual y de pensamiento como motivador y orientado a su esfuerzo por mantener la abstinencia.

En referencia a los déficits, se encuentra la sobrevaloración de sus logros y comportamientos, reflejados en un exceso de confianza, lo que puede resultar en un factor de riesgo a la conducta de consumo.

De igual modo la deseabilidad social en su discurso puede ser un elemento en el que los autoreportes se encuentren alterados, para ello se solicitó la intervención y supervisión de su esposa, sobre todo en lo que se refiere a los consumos en fin de semana.g

Tratamiento

El tratamiento se llevo a cabo en 17 sesiones con duración de una hora treinta minutos cada uno. El seguimiento fue a uno, tres, seis y 12 meses posteriores al tratamiento.

Admisión

Tras revisar os resultados de la evaluación se consideró un candidato al programa, teniendo criterios de inclusión necesarios.

Previo a esta sesión se tuvo un contacto con la esposa quien solicito ayuda y describió la dimensión del problema *“pasa horas bebiendo los fines de semana, compra seis o más caguamas para recuperarse de la cruda del día anterior, pero continua bebiendo, ha llegado a pedir prestado a escondidas en la tienda, pues en una ocasión tras prometer dejar de beber entregaba todo el dinero que ganaba, lo que ha generado que después se tenía que pagar en lugar de emplear el dinero en cosas tan necesarias como artículos para las niñas”*.

Refiere que la interacción con él ha disminuido, pues como bebe diario solo se tiene tiempo para convivir en la cena, ya que solo quiere dormir por el cansancio, *“los fines de semana no salimos y cuando lo hacemos es solo para ir a fiestas donde tiene la seguridad de que haya alcohol”*.

Señala que su actividad sexual ha disminuido en frecuencia y calidad *“hemos tenido meses sin contacto, cuando intento hablar con el terminamos gritando y discutiendo”*.

También señaló que desestima la actividad de los profesionales de la salud incluidos los médicos y los psicólogos. Algunas partes de esta información contrasta con la vertida por el usuario.

Ya con el usuario se revisó que cumpliera con los criterios de inclusión, llenando los siguientes criterios:

Dependencia media

Más de 20 tragos estándar a la semana

Intentos por dejar de beber sin resultados, a través de juramentos.

Tratamientos previos como la asistencia a grupos de alcohólicos anónimos

Presenta alteraciones en áreas como la laboral (ausentismos), familiar (conflictos recurrentes), Psicológico (insomnio, ansiedad, lagunas mentales y culpa), social (aislamiento) y económico (deudas).

Así mismo tras la evaluación se detectaron criterios para determinar dependencia de acuerdo a DSM-IV. Tolerancia, consumo por periodos más largos de los planeados, inversión de tiempo y se continua consumiendo a pesar de los problemas que genera dicha situación.

Cumple con el funcionamiento cognitivo requerido.

Se le informó la estructura del tratamiento y el modo de trabajo a lo que reaccionó con agrado pues le gusta tener un papel activo. Tuvo una actitud de disposición principalmente motivado por la posición de su pareja e hijas. Se hizo hincapié en dicha situación para reforzar su motivación, así mismo se reconoció su compromiso.

Sesión uno. Muestra de no consumo.

Objetivo. Establecer compromiso del período de no consumo. Identificar ventajas de la muestra. Identificar riesgos. Elaborar planes de acción. Considerar motivadores, períodos previos de no consumo, etc.

Es necesario señalar que en cada sesión se iniciaba con la revisión del registro de consumo y se finalizaba con la elaboración de planes de acción para enfrentar posibles situaciones de riesgo.

Se reconoció y reforzó la asistencia a la sesión, tras preguntarle acerca del consumo el usuario comento que no había consumido, que se había hecho el proposito de no beber, comprometiéndose consigo mismo y con su familia. Ante ello y concatenando con la información que se obtuvo en la entrevista de guiarse por objetivos, se decidió iniciar con el componente de **muestra de no consumo**, enfatizando la importancia de abstenerse y las ventajas inmediatas y beneficios de mantenerse en sobriedad. Se buscó interrumpir un patrón conductual.

Decidió comprometerse por 90 días, se le explicó la necesidad de llevar un autoregistro como si fuera un calendario con el cual se tendrá un control acerca de su consumo y de este modo generará un elemento para abonar su autoeficacia cada vez que no presentara consumo.

Se subrayo la importancia de elaborar un plan de acción ante posibles situaciones de riesgo, Eligió comentar que se encontraba en tratamiento.

Sesión dos. Análisis funcional de conducta de consumo.

Al inicio de la sesión se reforzó haberse mantenido sin consumo, se reviso la efectividad de su plan de acción, reforzando y rescatando los beneficios de mantenerse en abstinencia.

El objetivo de la sesión es que el usuario identifique los precipitadores, que llevan a la conducta y las consecuencias de ella. Los precipitadores se dividen en dos categorías generales: internos y externos. Los primeros se refieren a pensamientos, sensaciones y emociones, los segundos a características del lugar, personas y tiempo.

Se hizo hincapié tanto en las consecuencias positivas (a corto plazo) y las negativas (a mediano y largo plazo principalmente). Finalmente se elaboró una cadena conductual representando los eventos de modo grafico con el objetivo de identificar en que momento es más conveniente y viable el rompimiento de la misma, y como consecuencia generar una nueva cadena conductual que sea incompatible con el consumo.

Al hacerlo de una forma gráfica permitió que el usuario identificara las razones iniciales que le disparaban el consumo, en este caso sobre todo ideas de bienestar. Consecuentemente se identificaron: sentimientos desagradables,

peleas con la pareja, malestar físico, etc. Lo cual a su vez conduce a su estado inicial de búsqueda de bienestar, convirtiéndose en un círculo interminable de acciones y pensamientos repetidos.

La modificación de esta expectativa de los efectos del consumo resultó trascendental para el proceso de recuperación. *“la búsqueda por estar bien es por poco tiempo ya que vuelve el malestar y tengo que beber otra vez”*.

Logró identificar las ventajas del rompimiento de la cadena en los primeros eslabones, sobre todo en relación a los pensamientos y expectativas con respecto al consumo, este dato corrobora la información de una de las situaciones principales de riesgo, es decir, el pensar que tiene la capacidad para controlar el consumo y la búsqueda de momentos agradables.

Además de la exposición como técnica, se empleó el reforzamiento constante y la retroalimentación de la información con el usuario.

Para los planes de acción se empleo la imaginería en una probable situación de riesgo para el consumo, se enunciaban en voz alta las ideas de bienestar (terapeuta), mientras que el usuario cuestionaba y sustituía con otros pensamientos, retomando principalmente de la modificación de la expectativa en cuanto a los efectos del alcohol de positivos a negativos.

Sesión tres. Análisis funcional de la conducta de no consumo.

Se reforzó la abstinencia a través del reconocimiento, el usuario reporto la efectividad de su plan de acción *“fue gracioso que efectivamente llegaron los pensamientos que habíamos practicado, así resulto más fácil evitar el consumo”*.

En esta sesión se buscó que el usuario comenzará a identificar situaciones de no consumo con sus respectivos antecedentes y consecuentes, así contrastar con las conductas de consumo, a fin de generar disonancia, buscando el reconocimiento de la funcionalidad y utilidad de un comportamiento alternativo al consumo.

En este caso se trabajó la conducta de salir y caminar con la pareja, cuyo precipitador era parecido a la situación de consumo (necesidad de estar relajado), sin embargo tras revisar las consecuencias de esta conducta no arrojaron consecuencias negativas y si positivas *“ciertamente ya no tengo consecuencias negativas y logro sentirme bien al momento de hacerlo y después de ello, me enorgullezco”*.

Sesión cuatro. Control de emociones, Ansiedad.

Este componente se incorporó, a pesar de que en la evaluación el dato arrojaba un nivel leve, pues comenzó a presentar síntomas como dificultad para dormir, nerviosismo y sudoración de manos ante situaciones de tensión y en otras donde no existía un estímulo claro.

Se retroalimento al usuario diciéndole que eran indicativos de ansiedad, misma que probablemente con anterioridad atenuaba con el consumo de alcohol, pero en esta etapa iba a aprender técnicas para lograr control.

El objetivo de la sesión consistió en describir las distintas técnicas de respiración y relajación progresiva, así como la reestructuración de pensamientos,

a través del ensayo conductual se guió al usuario a fin corregir y mejorar una alternativa para enfrentar estos estados emocionales.

Concluyó las técnicas y se inclinó por utilizar la respiración, logró discriminar la diferencia entre un estado de ansiedad y un estado de relajación. Ante el surgimiento de pensamientos como *“va a ser difícil tener los tiempos para hacerlo”* se le recordó la necesidad de cambiar ese tipo de pensamientos, pues estos se convertían los primeros eslabones de cadenas conductuales. Sugirió sustituir con pensamientos como *“me voy a abrir los tiempos, al llegar del trabajo voy a practicarlo durante 15 minutos”*.

Sesión cinco. Control de emociones, enojo.

Una emoción que se refirió como significativa y de aparición constante en la relación del usuario con su esposa fue la de enojo, tornándose como un elemento que acumulaba tensión y “desgaste” entre ellos, una emoción que precipitaba al consumo.

El consumo de alcohol, en su casa se debía, en gran medida, a la falta de una red de amigos sólida con los que no bebiera, esto provocaba que el usuario tuviera mayor tiempo en casa y por lo tanto se facilitaba el origen de roces con los miembros de su familia, en los que se manifestaban situaciones de enojo constante *“tienen la casa toda tirada, son impuntuales, descuidan las cosas del hogar”*.

Al ahondar sobre esta situación, se detectó un proceso de enojo a partir del cual se generaban consecuencias que sentía que lo rebasaban. A través de revisar las características del enojo, reconoció ésta emoción y su dificultad para controlarla.

Se le describió la técnica del manejo de enojo, desde la perspectiva del círculo de la ira, sobre todo en el origen de “pensamientos calientes” que conducen a un estado de tensión, que desembocaba en explosiones y posteriormente se repetía este ciclo.

La reestructuración y la distracción de pensamientos, fueron las estrategias que prefirió utilizar. El usuario considero conveniente establecer un plan de acción junto con su esposa para identificar y evitar los precipitadores al enojo, además tener un plan adicional de acción para enfrentar y resolver los episodios de posible enojo cuando resultara fallido el manejo de los precipitadores.

Se reforzó dicha sugerencia y se hizo hincapié en la capacidad de generalización que estaba mostrando, lo que resultó en un aumento de la autoeficacia, la motivación y la capacidad para identificar sus recursos, así como la importancia de potencializarlos a través del comportamiento.

Para la sesión de entrenamiento se empleó el modelamiento y posterior a ello el ensayo conductual, se le solicitó empleara la imaginación para ubicarse en una situación que le provocara enojo, que realizará un análisis funcional de dicha emoción y pensará en qué momento podía romper la cadena conductual.

Lo anterior representaba un avance en el reconocimiento de recursos y la aplicación de ellos, se enfatizó y reforzó la capacidad para poder modificar su ambiente con una actitud proactiva y con un plan establecido.

Sesión seis. Habilidades de comunicación.

Este componente se incluyó dado que la literatura arroja que los déficits en habilidades sociales y de comunicación caracterizan a aquellos que tienen consumos agudos de alcohol (Miller, 1992).

El usuario refería dificultad en su capacidad para la interacción en reuniones sociales, no entablaba conversaciones y se sentía incomodo al exponerse a éstas situaciones. Sin embargo ésta capacidad mejoraba conforme avanzaba el consumo

Durante el desarrollo de tratamiento se observaron dificultades en componentes básicos de la comunicación (contacto visual, tono de voz, volumen de voz, entre otros), de ésta manera el objetivo buscó desarrollar adaptación e integración social sin la necesidad de consumo.

Estos momentos de incapacidad para actuar precipitaban la conducta de consumo de alcohol, se explicó la pertinencia del componente y las ventajas de tener esta herramienta y estrategias, para auxiliar en los patrones de conducta de interacción con los demás.

Se pensó en dos situaciones, por un lado con su pareja con quien había reportado dificultades para comunicarse (insatisfacción) y por otro con compañeros en reuniones tanto cotidianas como por una celebración.

Se empleo el modelamiento y el ensayo conductual, se realizaron las correcciones en los elementos del lenguaje no verbal: tono de voz, contacto visual y proximidad física. Se practicaron las siguientes habilidades: iniciar conversaciones, escuchar, compartir sentimientos positivos y negativos, ofrecer entendimiento, compartir o asumir responsabilidades, ofrecer ayuda, dar y recibir reconocimiento, solicitar ayuda, hacer criticas positivas, recibir criticas, expresar desacuerdo y aceptar ayuda.

Se utilizó la técnica de juego de roles, reforzando las ejecuciones correctas, se retroalimentaba con algunas sugerencias para mejorar la ejecución, para de este modo conseguir el impacto deseado. Se incorporó una lista de cotejo en su desempeño. Por otra parte se le conminó a emplear una habilidad por día, pudiendo hacer combinaciones de acuerdo a las necesidades de cada situación.

Exhibió dificultad en llevarlas a cabo con su esposa, pero se reestructuró la idea comentándole que se trataba de un proceso y que podía emplear las otras habilidades que estaba desarrollando, como el manejo del enojo y la ansiedad.

Sesión siete. Solución de problemas.

La revisión de la sesión anterior permitió establecer parámetros de los avances alcanzados por el usuario, se empleó el reforzador social y el reconocimiento.

El objetivo de esta sesión fue brindar al usuario una guía alternativa en lo que se refiere a la solución de problemas para enfrentar situaciones que pudieran generar conflicto, sobre todo aquellas situaciones que requieren mayor esfuerzo.

Se explicaron los pasos a partir de los cuales guiar los esfuerzos por tener solución a los problema. Se trabajó con un problema que considerara tuviera una relevancia media en ese momento. Para ello: 1) identifico el problema y lo enunció

de modo claro 2) generó alternativas con lluvia de ideas 3) analizo y reviso ventajas y desventajas de cada una 4) tomó una decisión y desarrolló un plan de acción y 5) se le pidió evaluar los resultados.

Cabe señalar que los principales problemas tenían relación con la interacción con su familia y al interior de su hogar. Reacuértese que los mayores consumos se daban en este entorno (fines de semana), por ello la importancia de tener habilidades para enfrentar momentos de tensión.

Sesión ocho y nueve. Metas de vida cotidiana.

El presente componente abona en el trabajo por lograr un estilo de vida saludable y atractivo, que resulte un reforzamiento positivo a la sobriedad.

Tras revisar la información del usuario se detectó una estructura de patrones fija y difícilmente modificable, cuando se le cuestiono acerca de la situación refirió la falta de tiempo, sin embargo tras confrontar y cuestionar la situación, llego a la conclusión que el empleo del tiempo libre se basaba en el consumo, por ello la relevancia de estas sesiones.

Tras aplicar La Escala de Satisfacción General, las áreas de menor satisfacción fueron: consumo, manejo de emociones, vida social y recreativa, comunicación, hábitos personales y satisfacción general.

Con cada área se le pidió ideara alternativas a partir de la cual mejorar ese entorno en particular, con sus respectivos planes de acción, cronograma y logros. Por ejemplo establecerse el hábito de realizar ejercicio por lo menos dos veces por semana, participar en las labores del hogar, ser más afectuoso y comprensivo con sus hijas, programar reuniones familiares periódicamente, administrar el dinero, entre otras.

Sesión diez. Habilidades sociales y recreativas.

El objetivo que se persigue es identificar y practicar actividades gratificantes. Identificar actividades, y personas con quienes realizarlas, así como probar reforzadores de actividades recreativas y propiciar el acceso al reforzador.

Posterior a preguntar sobre el mantenimiento de la abstinencia, el usuario reportó haber consumido el fin de semana, con un total de tres vasos de cerveza. Se realizó un análisis funcional y se determino que el principal precipitador a dicho consumo fue su pensamiento de poder tener autocontrol, aunado a otros que se referían al tiempo transcurrido, así como por la presión de un familiar.

Se subrayo la relevancia de estos precipitadores pues habían sido las principales situaciones de riesgo para el consumo de ahí que el usuario pusiera especial atención a estas situaciones a futuro.

Sin embargo también se le reconoció el rompimiento de dicha conducta a consumos mayores, declaró *“después de tomar recordé que mi esfuerzo no valdría la pena si volvía a tomar, me fallaría y fallaría a los demás, también he de reconocer que el efecto no fue el mismo, pues me sentí mal de modo casi inmediato; creo que ya no tiene el mismo sentido de antes”*.

Se observó la aplicación de las técnicas y estrategias desarrolladas durante el tratamiento, se puso especial atención a la posibilidad de aprender de esta experiencia y reformular y afinar sus planes de acción.

Tras exponerle el objetivo del presente componente se llevo acabo la instrucción de cómo llevar a cabo acciones que tuvieran como fin el ampliar su red tanto social como de actividades recreativas.

Una de las principales áreas en que el usuario trabajó fueron hábitos personales y actividades recreativas comenzando por fijarse un plan para realizar actividades deportivas en conjunto con su familia y en ocasiones programadas únicamente con su pareja.

El compromiso hacia estas actividades y la motivación a lograrlas se refleja en la siguiente declaración *“me he dado cuenta que duermo mejor, ya no gasto tanto dinero y convivo mejor con mi familia, no me presiono ni presiono a los demás, tener un horario de actividades hace que me rindan mejor los fines de semana”*.

Se contrastó el estilo de vida previo en consumo y el actual, las conclusiones se reflejan en la siguiente acotación del usuario: *“Al llegar aquí no estaba convencido, lo hice por mi esposa, pero ahora veo que pude funcionar y tiene recompensas tanto para mí como para mi familia mantenerme sobrio”*.

En el caso de tener contacto con otras personas, decidió reanudar contacto con familiares aclarando con ellos la intención de no consumir para mantener otro estilo de vida como parte de los cambios que estaba llevando a cabo en su vida. *“Por el momento no quiero nuevas relaciones sociales prefiero retomar aquellas que tenía olvidados con quienes no convivía pues no había de por medio alcohol para poderme relajar”*.

Sesión once y doce. Consejo Marital y Habilidades de Comunicación.

Resumiendo la información obtenida, el rol de la esposa ha sido y es relevante en la vida del usuario, recordar que fue uno de los motivos principales por los que el usuario acudió y sobre el que ha girado gran número de las aplicaciones de las habilidades que el usuario ha aprendido y empleado, por ello la relevancia de incluirla en el plan de recuperación del usuario.

Uno de los rubros iniciales que se trabajo con la pareja fue la de explicarle el papel contingente que tiene en diversas conductas del usuario, y como emplear este modelo para promover la frecuencia de aquellas conductas adecuadas a través del reconocimiento y reforzamiento.

Se consideró entrenar a la esposa en habilidades de comunicación, sobre todo en la parte del lenguaje no verbal, contacto visual, tono de voz y en la parte de las habilidades, eso con ayuda del usuario.

Así mismo se incluyeron dos elementos más: solución de problemas y manejo del enojo.

En todo momento se hizo hincapié en la importancia de su compromiso, toda vez que el medio y sus reforzadores tienen incidencia directa en el mantenimiento y cambio de conductas.

Gráficamente se pidió un análisis funcional de la conducta de consumo desde el punto de vista de la esposa y se le solicitó que elaborará una cadena

conductual en la cual indicará como ella podía ayudar a romper esa conducta, reconoció a los antecedentes y al cese de los reforzadores como básicos en su plan de acción.

Este plan iba dirigido a promover una conducta alternativa y cómo evitar la emisión de reforzadores a conductas que podían disparar consumos, desorden en el lugar, cancelar citas para salir, etc.

Posterior a estas sesiones la opinión de ambos fue de reconocer la efectividad de dicho entrenamiento, compartir objetivos comunes y que el usuario invitara por propia iniciativa a su esposa e hijas para que practicasen lo que el había aprendido.

En palabras de la esposa *“Hemos tenido avances, veo el compromiso de mi esposo por no beber y me motiva a esforzarme aún más por mejorar nuestra relación y hacer cosas para que estemos bien, ha sido un buen inicio”*.

Durante uno de los ejercicios llevados a cabo se les pidió a ambos emplearan las técnicas para llegar a una petición en tres áreas de la vida en pareja (tomadas de la escala de satisfacción Marital) llegando al acuerdo de trabajar sobre: responsabilidad en el hogar, Vida emocional y Comunicación.

Ambos reconocieron los potenciales y cualidades que tienen cada uno, en las peticiones se comprometerían a ayudar al otro en los logros de los objetivos.

Sesión trece. Prevención de Recaídas.

Llegó sin consumo, se procedió a explicar el objetivo de prevenir recaídas y cómo tener herramientas para identificar aquellas señales tanto internas como externas que tienen mayor riesgo de provocar un consumo.

Tres situaciones resultan relevantes: 1) Estar sólo en la recámara un sábado por la mañana, 2) Tener una discusión frente a la pareja y 3) Estar en una reunión familiar iniciando pensamientos como los de control sobre el consumo. Posterior a revisar cada una de ellas se incluyeron las señales internas (estados emocionales y pensamientos) que pudieran ser reconocidas y modificadas.

Tras explicar el Sistema de Advertencia Temprana (SAT) donde se incluye la ayuda de un familiar (en este caso la esposa) para poder afrontar con éxito estas situaciones, se procedió al plan de acción, retomando elementos de otras sesiones.

Se retomó una de las experiencias del usuario como ejemplo, donde identificó las señales a posibles recaídas *“el sábado me levante nervioso y fastidiado, reconocí que estos eran estados que antes me llevaban al consumo sobre todo en este lugar, el ver los envases de cerveza añadió fuerza a la idea de tomar, comencé a pensar en los riesgos por tomar y decidí romper los envases y respirar profundo, al final me sentí más tranquilo y mi familia me reconoció con el almuerzo que a mi me gusta”*.

Ese ejemplo refleja la generalización del aprendizaje de las habilidades y la motivación intrínseca que exhibe, así como la participación de su entorno en reforzar conducta de abstinencia.

Sesiones Post-Tratamiento y Seguimiento.

El objetivo de estas sesiones era tener evaluaciones adicionales de las variables involucradas en el mantenimiento de la conducta de consumo o no consumo, revisar los avances y la efectividad de las estrategias, establecer la posibilidad de abrir sesiones adicionales de apoyo.

Se le mostraron los datos obtenidos, realizando un contraste con estados anteriores en el pre-tratamiento y en su estado actual, subrayando los avances en autocontrol y la autoeficacia.

Los resultados se muestran en el siguiente segmento, con sus respectivas gráficas.

Resultados Finales

Escala de dependencia al alcohol EDA

Al finalizar el tratamiento se obtuvo el siguiente resultado: al pasar de una dependencia media a no presentar dependencia, los resultados se reportan en la tabla 4.

Tabla 4 Resultados de Escala de dependencia al alcohol

Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	1er seguimiento	2do seguimiento	3er seguimiento	4to seguimiento
Puntaje/interpretación	P/I	P/I	P/I	P/I	P/I
24/ Dependencia Media	0/no presentó	0/no presentó	0/no presentó	0/no presentó	0/no presentó

Inventario de situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

Posterior al tratamiento se observó una disminución en los puntajes en todas las áreas: de pasar de riesgo alto a bajo riesgo en Presión social, Momentos agradables con otros y probando autocontrol, manteniéndose así en los seguimientos. Esto significa una disminución de situaciones que percibe riesgosas para precipitarlo al alcohol. Los resultados se observan en la tabla 5

Tabla 5 Resultados de ISCA

Situación de Consumo	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	1er seguimiento	2do seguimiento	3er seguimiento	4to seguimiento
Emociones agradables	33	0	0	0	0	0
Malestar físico	6	0	0	0	0	0
Emociones desagradables	18	0	0	0	0	0
Probando autocontrol	40	0	0	0	0	0
Necesidad física	20	0	0	0	0	0
Conflictos con otros	10	0	0	0	0	0
Presión social	46	0	0	0	0	0
Momentos agradables con otros	40	0	0	0	0	0

Cuestionario de Confianza Situacional CCS

En cuanto a la autoeficacia del usuario, ésta estuvo desde un inicio en niveles altos, en un 100% a excepción de emociones agradables donde puntuó con 95%. Este nivel de confianza se mantuvo posterior a tratamiento y en los seguimientos como lo indica la tabla 6.

Tabla 6. Resultados del CCS

Autoeficacia ante situaciones de riesgo	Pre tratamiento	Pre tratamiento	1er seguimiento	2do seguimiento	3er seguimiento	4to seguimiento
Emociones agradables	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Malestar físico	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emociones desagradables	95%	100%	100%	100%	100%	85%
Probando autocontrol	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Necesidad física	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Conflictos con otros	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Presión social	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Momentos agradables con otros	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Depresión Inventario de depresión de Beck.

En la evaluación posterior así como en la inicial no arrojó dato de problemas en el nivel de depresión, manteniéndose así en los seguimientos. Tabla 7.

Tabla 7 Depresión

Pre tratamiento Puntaje/dxo	Pre tratamiento Puntaje/dx	1er seguimiento Puntaje/dx	2o seguimiento Puntaje/dx	3er seguimiento Puntaje/dx	4to seguimiento Puntaje/dx
0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta

Ansiedad Inventario de ansiedad de Beck.

El nivel de ansiedad disminuyó de un puntaje inicial de 7 a 0 lo que indica mejoras en esta área (ver tabla 8), durante el curso del tratamiento comenzó a experimentar signos y síntomas que sugerían aumento de los niveles de ansiedad, sobre todo cuando aumentaba el tiempo de abstinencia. Estos se fueron reduciendo a partir del desarrollo de habilidades y estrategias aprendidas, entre ellas los ejercicios de respiración que practicaba con su esposa.

Tabla 8 Resultados de ansiedad

Pre tratamiento Puntaje/dxo	Pre tratamiento Puntaje/dx	1er seguimiento Puntaje/dx	2o seguimiento Puntaje/dx	3er seguimiento Puntaje/dx	4to seguimiento Puntaje/dx
7/leve	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta	0/no presenta

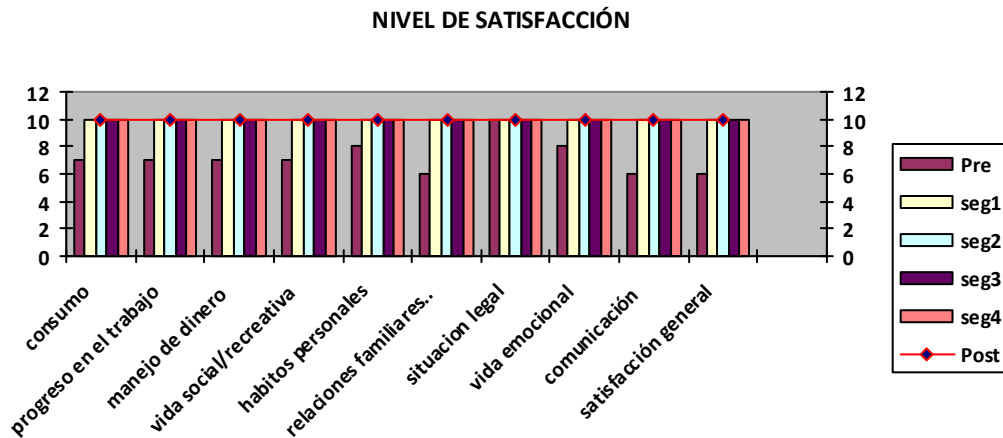
Satisfacción Escala de Satisfacción General.

Esta variable es de suma importancia, pues uno de los objetivos del programa es hacer que un estilo de vida saludable sea atractivo y satisfactorio para el usuario para mantenerlo en abstinencia, además que perciba que puede competir con las situaciones de consumo previos al tratamiento. Para ello se aplico el instrumento de Escala de Satisfacción General, pasando de una satisfacción en niveles de 6 y 7 a 10 (ver tabla 9). Lo que sugiere aumento en los niveles de esta variable.

Tabla 9 Satisfacción

Area	Pre tratamiento	Pre tratamiento	1er seguimiento	2do seguimiento	3er seguimiento	4to seguimiento
Consumo	7	10	10	10	10	10
Progreso en el trabajo o en la escuela	7	10	10	10	10	10
Manejo de dinero	7	10	10	10	10	10
Vida social/recreativa	7	10	10	10	10	10
Hábitos personales	8	10	10	10	10	10
Relaciones familiares o matrimoniales	6	10	10	10	10	10
Situación legal	10	10	10	10	10	10
Vida emocional	8	10	10	10	10	10
Comunicación	6	10	10	10	10	10
Satisfacción general	6	10	10	10	10	10

La siguiente gráfica compara los cambios obtenidos antes del tratamiento, posterior al tratamiento y en los subsecuentes seguimientos. Se observa como se mantuvo constante el nivel de satisfacción percibido por el usuario



Primer seguimiento

En este primer seguimiento se reviso el registro de consumo de alcohol cumpliendo con la meta de abstinencia, se reforzaron estos logros y se resaltó la importancia de las mejoras en sus distintas áreas de vida, así como la percepción de la utilidad de las estrategias que había empleado en los planes de acción que han resultado efectivos para afrontar aquellas situaciones de riesgo al consumo. Señalo que el empleo de técnicas de relajación y actividades planeadas (caminatas y ejercicios) han sido las más empleadas.

Tras la aplicación de los instrumentos ISCA y CCS estos muestran resultados semejantes a los presentados al final del tratamiento. Las situaciones percibidas como riesgosas se mantienen en niveles bajos, en contraparte su autoeficacia y autoconfianza con respecto a resistir el consumo se mantienen en niveles del 100%.

En el instrumento que mide la satisfacción se mantienen resultados similares al post-tratamiento, es decir, satisfacción alta y porcentajes en el 100%.

Así mismo se tuvo contacto con la esposa quien confirmo la abstinencia del usuario y el mantenimiento de mejoras en su relación de pareja, familia y trabajo.

Segundo seguimiento

Para los tres meses los datos arrojados se mantuvieron semejantes al primer seguimiento. Refirió haber tenido gran “tensión”, pues está en búsqueda de otro empleo, comenzaron a surgir pensamientos que sugerían consumir alcohol, sobre todo aquellos basados en su capacidad para autocontrolarse; ante ello la pareja presto auxilio, reconociendo señales de riesgo, motivándolo junto con sus hijas a realizar actividades al aire libre, así mismo se recordaron las consecuencias negativas del consumo contrastadas con las ventajas de mantenerse en abstinencia.

Se motivo al usuario a construir un plan alternativo como prevención a la situación de probar autocontrol y en emociones desagradables, estas desprendidas de la presión por cambiar de empleo. A la primera considerada un factor de riesgo latente pues se ha mantenido como un disparador constante en sus patrones antiguos de consumo y que habían provocado las recaídas en sus periodos de abstinencia.

Seguimiento a seis y doce meses

En ambos seguimientos el usuario mantuvo abstinencia, refiere haber tenido experiencias de riesgo como reuniones en la que habitualmente consumía, pero con ayuda de su pareja en la elaboración de planes de acción logró mantenerse al margen de consumos *“te van a invitar a beber, qué has planeado hacer”*, para ello el plan se baso en comentarle a quienes lo invitarán que se encontraba en un tratamiento para dejar de beber, siendo su compromiso mantenerse en abstinencia; así ocurrió confirmando la autoeficacia exhibida y los niveles de motivación tanto intrínseca como extrínseca.

En los instrumentos de CCS mostró una ligera disminución en un área, la de emociones desagradables, pues comentó que estuvo a punto de tomar decisiones en cuanto a cambiar de empleo, dado que económicamente no le era suficiente lo que ganaba, esto lo ha mantenido tenso y nervioso, incluso llegando a despertar en las noches pensando en ello *“he intentado emplear las estrategias, pero me sigue preocupando”*. Se reestructuro la situación comentándole que dichas sensaciones y emociones eran esperadas ante una situación tan trascendente.

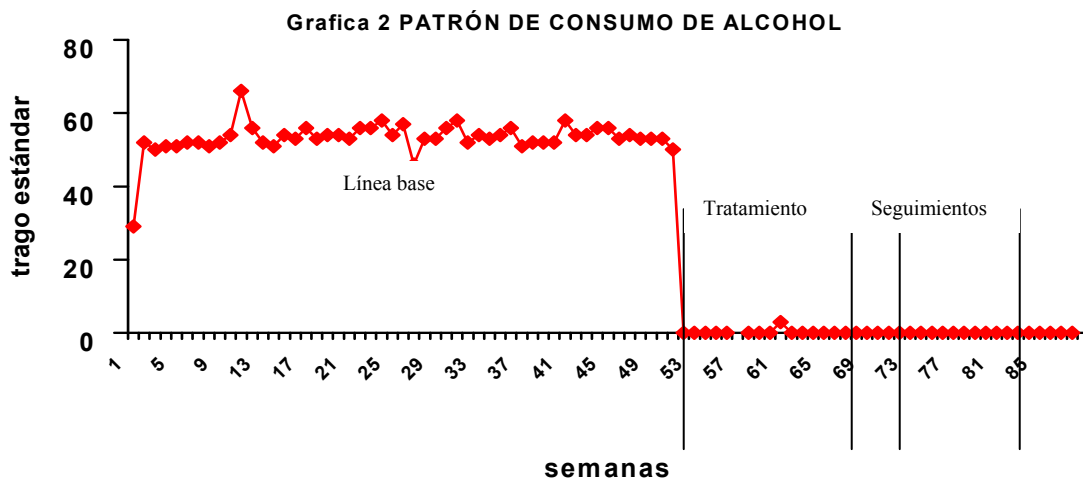
Se empleó la técnica de solución de problemas y a través de la imaginería evocó dos escenarios posibles de su decisión, posterior a ello se le instigó a enumerar los recursos que contaba para hacer frente a dichas situaciones y cómo el consumo podría impactar.

Al final concluyó que poseía las herramientas suficientes y las ganas para salir adelante, así mismo reconoció tener el apoyo pleno de su familia, entendiendo que el alcohol podía ser un medio para afrontar pero momentáneo y con diversas consecuencias negativas. Se le conminó a seguir practicando las técnicas de respiración y relajación así mismo se le ofreció ser canalizado a la facultad de psicología para tener una atención adicional a lo que accedió, entregándole una carta en la que se solicitaba dicha ayuda.

Impacto en el Patrón de Consumo

En la grafica 2 se muestran gráficamente los resultados arrojados, comparando visualmente la línea base con los datos previos al tratamiento, del post-tratamiento y sus respectivos seguimientos.

El usuario mantuvo abstinencia en la mayor parte del tratamiento, únicamente reportó una recaída de tres copas en una ocasión; se mantuvo sin consumo tanto en el postratamiento como en los seguimientos. A través de la inferencia visual en la grafica 2, se puede concluir que el consumo se redujo hasta alcanzar la abstinencia y mantenerla. Esto refleja un cambio significativo en sus patrones de consumo, al pasar de 52 tragos estándar a la semana a ninguno, reflejando una efectividad del programa en este caso en particular.



Pronóstico

El usuario respondió de modo adecuado a los distintos componentes, sin embargo debido a su dinámica familiar, se sugirió asistir a apoyo psicológico con toda su familia, a fin de incorporarla como un elemento contenedor y protector ante la posibilidad de consumo.

Es necesario mantener un seguimiento estrecho, pues cabe recordar que dicho usuario había logrado mantener abstinencia en algunas ocasiones hasta por año y medio.

La sobrevaloración de su autoeficacia con respecto a lograr consumir de modo moderado es un precipitador constante al que es necesario mantener una estrecha observación.

El usuario demostró capacidad de aprendizaje y la aplicación de nuevos comportamientos y estrategias cognitivas, lo que aunado a con red social permite pronosticar un mantenimiento del no consumo, así mismo hay que considerar a la edad como un factor importante, pues se observan reducción en consumos en éstas etapas.

Discusión

Los modelos cognitivo conductuales han demostrado efectividad y fortaleza teórica y práctica (Barragán, 2005). El presente reporte de caso refleja la aplicación de un paquete de tratamiento de este corte, con diversos componentes, bajo una estructura flexible que se adapta a las necesidades del usuario. La amplitud del modelo con el que se trabajó da cabida a presentar los distintos componentes de la intervención en un continuo ajustable y no en una categoría de presencia ausencia.

Esto coincide con lo señalado por el Instituto Nacional de Abuso en el Consumo de drogas (1999) en el sentido de que los tratamientos deben responder a las necesidades de los individuos con la posibilidad de adaptar las estrategias de tratamiento.

Un dato relevante confirma que la efectividad del tratamiento no necesariamente tiene relación con la asistencia voluntaria del individuo (Barragán, 2005)., se recordará que la principal motivación en un inicio de este usuario estaba basada en la insistencia de la esposa, pero al transcurrir el tratamiento, el usuario generó motivaciones intrínsecas y voluntad por asistir.

A continuación se discuten algunas variables que tuvieron relevancia en el proceso de cambio del usuario en este caso:

El nivel de motivación al cambio que presenta el usuario, identificar en que etapa se encuentra permite dirigir esfuerzos por parte del terapeuta para motivarlo a entrar en una etapa de acción y mantenimiento (Prochaska y DiClemente, 1982), en este modelo es constante emplear un estilo empático de entrevista motivacional (Miller and Rollnick 1991), y en todo momento reforzador para incorporarse como un factor en contingente adicional a conductas incompatibles con el consumo (Millers, Meyers y Hiller, 1999) y de mantenimiento de cambios.

La variable autoeficacia es una de las más relevantes, en este caso el nivel alcanzado por el usuario permitió una percepción de seguridad para mantenerse en abstinencia, estos datos coinciden en lo referido, por Brandon (1990), considerando esta variable como uno de los mejores predictores en la duración de la abstinencia. En este orden de ideas los datos obtenidos en este caso también reflejan lo dicho por Solomon y Annis (1990), en lo referente a que la autoeficacia era predictor de recaídas y no así de las caídas, queda explicado el hecho que este usuario presentara un consumo aislado aun cuando su nivel de autoeficacia se encontraba en niveles altos.

La variable de satisfacción es una de las que mayor relación con la abstinencia presentan, funciona como predictora de la abstinencia y como advertencia temprana, en este caso el usuario aumentó su satisfacción permitiéndole sostenerse en la abstinencia durante el postratamiento y los seguimientos además adquirió su impacto en lo cognitivo al asociarse con la percepción del usuario de tener mayor seguridad para resistirse a consumir y con lo emocional al asociarse con la disminución en emociones desagradables (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala 2007).

La inclusión al tratamiento de la pareja. En una sociedad donde la familia tiene una representación significativa para el individuo, donde es considerada la base de la sociedad, es necesario considerarla como un elemento fundamental en la recuperación de los usuarios de alcohol con dependencia. En este caso la participación activa de la pareja e hijas, asumiendo un rol motivador y de apoyo, facilitó el proceso y los objetivos que se perseguían en el tratamiento

El papel de reforzador positivo de conductas incompatibles con el consumo y de abstinencia, da cabida a considerar, desde la teoría de aprendizaje social, que el entorno inmediato con el que tiene contacto el individuo tiene gran influencia, en una perspectiva de determinismo recíproco dinámico, en su comportamiento. De este modo la cooperación de otras personas en el proceso de recuperación ha arrojado resultados efectivos en los tratamientos (Hunt y Azrin, 1973; Higgins, Budney, Bickley y Badger, 1994; Millers et al, 1999). Por ello la importancia de considerar estos elementos no solo visto desde una perspectiva psicológica sino incluso sociológica, a fin de proponer un tratamiento con mayores alcances y efectividad en nuestra sociedad mexicana.

Incluir como parte del tratamiento el que el usuario ampliará las interacciones y el contacto con situaciones en las que no hubiera riesgo de consumo, se basan en la búsqueda de la reorganización de los reforzadores significativos tanto personales como comunitarios.

La exposición a otras situaciones distintas con diferentes reforzadores, motivadores y estímulos, justifica la inclusión de estos componentes. La sustitución de contingencias que mantenían el consumo es uno de los objetivos del programa, en el caso de este usuario al inicio se observó un patrón fijo y establecido de actividades, en las que la obtención de bienestar era limitado. El motivarlo para reorganizar actividades en las que encontrara otros reforzadores y bienestar amplió su gama de alternativas y despojaba de su valor casi único a la conducta de consumo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, A., Niaura, R. (1987) Social learning theory. En H.T. Blane y K. E. Leonard (Eds.) Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford Press
- Ahlbom A, Novell S. (1992) Fundamentos de Epidemiología 3ra edición. Siglo Veintiuno de España Editores, SA.
- Allen, J., Litten R, Fertig, JB: (1995). NIDA-NIAAA Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. Psychopharmacology Bulletin, 301:655-669,
- Azrin, N. 1976. Improvements in the community-Reinforcement approach to alcoholism. Behavior Research and Therapy. 14. 339-348
- Bandura, A. (1969) Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Bandura, A. (1982). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice- Hall. Traducción española: Teoría del aprendizaje social, Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1994). Regulative Function of perceived Self-efficacy. En M. Rumsey, C. Walker & J. Harris Personal Selection and Classification. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. España: Martínez Roca
- Barragán, L. (2005). Modelo de Intervención Cognitivo Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado UNAM México.
- Barragán, L., Flores M., Medina-Mora Ma, Ayala y H. Velásquez. (2007) Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Salud Mental, Vol. 30, No. 3
- Barry, K. (1999). Brief Cognitive Therapy. In Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Iglesias, M., Míguez V, López D., Vázquez D., Lorenzo P. (2006). Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes prevención del tabaquismo vol. 8 nº 3, julio-septiembre
- Becoña, E., Míguez, M., Vázquez, M., López, A. y Lorenzo, M. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol. Salud y Drogas, 6, 91-113
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Tat Ch.W (2007) Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. American Journal of Public Health, 97(9).
- Borges, G., Mondragón, L., Casanova, L., Rojas, E., Zambrano, J., Cherpitel, C., y Gutiérrez I. (2003). Uso y dependencia a drogas y alcohol en una muestra de pacientes de un servicio de urgencias en la Ciudad de México, .Salud Mental, Vol. 26, No. 1,
- Botvin, G.J. (1986). Substance abuse prevention research: recent developments and future directions. Journal of School Health, 56 (9), 369-374.
- Brandon T., Tiffany, S., Obremski, K. & Baker, T. (1990). Post-cessation cigarette use: the process of relapse. Addictive Behaviors, 15, 105-114.

- Carroll, K.(1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. In B.S. McCrady and E.E. Epstein. Addictions. A Comprehensive Guidebook. Ed Oxford University Press
- Castro, M., Llanes J. y Margain, M. (2003) Un nuevo paradigma en la evaluación de planes de acción preventiva. *LiberAddictus* núm. 74.
- Colom, A. (1998). Pedagogía tecnológica para la educación a distancia. *Tecnología y Comunicación Educativas* 12 No27. pp 5-15
- Crosswaite C, Curtice L. (1994). Disseminating research results - The challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promot Internation*;9(4):289-296
- De la Fuente, R. (1982). Factores socioculturales en la situación clínica. *Salud Mental*, 5(1), 1-2.
- Di Clemente, C. (1999). Prevention and Harm Reduction for Chemical Dependency: Aprocess Perspectiva *Clinical Psychology Review* Vol. 19 No 4 pp 486-473
- Donovan, D. & Marlatt, G. (1988). *Assesment of Addictive Behaviors*. New York Guilford Press
- Echeverria, L., Ruiz, G., Salazar, M. y Tiburcio M. (2004). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. México UNAM.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. México
- Engels, G. (1977). The nees for a new mwddical model; a challenge for biomedicine. *Science*, 196 pp 129-136
- Faupel, C. (1985). A theorical model for a socially oriented drug treatment policy. *Journal of Drug Education*, 15 (3) 189-203
- Galván J. Ortiz, A. González, L. (1997) El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un Auxiliar Diagnóstico en la Evaluación de la Farmacodependencia. *Salud Pública de México*, 39,(1).
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430
- Goldman, M. (1994). The Alcohol Expectancy Concept: Applications to Asseesment, Prevention and Treatment of Alcohol Abuse. *Applied and Preventive Psychology*. Vol. 3 No3 pp 131-144.
- Goldman, M., Brown, S.,& Christiansen, A.. (1987). The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 483-491.
- Gomezjara, S. (1983). *Teoría y Técnica de la Salud comunitaria*. México: Nueva Sociología
- González, M y Luna, M. (1994) Aportaciones de la Epidemiología a la Neuropsicología Infantil. Tesis de Licenciatura UNAM México
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N, Loncich K, Días RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:S37-S52.

Gordon R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, and Silverman MM. Eds. Preventing Mental Disorders. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Citado por: Mendes, F (1999).

Gray, O; Jakes, S; Emshoff, J; Blakely, C. (2003) Dissemination, and Community Psychology: A Case of Partial Implementation? American Journal of Community Psychology, 32 (3)

Heath, D. (1980). A critical review of the sociocultural model of alcohol use. En T.C. Hartford, D.A. Parker y L.Light (Eds.), Normative Approaches to the Prevention of Alcohol Abuse and Alcoholism. Research Monograph 3. Washington, DC: U.S. Superintendent of Documents.

Heather, N. (1989). Brief Intervention Strategies. En R. Hester & W. Miller (Eds). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. ,Effective Alternatives. Boston: Allyn Bacon

Hernández, Fernández y Baptista, 1991. Metodología de la investigación McGraw-Hill, México.

Huerta, J. (1977). Organización lógica de las Experiencias de Aprendizaje. México

Hunt, G. & Azrin, N: (1973). A Community reinforcement approach to alcoholism. Behavioral Research Therapy, 11:91-104,.

Hyman, S. (1999). Foreword Clinical Psychology Review Vol. 9 pp387-390

Isaac, S, y Michel, (1977). Handbook in Research and Evaluation. San Diego: Edits. Publishers.

Jaffe, A. & Kelby, M. (1994). The cocaine Expectancy Questionnaire (CEQ): Construction and Predictive Utility. Psychological Assesmen. Vol. 6, No. 1 pp 18-26

Kanouse D., Kallich J, Kahan J. (1995). Dissemination of effectiveness and outcomes research: A review. Health Policy,34, 167-192

Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en psicología Clínica. México: Pearson Educación

Kristen, B. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Ediciones roca México

Leaf, P. (1999). A system of Care Perspective on prevention. Clinical Psychology Review Vol. 19 No 4 pp 403-413

Lewis, B. & Ross, R.. (1994). Retention in therapeutic communities: Challenge for thje Nineties. In F.M. Tims, G. De Leon & N. Jainchill. Therapeutic cummunity: Advanceds in reserarch and applications (NIDA Researrhc Monograph No. 144 Government Printing Office

Llanes J, (1999). Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas. Psicología Iberoamericana Vol, 7 No 4.

Llanes, J. y Castro Ma, (2001). Protección de la comunidad ante adicciones y violencia, estrategias de intervención. Ed pax México.

Llanes. J. y Castro Ma. (2004). El ciclo de la evaluación eficaz. Su aplicación en planes e acción con el Modelo Preventivo Chimali. En proceso de publicación

López S; Garrido F; Hernández M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril.*

Loza R. y Durand A, (2002) La dimensión legal de las adicciones. *Sydnesis. Vol. 8*

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior.* New York: Guilford Press

Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behavior.* New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Kilmer, J. R. (1998). Consumer choice: Implications of behavioral economics for drug use and treatment. *Behavior Therapy, 29, 567– 576.*

Martin H. (1985). *Salud y Enfermedad.* México: Prensa Médica Mexicana).

Massün, E. (1991). *Prevención y uso inadecuado de drogas.* Ed Trillas México

McCrary B. & Epstein, E. (1999). *Addictions. A Comprehensive Guidebook.* Ed Oxford University Press

Medina-Mora E, Carreño S, De la Fuente JR. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent Dev Alcohol; 14:383-396*

Miller, N. (1991). *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction.* New York: Marcel Dexer New York

Miller, R.; Shin, M. (2005). Learning from Communities: Overcoming Difficulties in Dissemination of Prevention and Promotion Efforts, *American Journal of Community Psychology, 35 (3/4), pp. 169-183.*

Miller, W. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change in Addictive Behaviour.* New York: Guilford Press

Miller, W.R., Meyers, R.J., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community reinforcement approach. *Alcohol Research and Health, 23, 116–121.*

Milton, T. (1987). *La Revolución Epidemiológica y la medicina social.* México: Siglo XXI

Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar.* Barcelona Gedisa

Morin, S. & Collins, C. (2000). Substance Abuse <Prevention Moving from Science to Policy. *Addictive Behaviors Vo. 25 No 6 pp 975-983*

Morrison, G., Storino, M., Robertson, L., Weissglass, T. & Dondero, A. (2000). The protective function of after-school programming and parent education and support for students at risk for substance abuse. *Evaluation and Program Planning, 23, 365-371*

NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Segunda edición.* Washington, DC.

Ochoa, D.A.I. (1999). *Enfoques en terapia familiar sistémica.* Barcelona Herder

Offord, D. (2000). Selection of level of prevention. *Addictive behavior Vol. 25 nO 6 pp 833-842*

OMS. (2006), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Génova,*

Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C. y González L. Uso de drogas y conducta delictiva en la población captada por el Sistema de registro de información en drogas. *An Inst Mex Psiquiatr 1994;(9):55-72 3.*

Pastor J. y López-Latorre, 1993, Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una Propuesta de Clasificación, *anales de psicología, 1993, 9(1)*

Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-278

Prochaska, J. O y Prochaska J. M. (1993): Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias

Queijeiro, R. (2001), *Capacitación para el mejoramiento de los servicios del personal técnico administrativo en una institución pública*. Tesis de licenciatura UNAM

Raskin, W. H & Hansell, S. (1998) Acute and Long-Term Effects of Drug use on Aggression from Adolescence into Adulthood. *Journal of Drug Issues*. Vol.28. No.4. pp.

Reyes, L.I. (1993). Las Redes Semánticas Naturales, su Conceptualización y su Utilización en la Construcción de Instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Vol. IX. No.1. pp 81-97

Reza T. y Jesús C. (2000). *Como diagnosticar las necesidades de capacitación en las organizaciones*. Editorial Panorama. México,.

Reza T. y Jesús, C. (1999). *Como desarrollar y evaluar programas de capacitación en las organizaciones*. Editorial Panorama. México,

Richards, L: (1985). *Drug Abuse Epidemiologic and Needs Assessment Approaches by States and Small Areas: A State of the Art Review*, Rockville, MI.

Robertson, P., Susan L. David, M, Suman A. y Rao, D. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas entre los niños y adolescentes: guía para la comunidad basada en la investigación*. NIH Publicación No. 04-4214 Centro Internacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI).

Rogers, M. (1983). *Difusión of innovations*. New York: The Free Press

Rogers, M. (1995). *Diffusion of innovations*. 4th edition. Nueva York (NY): Free

Rotgers, F. (1996). *Behavioral Theory of Substance Abuse Treatment: Bringing Science to Bear on Practice*. En F. Rotgers, D. Keller, J. Mongerstenr (Eds). *Treating Substance Abuse: Theory and technique*. New York: Guilford Press.

Rowe, C.L. & Liddle, H.A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital & Family Therapy* 29: 97-120.

Sanderson, W. y Barlow, D. (1991). Research strategies in clinical psychology. En C.E. Walker (Ed). *Clinical Psychology. Historical and Research foundations*. New Cork : Plenum Press

Schafer, J & Brown, S. (1991). Marijuana an Cocaine Effect Expectancies and Drug use Patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No. 4, pp 558-565

Sheehan, T. & Owen, P. (1999). *Treatments Models and Methods: Family Models*. In B.S. In B.S. McCrady and E.E. Epstein. *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. Ed Oxford University Press

Siliceo, A. (1982). *Capacitación y Desarrollo de Personal*. México: Limusa

Siliceo, A. (1995). *Capacitación y desarrollo de personal*. Editorial Noriega. México,

Siliceo, A. (1999). *Liderazgo, Valores y Cultura Organizacional*. 1ra edición. México. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA S.A.

Solomon K, Annis H: (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British J Addiction*, 85:659-665,

- Stanton, D. (2004). Getting reluctant substance abuser to engage in treatment/self-help: a REVIEW OF OUTCOMES AND Clinical options. *Journal of Marital and family Therapy*. Vol 30 (2) 165 p 18
- Swisher, J. (2000). Sustainability of Prevention.. *Addictive Behaviors* Vol 5 No 6 pp 965-973
- Tapia Granados JA. (1995) Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. *Med Clin (Barc)*; 105: 216-218
- Tapia, C., Medina Mora M.E y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas. En Tapia C. *Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas*. Manual Moderno,
- Varela, C. (1986). El abuso de drogas y su prevención. *Estudios de Psicología*, 25, 93-101.
- Vega, L.(1987). *Bases Esenciales de la Salud Publica*. México: Prensa Medica Mexicana
- Velásquez, C. (2004). Estimación epidemiológica de los Niveles de Depresión de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. UNAM México.
- Velásquez, L. (2001). Modelos de prevención y Tratamiento al Consumo de Sustancias Psicoactivas para niñas en Situación de Calle. Tesis de Licenciatura UNAM México
- Vera, B. (2004): Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, en *Revista de Psicología Positiva*, vol. 1.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España. Herder.
- White, H.R. and Bates, M.E. (1993) Self –attributed consequences of cocaine use. *The International Journal of The Addictions*. Vol. 28: 187-209.
- White, H.R., Brick, J. and Hansell, S. (1993). A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 11:62-77.
- Zinder, O. (1987). *Psicología Experimental*. México: McGraw Hill.