

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA
E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA: EXPERIENCIA CON
UNA USUARIA DE ALCOHOL.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
ARMINDA OSORIO NAVA

COMITÉ TUTORIAL.

TUTOR: MTRO. CESAR CARRASCOZA VENEGAS.

REVISOR: DR. ARIEL VITE SIERRA

DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DRA. LIDIA BARRAGAN TORRES

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2009



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 mis padres por estar siempre presentes, por continuar pendiente de mí y de mis pendientes. Los amo.

A mis hermanos Maty, Ana, Rafa, Ale y Nelly, porque después de casi 6 años, concluyo (por fin!!!) este proyecto y como siempre, estuvieron cerca, apoyándome y aunque con vidas más independientes una de la otra, y con más preocupaciones... exhibimos el amor como nunca antes.

Gracias a mis sobrinos, Kari, Rafa, Beto y Cesar, por ser parte de mi luz, de mi esperanza.

A Israel, por brindarme toda la confianza y el apoyo, por crecer conmigo durante estos casi 5 años de vivir juntos, por tolerar con paciencia y amor mis ausencias, por seguir descubriendo el amor.

A Ceci, por todo el apoyo para concluir esta tesis, por los desvelos, por tolerar mis cansancios, gracias Amiga!!!! .

A mis amigas, Grissel, por seguir siendo mi hermana-star, por llegar y quedarte; a Fabiola, por preguntar, compartir, y crecer juntas; a Ale Ruiz, por ser mi amiga después de casi 5 años?, por ser ejemplo a seguir... (eres inalcanzable amiga je!); a Yuritz, amiga! Una sobreviviente!; a Estela Flores, la distancia generacional no hace distancia afectiva, gracias por tu apoyo; a Tony y Maru, por hacer mis días más placenteros y divertidos. Gracias por su presencia.

A todas aquellas personas que han estado o se han ausentado a lo largo de estos años, pero que su presencia, ha permitido mi crecimiento de una u otra manera. Qué bien el haberlos conocido!.

Agradezco sinceramente a todos y cada uno de los miembros de H. jurado, por brindarme su tiempo y sobre todo sus conocimientos, que son invaluableles en mi formación como profesional de la salud.

Mtro. Cesar Carrascoza Venegas, por la guía para la conclusión de esta tesis, por el tiempo invertido y por las llamadas efectivas para el avance.

Dr. Ariel Vite, agradezco las observaciones para este trabajo, el tiempo y el apoyo.

Dr. Horacio Quiroga, por la asesoría invaluable, Gracias Maestro!!.

Dra. Mariana Gutiérrez, por las enseñanzas durante y después de la Residencia, por la disposición para revisar este trabajo.

Dra. Lidia Barragán, por las observaciones tan atinadas y por brindarme sus conocimientos.

A la Mtra. Leticia Echeverría y a la Dra. Silvia Morales, mil gracias por el apoyo para concluir la Maestría y sobre todo por el recibimiento siempre cordial.

A mis maestros, Mtro. Miguel Angel Medina, Dra. Kalina Martínez, Dra. Jenifer Lira y Dr. Roberto Oropeza, gracias por el conocimiento compartido y a todos y cada uno de mis compañeros y amigos de generación y de la Residencia en Adicciones, gracias por las dudas y conocimientos compartidos.

A la UNAM, mi casa de estudio, orgullosa estoy de ser parte de ella!!!.

Indice

Introducción	1
Competencia 1. Instrumentación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en el país.	3
Competencia 2. Desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que la conducta adictiva se presente.	19
Competencia 3. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.	30
Competencia 4. Aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.	40
Competencia 5. Sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.	44
Competencia 6. Instrumentación de proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema.	47
Reporte de Sesión. Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.	
Antecedentes	68
Primera Sesión	81

Segunda sesión	83
Tercera sesión	85
Cuarta sesión	87
Seguimientos	89
conclusiones	94
Referencias	97

Introducción.

Las adicciones es una de las problemáticas que más aquejan a la sociedad actual, debido a sus altos costos a nivel país en ámbitos sociales, económicos, políticos, así como a a nivel individual afectando la dinámica familiar, laboral y social de quienes viven de cerca el consumo adictivo de alcohol u otras drogas.

A este respecto, los estudiosos de la salud han habilitado una serie de investigación epidemiológica y psicosocial con el fin de abordar aquellos factores que las favorecen o las dificultan.

Los datos sobre consumo de alcohol, indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país. El patrón de consumo de alcohol en México es predominantemente episódico pero explosivo, el cual tiene lugar los fines de semana con grandes cantidades de alcohol ingerido por ocasión (Medina-Mora y Tapia, 1996). También se ha detectado que los adolescentes presentan patrones de consumo muy parecidos a los de los adulto, sobresaliendo el aumento del consumo entre mujeres adolescentes (ENA, 2008). Una proporción importante de este grupo de la población refiere problemas con su manera de beber. Por otro lado, los datos por estados de la república mexicana refieren variaciones importantes, lo que señala lo relevante de orientar servicios de atención para diferentes poblaciones.

El tabaco es una de las drogas legales que consumen cerca de 14 millones de mexicanos; sus efectos nocivos han estado relacionados con aproximadamente 53.000 muertes al año por enfermedades asociadas al tabaquismo en el año 2003. Esto se asocia con la edad de inicio, que en población adulta se ha detectado en promedio a los 17 años. Sin embargo en adolescentes el inicio se detecta a los 13 años de edad.

En lo que respecta a drogas ilegales y medicas, el consumo ha aumentado a lo largo del tiempo; siendo la marihuana la droga de mayor preferencia, siguiéndole la cocaína; el consumo de metanfetaminas, crack y heroína es significativamente menor, pero muestra tendencias importantes de crecimiento. Con respecto a los datos por sexo, se detecta un incremento en mayor proporción entre las mujeres. Los adolescentes entre 12 y 17 años son quienes tienen mayor oportunidad de consumo y por tanto mayor riesgo. El inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco incrementa la probabilidad de usar otras drogas (ENA, 2008; SISVEA, 2007).

Con respecto a las consecuencias del consumo, la sustancia más frecuentemente reportada en los pacientes que acudieron a servicios de urgencias fue el alcohol, presentando contusiones, caídas, o accidentes automovilísticos. En cambio, de quienes ingresaron bajo efecto de cocaína, tranquilizantes u otras drogas médicas, la mayoría requirió atención por envenenamiento o intoxicación (SISVEA, 2007)

Con respecto a las causas más comunes de defunciones bajo intoxicación fueron los accidentes de tránsito, asfixia y atropellamientos. Siendo los lugares de ocurrencia la casa principalmente y la calle (SISVEA, 2007).

Es por esto, que es fundamental desarrollar estrategias que permitan prevenir la posibilidad de riesgos por el consumo, que promuevan solucionar aquellas problemáticas detectadas por el uso y el abuso en el consumo y que permitan la rehabilitación de la dependencia a sustancias adictivas.

En este sentido, la Universidad Nacional Autónoma de México como máxima instancia educativa en nuestro país, a través de un grupo de profesionales en el área de la salud preocupados por esta problemática, ha desarrollado una serie de estrategias académicas para enfrentar desde un enfoque psicosocial el tema de las adicciones. Una de estas estrategias es la creación del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, que tiene como objetivo principal capacitar psicólogos en este campo a través del manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión de esta problemática biopsicosocial.

El presente trabajo describe y analiza las diferentes competencias profesionales adquiridas durante la Maestría en Psicología Profesional con residencia en adicciones, dichas competencias son: la aplicación de proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial, para describir el fenómeno, haciendo un análisis crítico de los resultados del estudio de grupos especiales, así como las tendencias que se producen en nuestro país; el desarrollo de programas de prevención en sus diferentes niveles (Universal, selectiva e indicada) para frenar el problema o que este vaya en aumento; el desarrollo y aplicación de programas de detección temprana y las intervenciones breves para disminuir los daños producidos por el consumo de sustancias psicoactivas; el desarrollo y aplicación de programas de intervención dirigidos a la rehabilitación de personas adictas a cualquier sustancia; capacitar y sensibilizar a otros profesionales en la aplicación de programas de prevención en sus tres niveles, así como implementar proyectos experimentales de investigación aplicada y de proceso con el objetivo de brindar más y mejores opciones para la prevención, el tratamiento, la detección temprana, investigación, docencia y supervisión de las adicciones desde la perspectiva psicológica. También se presentan los resultados de la aplicación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, con una usuaria de alcohol, describiéndose las estrategias implementadas en cada una de las sesiones por parte de la usuaria, así como los datos relacionados al patrón de consumo de alcohol a través de seguimientos al primer, tercero, sexto y doceavo mes después de que se concluyó el tratamiento.

Competencia 1

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

En las últimas décadas el abuso en el consumo de alcohol y otras drogas ha venido tomando interés por los estudiosos de la salud a nivel nacional y mundial debido a las consecuencias sociales, psicológicas y económicas que repercuten de manera negativa en la salud de quien las consume y de quien los rodea. Actualmente en nuestro país existe una vigilancia epidemiológica sobre esta problemática lo que permite, realizar acciones dirigidas a la prevención y control de los problemas de salud. Existen diferentes fuentes de información con respecto al consumo de sustancias adictivas sin embargo en este apartado mencionare datos reportados por la **Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008** y por el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) 2007**

Encuesta Nacional de Adicciones, ENA 2008

La **ENA-2008** es un proyecto conjunto de la Secretaría de Salud, del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), que tiene como objetivo general proporcionar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas médicas y no medicas en población de 12 a 65 años de edad, en los ámbitos nacional y estatal, a través de generar información confiable sobre la prevalencia del uso de tabaco, alcohol y drogas, así como de evaluar las tendencias en el consumo de dichas sustancias en una muestra representativa de las poblaciones urbana y rural del país.

Es importante considerar que a pesar de que se eligieron muestras con el mismo diseño y que se mantuvieron estables la mayor parte de las condiciones de las encuestas 2002-2008, hay importantes diferencias; por ejemplo, la encuesta de 2008 se realizó mediante computadora en tanto que la de 2002 se efectuó en una versión lápiz y papel. Adicionalmente, cambiaron las definiciones de consumo alto para las mujeres, ya que internacionalmente se considera para ellas el que hayan consumido 4 tragos estándar o más, a diferencia de las 5 tragos estándar independientemente de la frecuencia de consumo consideradas en las encuestas anteriores.

A continuación se describen algunos de los resultados obtenidos en esta última encuesta.

Alcohol

Es importante mencionar algunos conceptos que incluye esta encuesta para entender mejor los resultados obtenidos, uno de ellos es el índice de la población que consume alcohol diario y la proporción que bebe con riesgo, este último patrón se definió como el **consumo de grandes cantidades** de alcohol por ocasión de consumo y se utilizaron cinco tragos estándar o más como punto de corte para los varones y cuatro o más para las mujeres.

Se describe también el **consumo consuetudinario**, que se definió como el consumo de cinco tragos estándar o más para los hombres y cuatro o más para las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia. Con respecto al **abuso/dependencia** se entiende como un patrón de consumo desadaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por la presencia de tres o más síntomas (tolerancia; abstinencia; uso en mayor cantidad o tiempo de lo deseado; deseo persistente por consumir; empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos; reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por causa del alcohol, y uso continuado a pesar de tener conciencia del daño que se asocia con el consumo durante los doce meses previos a la encuesta.

El **abuso** implica un patrón no adaptativo de consumo, en personas sin dependencia, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas (consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa; consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales relacionados con el alcohol; consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia) en los 12 meses previos a la encuesta.

Población de 12 a 65 años

Se estimó el índice de bebedores, definidos como aquellos que habían consumido bebidas con alcohol en los doce meses previos al estudio y abstemios quienes no habían bebido en ese tiempo, estos a su vez se dividieron entre los que nunca habían bebido alcohol y aquellos que habían dejado de hacerlo. Con respecto al consumo de alcohol en la población mexicana se continúa detectando que esto no es diario, solo 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días; siguiendo la tendencia de una mayor cantidad de hombres consumidores en comparación a las mujeres (7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29 años (Ver Figura 1).

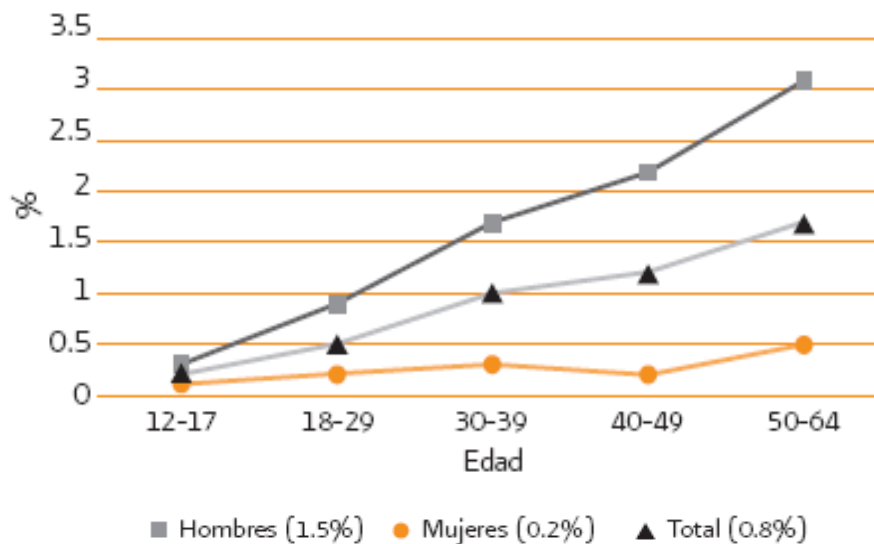


Figura 1. Proporción de la población que reporta beber diariamente, datos por edad y sexo. Fuente: de ENA. 2008.

Como se había observado en estudios previos, el patrón de consumo típico en nuestro país es de grandes cantidades por ocasión de consumo; casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. A este respecto, casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios); observándose en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer (Ver Figura 2).

Con respecto a la bebida de mayor preferencia, en nuestro país poco más de 32.3 millones de personas que consumen bebidas con alcohol, 22.7 millones reportan que la cerveza es su bebida de preferencia; poco más de 14.7 millones prefieren los destilados.

Las cifras de consumo por edad y tipo de bebida, varían. Se observa que el consumo de aguardiente y alcohol de 96° aumenta con la edad, mientras que el gusto por las bebidas preparadas disminuye en forma importante después de los 29 años. Por otro lado, el mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años.

Cerca de 7.3 millones de personas prefieren los vinos de mesa, y 3.8 prefieren las bebidas preparadas como los “coolers” y una proporción de 2.4 millones eligen bebidas como los aguardientes, el pulque o el alcohol de 96°, este último ingerido como bebida alcohólica; los cuales son consumidos con más frecuencia en poblaciones rurales.

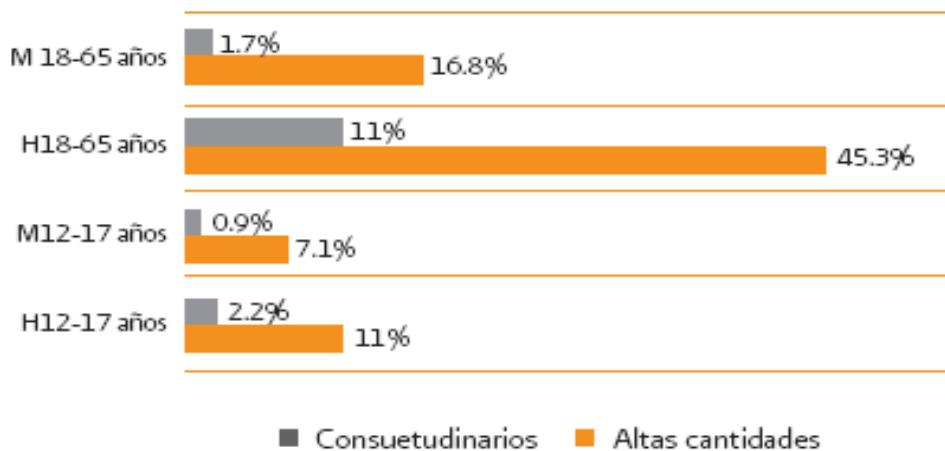


Figura 2. Proporción de hombres (5+ tragos estándar por ocasión) y mujeres (4+ tragos estándar por ocasión) que beben altas cantidades. Fuente: ENA, 2008.

Los datos relacionados al abuso/dependencia al alcohol, muestran que la proporción de la población ha aumentado, ya que poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063, equivalente al 5.5%) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946 equivalente al 9.7%) son hombres y poco más de medio millón (670 117equivalente al 1.7%) son mujeres (Ver Figura 3).

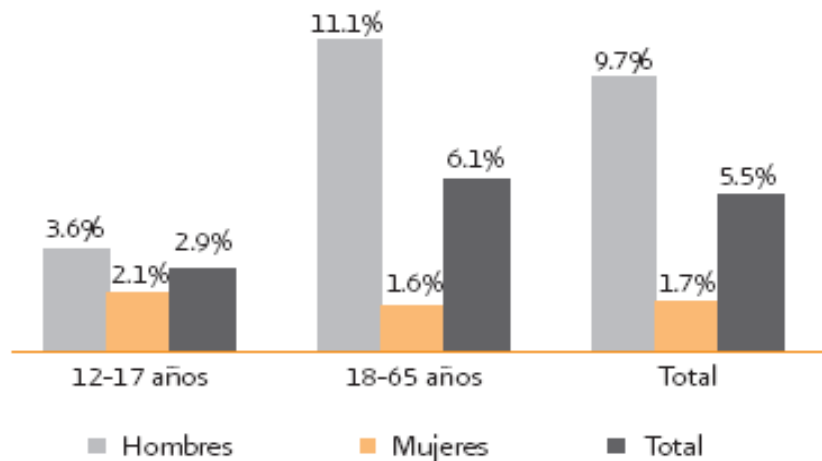


Figura 3. Población que cumple con el criterio abuso/dependencia. Fuente: ENA, 2008.

El consumo explosivo o el beber en grandes cantidades por ocasión de consumo, está aumentando de manera considerable entre los adolescentes, sobre todo entre las mujeres pues se observa que la diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres

(un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). Lo cual indica que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta (Ver Figura 2).

Con respecto al tipo de bebida que prefieren los adolescentes, estos prefieren las bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 18 años, a excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol de 96°; en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombre y mujeres adolescentes.

En relación a los problemas asociados por el consumo de alcohol, las diferencias son menos marcadas en comparación a los adultos, (1.3 hombres por cada mujer). Sin embargo, más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. En esta población, los datos sobre abuso o dependencia al alcohol, muestran que hay menos más mujeres adolescentes que cumplen con este criterio que las mujeres adultas (Ver Figura 3).

Tabaco

Para caracterizar a la población mexicana con respecto al consumo de tabaco, se utilizaron definiciones específicas con respecto al tipo de fumador que se quiera describir. El **fumador** activo se refiere a la persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año; el **ex fumador** se refiere a la persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año. Por último no fumador o persona que nunca fumo, se refiere a aquel consumidor que contestó no haber fumado en la vida.

Población de 12 a 65 años

Al estimar la prevalencia de vida (lifetime prevalence) del consumo de tabaco en la población entre 12 y 65 años, se encontró que 35.6%, (cerca de 27 millones de mexicanos), había probado alguna vez en su vida el cigarrillo, siendo el 48.8% hombres y el 23.4% mujeres. Cuando se comparo por grupo de edad, 14.9% de los adolescentes y 40.2% de los adultos respondieron haber probado el cigarrillo alguna vez en su vida (Cuadro 1).

Si se toma en cuenta el comportamiento por tamaño de localidad (urbano – rural), se encuentra un comportamiento muy diferente en las áreas rurales, donde 23.6% de la población, 38.5% de los hombres y 9.7% de las mujeres refirieron haber probado el cigarrillo alguna vez en la vida. Por grupo de edad, 8.7% de los adolescentes y 28% de los adultos refirieron haber probado el cigarrillo.

		Sexo		Grupos de Edad		
		Hombres	Mujeres	Adolescentes	Adultos	Total
	N*	18 474	29 905	11 626	36 752	48378
NO	%	51.25	76.6	85.1	59.8	64.4
	N*	17 620	9 127	2 042	24 704	26 747
SI	%	48.8	23.4	14.9	40.2	35.6
TOTAL	N*	36 093	39 032	13 668	61 457	75 125

N* en miles

Cuadro 1. Distribución de fumadores por grupo de edad en población urbana y rural. **NO**, se refiere a aquellos individuos que no fuman y **SI**, a aquellos individuos que reportaron fumar. Adaptado de ENA, 2008.

Con respecto a la edad de consumo por primera vez en población de 12 a 65 años de edad, fue de 17.1 años. Mientras que en la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años (Cuadro 2). Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional.

Grupos de Edad		
Adolescentes	Media	13.7
Adultos	Media	17.4
Total	Media	17.1

Cuadro 2. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez de acuerdo a grupo de edad (años). Adaptado de ENA, 2008.

En relación a las razones de inicio de consumo, las dos principales razones fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inicio el consumo de

tabaco por curiosidad; mientras que el 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores.

En el caso de los adolescentes, el 68.6% inicio el consumo por curiosidad y el 24.1% por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Con base en estos hallazgos, podemos concluir que las razones para el inicio del consumo de tabaco son similares tanto en hombres y mujeres así como en adolescentes y adultos.

Por otro lado, cuando se analizó la proporción de la población que corresponde a fumadores activos, se encontró que 18.5% de la población de 12 a 65 corresponde a esta categoría, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; el 17.1% corresponde a ex fumadores y 64.4% no había fumado. El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8%, mientras que el 9.9% en las mujeres. Cuando se comparo por grupo de edad, 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año.

Al examinar los datos de población urbana, se encontró que 20.4% de la población entre 12 y 65 años de edad corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 12 millones de fumadores; el 18.4% corresponde a ex fumadores y 61.1% nunca había fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana masculina es de 29.8% y en la femenina, de 11.8%. Cuando se compara por grupo de edad, 10.2% de los adolescentes y 22.5% de los adultos del área urbana respondieron haber fumado durante el último año.

En las localidades rurales, se encontró que 11.3% corresponde a fumadores activos, mientras que el 12.4%, a ex fumadores, y el 76.4% nunca ha fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población rural masculina es de 20.2% y en la femenina, de 2.9%. Cuando se comparo por grupo de edad, el 4.9% de los adolescentes y el 13.1% de los adultos del área rural respondieron haber fumado durante el último año (Ver Figura 4).

Con respecto a los fumadores activos de entre 12 y 65 años en promedio, inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años; los hombres, a los 16 años y las mujeres, a los 18. Al comparar por grupos de edad, la edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 13.7 años y de 16.8 años en adolescentes y adultos, respectivamente.

En esta encuesta se les pregunto a los fumadores activos sobre las estrategias para dejar de fumar (adultos de 18 a 65 años de edad). Sólo 9.6% de los adolescentes y 12.3% de los adultos contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. El 42.3% de los adolescentes y 51.3% de los adultos han intentado dejar de fumar alguna vez (Ver Cuadro 3).

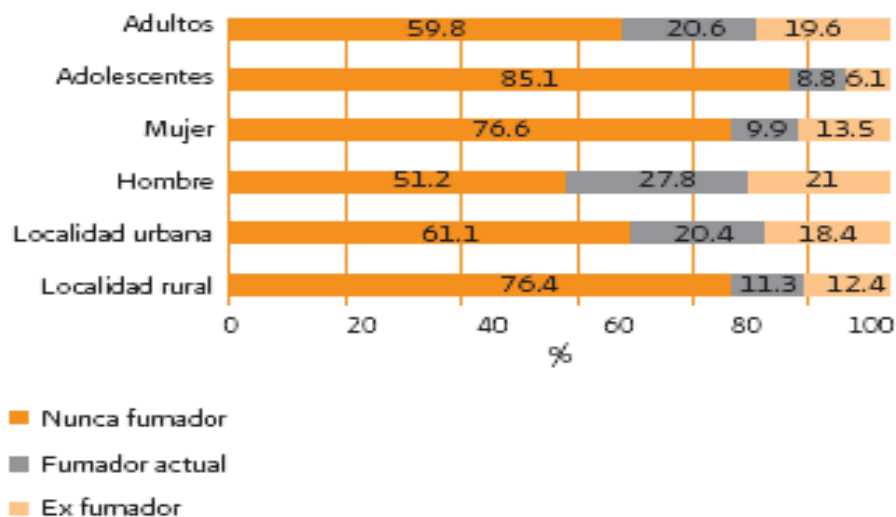


Figura 4. Prevalencias de fumador activo, ex fumador y nunca ha fumador según género, grupo y localidad. Fuente: ENA, 2008.

		Grupos de Edad		
		Adolescentes	Adultos	Total
	N*	508	6506	7014
SI	%	42.3	51.3	50.5
	N*	694	6179	6869
NO	%	57.7	48.7	49.5
TOTAL	N*	1202	12682	13883

Cuadro 3. Fumadores activos que han intentado dejar de consumir. Datos por grupos de edad. Fuente: ENA, 2008.

Las principales formas que probaron incluyeron dejar de fumar súbitamente (49.9% de los adolescentes y 59.4% de los adultos); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes y 15.8% de los adultos), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes

y 12.1% de los adultos). Únicamente 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar.

El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (chicles y parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; en tanto que el 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; el 29.5% contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir. Finalmente, el 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda.

En el ámbito nacional, 17.1%, cerca de 13 millones, de los mexicanos corresponde a ex fumadores; y reportaron que fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6 los hombres y 6.4 las mujeres. Las principales razones por las que dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%). Se obtuvieron proporciones semejantes al estratificar por sexo y por grupos de edad (adolescentes y adultos). El 64.4% de la población de 12 a 65 años refirió no haber fumado siendo el 51.2% hombres y 76.6% mujeres. El 85.1% correspondió a población adolescente y el 59.8% a población adulta. Respecto a la localidad el 61.1% de la población urbana refirió no haber fumado correspondiendo 8.4% a los hombres y 72.9% a las mujeres; en el área rural, 76.4% de la población correspondió a no fumadores.

Drogas

Los resultados de esta encuesta, consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad, ha aumentado de un 5% observado en 2002, a un 5.7%. Las **drogas ilegales** (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; mientras que el consumo de **drogas médicas** (opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos o anfetaminas), con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción médica, mantuvieron los niveles observados en el 2002 (Ver Figura 5).

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8% a 8.8%.

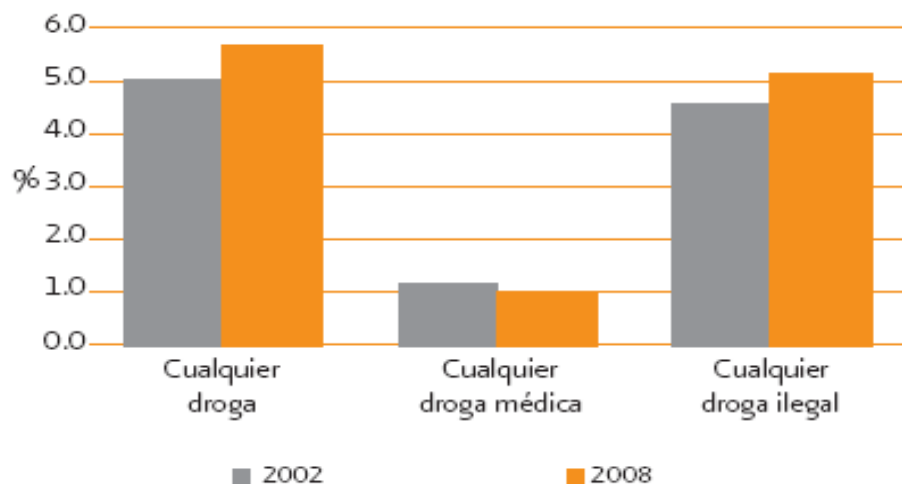


Figura 5. Tendencias de la ENA 2002- 2008 con respecto del uso de drogas, en población urbana y rural de entre 12 y 65 años. Fuente: ENA, 2008.

Respecto a la sustancia de preferencia, la marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; mientras que el aumento en el consumo de la segunda fue mayor ya que pasó de 1.2% a 2.4 (Ver Figura 6).

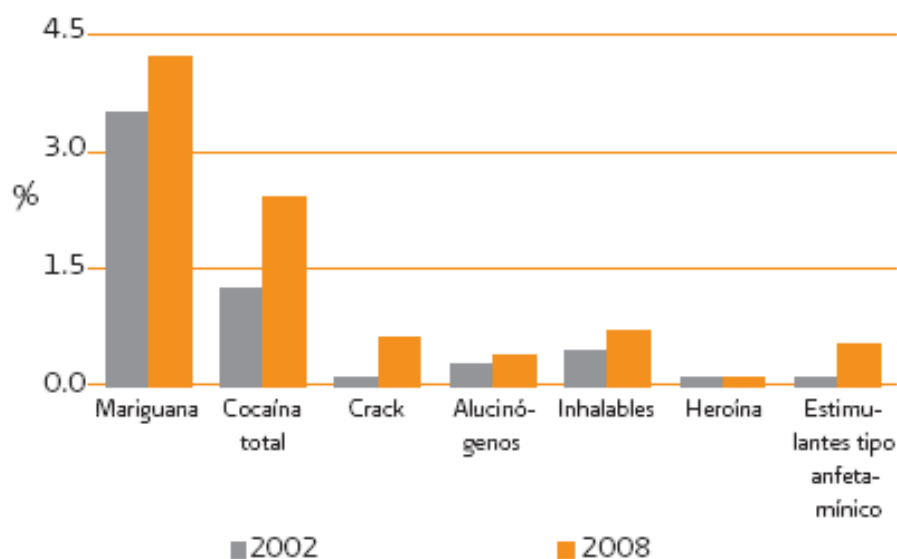


Figura 6. Tendencias de la ENA 2002- 2008 con respecto a la droga de preferencia, en población urbana y rural de entre 12 y 65 años. Fuente: ENA, 2008.

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

En esta encuesta se evaluó la disponibilidad y uso de drogas en el entorno, encontrando que una proporción importante notificó problemas de consumo de alcohol en el padre (22%); un consumo de drogas en el mejor amigo (12.9%) y en algún miembro de la familia (6.5%) y 2 de cada 100 notificaron sobre un problema de consumo de alcohol en la madre.

Con base en la edad de inicio, se encontraron dos grupos de drogas: aquéllas con un inicio más temprano (anterior a los 18 años) y aquéllas con un inicio en la edad adulta. En el primer grupo se encuentran los sedantes (50.9%, de quienes informaron haber usado estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia), la marihuana (55.7%), los inhalables (63.3%), y las metanfetaminas (46.5%). En el segundo grupo encontramos los estimulantes usados fuera de prescripción, cuyo uso inicia más frecuentemente entre los 18 y los 25 años (35.9%). A esta edad también se suele iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%), y heroína (45.7%). Con respecto al uso de crack se encuentra alrededor de la misma proporción de las personas que notificaron habían iniciado antes de los 18 años (42.2%) y después de esta edad, entre los 18 y 25 años (41.9%). Solamente 6.9% de los usuarios informó haberse iniciado en el uso de drogas entre los 26y los 34 años, y 3.3% después de esta edad. Las drogas médicas usadas fuera de prescripción y la heroína mostraron índices de inicio relativamente más elevados que otras drogas.

Como se menciona previamente en este capítulo se tomaron dos fuentes de información, siendo el SISVEA del 2007 la parte complementaria. A continuación se mencionan algunos de sus resultados.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA

Fue establecido en 1990 por la Secretaría de Salud, desde entonces se le ha considerado un componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Retoma información de los centros de tratamiento no gubernamental (centros de tratamiento o rehabilitación que atienden a individuos usuarios de sustancias psicoactivas, operados por asociaciones civiles), de Centros de Integración Juvenil (CIJ) así como de los Consejos Tutelares de Menores y del servicio forense. También se llevan a cabo de manera periódica encuestas en servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel, donde se recaban datos sobre la asociación entre ingresos a esos servicios y uso de sustancias. La información que se recopila es a través de un sistema que registra eventos, y no casos. Por lo que su utilidad radica en el monitoreo de las tendencias en patrones de consumo, ya

que provee información de la droga de inicio y droga de impacto. La primera es aquella con la que el usuario reporta haber comenzado el uso de sustancias, y la segunda, la que motiva la búsqueda de atención o la que el usuario percibe como aquella que le ha traído más consecuencias negativas laborales, familiares o sociales. A continuación se mencionan solo algunos de los resultados obtenidos en el año 2007.

Centros de Tratamiento no Gubernamentales (CT)

Se reportaron un total de 64,917 tratamientos otorgados en centros no gubernamentales, lo que no necesariamente corresponde al número de pacientes atendidos, ya que un mismo paciente pudo haber acudido más de una vez en busca de atención.

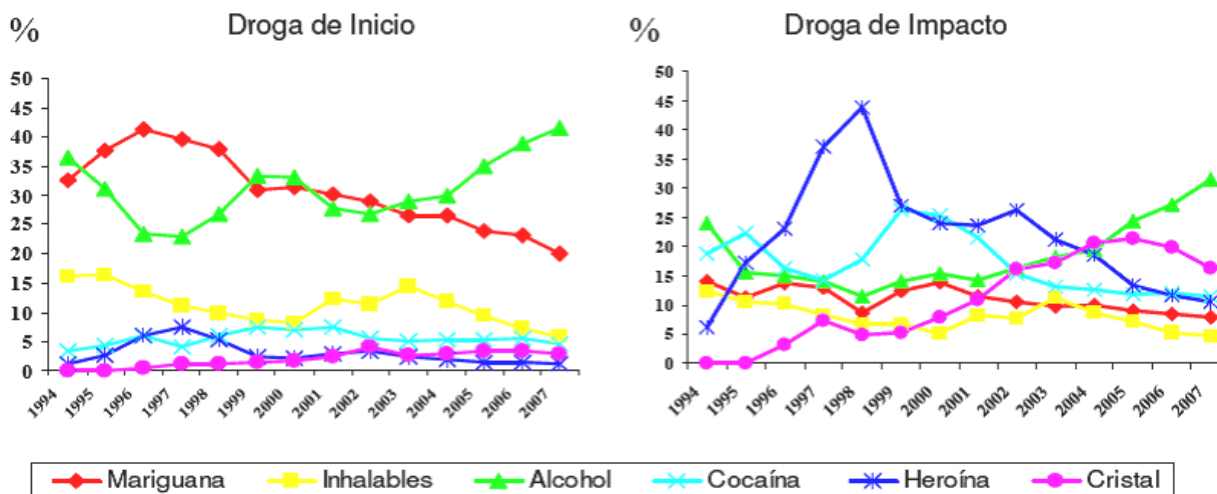
La droga de impacto más frecuentemente reportada fue el alcohol (31.5%), seguido por la cocaína (23.4%), el cristal (16.3%) y por la heroína (10.5%). La droga de inicio que se mencionó con mayor frecuencia fue el alcohol (41.6%), el tabaco y la marihuana se mencionaron con frecuencias muy similares (20.8% y 20.1%). En cuanto a los patrones de consumo el uso de la sustancia de impacto fue diario.

Con respecto al perfil sociodemográfico la mayoría de la población fueron hombres (91%). El porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto a la marihuana (28.3% y 23.2%) y los inhalables (38.3% y 20.6%). Entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y el cristal, más del 40% eran adultos jóvenes. En cambio, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más (58.8%) se encontró entre los que mencionaron alcohol como droga de impacto.

Tendencias

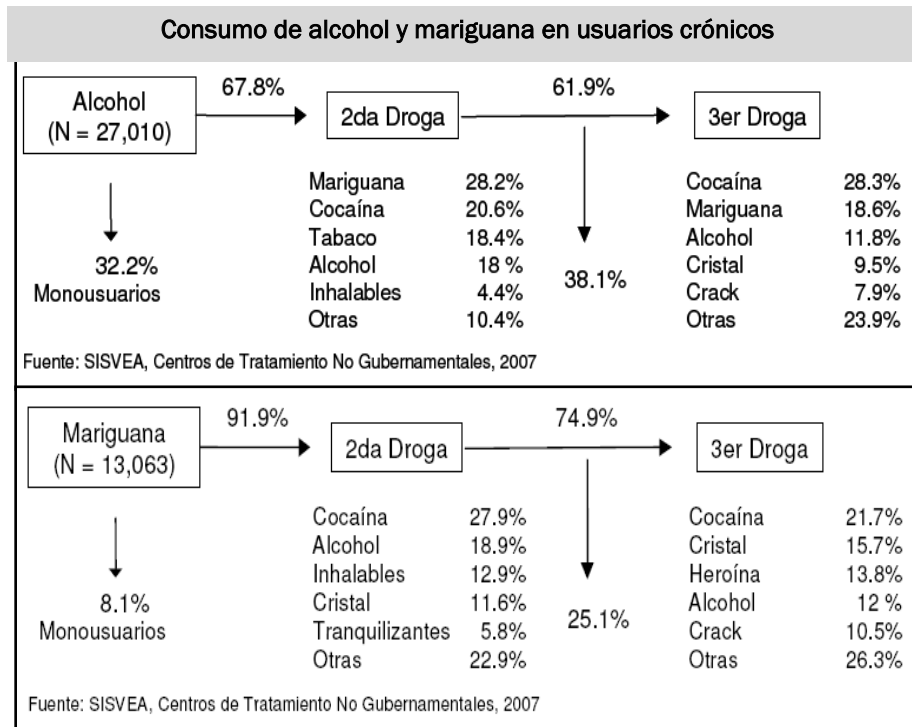
Con respecto a las tendencias de droga de inicio y droga de impacto a lo largo de los últimos 14 años, el alcohol y la marihuana se mantienen como las principales drogas de inicio, pero el primero ha mostrado un ascenso constante en este periodo. Se observa también la aparición y ascenso del cristal como droga de impacto hasta el año 2005, así como la disminución en el porcentaje de entrevistados que reporta el uso de heroína. (Ver Figura 7).

Otro dato que recaba el SISVEA es lo que denomina la historia natural del consumo de drogas, que se refiere a la historia de elección de sustancias de preferencia de los usuarios. A continuación se muestran el porcentaje de los entrevistados que reportaron haber iniciado con una sustancia y posteriormente pasaron al uso de una segunda y, en algunos casos, a una tercera sustancia, así como los porcentajes de las sustancias que con más frecuencia se eligen a lo largo de la historia de consumo (Cuadro 4 y 5).

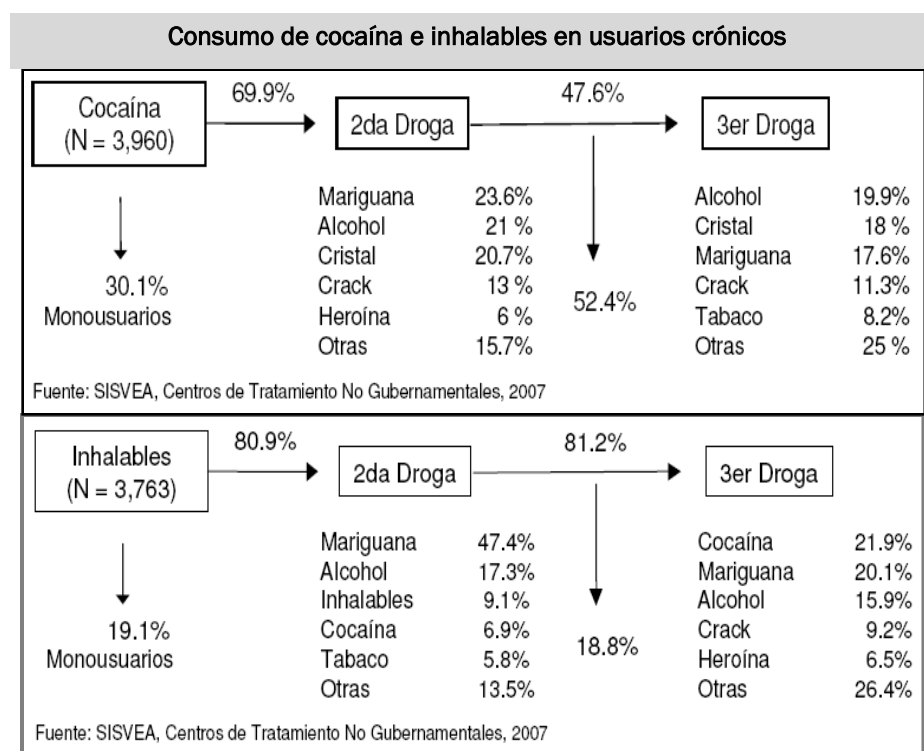


Cocaína, Basuco, Crack
 Fuente: SISVEA-Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2007

Figura 7.- Comparación entre la Droga de inicio y la droga de impacto a nivel nacional en pacientes que asisten a los CT entre 1994 y 2007.



Cuadro 4. Historia natural del consumo por sustancia de inicio.



Cuadro 5. Historia natural del consumo por sustancia de inicio.

Centros de Integración Juvenil (CIJ)

La información sobre el consumo de drogas fue obtenida a partir de la aplicación de la entrevista inicial a sus pacientes de primer ingreso. Para el periodo de enero a diciembre del 2007 se obtuvo información de 24,221 pacientes que al igual que los CT, acudieron a solicitar atención a los CIJ más hombres (78.0%) que mujeres.

Las sustancias por las que más frecuente fue la solicitud de tratamiento fueron cocaína (26.8%), alcohol (20.6%), tabaco (15.7%), mariguana (12.1%), inhalables (11%), y estimulantes (6.6%). La clasificación utilizada por CIJ agrupa como “estimulantes” a las anfetaminas, y los antidepresivos, y como “depresores” a tranquilizantes, barbitúricos de manera que sus categorías no son estrictamente comparables con las de otras.

Con respecto a la comparación entre la droga con que se iniciaron en el consumo estos pacientes y aquella que reportan como la de mayor impacto, el tabaco (57.4%) y el alcohol (29.6%) permanecen como las principales drogas de inicio (Ver Fig. 6), mientras que al observar la droga de impacto, el mayor porcentaje se reporta en la cocaína (26.9%), seguida por el alcohol (20.6%).

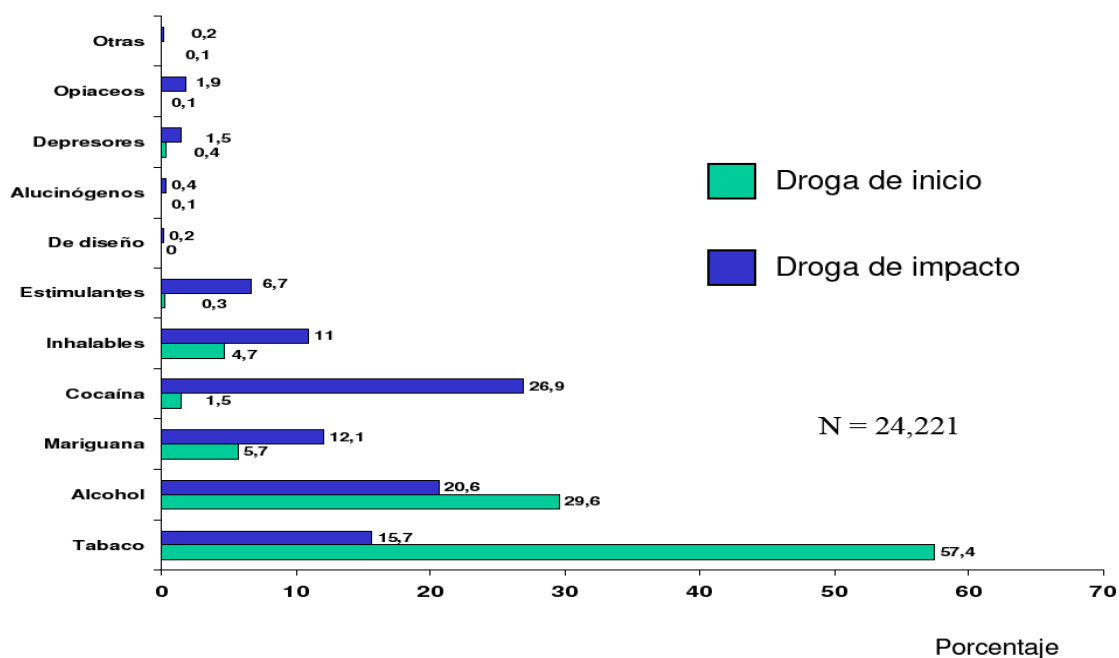


Figura.8.- Comparación entre la Droga de inicio y la droga de impacto en pacientes de CIJ.

Habilidades profesionales adquiridas

Al inicio de la Residencia en Psicología de las adicciones me inserte en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas, donde inicie la revisión de estudios epidemiológicos y artículos de investigación sobre el consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias, tanto en adolescentes como en adultos, lo que me permitió realizar el análisis de las tendencias que se observan en nuestro país con respecto al uso y abuso en el consumo de sustancias adictivas, conocer las características sociodemográficas de los usuarios, identificar las sustancias adictivas de mayor consumo, obtener información de las drogas con las que los usuarios reportan iniciar el consumo y aquellas de mayor impacto o que les generan una problemática psicosocial mayor.

Dentro de la revisión teórica en la residencia, adquirí conocimiento sobre la importancia de la variabilidad individual en la atención, lo que se sumo a la revisión de diferentes aproximaciones de tratamiento en Adicciones tanto en nuestro país como en otros países. Un tema interesante fue el de la evaluación de tratamientos, ya que muchos instrumentos son aplicados sin tener una evaluación de su efectividad.

Por otro lado, realice la captura y el análisis estadístico de los datos obtenidos en la Entrevista de Seguimiento a seis meses del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas, como parte de la la evaluación de dicho programa.

Varios seminarios cursados durante la maestría en Psicología, me permitieron realizar el análisis de teorías y métodos de investigación relacionados con la problemática de las adicciones; así como el análisis y evaluación del contexto general de la práctica profesional del Psicólogo en los diferentes niveles de prevención en el campo de la salud. El Seminario Investigación Epidemiológica, me permitió un conocimiento más amplio sobre la importancia de la epidemiología en el área de psicología de las adicciones, ya que se revisaron aspectos históricos de la epidemiología, para conocer y entender su desarrollo e importancia en el análisis de factores relacionados con la presencia de enfermedades y para la creación de diseños y técnicas de investigación de los problemas actuales en la salud pública y así identificar posibles áreas de investigación. De manera paralela se revisaron los principios legales establecidos para la evaluación y tratamiento de poblaciones específicas (ejem. jóvenes con problemas de alcohol y drogas).

El conocimiento adquirido me permitió conocer mejor el fenómeno de las adicciones para estructurar y redactar proyectos de investigación psicosocial relacionadas con estrategias de enfrentamiento en adolescentes y consumo de sustancias adictivas; así como con la atención a los padres de familia de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

Es importante mencionar que aunque dentro del programa de residencia se adquirieron habilidades profesionales requeridas en el ámbito profesional y también personal, considero que es necesario mantener una comunicación más estrecha entre las autoridades educativas y los alumnos con el fin de reforzar las habilidades prácticas.

Competencia 2

Desarrollo de programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que la conducta adictiva se presente

La **prevención** puede definirse como una estrategia que contempla el diseño e instrumentación de acciones específicas dirigidas al mejoramiento y fortalecimiento de la salud de la población, antecediéndole el curso de un trastorno o enfermedad mediante la evaluación, modificación y/o eliminación de eventos que lo hacen probable (Piña y Obregón, 1992); procurando la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, y la protección de los grupos de alto riesgo (Medina-Mora, Díaz-Leal, Berruecos Villalobos, 1994).

El uso indebido de sustancias adictivas es uno de los temas de gran relevancia a nivel mundial, debido a los efectos individuales y comunitarios, por lo que es necesario conocer la dimensión de dichas consecuencias a través de los estudios epidemiológicos y de las condiciones psicosocioculturales relacionadas al uso de las drogas legales e ilegales, para diseñar programas preventivos específicos.

Ante esto la prevención en el uso de sustancias adictivas, se ha transformado a lo largo de la historia, LLanes, (1999) refiere un comparativo de las perspectivas que han surgido sobre este tema, menciona que en los años 60's el consumo de drogas y las conductas asociadas, se consideraban un comportamiento que transgredían los códigos morales y legales, siendo el criterio preventivo apartar al individuo del consumo, y la intervención una advertencia moral y una exhortación a la prohibición, lo cual no redujo el consumo indebido. En los siguientes años con un predominio del punto de vista médico-asistencial, las adicciones eran consideradas una enfermedad; iniciándose así la investigación y los estudios epidemiológicos desarrollando el reconocimiento y comprensión de mecanismos psicofisiológicos como la dependencia y la tolerancia que se presentan en el organismo ante el consumo de drogas. Ya en los años 80's con la sistematización de estudios epidemiológicos, se identificó la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la sociedad y en los grupos de riesgo, logrando una visión mundial, nacional y regional del fenómeno de las adicciones y un conocimiento de los mecanismos del organismo, particularmente los del sistema nervioso central. En esa misma década la perspectiva se modificó hacia una conciencia más profunda de la complejidad de la conducta humana, individual y socialmente considerada.

En la actualidad la perspectiva es flexible y considera que la adicción es prevenible y no un evento dado. Es decir, que es un proceso mediado por factores psicológicos, conductuales y ambientales que pueden ser cuantificables y modificables y por tanto, la eficacia de la prevención se basa en el

comportamiento del individuo y en el grado de tolerancia social, dando apertura a aspectos de enfoque sociocultural.

Siendo uno de sus objetivos principales el evitar o demorar el inicio del consumo de drogas, a partir del fortalecimiento de los **factores de protección** (eje. autoestima, solución de problemas, el uso del tiempo libre, alternativas de recreación etc.), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra lo que se denomina **factores de riesgo** (eje. la compañía de gente que abusa de las drogas). Protector se refiere a estilos de vida que permitan a los individuos disfrutar de la vida sin drogas, abrirse a aprendizajes que permitan la práctica de patrones conductuales ajenos al consumo de drogas, lograr que los pensamientos, sentimientos y acciones marchen en armonía permitiendo que los eventos de vida no los lleven a la compensación de frustraciones o tensiones por medio del consumo de drogas. Esto permite reconocer que existe una compleja relación entre los diversos factores que están relacionados con el consumo de sustancias adictivas. Dicha perspectiva permite establecer mecanismos protectores específicos para reducir daños o riesgos incrementando la posibilidad de prevenir más que solo erradicar, siendo esta última condición, mas tardada y costosa.

La prevención desde el enfoque de salud pública se clasifica en tres niveles: Primaria, secundaria y terciaria.

La **prevención primaria** abarca acciones de promoción, fomento, educación y protección del consumo de sustancias adictivas, está dirigida a la población en general, y busca la disminución de nuevos casos.

La **prevención secundaria** implica la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento oportuno de un consumo de drogas para disminuir o eliminar riesgos, y se aplica a grupos identificados con alguna problemática en salud.

La **prevención terciaria** se enfoca en reducir las consecuencias o daños ya declarados por el abuso del consumo de drogas a través de la rehabilitación, por lo que usa medidas selectivas (Medina-Mora y cols, 1994).

Una segunda clasificación propuesta por Gordon (1983), desde el enfoque médico o de prevención de la enfermedad se divide también en tres niveles:

Universal.- Se define como aquellas intervenciones que se dirigen al público en general o para un grupo o conjunto de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los orillen al inicio y abuso de drogas (WHO, 2004). 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.- Es el conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que se identifican con características que se consideran de alto riesgo por lo que se requiere de su participación directa en actividades adecuadas a su situación. En la prevención selectiva, las intervenciones no consideran prioritario la vulnerabilidad individual, más bien se enfocan al subgrupo como un “todo”. Tiene como objetivo principal la prevención de mayores riesgos en las personas identificadas ya con algunas características de importancia pero que no presentan condiciones que indiquen un problema de salud específico.

Indicada.- Se refiere a los programas enfocados a aquellos individuos o subgrupos de la población que presentan ya una problemática determinada y por tanto presentan algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que desarrollen un mayor número de problemas asociados. Es así que requieren de la elaboración de programas de prevención especiales. Su objetivo no solo es reducir el daño o riesgo de un primer evento o situación sino también disminuir a lo largo del tiempo, la continuación de señales; retardar el inicio y/o reducir los factores de riesgo. Las actividades de trabajo se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (eje. baja autoestima), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias. Las disposiciones para la prevención de las adicciones es una tarea compleja por su condición multicausal. Bonifaz (1999), menciona los principios propuestos por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés) para llevar a cabo programas y materiales de apoyo para su aplicación, de los cuales se mencionan aquellos que son relevantes para el objetivo de este reporte:

- Deberán diseñarse para aumentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.
- Enfocarse a todas las formas de consumo de sustancias adictivas, lícitas e ilícitas.
- Promover el desarrollo de habilidades pro social, la comunicación, las relaciones de pares, la autosuficiencia y la asertividad.
- Direccionarse a adolescentes y jóvenes, tomando en cuenta las ideas de los adultos que los rodean en su ambiente familiar y social.
- Ser flexibles para poder adaptarse y dirigirse a la naturaleza específica del problema de inicio del abuso de drogas en la comunidad.
- Ser específicos para cada edad, adecuados al interés y las capacidades, así como a la cultura de cada grupo.

Conocer y aplicar estos principios permite identificar las estrategias que dan respuesta a las necesidades de la comunidad objetivo.

La prevención de adicciones en México debe de recibir un impulso fuerte y decidido para enfrentar el reto de modificar las tendencias de consumo que son alarmantes por su tendencia a ser

crecientes, con una distribución en mayor número de grupos sociales y con edades de inicio del consumo más tempranas. Ello significa, disponer de modelos preventivos, programas y materiales de demostrada eficacia. Tratando de dar respuesta a este reto en nuestro país se han establecido diferentes programas preventivos, los cuales se presentan por el CONADIC en la serie Planeación (CONADIC, 2003) y que a continuación se describen de manera general.

Modelos preventivos en México

Construye tu vida sin Adicciones.- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

Es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones con el fin de promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos; establece el origen multifactorial y complejo de las adicciones considerando que tanto la recuperación como la prevención de éstas tienen que ver con las actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, por lo que fue diseñado para trabajar con grupos pequeños en comunidad y en ambientes escolares. Este modelo retoma aspectos cognitivos, físicos y psicológicos que influyen como un todo para la creación o el fortalecimiento de la responsabilidad individual y social en relación a una salud integral y en especial en la prevención de adicciones.

Bajo este abordaje se considera que factores como estrés, alimentación inadecuada, autoconcepto pobre, falta de espacios para diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las habilidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre el consumo y abuso de sustancias adictivas.

Para vivir sin drogas o cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de Integración Juvenil (CIJ's)

El objetivo general de este modelo es disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo. Se enfoca en desarrollar intervenciones en diferentes niveles de prevención universal, selectiva e indicada, a través de estrategias dirigidas a la población en general y a diversos subgrupos en riesgo y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. Por ejemplo, para grupos de riesgo al consumo de drogas, como son los hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica, retoma en factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan dicha vulnerabilidad. Con respecto al diseño

de su intervención a grupos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, utilizan estrategias de intervención breves del tipo de la consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción, formar y vincular redes sociales para generar acciones preventivas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como relacionar a instituciones afines y complementarias, en apoyo a la integración de redes entre grupos que permitan la consolidación de comunidades autogestivas

Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)

Este modelo de prevención ofrece una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema de uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. El modelo fue adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos y extendido a la familia y a la comunidad por el Instituto Nacional de Psiquiatría en 1998. Se considera de prevención universal y selectiva. Los objetivos de este modelo son establecer una infraestructura que integre tres componentes de la empresa: el trabajador, el departamento de recursos humanos, y la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo y a su vez desarrollar y evaluar un programa de prevención respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad.

Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones PEPCA Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal

El PEPCA es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y en la familia, favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad. Este programa se enfoca en la prevención de adicciones en contextos educativos. Se basa en las investigaciones epidemiológicas, de aspectos jurídicos de la educación. Este es un programa que depende específicamente de la SEP. Su objetivo es incorporar en el proceso educativo estrategias de educación preventiva a nivel universal y selectivo sustentada en la promoción y fomento de valores que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los educandos la capacidad para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico, es decir desarrollar la toma de decisiones de forma consciente y reflexiva.

El PEPCA se ubica en el proceso de desarrollo educativo y constituye una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la educación básica, se vincula con los planes y programas de estudio vigentes, y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de

una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar, en los educandos, la capacidad para tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo

Yo quiero, Yo puedo. Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población (IMIFAP)

Desde su fundación en 1998, IMIFAP ha creado varios programas de intervención que tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida, ya sea a nivel individual o a nivel de comunidad enfocados en desarrollar habilidades psicosociales para enfrentar demandas presentes en su vida diaria. El modelo Yo quiero, yo puedo, es de prevención universal, siendo su objetivo principal el desarrollar en niñas y niños habilidades que permitan manejar adecuadamente una situación de riesgo, fortaleciendo factores de protección, (ejem. comunicación, y unidad familiar), para prevenir la presencia de conductas antisociales como el abuso de sustancias psicoactivas. Dentro del programa se contempla la capacitación a docentes a través de un taller que permite que estos se apropien del programa y lo sientan útil en su vida laboral y personal. Asimismo, al poner en práctica las habilidades adquiridas los y las docentes actúan como facilitadores/as en el proceso de enseñanza participativa con sus estudiantes.

Su programa se aplica a niños de nivel preescolar hasta 6° de primaria, a través de tres textos para cada grado escolar a nivel de secundaria, los cuales han sido utilizados como textos oficiales para la materia de Formación Cívica y ética. A partir de 1998 fortaleció el contenido del programa en el área de uso y abuso de sustancias adictivas.

Modelo Comunitario de Integración Psicosocial. Fundación Ama la Vida. I.A.P.

Este modelo pretende abordar de forma integral el fenómeno de las adicciones, retomando la participación de la familia y de la comunidad. La intervención se planea en diferentes escalas de incidencia como son la prevención universal, reducción del daño, la rehabilitación, la reinserción social y la investigación del fenómeno de la farmacodependencia a nivel individual, familiar y de comunidad. Se utiliza una acción denominada comunidad terapéutica que es fundamentalmente un conjunto de procesos educativos y de participación comunitaria que favorecen el cambio y el manejo responsable de los problemas y los conflictos de la vida cotidiana en las comunidades.

El propósito general del modelo es el poder desarrollar un dispositivo integral de intervención que articule los esfuerzos de la unidad residencial con los restantes servicios comunitarios de atención de la salud y la seguridad de las personas. Es decir, es una intervención que organiza los diferentes recursos de la comunidad, así como el seguimiento y evaluación del proceso

rehabilitación. Dentro de este enfoque uno de los objetivos es la reinserción a un ambiente natural.

Modelo Preventivo ECO-2. Centro de Formación Caritas A.C.

El Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional para realizar una investigación en la acción, convocado y coordinado por Cáritas Arquidiócesis de México I.A.P. con tres organizaciones civiles: Hogar Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil Promoción Integral A.C. y Cultura Joven A.C.

En este modelo se realizan acciones para la prevención universal, selectiva e indicada. Un elemento básico en este modelo es la reducción del daño. Ir hacia adelante es una condición estructural de la prevención. Su objetivo es crear una cultura consciente de su entorno social para generar un incremento de la acción comunitaria a través de la promoción de seguridad y la salud de las personas, sean farmacodependientes o no.

Aguas con las Adicciones Del Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo. Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA)

Este modelo fue creado por el INEA con la finalidad de generar un proceso educativo más amplio y congruente con los ámbitos particulares y las necesidades e intereses de las personas y así realizar una prevención universal. Busca ofrecer una educación en la que los contenidos se refieran a las necesidades e intereses reales, mediante la cual los individuos recuperen lo que ya saben y se propicie la aplicación de lo aprendido en su quehacer cotidiano. Aborda una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad, también de gran interés para los adultos y sus familias.

Está conformado por varios módulos, uno de ellos es “Aguas con las Adicciones” el cual contiene un paquete de materiales, el llamado libro de los y las jóvenes que contiene información sobre los materiales que deben ser consultados para obtener la información de cada tema. También cuenta con fichas técnicas sobre temas relacionados con las adicciones que son indispensables para desarrollar diferentes actividades que propone el libro anterior: un cuaderno de trabajo y una revista con distintos contenidos sobre el tema y otros folletos relacionados. Es importante mencionar que este modelo se enfoca en fortalecer habilidades para prevenir el consumo de drogas en jóvenes, a través de estimular la participación comunitaria para el desarrollo de una conciencia de prevención. Retomando áreas como los estilos de vida, factores de riesgo y sobre todo, factores de protección que se presentan y se pueden asumir en su entorno. Retoma la capacidad que las y los jóvenes tienen para enfrentar condiciones adversas.

Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C (INEPAR)

El modelo Chimalli tiene como finalidad producir resiliencia; entendida como la capacidad de adaptarse a la adversidad cotidiana para desarrollar competencia social, de dar solución adecuada al estrés; esto a través de un enfoque proactivo y ecológico. Se creó el diseño inicial del modelo con el fin de atender distintas comunidades (escuela: primaria, secundaria y educación media superior; comunidades abiertas: centros comunitarios, barrios, colonias y otros complementarios para padres de familia y maestros). Por lo que se considera que su proyección es de prevención universal y selectiva. Se considera que Chimalli tiene tres componentes primordiales: una red voluntaria (vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores por ejemplo); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y autoevaluación con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, la evitación del primer contacto y la reducción del consumo. Estos componentes se articulan en un plan de acción siguiendo una metodología definida que inicia con la integración de la red con la cual se realiza un diagnóstico.

Chimalli interviene en las áreas de uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilo de vida (en la que se considera la sexualidad, el autocuidado de la salud y el uso del tiempo libre y consumismo). Propone el desarrollo de 26 habilidades para contrarrestar las conductas de riesgo con las habilidades y actitudes de protección.

Habilidades profesionales adquiridas

Una vez iniciada la revisión y análisis de los datos y tendencias epidemiológicas sobre el consumo de sustancias adictivas en nuestro país, se realizó un acercamiento a la evolución de la clasificación de las drogas a través de la historia mundial y de nuestro país; así como las consecuencias de las adicciones en grupos vulnerables; siendo también básico el conocimiento de los niveles de prevención. La investigación bibliográfica de tópicos relacionados con esta competencia se realizó a través de seminarios cursados durante la Residencia. Siendo en el seminario de Prevención donde se revisaron las características generales de los principales modelos de prevención desarrollados en México y se realizó un análisis de los componentes de cada uno, a partir de la metáfora de la pirámide de la eficacia la cual Castro, LLanes y Margain, (2003) proponen como un indicador de evaluación para hacer más claro el proceso preventivo. Esta pirámide tiene cinco niveles los cuales se describen en la Figura 9.

Nivel 5: Amplio nivel de réplica, estrategias de transferencia tecnológica de intervenciones probadas con métodos científicos

Nivel 4: Evaluaciones con grupos y/o comunidades intervenidas y no intervenidas con seguimiento y meta – análisis. Se evalúan las evaluaciones.

Nivel 3: Una intervención evaluada, con mediciones antes y después de la intervención, y publicada en revistas científicas

Nivel 2: Reportes por escrito de la experiencia hechos públicos en congresos, memorias, revistas de divulgación, etc.

Nivel 1: Evidencia anecdótica, testimonios por parte de participantes, reportajes, etc., de personas que han participado en el plan de acción y que dan cuenta de la influencia en la percepción.

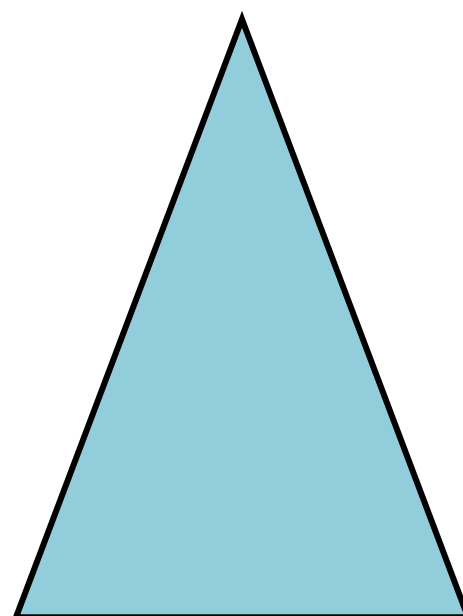


Figura 9. Descripción de la Pirámide la de Eficacia, adaptado de Castro y cols, (2003)

El desarrollo de esta competencia fue favorecido al conocer y aplicar prevención en comunidad a través del fomento de habilidades y actitudes, al insertarme como Promotor Comunitario (PC) en una comunidad de la Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal de la delegación Coyoacan, alrededor de casi 6 meses, como parte del proyecto: “La Escuela y la vinculación con la Comunidad” desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos A.C. (INEPAR). En este proyecto se utilizó el Modelo de Prevención, de Riesgos Psicosociales (CHIMALLI). Una de las fortalezas de este modelo es que tiene como objetivo final crear un sentido de comunidad autogestiva no dependiente de los PC, con el fin de general comunidades resilientes, por lo cual mi presencia dentro de la comunidad, tuvo un tiempo determinado, que en este caso fue aproximadamente de 18 semanas, en las cuales se realizaron visitas por semana, durante una hora para llevar a cabo sesiones preventivas. Al cabo de este tiempo me retire, tras fomentar la creación de un grupo de personas que estuvieron dispuestas para llevar a cabo acciones en pro de su comunidad. El objetivo de la intervención en esta comunidad fue la creación de grupos preventivos, en los que se llevaron a cabo distintas actividades que se describen a continuación (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Actividades realizadas como Promotor Comunitario con el Modelo de Prevención, de Riesgos Psicosociales (CHIMALLI)

Pasos del Plan de acción Chimalli Comunitario	Acciones realizadas como Promotor Comunitario
<p>Paso 1.- Integración de una red comunitaria y diagnóstico de la misma.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar convocatoria en el lugar de acción a través de visitar a personas denominadas clave (líderes, miembros de algún grupo social ya establecido). • Utilizar instrumentos de evaluación: Inventario de Disposición al cambio INDICE, y el índice e Inventario de riesgo/protección comunitario IRPARCO • Adaptarlos a la audiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a la comunidad y contacto con el párroco de la colonia quien canaliza con una integrante de la comunidad • Presentación de los PC (dos psicólogas) con la comunidad • Explicación de objetivos del Modelo Chimalli. • Intercambio de opinión sobre lo que pensaban y esperaban del trabajo • Obtención de una imagen de la y para la comunidad, a partir de instrumentos contruidos para tal efecto • Plantear actividades de acuerdo a las necesidades de la comunidad • Fomentar la difusión del modelo con vecinos, amigos y familiares para ampliar la red •
<p>Paso 2.- Programar el contenido del ciclo de actividades y aplicación del Cuestionario de habilidades de protección CHP</p> <p>Apoyarse en la red comunitaria</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar a partir de las opiniones de la red comunitaria sobre como es percibida la presencia o ausencia de los factores de riesgo/protección 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostico de lo que sucede en la comunidad en relación a riesgos psicosociales • Se acordó con la comunidad el orden de los temas y/o habilidades a trabajar en la intervención preventiva • Sistematizar la observación del PC, antes de la intervención, con relación al tipo de habilidades de la comunidad con la aplicación de instrumento construido para tal efecto • Se realizo la reflexión acerca de los problemas sociales que presenta la comunidad, • y la manera en que estos grupos pueden enfrentar dichas situaciones para llevar a cabo acciones protectoras. • Se revisaron las siguientes habilidades de protección: Ser capaz de tener relaciones y comunicación significativa, Negociar con la familia, asumir una pérdida, cómo detectar y atender enfermedades, Cómo lograr una alimentación adecuada y abrirse a nuevos aprendizajes • Utilización de la Guía de los lineamientos. para la conducción de las habilidades: Información, Concientización, Moldeamiento de la Habilidad, Hojas de autoayuda y Practica Semanal. • Fomentar la difusión del modelo con vecinos, amigos y familiares para ampliar la red

<p style="text-align: center;">Paso 3.- Evaluación.</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y los procedimientos y los resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Medir las habilidades obtenidas después de la intervención en la comunidad con la aplicación del CHP • Exploración de la trascendencia de la intervención a través de testimonios sencillos y anécdotas, así como de una bitácora o diario de campo por parte del PC • Exposición de los resultados obtenidos a través de instrumentos aplicados (INDICE, IRPACO y CHP)
<p style="text-align: center;">Paso 4.- Difusión de logros y avance a un nuevo ciclo de plan de acción</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr transferencia eficaz de la tecnología de prevención. • Que la comunidad asimile y refuerce los mensajes protectores del Modelo Chimalli • Cambio en el clima social 	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de los resultados obtenidos antes y después de la intervención para reforzar los resultados positivos, con visitas personales, materia y mensajes de apoyo • Guiar la reflexión de la comunidad para evaluar y planear la participación del ciclo siguiente • Entrega de <i>material (LIBRO de Chimalli y carteles) a quien se considero era la persona adecuada para continuar con la difusión</i>

Esta experiencia fue muy enriquecedora, ya que se logro implementar en su totalidad un proceso de prevención de consumo de sustancias, a través de la aplicación y evaluación de habilidades de protección. El insertarme en este proyecto me permitió aplicar de manera flexible y directa el conocimiento adquirido tanto en la Residencia como en el modelo Chimalli, al identificar que existe más de una sola forma de hacer las cosas, o de lograr cambios significativos en los individuos. Por otro lado, el tener contacto con las personas en su ambiente natural y lograr conocer y aprender de las experiencias para la solución de problemas, me permitió un empoderamiento personal.

Competencia 3

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

El consumo de sustancias adictivas representa un riesgo para el desarrollo de los niños y jóvenes así como para sus familias y comunidades, pues además de los aspectos negativos inherentes al estilo de vida, se deben agregar la violencia, los accidentes, los trastornos de salud mental, el ausentismo en el ámbito laboral, así como el alto costo que implica para los servicios de salud (INEGI, 2000 citado en Martínez, 2005), tanto en el ámbito mundial, como en el nacional.

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002), fue aplicada a un total de 52, 867, 937 personas y reportó que el 14.4% de la población se abstuvo de beber, mientras el 9.3% de los varones y el 0.7% de las mujeres, entre los 18 y 65 años, cumplieron con el criterio de dependencia al alcohol, según la IV Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV). Sin embargo los **patrones de consumo** más característicos de los varones urbanos son el **moderado alto**, es decir, un consumo mensual con cinco copas o más por ocasión; y el **consuetudinario**, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana, en tanto que en las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión. En las poblaciones rurales se observó la misma presencia de estos patrones de consumo (ENA, 2002).

De acuerdo a lo anterior, se observa que en nuestro país la sustancia de mayor consumo es el alcohol con un patrón de consumo poco frecuente (una vez al mes) con grandes cantidades (cinco copas o más por ocasión de consumo). Es decir, es común que los usuarios de alcohol puedan beber episódicamente (los fines de semana por ejemplo) en niveles que los ponen en un riesgo mayor de tener problemas de salud como la ocurrencia de accidentes o lesiones atendidos en servicios de urgencia médicas. Además, pueden haber presentado en el pasado algunas consecuencias sociales o psicológicas relacionadas con su consumo de alcohol. (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004); por lo cual la gran mayoría de los consumidores no muestran síntomas crónicos de dependencia.

Lo anterior se suma o se fortalece con la gran permisividad social para consumir alcohol, omitiendo los reglamentos vigentes como la prohibición de la venta de alcohol a menores. Es por ello que el alcohol es la droga de mayor consumo y abuso en los adolescentes; lo cual además de ser un problema importante en sí mismo, conlleva un alto riesgo para experimentar con otras drogas por el inicio del consumo de alcohol a edades tempranas (SISVEA, 2007). Esto ha traído a la par una mayor conciencia social sobre los problemas que ocasiona el consumo excesivo de

alcohol y se incrementa el debate político sobre el control de su expendio, (Instituto de Medicina, 1990). Los programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol, tradicionalmente se han enfocado únicamente en el tratamiento de los casos donde existe una dependencia hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia en personas que presentan síntomas de retiro. Sin embargo, como se mencionó anteriormente la mayoría de los casos en nuestro país son aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre periodos problemáticos por el alcohol y periodos de abstinencia o consumo limitado, con consecuencias variadas.

A partir de finales de los 70's se inicio la identificación temprana y el tratamiento de los individuos que consumen en forma excesiva con problemas por su manera de beber pero sin una historia de dependencia severa al alcohol. Estos individuos representan un número importante en cualquier sociedad (Filmore y Midanick, 1984). A este tipo de consumidor se le ha denominado **"bebedor problema"** pues se caracteriza por un consumo de alcohol en forma esporádica pero explosiva, es decir, que consume altas cantidades de alcohol, presenta algunos síntomas de dependencia al alcohol y puede encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud, relacionados con su forma de consumo (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001; Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989; Sobell, Agrawal, Annis, Ayala, Echeverría, Leo, Rybakowski, Sandahi, Saunders, Tomas, Ziolkowski, 2001).

Los bebedores problema parecen beneficiarse más de tratamientos breves de consulta externa que de tratamientos intensivos y residenciales. Por lo cual, es importante impulsar acciones para aumentar la oferta de servicios psicológicos de acuerdo a las características de la población que así lo requiera. Cuando este tipo de consumidores se involucra en un tratamiento, se interesa en moderar su patrón de consumo en lugar de convertirse en abstemios (Babor, Ritson y Hugson, 1986; Heather y Robertson, 1983), a diferencia de los individuos con dependencia severa que tienden a recuperarse a través de la abstinencia (Polich, Armor y Braiker, 1981), por lo cual se considero necesario desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por esta población, a través de la aplicación de intervenciones con una aproximación proactiva y efectiva que cubra las necesidades propias de los usuarios para que a su vez sean atractivas a ellos mismos.

A este respecto, las **"intervenciones breves"** se han empleado con la finalidad de reducir el riesgo de daño, trabajando en solo una conducta, para que el individuo aprenda a identificar y manejar dicha conducta que le esté causando algún problema en su entorno. Además, están indicadas como un método de promoción para la salud y la prevención de padecimientos a nivel de atención primaria (Henry_Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro y Ponznyak, 2003). La Organización Mundial de la Salud describe a este tipo de intervenciones como una estrategia terapéutica que combina la **identificación temprana** de personas con una conducta de consumo de alcohol o drogas que los

pone en riesgo, dirigida a ofertar tratamiento a consumidores aun no dependientes o con dependencia media. Ofreciendo una alternativa de intervención antes de que el individuo lo solicite por su propia voluntad, y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. (Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007). Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa (Echeverría y cols, 2004).

Las alternativas de intervención breve para bebedores problema que han mostrado resultados prometedores son las denominadas **intervenciones terapéuticas cognitivo conductuales** que han mostrado efectividad en diversos estudios (Sanchez-Craig, Annis, Bornet, y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Darlaney y Tinkcom, 1992; Sobell & Sobell, 1993 y Ayala, 2001). Este tipo de intervención enfatizan la interacción entre eventos cognitivos (pensamientos, creencias), el afecto o sentimientos, la conducta observable, el contexto social y las experiencias que contribuyen a la presencia de una conducta adictiva (Carrascoza, 2007).

En este sentido es importante mencionar que una de sus bases teóricas principales es la **Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social (TACS)** desarrollada por Bandura a mediados de los 80's; siendo su propuesta básica que el aprendizaje de conductas tanto favorables como aquellas que son poco adaptativas en el individuo, se deben a la interacción entre factores biológicos, medioambientales y psicológicos. Esta teoría se basa en cuatro constructos principales: a) reforzamiento diferencial, que se refiere a que las conductas tienen consecuencias conocidas como reforzadores que pueden darse en situaciones diversas, b) procesos cognoscitivos, que las personas van adquiriendo a través de la información necesaria del ambiente que les permiten predecir el resultado de las acciones que piensan tomar, c) determinismo recíproco, el cual propone que el estudio y explicación de la conducta se da a través de observar las variaciones simultáneas entre las conductas, las disposiciones biológicas y ambientales a lo largo de tiempo (Martínez, 2003). Con respecto al estudio del consumo y abuso en el consumo de sustancias, la TACS lo aborda como una conducta poco o mal adaptativa que es aprendida, dentro de un contexto sociocultural; es decir, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por ejemplo si una persona abusa del alcohol, puede aprender mediante mecanismos de autorregulación a modificar su consumo y hacer un uso no problemático de esta sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de enfrentamiento y la percepción de auto eficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de sustancias adictivas. Un aspecto promisorio para esta población es la oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento, a través del establecimiento conjunto (terapeuta-usuario) de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

Las aproximaciones conductuales que mantienen una visión del consumo de alcohol y otras drogas como un patrón de comportamiento aprendido, y que generalmente tienen como meta la moderación en el consumo de alcohol, fueron inicialmente desarrolladas desde los setentas por Miller (1978) y por Patterson, Sobell y Sobell, (1977). En México en 1993 un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México iniciaron una investigación y el tratamiento a esta población con programas de intervención breve y basándose en los postulados de la TACS. Los procedimientos de intervención son estrategias de prevención primaria y secundaria. Actualmente, en nuestro país se instrumentan varios modelos o programas de tratamiento que tienen como antecedente el Modelo de autocambio dirigido para Bebedores Problema y se aplican de manera permanente en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), antes conocido como Centro de Atención para Conductas Adictivas Acasulco, de la Facultad de Psicología de la UNAM, así como en algunos escenarios académicos y comunitarios a través de convenios. A continuación se describen brevemente.

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, Ayala, 2004).

Este modelo es una adaptación del desarrollado originalmente en Canadá con el nombre de “Guided Self - Change Treatment” (Sobell & Sobell, 1990) y en nuestro país fue adaptado en 1993 por el equipo de trabajo del Dr. Héctor Ayala para aplicarse en diversos centros de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Actualmente Gantiva (2007), lo ha adaptado a otros países de Latinoamérica.

Es una intervención cognitivo-conductual y motivacional que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los objetivos terapéuticos son: ayudar al consumidor a establecer metas de consumo ya sea la abstinencia o la moderación; a encontrar las razones para modificar su consumo, incrementar la motivación para lograrlas e identificar las situaciones en que es más probable que beba en exceso, así como desarrollar estrategias alternas para enfrentar dichas situaciones. Está dirigido hacia bebedores que no presenten dependencia severa al alcohol y que deseen modificar su consumo. Está diseñada para ayudar al usuario a proponer y alcanzar metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige cambios mínimos en el estilo de vida general del usuario. Se ofrece en una modalidad de consulta externa, es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia y puede ser aplicado por distintos profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, Trabajadoras Sociales).

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, 2003)

El consumo de sustancias adictivas, sean lícitas e ilícitas representa un riesgo tanto para el desarrollo de los niños y jóvenes como para sus familias y comunidades. Durante los años de preparatoria es común que los adolescentes inicien el uso de sustancias adictivas (eje. alcohol, marihuana, tabaco), sin presentar consecuencias graves debidas al consumo, por lo cual su percepción del riesgo es mínima, es por esto que los adolescentes son una población clave para la iniciación de programas de prevención y de promoción de salud.

El Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras drogas, denominado a partir del 2008 como PIBA. Se realiza dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior y se aplica a estudiantes de 14 a 18 años de edad que hayan consumido alcohol o drogas ilegales (marihuana, cocaína, LSD, éxtasis, inhalables y/o crack) durante más de cinco ocasiones en un lapso no mayor de dos años y que hubieran presentado algún problema relacionado con el consumo de sustancias (accidentes, bajo rendimiento escolar, deserción, problemas familiares etc.) y que no muestren dependencia a la sustancia de consumo; también se ofrece en una modalidad de consulta externa.

Tiene como objetivo central promover un cambio en el patrón de consumo de alcohol o drogas por medio del establecimiento de metas de consumo: en el caso del alcohol: moderación o abstinencia; en el caso de drogas ilegales: la abstinencia (Martínez, 2003). Se basa en la identificación de situaciones de riesgo para generar estrategias que disminuyan los problemas relacionados con el consumo, a través de habilidades de auto-regulación para mantener la meta de tratamiento.

Dentro de la información que se maneja en el tratamiento se incluye retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias. Cuatro sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos: Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas; establecimiento de la meta de consumo; resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas. Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo, y la influencia que ejerce el consumo de sustancias en la realización de estas metas; identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias; desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias y enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.

Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. TBUC. (Oropeza, 2003)

El perfil del consumidor de cocaína se ha modificado a través de los años, siendo en la actualidad una de las drogas que consumen los adolescentes y jóvenes a edades más tempranas, en todos los niveles socioeconómicos y por un número cada vez mayor de mujeres (Galván y cols, 1994; Unikel, y cols, 1998 citados en Oropeza, 2007), aunado a que la principal vía de administración es fumada o inhalada (en presentación de lo que se denomina crack), representando una mayor probabilidad de presentar adicción en quien lo consume.

El TBUC es un modelo de tratamiento y rehabilitación cognitivo conductual, que tiene como objetivo general la detección de situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades para enfrentarlas de manera apropiada; la meta terapéutica es la reducción del consumo hasta lograr la abstinencia (Oropeza, y Reidl, 2007). Está diseñado especialmente para usuarios adultos (de 18 a 65 años de edad) que consumen cocaína, o alguna otra sustancia, pero que la de preferencia sea la cocaína (excepto opiáceos), y que tenga escolaridad mínima de secundaria; que presente una dependencia baja o media a la sustancia, asociada con una historia de problemas (familiares, sociales, escolares, económicos y/o orgánicos) debidos al consumo; que no presente complicaciones medicas graves, alteraciones cognoscitivas severas que impidan su participación. Se ofrece en una modalidad de consulta externa.

Consta de diez sesiones, las dos primeras son de evaluación y las ocho restantes de tratamiento. Los tópicos relacionados con la discusión de costos y beneficios de cambiar el consumo, establecimiento de una meta de consumo; resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas; manejo de problemas relacionados; identificación y enfrentamiento de los pensamientos y del deseo de consumo; habilidades de rechazo de la cocaína; análisis de las decisiones aparentemente irrelevantes; habilidades de solución de problemas; identificación de situaciones de riesgo y el análisis de posibles recaídas.

Programa de Autocambio dirigido para Fumadores. (Lira, 2002)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), con respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad comenzó a fumar entre 15 a 17 años de edad. En población adulta (18 a 65 años) se reportan casi trece millones de fumadores adultos, la mayor prevaecía (45.3 %) corresponde a la población masculina en zona urbana, aunque en la población rural hubo 7.7 hombres fumadores por cada mujer. Por otro lado, la Secretaría de Salud señala que diariamente fallecen más de 147 personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, por lo que el tabaquismo se ha considerado como uno de los principales problemas de salud pública tanto en México como en el resto del mundo (Lira Cuevas, y Reidl, 2007).

A este respecto, existen varias intervenciones terapéuticas planeadas en nuestro país, una de ellas es el programa de autocambio dirigido para fumadores (Lira, 2002), conocido actualmente como Programa de Intervención Breve Motivacional para fumadores (Ver, Carrascoza, 2007 y Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala y Cruz-Morales, 2009). Este programa tiene soporte teórico-metodológico de las intervenciones breves aplicadas a bebedores problema, a adolescentes que inician el consumo de drogas y a usuarios de cocaína. Dentro de este programa, se considera al sujeto proactivo, es decir, que es capaz de anticipar y autorregular las consecuencias de sus actos y prevenir consecuencias (Lira y cols. 2007); se diseñó para personas que estén interesadas en dejar de fumar, que cuenten con una escolaridad mínima de secundaria, con edades de 19 a 60 años, que no tomen medicamento por prescripción médica o por automedicación, que no presenten alguna enfermedad (hipertensión, no haber presentado en el último mes dolor de pecho, no tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer) y sin trastornos psiquiátricos (Lira-Mandujano, y cols, 2009). Consta de seis sesiones de tratamiento, una sesión de admisión y otra de evaluación, que tienen el propósito de que el terapeuta conozca las características del usuario de acuerdo a su consumo de tabaco, a fin de definir si el usuario es candidato para ingresar al programa y de que el usuario conozca las características de éste. Las cuatro sesiones restantes son en sí el tratamiento, las que tienen como fin dar información al usuario sobre las consecuencias del consumo de tabaco, que éste logre identificar situaciones de riesgo, para después proponga alternativas para enfrentarlas y por último guiar el desarrollo de un plan de acción respecto a la alternativa más viable a partir de sus propios recursos.

Se caracteriza por ser de bajo costo, de gran efectividad y con validez empírica por lo que su inserción en instituciones públicas puede ser de gran importancia para atender la problemática de consumo de tabaco.

Programa de Reforzamiento Comunitario CRA. (Barragán, 2005)

El abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que provoca graves consecuencias como enfermedades severas, pérdida del funcionamiento en diversos ámbitos como son el social, psicológico, legal, familiar, económico y laboral de quien presenta un consumo excesivo. En México el abuso de alcohol es responsable de 9% del total de días laborales perdidos por problemas de salud (Frenk, 1994). Sin embargo los servicios de intervención para este tipo de usuarios son limitados ya que se basan solo en el apoyo de desintoxicación y sus costos suelen ser elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática.

A este respecto Barragán, González, Medina-Mora, Ayala, en el 2005 reportan la adaptación a población mexicana del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA por sus siglas en inglés

Community Reinforcement Approach), propuesto por Hunt y Azrin en 1973, estando diseñado para aquellas personas que tengan una edad inicial de 18 años y una escolaridad media superior; que sepan leer y escribir; que presentan un nivel de dependencia media y/o severa, que hayan presentado recaídas previas y/o internamiento o tratamiento previo (uno ó más); que presenten pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana, laboral, marital, legal, económico, físico, cognitivo, personal, emocional y recreativo (tres o más). Es un tratamiento integral y ambulatorio y está orientado a favorecer el aprendizaje de habilidades que permitan al usuario alcanzar y mantener la abstinencia y reducir o bloquear los padecimientos físicos y psicológicos asociados al consumo. Es importante mencionar que en años posteriores a su adaptación se realiza una modificación al nombre de este modelo denominándolo como Programa de Satisfactores cotidianos para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas (PSC). Sus técnicas de intervención se basan en los principios teóricos del condicionamiento clásico, operante y de economía conductual (Carrascoza, 2007).

Todos los programas mencionados tienen sesiones estructuradas, sin embargo son flexibles para adaptarse a cada usuario, sin perder de vista el fin del programa. También es importante mencionar que manejan sesiones de seguimiento, al primer, tercer, sexto y doceavo mes de haber concluido el tratamiento; con el propósito de observar si se mantuvo el cambio en el patrón de consumos y de las consecuencias asociadas, derivadas de este cambio en el comportamiento adictivo

Habilidades profesionales adquiridas

Las habilidades que adquirí en esta competencia estuvieron relacionadas con el entrenamiento como terapeuta, coterapeuta en adicciones, y este se llevo a cabo a través de la participación en seminarios, en ensayos conductuales, en la impartición de ponencias respecto a temas relacionados con cada modelo, revisiones bibliográficas, observación de videos y sesiones en vivo, así como en actividades de investigación. Dichas habilidades son de gran relevancia ya que se relacionan con el conocimiento teórico y práctico de los diferentes modelos establecidos dentro de la Residencia en Adicciones.

Al inicio de la Residencia participe en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA), siendo de esta manera que adquirí habilidades como terapeuta para atender a adolescentes que iniciaban el consumo de alcohol, marihuana, inhalables y cocaína, en la modalidad de platica informativa o para aplicar el programa en su totalidad, dependiendo de cada caso.

El aplicar el programa en espacios escolares como el Colegio de Ciencias y Humanidades Naucalpan, así como en el Centro de Atención a Conductas Adictivas Acasulco, y en el Centro Comunitario de en la comunidad de San Pedro Mártir me permitió adquirir y reforzar estrategias para el manejo de estos usuarios en diferentes escenarios, así habilidades para la elaboración de material didáctico para la sesión de Inducción de este programa. Otra habilidad que reforcé fue el realizar difusión de temas relacionados con la prevención de adicciones en escenarios académicos como el Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de servicios (CETIS) 49. En este mismo programa adquirí habilidades relacionadas con investigación aplicada, una de ellas fue la elaboración del cartel titulado “Validación social de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas”, que se expuso en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud y en el XII Congreso Mexicano de Psicología. A partir del segundo y tercer semestre de la Residencia en Psicología de las Adicciones rote en los diferentes subproyectos antes mencionados.

En el Programa de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema, adquirí varias habilidades, de las cuales sobresalen el realizar análisis funcional del consumo de sustancias de usuarios de alcohol; el conocer sobre los fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual, de la intervención breve, del Modelo de etapas de cambio, del manejo de las técnicas de entrevista motivacional. También adquirí conocimiento sobre instrumentos para evaluar y de detectar e identificar características del consumidor de alcohol, así como habilidades relacionadas con la creación de material de difusión del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema a través del diseño de un cartel para el Sistema de Transporte colectivo metro.

Dentro del Programa de Intervención Breve para Fumadores y las Terapias de reemplazo con Nicotina, tuve la oportunidad de entrenarme de manera teórica y práctica como terapeuta, y de continuar afianzando habilidades relacionadas con la investigación, esto se reflejo en la participación del cartel titulado “Correlación entre depresión y consumo de tabaco: Implicaciones para los tratamientos para dejar de fumar”, presentado en el XVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. También en este programa logre fomentar la habilidad de difusión, ya que participe en la Jornada del Día Mundial sin fumar 2004, organizada por la Coordinación de Extensión Universitaria en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

Con respecto al Programa de Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC) y el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas (PSC),

el entrenamiento se llevó a cabo a través de seminarios, revisiones bibliográficas, juego de roles, observación de sesiones, sin participar como terapeuta o coterapeuta debido a que el tiempo de la residencia había concluido, y los distractores y/o necesidades cotidianas no me permitieron continuar con la conclusión de esta parte de la capacitación.

El participar en los diversos programas me permitió generar habilidades de negociación para el establecimiento de una meta de consumo adecuada para el usuario, habilidades para ayudar a los clientes a reconocer sus recursos para resolver sus problemas ocasionados por el consumo de sustancias, habilidades para evaluar y explicar los avances del usuario durante la intervención y los seguimientos, análisis de datos, habilidades para apoyar al usuario en la identificación y en la descripción de situaciones de riesgo, así como en el desarrollo de planes de acción para afrontar dichas situaciones.

Dentro de las materias cursadas, se reforzaron conceptos y principios básicos de la intervención clínica en adicciones, una de ellas fue el Seminario Metodología de la Investigación Clínica donde se revisaron varios temas relacionados con el tratamiento de las conductas adictivas, como el papel del psicólogo en este campo, los antecedentes históricos sobre el estudio de la conducta adictiva y las perspectivas teóricas actuales. También se abordaron los principales factores relacionados en el tratamiento del abuso de sustancias y los procesos de cambio en el tratamiento de conductas adictivas. Lo cual me permitió tener un panorama amplio del papel del psicólogo en el estudio de las adicciones. Por otro lado, en el Seminario Procesos Básicos de la Conducta se continuó con el análisis y discusión de los principios teóricos-metodológicos básicos de la terapia cognitivo-conductual inmersos en el tratamiento de las adicciones con temas como análisis conductual aplicado, aprendizaje observacional, autocontrol, autoeficacia, reguladores cognitivos, modelo de cambio, intervención breve, entrevista motivacional, entre otros.

Es importante señalar que si bien las habilidades que se adquirieron fueron las necesarias y convenientes, estas podrían robustecerse al asegurar que los estudiantes rotaran de manera adecuada en cada uno de los programas que tiene disponible el CEPREAA, así como los disponibles en la Facultad de Psicología.

Competencia 4

Aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.

Dentro del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones se contempla la capacitación de los alumnos en un programa de tratamiento para usuarios crónicos de sustancias adictivas, dicho programa es el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA), ahora conocido con el nombre de Programa de Satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC), a continuación se describen sus características generales.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es una adaptación hecha por Barragán, Medina-Mora, González y Ayala (2005), del Programa de Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach), iniciado por Hunt y Azrin en 1973 y Azrin en 1976, para el tratamiento de dependientes severos al alcohol, que se ha adaptado para individuos con dependencia a la cocaína (Higgins, 1996) y a opiáceos (Silvermann, Higgins, Brooner, Montoya, Cone, Schuster y Presron, 1996). Las técnicas en las que se apoya esta intervención se fundamentan en los principios teóricos del condicionamiento clásico, operante y de la economía conductual (Carrascoza, 2007). También se basa en dos modelos cognitivo-conductuales que explican de manera integral la dependencia del consumo, uno de ellos es el Dinámico Regulatorio de Niaura y el de la Teoría del Aprendizaje Social. (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala 2007).

El condicionamiento operante explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo (Goldberg y Stolerman, 1986). La autoadministración de la droga puede decrementar al incrementarse el número de respuestas requeridas para obtener el consumo de la droga, por la eliminación y el bloqueo del efecto reforzante de la droga, por castigar las respuestas en las que es contingente el efecto reforzante de la droga, o por organizar o estructurar reforzadores alternativos para conductas incompatibles (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993).

La teoría de Economía Conductual, hace referencia al “precio” como un factor influyente en el consumo excesivo. El precio incluye todos los gastos de recursos invertidos así como los eventos negativos tanto físicos, sociales y psicológicos para la compra, el consumo y la recuperación del uso de la droga. Otro factor estudiado, en esta perspectiva es el costo de oportunidad, que son las pérdidas de oportunidades alternativas para realizar otras actividades al escoger la conducta de consumo (Bickel et al., 1993). Se tiene evidencia de que se puede modificar la frecuencia de consumo al modificar el costo de oportunidad (Higgins, 1996). Desde esta perspectiva es importante por tanto, restringir el acceso a la sustancia así como ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo. La conducta está regulada en gran medida por su valor reforzante inmediato. Los individuos con consumo excesivo son quienes

mayormente descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos (Vouchinich y Simpson, 1998), lo que a su vez impide ver los efectos nocivos de un consumo excesivo a largo plazo.

La Teoría del Aprendizaje Social, propone al modelamiento como factor crítico y determinante próximo del beber (Marlatt y Caudill, citado en Ayala, 1998), este varía en función de factores situacionales (Stricker, Dobbs y Maxwell, 1979), la historia previa de consumo (Lied y Marlatt, 1979), y el tipo de interacción de los compañeros de consumo (Collins, Parks y Marlatt, 1985). Asimismo, enfatiza que las habilidades para rehusarse al consumo, así como el impacto ambiental de las consecuencias de reforzamiento y de castigo, son herramientas cuyo adecuado manejo facilita el aprendizaje de conductas reforzantes incompatibles con el consumo de sustancias adictivas.

El modelo Dinámico Regulatorio de Niaura (2000), menciona que el individuo frente a determinados 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. Los precipitadores que con mayor frecuencia anteceden al consumo y se asocian con recaídas son: estados emocionales negativos, presión social y conflictos interpersonales

El Programa considera que las contingencias del ambiente constituyen poderosos reforzadores de la conducta de consumo y que manejadas adecuadamente pueden llegar a serlo de la conducta de no consumo.). La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales o de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume (Barragán, 2005), por tanto, hacer más satisfactorio para el sujeto un estilo de vida sin consumo que uno con alcohol y drogas (Meyers y Smith, 1995).

De manera general, el PSC, tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, este programa enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

Los componentes que integran el PSC, y se aplican en 24 sesiones aproximadamente y son los siguientes:

1. Admisión, se obtienen los datos generales del usuario, su patrón de consumo y consecuencias asociadas. Se identifican los criterios de inclusión al programa y se explica en qué consiste.

2. Evaluación, esta se divide en dos, la primera parte se revisa el consumo (patrón de consumo, situaciones de riesgo y autoeficacia) y en la segunda se evalúan las emociones (nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida).
3. El Análisis Funcional. El usuario identifica los antecedentes y consecuencias de su conducta de consumo y no consumo de sustancias identificando situaciones de riesgo, para desarrollar posibles formas de afrontar dichas situaciones.
4. Metas de vida cotidiana, este componente promueve la identificación de metas a corto, mediano y largo plazo en el usuario, para incrementar su satisfacción de vida cotidiana y desarrollar planes de acción que le permitan alcanzarlas.
5. Muestra de Sobriedad. En vez de pedir al cliente sobriedad indefinida, se le pide al consumidor de sustancias un periodo negociable sin consumo (se recomiendan 90 días) en el que puede experimentar los beneficios de la abstinencia. Esto tiene la finalidad de incrementar el tiempo de abstinencia para así lograr el mantenimiento de dicho estado. Para lograrlo, se realizan planes de acción.
6. Rehusarse al consumo, en esta parte del programa se le enseña al usuario habilidades para rechazar el consumo ante la presión social y ante pensamientos precipitadores del consumo, con ayuda del modelamiento y ensayos conductuales.
7. Habilidades de comunicación, a partir del modelamiento y de ensayos conductuales, se enseña al usuario habilidades de comunicación que incluye aprender la expresión de entendimiento, aceptar o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda que le permitirán mejorar sus relaciones interpersonales.
8. Solución de problemas, en este componente se guía al usuario para precisar la situación problemática, generar alternativas de solución, analizar las ventajas/desventajas de cada opción, decidir la que aplicará para enfrentar la situación, ponerla en práctica y evaluarla.
9. Habilidades Sociales, el usuario desarrolla una serie de habilidades que le permiten mejorar y mantener su interacción con otras personas con la finalidad de incrementar y mejorar las redes sociales de apoyo
10. Consejo Marital. Se involucra a la pareja como parte importante de la rehabilitación entrenando a ambos en habilidades de solución de problemas, comunicación y reforzamiento recíproco. Este componente también sirve de apoyo para mejorar otro tipo de relaciones (padre-hijo).
11. Control de las emociones, el usuario aprende habilidades para controlar el enojo, tristeza, ansiedad y celos

12. Habilidades de Búsqueda de empleo. Puesto que la satisfacción con el trabajo se relaciona con la prevención de recaídas, se desarrollan habilidades específicas para mantener o buscar trabajo.
13. Prevención de Recaídas. Se enseña al cliente y al otro significativo a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla. Se realizan análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se maneja la recaída como parte natural del proceso de recuperación.

Este programa se caracteriza por su flexibilidad en la aplicación de las sesiones es decir, se hace un plan de tratamiento con cada usuario en base a su evaluación.

A partir del programa de reforzamiento comunitario nos invita a la reflexión, de que en el diseño de nuevas intervenciones, el tratamiento de las conductas adictivas debe integrar distintos componentes que ya hayan demostrado ser efectivos, adecuar la intervención al cliente e involucrar a personas significativas en el proceso de cambio, además de no olvidar que es el ambiente el que puede favorecer u obstaculizar la rehabilitación, por lo que es importante no dejar de lado el enfoque comunitario.

Habilidades profesionales adquiridas

Como parte de las actividades de Residencia en la Maestría en Psicología Profesional, tuve la oportunidad de entrenarme en el “Programa de Satisfactores Cotidianos participando en ensayos conductuales y en los seminarios impartidos por la responsable y por compañeros de la Residencia, para conocer la metodología e implementación del modelo. La participación en este programa me permitió el desarrollar o afianzar habilidades como la capacidad para establecer habilidades de negociación con el usuario para el establecimiento de una meta de consumo adecuada, habilidades para guiar a los clientes a reconocer sus recursos y resolver problemas ocasionados por su consumo de sustancias, habilidades para evaluar y exponer resultados obtenidos de los avances del usuario durante la intervención y los seguimientos, análisis de datos, habilidades para apoyar al usuario en la identificación y en la descripción de situaciones de riesgo, así como en el desarrollo de planes de acción para afrontar dichas situaciones.

Es importante mencionar que si bien de las habilidades y competencias que se adquirieron son elementales; estas podrían robustecerse al asegurar que los estudiantes rotaran en cada uno de los programas que tiene disponible el centro Acasulco, así como los disponibles en la facultad de psicología en periodos que permitieran la capacitación teórica y práctica.

Competencia 5.

Sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La situación del consumo de sustancias adictivas en nuestro país muestra datos diversos en relación a los usuarios, patrones de consumo, tipo de sustancia, etc., a partir de datos socio demográficos (edad, lugar de residencia, entre otros), por lo que es conveniente la sensibilización y la capacitación constante de los profesionales de la salud, para tener un mejor entendimiento de la problemática de las adicciones y brindar una atención optima a quienes están involucrados en esta.

Dentro del Programa de Residencia en Adicciones, se realizan actividades guiadas a fortalecer el conocimiento de los alumnos sobre de los diferentes programas de intervención breve con enfoque cognitivo-conductual que se llevan a cabo dentro del CEPREAA, para que posteriormente estos realicen capacitación y sensibilización de dichos programas a colegas y otros profesionales de la salud. A continuación menciono las actividades relacionadas durante mi estancia en la Residencia en Adicciones. Mi participación fue principalmente dentro del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas y en Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, donde realice las siguientes actividades.

- Moldeamiento de de instrumentación de los componentes del Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas: Análisis funcional, metas u objetivos por sesiones y de técnicas motivacionales, para involucrar al usuario en el tratamiento.
- Ensayos conductuales y retroalimentación sobre habilidades e instrumentación de los componentes del Modelo para Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema y del Programa para Adolescentes: Admisión, Evaluación, Análisis Funcional y solución de problemas.
- Supervisión y discusión en grupo de los casos atendidos tanto dentro de CEPREAA como en escenarios escolares y comunitarios: CCH-Naucalpan, Centro Comunitario San Pedro Mártir, Escuela Nacional Preparatoria No. 7.
- Participación en exposiciones impartidas a otros estudiantes de los temas relacionados con las bases teóricas de la teoría cognitivo conductual, consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de sustancias como Alcohol, inhalables, cocaína y marihuana, entre

otros temas, dichas exposiciones se realizaron tanto en el CEPREAA como en seminarios llevados a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM.

- Participación en la realización de trabajos de investigación, que posteriormente fueron expuestos en foros académicos.

La asistencia a actividades de capacitación fue relevante ya que me brindaron soporte, técnico, teórico y práctico para posteriormente realizar la capacitación a colegas y otros profesionales de la salud, dichas actividades se mencionan a continuación:

- XVII Reunión Anual de Investigación, en Instituto Nacional de Psiquiatra “Ramón de la Fuente”.
- XVIII Reunión Anual de Investigación, en Instituto Nacional de Psiquiatría. “Ramón de la Fuente”.
- Curso de capacitación del Modelo de Detección temprana e intervención breve para bebedores problema para Alumnos de Residencia en Psicología de la Adicciones, en la Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria
- Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A.C., Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes”, en la Ciudad de México.
- III Coloquio Internacional Sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. En Memoria del Dr. Héctor Ayala Velásquez, en Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez de la UNAM, Ciudad Universitaria.
- Programa de Apoyo para Familiares de Consumidores de Alcohol, dentro del III Coloquio Internacional Sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas, en Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez de la UNAM, Ciudad Universitaria.
- Foro sobre epidemiología del consumo de alcohol y otras drogas en escenarios estudiantiles; en Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria.
- Foro sobre modelos de prevención y tratamiento del tabaquismo. Día mundial sin tabaco 2003. “Cine y Moda libre de Tabaco”, en Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria.
- Foro Educativo contra del tabaquismo. Día Mundial sin Tabaco 2004, en Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria.

Habilidades profesionales adquiridas

El desarrollo e implementación de las actividades mencionadas, permitieron la adquisición de habilidades para supervisar el ejercicio profesional de otros psicólogos y/o profesionistas afines como una estrategia de enseñanza aprendizaje dirigida a fortalecer competencias profesionales, Habilidades para hacer presentaciones orales relacionadas con diversos temas psicológicos y fisiológicos relacionados con el ámbito adictivo, así como habilidades para comunicar de manera oral y escrita las experiencias y resultados del ejercicio profesional. Las habilidades que se adquirieron en esta competencia me permitieron continuar incrementando el conocimiento técnico, teórico y práctico, relacionado con los diferentes programas de tratamiento, sin embargo considero que es importante fomentar esta competencia en actividades relacionadas con la docencia, y la capacitación en espacios académicos fuera de la Residencia en todos los alumnos de la residencia.

Competencia 6.

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

Como parte del plan académico de la Maestría en Psicología con residencia en Adicciones, en varias materias y seminarios se revisaron aspectos teórico-prácticos en relación a la investigación psicosocial, con el fin de generar habilidades en el alumno en relación a la instrumentación de proyectos de investigación aplicada, por lo que en este apartado se presenta el trabajo de investigación sobre Estrategias de enfrentamiento en adolescentes y consumo de sustancias adictivas. Uso de Redes Semánticas el cual fue asesorado y supervisado por la Dra. Kalina Martínez Martínez, la Dra. Isabel Reyes y el Mtro. César Carrascoza Venegas; también se describen las principales actividades desarrolladas dentro de los programas en los cuales se trabajó y que fueron escenario de la experiencia y práctica que se obtuvo en este rubro.

Antecedentes

Adolescencia

La adolescencia es definida en términos de un periodo de crecimiento acelerado entre la infancia y la adultez, la cual incluye el desarrollo físico, social y psicológico la cual es influenciada por una variedad de factores ambientales, tales como el estilo de los padres, de los pares; la dinámica escolar y los medios audiovisuales. Con la inclusión de desarrollo psicológico, la adolescencia es entendida como una etapa de transición (Atwater, 1996), sin límites específicos, no obstante, se reconoce un rango de edad entre 13 y 19 años. Es en esta etapa del desarrollo, donde se considera que el individuo se encuentra más comúnmente en crisis, pero no en un sentido catastrófico, sino como en un proceso de readaptación y cambio; y se conjunta con la presencia de conductas de riesgo a la salud.

Consumo de alcohol en la adolescencia

Los estudiosos de las adicciones están de acuerdo que el nivel de abuso de sustancias adictivas, está determinado por normas y valores dados culturalmente, los cuales a su vez son influenciados por el efecto de toxicidad de la sustancia a nivel biológico y conductual. Sin embargo la permisividad social con respecto a beber entre la juventud ha creado nuevos esquemas, ya que

hoy en día en nuestra sociedad no sólo es una práctica de hombres sino que las mujeres están incursionando en las mismas prácticas de consumo (Trejo, 2001), con algunas sustancias; y se menciona en gran cantidad de estudios que la edad de inicio en el uso y abuso es cada vez es cada vez menor.

Con respecto a la relación entre el consumo de alcohol y problemas asociados a esta conducta, se ha sugerido que es moderada durante la adolescencia (Bailey y Rachal, 1993). Por otro lado, se ha observado en jóvenes adultos que al disminuir los problemas asociados al consumo de alcohol, no siempre disminuye el consumo de alcohol, lo que sugiere una relación variable (O'Neill, Parra y Sher, 2001). Sin embargo, aun cuando la relación consumo de alcohol-consecuencias no es lineal, si se habla de un consumo excesivo, este es frecuentemente asociado con conductas de riesgo, tales como peleas, accidentes automovilísticos, relaciones sexuales sin protección y daño a propiedad ajena (O'Neill y cols, 2001).

En relación a la historia familiar, Wilkinson y Martin (1998), proponen que los problemas en la familia pudieran influir en el abuso de sustancias adictivas. Entre los problemas familiares se encuentra la presencia de dependencia por parte de otro(s) miembro(s) de la familia, violencia familiar, abuso sexual principalmente en mujeres, y la presencia de patrones de interacción y comunicación familiar inadecuada.

Mas y Ramírez (1985), realizaron una investigación para explorar los hábitos de consumo de drogas y alcohol que presentan los adolescentes del Distrito Federal. Comparando adolescentes de nivel medio contra adolescentes de la misma edad que no asistían a la escuela en el momento de realizar la investigación, y encontraron que el consumo de alcohol entre los jóvenes que no asistían a la escuela era mayor (56%) que entre los que estudiaban (35%). En cuanto al consumo de drogas, solo el 2% de los jóvenes escolares reportaron el uso de inhalantes; en tanto en la población que no asiste a la escuela, el 23% un uso de mariguana, el 21% de inhalantes y un 7% de alucinógenos (hongos alucinógenos).

Por otro lado, el consumo de alcohol y de drogas constituye importantes factores de riesgo para que se incremente la presencia de ideación suicida, siendo este síntoma frecuente e inespecífico de la etapa adolescente (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995). Como se ha mencionado, los problemas asociados con el alcohol en adolescentes son reflejados socialmente, familiarmente y legalmente, más que en un aspecto médico.

Situaciones de Riesgo.

Generalmente los adolescentes tienden a subestimar la presencia de conductas riesgos, como el manejar un automóvil bajo los efectos de sustancias psicoactivas o tener relaciones sexuales sin uso de un método anticonceptivo (Wareham y Drummond, 1994). En este sentido, Smart y Jansen

(1998), mencionan que muchos adolescentes en su condición de bebedores inexpertos, tienen menor tolerancia al alcohol y por tanto tienden a experimentar problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Ramírez (2002), describe un estudio realizado por Beck en 1993, donde examinó la relación entre contexto social y consumo de alcohol, encontrando que los adolescentes tienden a consumir alcohol en fiestas, para ser sociables, para emborracharse, para divertirse con amigos y donde no estén los padres. Mientras que Jessor en 1995, encontró que la percepción de amigos modelos con problemas de comportamiento predijo con mayor fuerza en nivel de consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y marihuana.

La Relación entre pares.

Uno de los cambios fundamentales que ocurren en la adolescencia es la importancia que se da a las relaciones entre pares, siendo el impacto psicológico mayor que en otras etapas del desarrollo, debido a que el grupo de pares le suministran al adolescente nuevos sistemas valorativos y de conducta, lo que le permite reemplazar gradualmente los que recibió de sus padres, principalmente aquellos sistemas de ideas y comportamientos que le resultan inadecuados para satisfacer ciertos reclamos que se refieren a sus deseos y a la posibilidad de satisfacerlos (Martínez, 2002). Sin embargo no hay que olvidar que los pares tienden a complementar más que a inhibir la influencia de los padres en la vida adolescente.

A pesar de la idea común, estos grupos pueden funcionar como una influencia positiva (integrar un equipo de deportes o de trabajo), y no solo de una forma negativa (formar parte de una banda o pandilla que consume alcohol y drogas como una forma de aceptación por parte del grupo). No hay que olvidar que no solo depende del individuo y del grupo de pares, sino también de la cultura para elegir el tipo de grupo al que se insertará el adolescente.

Sebald, (1989) mostró que los adolescentes son influenciados tanto por sus padres como por sus compañeros en diferentes áreas, encontró menos influencia de los padres en áreas que involucraban decisiones personales como los gastos, la escuela y elección de carrera; en el caso de los pares, la influencia fue menor en aspectos más inmediatos como que grupo elegir y a cual evento social asistir.

Intervenciones

La prevención y atención del consumo de sustancias por adolescentes ha sido retomada por una gran cantidad de estudios experimentales basados en diferentes aproximaciones teóricas y terapéuticas. Dentro de la prevención del uso de sustancias adictivas se encuentra la intervención breve la cual representa una herramienta flexible y a su vez potencia la relación costo-eficacia para

atender los problemas relacionados con el abuso de sustancias sobre todo con adolescentes (Myers, 2001).

La recomendación de que las intervenciones que se lleven a cabo sean de breve duración se basa en numerosos estudios donde se ha encontrado que las intervenciones breves y de entrenamiento de autocontrol conductual ha sido efectivas y de bajo costo (Martínez, 2002). Estas intervenciones son de tipo motivacional donde el usuario incrementa su disposición al cambio y se compromete a cambiar su conducta, a reorganizar y utilizar habilidades de autorregulación para prevenir los problemas relacionados con su consumo de drogas. Por lo tanto, los objetivos principales son establecer metas, identificar las situaciones de mayor probabilidad de consumo y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a estas situaciones (Martínez, 2002).

Una prioridad de la investigación puede ser la identificación de predictores del cambio en programas específicos, y la evaluación del uso de esta información para probar modelos de igualación en los pacientes como un método para incrementar beneficios.

Por lo tanto se considera de gran importancia el desarrollo de programas de prevención para grupos de riesgo, como son los adolescentes que usan y/o abusan del alcohol u otra droga, con una historia breve de consumo y que no presentan dependencia hacia la sustancia (Martínez, 2002).

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas

El programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva (alcohol, marihuana, cocaína, e inhalables); tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias adictivas, así como guiar y entrenar al adolescente en las habilidades de autorregulación para controlar su consumo de drogas y manera el cambio en el consumo.

Este es un programa de intervención breve, que se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza técnicas motivacionales; está conformado por sesiones de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento individual, dentro de las cuales se abordan ejercicios con base en discusión de ventajas y desventajas de cambio en el consumo de drogas, establecimiento de meta de consumo, discusión de metas a corto y largo plazo y la influencia del consumo de sustancias sobre la ejecución de dichas metas, identificación de situaciones de riesgo para el consumo de sustancias, desarrollo de estrategias y habilidades para la solución de problemas, así como la identificación de alternativas que permitan cambiar el consumo de sustancias de abuso; también incluye cuatro sesiones de seguimiento, al primer, tercer, sexto y doceavo mes después de concluir el tratamiento.

Dentro del diseño de esta intervención, en la sesión número dos es de gran importancia, se realizan ejercicios para que el usuario identifique las situaciones que representan un alto riesgo de recaída y para que en un futuro próximo éste enfrente de manera efectiva dichas situaciones.

Una vez revisados los contenidos teóricos pertinentes, se procedió a realizar el plan de prueba, para determinar las dimensiones sobre las cuales se trabajó; así como las áreas de incidencia de cada uno de estas. (Ver Cuadro. 9)

Cuadro. 9. Identificación de los Dominios y Areas de Incidencia en los reactivos del instrumento		
Dominios	Areas de incidencia	
	Personal	Social
Relaciones interpersonales	Cuando un amigo bebe:	Cuando un amigo invita a otro a beber:
Situaciones de riesgo	Cuando los jóvenes quieren beber	Los jóvenes beben por:
Estrategias de enfrentamiento	Cuando los jóvenes no quieren beber	Cuando los jóvenes quieren beber

Planteamiento del Problema.

Retomando la investigación realizada en México donde se ha encontrado que la población adolescente presenta un mayor consumo el alcohol (Castro, y cols, 1982) y aquella sobre la prevención del alto consumo de alcohol en los años de la adolescencia enfocada más en la adquisición de tareas designadas para reducir los efectos negativos de alto consumo más que una reducción o abstinencia del consumo de alcohol (O'Neill, 2001); así como al interés por el mejoramiento de estrategias de enfrentamiento, germinado a partir de la experiencia con el "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y Drogas", los objetivos del presente trabajo son:

Objetivos específicos

- ✿ Aplicar la técnica de redes semánticas para conocer el significado que tiene el Consumo de alcohol en diferentes situaciones en adolescentes
- ✿ Crear un instrumento a partir de los datos obtenidos con las redes semánticas que explore las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes para controlar su consumo de alcohol en diferentes situaciones.

Método

Sujetos: Se aplicaron los instrumentos a 88 estudiantes de nivel bachillerato. El rango de edad fue de 14-20 años (Ver Cuadro 7). Los estudiantes fueron del CCH-Naucalpan, CCH-Sur, Colegio Oviedo Chontal (Bachillerato), entre otros.

HOMBRES		MUJERES	
Edades	cantidad	Edades	cantidad
20	3	20	3
19	5	19	1
18	14	18	11
17	11	17	17
16	5	16	9
15	3	15	1
14	2	14	3
Total=43		Total=45	

Cuadro 7. Distribución por edades y cantidad de adolescentes a los que se aplico el instrumento de redes semánticas

Instrumento: A través de la técnica de redes semánticas se obtuvo la representación de cinco frases estímulo, asociadas con el consumo de alcohol en adolescentes y en amigos (Ver Cuadro. 8).

Cuadro 8. Frases utilizadas para obtener redes semánticas en relación al consumo de alcohol en adolescentes y estrategias de enfrentamiento
Quando un amigo invita a otro a beber:
Quando un amigo bebe:
Quando los jóvenes no quieren beber:
Quando los jóvenes quieren beber:
Los jóvenes beben por:

Procedimiento

Se les proporciono a cada sujeto las cinco frases estímulo con sus respectivas instrucciones en forma de folleto. El orden de presentación de las frases fue aleatorio. Dentro de las instrucciones se les pedía a los sujetos que escribieran todas aquellas palabras que relacionaran de acuerdo a su criterio con cada una de las frases (Ver Figura. 10). Una vez terminada esta parte, se les indico que jerarquizaran las palabras de acuerdo a su opinión, de la más relacionada a la menos relacionada. La técnica de redes semánticas se aplico con el fin de obtener datos fehacientes de los propios adolescentes sobre lo que opinan del consumo de alcohol.

El ejercicio que estás a punto de resolver es totalmente confidencial, no hay respuestas buenas ni malas, por lo que te pedimos lo contestes con cuidado y de la manera más sincera posible.

Gracias por tu colaboración

Ejemplo del ejercicio

A continuación se te muestra una frase, escribe de acuerdo a tu opinión, mínimo cinco palabras que, estén relacionadas con dicha frase.
Una vez escritas, ordénalas de acuerdo a tu opinión, de las más relacionada (1) a la menos relacionada (10).

Los futbolistas:

Balón	4
Partido	2
Cerveza	8
Equipo	1
Estadio	3
Amigos	6
Domingo	5
Botana	1
Porra	9
Gol	7

Edad: _____

Sexo _____

A continuación se te muestra una frase, escribe de acuerdo a tu opinión, mínimo cinco palabras que, estén relacionadas con dicha frase.
Una vez escritas, ordénalas de acuerdo a tu opinión, de las más relacionada (1) a la menos relacionada (10).

Los jóvenes beben por:

Figura 10. Muestra de la presentación de las frases estímulo para la obtención de redes semánticas

Resultados

Se examinó el número total de palabras mencionadas por los sujetos, se observó que las mujeres mostraron un número similar de definidoras en cada una de las frases estímulo, a excepción de la frase estímulo “Los jóvenes beben por:” En los hombres el número total de palabras varió muy poco en cada una de las frases estímulo (Ver Cuadro 9).

Frase estímulo	Mujeres	Hombres
	Número total de palabras por frase estímulo	Número total de palabras por frase estímulo
Cuando un amigo invita a otro a beber	83	87
Cuando un amigo bebe	83	79
Cuando los jóvenes no quieren beber	79	79
Cuando los jóvenes quieren beber	79	83
Los jóvenes beben por	65	86

Cuadro 9. Numero de palabras definidoras por cada frase estímulo, por hombres y mujeres adolescentes

Resultados obtenidos con mujeres

Se calcularon los valores de M (Peso Semántico), DSC (Distancia Semántica Cuantitativa) y G (Densidad de la red), por sexo.

Cuando se les presenta la frase estímulo “**cuando un amigo invita a otro a beber**”, se observa que responden más hacia la definidora compañía/acompañarlo (M=112), siguiéndole amistad (M=107), fiesta/festejar, gusto (M=104) y divertirse (M=93); mientras que con la frase “**cuando un amigo bebe**”, se muestra como principal definidora por gusto (M=155), seguida por problemas (M=108), y por diversión (M=53).

Con la frase “**cuando los jóvenes no quieren beber**” se observa como principal definidora, no le gusta (M=190), seguida de no quieren (M=109) y finalmente la definidora salud (M=77). Para la frase “**cuando los jóvenes quieren beber**”, se muestra que gusto (M=152), es la definidora mayor, seguida por fiesta (M=136) y diversión (M=124). Por último la frase “**los jóvenes beben por**”, se asocia con la definidora gusto (M=225), siguiéndole la palabra diversión (M=164) y después tristeza (M=95). En los Cuadros 10 al 14 se muestran los resultados obtenidos por frase estímulo en mujeres.

cuando un amigo invita a otro a beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
compañía/acompañarlo	128	100.00%	
amistad	107	83.59%	21
fiesta/festejar	104	81.25%	3
gusto	100	78.13%	4
divertirse/diversión	93	72.66%	7
convivir/convivio	82	64.06%	11
inducir/incitar/	56	43.75%	26
influencia/presion	53	41.41%	3
amigos/cuates	51	39.84%	2
emborracharse/borrachera	50	39.06%	1
problemas	49	38.28%	1
no amistad	46	35.94%	3
alegria	39	30.47%	7
alcohol	37	28.91%	2
dinero/no y si	34	26.56%	3
tomar/beber	30	23.44%	4
acepta	29	22.66%	1
soledad	27	21.09%	2
olvidar	26	20.31%	1
sexo	25	19.53%	1
tristeza	24	18.75%	1
enviciarlo/vicio	24	18.75%	0
desahogarse/desahogo	23	17.97%	1
relajo	23	17.97%	0
no acepta/rechazo	22	17.19%	1
confianza/confia	21	16.41%	1
dañar/daño	19	14.84%	2
cerveza	18	14.06%	1
compromiso/obligación	17	13.28%	1
ridículo/ridiculizarlo	17	13.28%	0
explorar	16	12.50%	1
fin de semana	15	11.72%	1
reto	15	11.72%	0
abuso de confianza	14	10.94%	1
descontrol	14	10.94%	0
juego	14	10.94%	0
platica	13	10.16%	1
compartir	12	9.38%	1
conveniencia	12	9.38%	0
apoyo	10	7.81%	2

cuando un amigo bebe

DEFINIDORA	M	DSC	G
por gusto	155	100.00%	
problemas	108	69.68%	47
diversion/divertido	53	34.19%	55
vicio/adiccion	47	30.32%	6
fiesta/celebrar	43	27.74%	4
ayudar/apoyar/cuidar	41	26.45%	2
soledad	38	24.52%	3
amigos	36	23.23%	2
cerveza	36	23.23%	0
amistad	34	21.94%	2
influencia	33	21.29%	1
alcohol	32	20.65%	1
tristeza	31	20.00%	1
adicción	29	18.71%	2
depresión	29	18.71%	0
delirio	28	18.06%	1
alcoholico	27	17.42%	1
compartir	27	17.42%	0
vino/botella	26	16.77%	1
borracho/ebrio	24	15.48%	2
enojo/ira	23	14.84%	1
compañía/para no estar solo/	22	14.19%	1
impulso	21	13.55%	1
alegria	20	12.90%	1
curiosidad/ probar/experim	20	12.90%	0
olvidar/olvido	20	12.90%	0
drogas	19	12.26%	1
preocupacion	19	12.26%	0
exceso	18	11.61%	1
emborracharse	17	10.97%	1
felicidad	17	10.97%	0
pasarla bien	17	10.97%	0
convivencia	16	10.32%	1
decepción/desamor	16	10.32%	0
mentiras	16	10.32%	0
noviazgo	16	10.32%	0
autoestima/confianza	15	9.68%	1
dormir/sueño	15	9.68%	0
quedar bien	15	9.68%	0
rel.sexual/sexo	15	0.09677	0
tequila	15	0.09677	0
tomar/beber/brindar	15	0.09677	0
desahogarse	12	0.07742	3

Cuadro 10 y Cuadro 11. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes mujeres por cada frase estímulo

cuando los jovenes no quieren beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
no le gusta	190	100.00%	
no quiere	109	57.37%	81
salud	77	40.53%	32
seguridad	69	36.32%	8
abstinencia	56	29.47%	13
falta dinero	53	27.89%	3
conciencia	49	25.79%	4
regañó	47	24.74%	2
valores	46	24.21%	1
miedo	45	23.68%	1
responsabilidad	45	23.68%	0
no beben	44	23.16%	1
estudiar/estudios	36	18.95%	8
amistad	35	18.42%	1
bienestar	35	18.42%	0
autoestima	34	17.89%	1
no problemas	31	16.32%	3
diversión	29	15.26%	2
padres	29	15.26%	0
decisión	27	14.21%	2
aburridos	26	13.68%	1
madurez	25	13.16%	1
respeto	24	12.63%	1
adicción	22	11.58%	2
diversión sana	22	11.58%	0
familia	21	11.05%	1
enfermedad	20	10.53%	1
influencia	18	9.47%	2
ayuda	17	8.95%	1
compromiso	16	8.42%	1
disfrutar	16	8.42%	0
dudas	16	8.42%	0
evitar	16	8.42%	0
informacion	16	8.42%	0
inteligentes	16	8.42%	0
negarse	15	7.89%	1
sentirse bien	15	7.89%	0
no va a fiestas	14	7.37%	1
sueño/ dormir	14	7.37%	0

cuando los jovenes quieren beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
gusto	152	100.00%	
fiesta/ festejo	136	89.47%	16
diversión	124	81.58%	12
problemas	98	64.47%	26
alegria	75	49.34%	23
experimentar	61	40.13%	14
tristeza	46	30.26%	15
decepción	44	28.95%	2
cerveza	43	28.29%	1
alcohol	41	26.97%	2
amigos	39	25.66%	2
roban	39	25.66%	0
depresión	33	21.71%	6
embriagarse	33	21.71%	0
bar	30	19.74%	3
beber	27	17.76%	3
adicción	24	15.79%	3
desesperación	23	15.13%	1
soledad	23	15.13%	0
satisfaccion/ placer	22	14.47%	1
mentiras	21	13.82%	1
tiene dinero	21	13.82%	0
valor	21	13.82%	0
convivir	20	13.16%	1
familia	20	13.16%	0
necesidad	20	13.16%	0
relajo	20	13.16%	0
antojo	19	12.50%	1
presión	19	12.50%	0
imitar	17	11.18%	2
placer	17	11.18%	0
sexo	17	11.18%	0
sentirse bien	16	10.53%	1
chavas (os)	14	9.21%	2
desahogo	14	9.21%	0
amistad	13	8.55%	1
compañía	13	8.55%	0
musica	13	8.55%	0
borracho	10	6.58%	3
comunicación	10	0.06579	0

Cuadro 12 y Cuadro 13. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes mujeres por cada frase estímulo

los jovenes beben por

DEFINIDORA	M	DSC	G
por gusto	225	100.00%	
diversión	164	72.89%	61
tristeza	95	42.22%	69
fiesta/ festejo	92	40.89%	3
problemas	76	33.78%	16
decepción	68	30.22%	8
soledad	61	27.11%	7
olvidar	51	22.67%	10
curiosidad	50	22.22%	1
quedar bien/agradar	47	20.89%	3
depresión	45	20.00%	2
vicio	39	17.33%	6
familia	37	16.44%	2
amigos	36	16.00%	1
alegria	35	15.56%	1
amor	35	15.56%	0
libertad	31	13.78%	4
desahogo	29	12.89%	2
placer	28	12.44%	1
presión/obligación	28	12.44%	0
amistad	26	11.56%	2
antojo	26	11.56%	0
satisfacción	25	11.11%	1
imitar	24	10.67%	1
noviazgo	23	10.22%	1
experimentar	22	9.78%	1
poca autoestima	21	9.33%	1
ansiedad	20	8.89%	1
enojo	20	8.89%	0
convivir	19	8.44%	1
sentirse grandes	18	8.00%	1
atención	16	7.11%	2
adicción	14	6.22%	2
desamor	14	6.22%	0

Cuadro 14. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes mujeres por cada frase estímulo

Resultados obtenidos con hombres

Con lo que respecta a los hombres con la frase **“cuando un amigo invita a otro a beber”**, la definidora compañía (M=170) es la más alta, siguiéndole amistad (M=152) y diversión (M=110). Con la frase **“cuando un amigo bebe”**, la definidora principal es gusto (M=109), seguida por ayuda/cuidarlo (M=102) y después por problemas (M=83). Con lo que respecta a **“cuando los jóvenes no quieren beber”**, se presenta la definidora no le gusta (M=125), seguida por no quiere (M=80) y por salud (M=76).

Mientras que con la frase **“cuando los jóvenes quieren beber”**, se asocia la palabra diversión (M=118), al igual que por festejo (M=118), así como con la definidora gusto (M=111). Por último, con la frase **“los jóvenes beben por”**: se muestra la definidora por gusto (M=191), luego diversión (M=149) y por ultimo problemas (M=111).

Los resultados obtenidos de los valores de M (Peso Semántico), DSC (Distancia Semántica Cuantitativa) y G (Densidad de la red), por frase estímulo en hombres se muestran en la Cuadros 15 al 19.

A partir de los resultados obtenidos se realizó un cuestionario titulado CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO PARA UNCONSUMO MODERADO EN ADOLESCENTES (Ver Anexo 1).

cuando un amigo invita a otro a beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
compañía/noestarsolo	170	100.00%	
amistad	152	89.41%	18
diversión	110	64.71%	42
platicar	81	47.65%	29
convivir	64	37.65%	17
relajo/cotorreo	56	32.94%	8
aceptar	54	31.76%	2
fiesta/festejo/celebración	52	30.59%	2
soledad	42	24.71%	10
tristeza	41	24.12%	1
inducir/incitar	40	23.53%	1
por gusto	39	22.94%	1
problemas	36	21.18%	3
obligación/compromiso	35	20.59%	1
locura	30	17.65%	5
ocio	29	17.06%	1
compartir	27	15.88%	2
aburrimiento	26	15.29%	1
afecto	25	14.71%	1
confianza	25	14.71%	0
lo piensa	24	14.12%	1
decepción	22	12.94%	2
desahogo	22	12.94%	0
mareo	22	12.94%	0
insultar/agresivo	20	11.76%	2
dolido/sufrido	19	11.18%	1
gay	19	11.18%	0
emborracharse	17	10.00%	2
pasarla bien	17	10.00%	0
conocer	16	9.41%	1
distraer	16	9.41%	0
no dinero	16	9.41%	0
no aceptar	15	8.82%	1
apuesta	14	8.24%	1

cuando un amigo bebe

DEFINIDORA	M	DSC	G
por gusto/	109	100.00%	
ayuda/cuidarlo	102	93.58%	7
problemas	83	76.15%	19
fiesta/reventon	54	49.54%	29
alegria	49	44.95%	5
experimentar	49	44.95%	0
compañerismo/compañía	44	40.37%	5
platicar	43	39.45%	1
socializar/convivir	42	38.53%	1
vomito	42	38.53%	0
diversión	41	37.61%	1
depresión/deprimido	38	34.86%	3
felicidad	38	34.86%	0
triste/tristeza	38	34.86%	0
cerveza/	35	32.11%	3
pasarla mal	32	29.36%	3
pelea/golpes	32	29.36%	0
enojo	29	26.61%	3
locura	27	24.77%	2
llora	27	24.77%	0
agresivo/insultar	26	23.85%	1
borrachera	26	23.85%	0
pasarla bien	26	23.85%	0
baila/canta	24	22.02%	2
costumbre/rutina	24	22.02%	0
relajo/cotorreo	24	22.02%	0
reflexión/piensa	23	21.10%	1
tonto	23	21.10%	0
mareado	22	20.18%	1
influencia/inducir	21	19.27%	1
decepción	19	17.43%	2
aceptar	18	16.51%	1
cooperación/pedir dinero	18	16.51%	0
alcoholico	17	15.60%	1

Cuadro 15 y Cuadro 16. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes hombres por cada frase estímulo

cuando los jovenes no quieren beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
no le gusta	125	100.00%	
no quiere	80	64.00%	45
salud	76	60.80%	4
miedo	66	52.80%	10
regañó	52	41.60%	14
enfermedad	51	40.80%	1
no beben	40	32.00%	11
aburridos	36	28.80%	4
problemas	34	27.20%	2
gallina/payaso	31	24.80%	3
golpean	31	24.80%	0
asco	30	24.00%	1
tarea	29	23.20%	1
autoestima	28	22.40%	1
flojera	28	22.40%	0
respeto	26	20.80%	2
trabajo	26	20.80%	0
rechazo/rechazado	25	20.00%	1
apartados/excluidos	23	18.40%	2
diversión sana	23	18.40%	0
no dinero	22	17.60%	1
novato	21	16.80%	1
precaucion/precavidos	20	16.00%	1
tristeza	20	16.00%	0
abstinencia	19	15.20%	1
incitar	19	15.20%	0
conciencia	18	14.40%	1
seguridad/ubicados	18	14.40%	0
alegria	17	13.60%	1
bienestar	17	13.60%	0
burla	17	13.60%	0
convencer	17	13.60%	0
familia	17	13.60%	0
necesidad	17	13.60%	0
no problemas	17	13.60%	0
no vicio	17	13.60%	0
amistad	16	12.80%	1
ayudan/cuidan	16	12.80%	0
fiesta	15	12.00%	1
soledad	15	0.12	0
tranquilos	15	0.12	0
enseñar	14	0.112	1
resaca	14	0.112	0

cuando los jovenes quieren beber

DEFINIDORA	M	DSC	G
diversión	118	100.00%	
fiesta/festejo	118	100.00%	0
por gusto	111	94.07%	7
problemas	73	61.86%	38
tristeza	50	42.37%	23
decepción	48	40.68%	2
curiosidad	39	33.05%	9
amistad	37	31.36%	2
alegria	35	29.66%	2
depresión	35	29.66%	0
convivir	33	27.97%	2
pedir dinero	32	27.12%	1
relajo	31	26.27%	1
relajarse	30	25.42%	1
disfrutar	28	23.73%	2
necesidad	28	23.73%	0
viernes	27	22.88%	1
comprar	25	21.19%	2
descontrol	25	21.19%	0
imitan	25	21.19%	0
invitan	25	21.19%	0
presión	24	20.34%	1
soledad	24	20.34%	0
mujeres	22	18.64%	2
pertenencia	20	16.95%	2
prob. Familiares	20	16.95%	0
alcohol	18	15.25%	2
cerveza	18	15.25%	0
borrachera	17	14.41%	1
conveniencia	17	14.41%	0
aburrimiento	16	13.56%	1
antojo	16	13.56%	0
compañía	16	13.56%	0
influencia	16	13.56%	0
olvido	16	13.56%	0
platicar	15	12.71%	1
sed	15	12.71%	0
pelea	14	11.86%	1
sobresalir	14	11.86%	0
satisfacción	13	0.110169	1

Cuadro 17 y Cuadro 18. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes hombres por cada frase estímulo

los jóvenes beben por

DEFINIDORA	M	DSC	G
por gusto	191	100%	
diversión	149	78%	42
problemas	111	58%	38
curiosidad	69	36%	42
tristeza	58	30%	11
olvido	50	26%	8
socializar/conv	48	25%	2
tontos	43	23%	5
depresión	39	20%	4
imitar	36	19%	3
placer	35	18%	1
obligación	34	18%	1
decepción	32	17%	2
fiesta/festejo/	31	16%	1
influencia	30	16%	1
alegría	28	15%	2
oportunista	28	15%	0
vicio	28	15%	0
estar ambientado	26	14%	2
tradicón	26	14%	0
adicción	24	13%	2
rebeldía	24	13%	0
relajo	24	13%	0
soledad	24	13%	0
convivir	23	12%	1
necesidad	23	12%	0
recordar	23	12%	0
valiente	23	12%	0
angustia	22	12%	1
alcoholicos	21	11%	1
inmaduros	21	11%	0

Cuadro 19. Valores obtenidos con respecto a Peso Semántico (M), Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) y Densidad de la red (G), en adolescentes hombres por cada frase estímulo

Conclusión y Discusión

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, podemos concluir que las mujeres asocian el consumo de alcohol con frases relacionadas principalmente a situaciones donde se presenta la compañía, la amistad, el festejo, la diversión; sin embargo, también lo asocian con problemas y estados emocionales negativos como la tristeza. Con respecto al no consumo, este es asociado a situaciones o condiciones donde no hay un gusto por la bebida, no se quiere beber, por ocasionar problemas o por situaciones relacionadas con la salud.

Con respecto a los resultados obtenidos en hombres, estos también asocian el consumo de alcohol con situaciones parecidas a las que reportan las mujeres, (compañía, amistad, diversión, por gusto, diversión, festejo, problemas), sin embargo una frase que se detecto solo en hombres fue la de ayuda. Con respecto al no consumo, las palabras definidoras fueron también similares a las obtenidas en mujeres: no le gusta, no se quiere, y salud.

A partir del uso de las redes semánticas como planteamiento teórico y como técnica de investigación, se obtuvo un acercamiento a la representación y organización cognoscitiva de adolescentes con respecto al consumo de alcohol, para realizar la propuesta de un instrumento que mida las estrategias de enfrentamiento por un consumo moderado en adolescentes. Sin embargo, debido a cuestiones de tiempo, el instrumento no pudo ser aplicado y por tanto evaluar sus alcances y limitaciones. A continuación se muestra el cuestionario realizado a partir de esta investigación.

Anexo 1

CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO PARA UN CONSUMO MODERADO EN ADOLESCENTES

Sexo: _____ Edad: _____ Grado Escolar: _____

EL cuestionario que estas a punto de contestar fue diseñado para conocer lo que las personas como tú piensan y hacen sobre su consumo de alcohol. No hay respuestas buenas ni malas. La información recabada es confidencial y se utilizara para fines de investigación, por lo que se requiere que respondas de la manera más cercana a cómo eres tú y no como te gustaría ser.

Contesta tan rápido como te sea posible sin dejar de responder ninguna de las opciones.

A continuación se te presentaran oraciones relacionadas con lo que las personas hacen cuando pueden consumir alcohol. Debajo de cada una hay frases relacionadas, por favor marca con una **X** la opción que mejor describa lo que tú haces.

Recuerda que solo puedes elegir una de las opciones.

Gracias por tu colaboración!!!

Ejemplo

Cuando mi mejor amigo me invita a beber yo:

		SIEMPRE	A MENUDO	RARAMENTE	NUNCA
1	Prefiero que sea en mi casa		X		

Quando quiero beber yo:

		SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
1	Lo hago por gusto					
2	Considero que me ayuda a olvidar mis problemas					
3	Pienso que soy vicioso					
4	Solo tomo en las fiestas					
5	Es porque me siento solo					
6	Lo veo como una forma de explorar mi autocontrol					
7	Estoy triste					
8	Tomo varios tipos de bebidas (cerveza, ron, tequila, mezcal, pulque,etc)					
9	Trato de conseguir dinero a como dé lugar					
10	Lo hago con mis amigos					
11	Lo hago si estoy desesperado					
12	Me siento bien					
13	Tengo dinero					
14	Pienso en ponerme ebrio					
15	Pienso que estoy imitando a otras personas					
16	Siento la necesidad de hacerlo					
17	Me desinhibo y puedo lograr lo que quiero					
18	Trato de no embriagarme					
19	Lo hago con mi familia					
20	Es porque tengo sed					

Quando mi mejor amigo me invita a beber yo:

		SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
1	Me pongo triste porque platicamos de nuestros problemas					
2	Considero que tenemos una buena amistad					
3	Es para explorar mi autocontrol					
4	Busco convivir mas					
5	Tomo hasta emborracharme					
6	Acepto solo si es fin de semana					
7	Puedo perder el control					
8	Tomo solo un tipo de bebida(cerveza,tequila,mezcal)					
9	No acepto					
10	Acepto si no tengo dinero					
11	Me sirve para olvidar mis problemas					
12	Me siento en confianza					
13	Acepto solo si estoy aburrido					
14	Puedo ponerme agresivo					
15	Me mareo rápido					
16	Acepto la invitación					
17	Me incita a beber					
18	Acepto solo si tengo dinero					
19	Lo pienso mucho					
20	Me siento obligado pero acepto					

Cuando no bebo es porque yo:

		SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
1	Pienso en mi salud					
2	No acepto una invitación a beber					
3	No tengo dinero					
4	Pienso en los regaños de mis padres					
5	Soy novato					
6	Prefiero ser abstemio					
7	Prefiero hacer otra cosa					
8	Tengo alguna enfermedad que me lo impide					
9	No lo deseo en ese momento					
10	Tengo una autoestima alta					
11	Pienso en las consecuencias negativas que me traerá el beber					
12	Me quiero divertir sanamente					
13	Evito tener problemas					
14	No me dejo convencer por los demás					
15	Me siento seguro de no querer hacerlo					
16	Soy precavido					
17	No pienso en que rechazaran mis amigos					
18	Me siento a gusto					
19	Tengo resaca y me siento mal					
20	Se regular mi consumo					

Habilidades y profesionales adquiridas

La elaboración de la investigación que se menciona, me permitió desarrollar diferentes habilidades y competencias profesionales como: la revisión de textos científicos, la lectura y comprensión de textos en inglés, manejo estadístico de los datos, elaboración de reactivos, conocimiento sobre la técnica de redes semánticas para realizar instrumentos de medición; habilidades para invitar y convencer a adolescentes a que colaborasen en esta investigación, es decir, generar empatía para lograr que estos quisieran participar en el estudio; conocimiento sobre temas como consumo de alcohol y drogas en la etapa de Bachillerato; los riesgos y consecuencias a nivel psicológico, social y de salud del consumo de sustancias adictivas como alcohol, marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alucinógenos, metanfetaminas

Es importante señalar que en cuanto a las habilidades y competencias adquiridas respecto de la investigación experimental aplicada y de proceso no se cumplió en su totalidad, ya que la investigación presentada no cubre los criterios mencionados, sin embargo fue un paso esencial para que las habilidades respecto al ámbito de investigación aplicada, empezaran a emerger y me permitiesen realizar trabajos de investigación en otros temas relacionados con mi desempeño como psicóloga en mi actual lugar de trabajo.

Reporte de Caso

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

A continuación se presenta una descripción del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema aplicado a una usuaria de alcohol, describiéndose las estrategias implementadas en cada una de las sesiones por parte de la usuaria, así como los datos relacionados al patrón de consumo de alcohol a través de seguimientos al primer, tercero, sexto y doceavo mes después de que se concluyó el tratamiento.

Antecedentes

Entre las intervenciones breves para bebedores problema que han mostrado resultados prometedores, son aquellas que presentan un enfoque **terapéutico cognitivo conductual** (Sánchez Craig, Annis, Bornett y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney, y Tinkcom, 1992; Sobell & Sobell, 1993; Ayala y Echeverría, 1995; Ayala, 2001), esto se debe a que retoman los factores antecedentes y consecuentes del abuso de sustancias para identificar disparadores y/o condiciones que permiten el mantenimiento del consumo. Dichos factores pueden ser ambientales, emocionales, sociales, cognitivos, situacionales o fisiológicos (Carrascoza, 2007). Este análisis es el denominado **análisis funcional de la conducta de consumo**, el cual ayuda al usuario a identificar situaciones de riesgo, poner en práctica y evaluar habilidades de enfrentamiento, al realizar una tarea en una situación específica así como las expectativas que tiene sobre el efecto de la sustancia de consumo.

Otro elemento de gran importancia en este tipo de intervenciones, es el ayudar al individuo a desarrollar y emplear **habilidades de autocontrol** para reducir el abuso de sustancias, ya que desde esta perspectiva teórica, se considera que los usuarios de sustancias adictivas presentan deficiencias para afrontar sus problemas interpersonales, sociales y emocionales (Carrascoza, 2007), lo que puede contribuir a un mayor riesgo de presentarse un consumo problemático cuando el individuo ha planeado modificar o reducir el consumo, por lo que el componente fundamental que guía a esta intervención se denomina **autocontrol**, y consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio, a fin de lograr maximizar su motivación y facilitar el cambio alentándolo a la identificación de las razones para cambiar.

Mediante este proceso el usuario aprende a analizar la conducta de consumo y a emplear estrategias específicas para manejar situaciones de alto riesgo que usualmente lo llevan a abusar

del alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida riesgosos o dañinos. De esta manera se facilita la participación y concientización del individuo, generando en él un sentido de confianza y **autoeficacia**, refiriéndose esta última a la capacidad del individuo para practicar una conducta basándose en las creencias que tiene sobre sus propias capacidades para ejercer control sobre eventos que se presentan.

Los estudiosos de las adicciones mencionan que el cambio no es típicamente espontáneo, sino un proceso que involucra varios pasos, a este respecto Prochaska y Diclemente a mediados de los ochentas propusieron el **Modelo de etapas de cambio**, para comprender el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva y a su vez, buscar dar respuesta al cómo y por qué las personas cambian. En este modelo la motivación es un factor básico, y se entiende como el estado presente en una persona o la etapa de preparación para el cambio, siendo un estado interno influido por varios factores externos. Este modelo describe 6 etapas no lineales por las que atraviesa una persona cuando piensa acerca de cambiar su forma de consumo, y están distribuidas dentro de un círculo denominado “rueda del cambio” (Ver Figura. 11).

El conocer estas etapas ayuda en el proceso terapéutico, al permitir visualizar la ubicación del usuario dentro de dichas etapas y promover el cambio a partir de sus características personales, y así evitar la resistencia al tratamiento y lograr que se mantenga en el proceso de cambio.

La etapa donde inicia el ciclo se denomina **precontemplación**, que es donde las personas reconocen algunos aspectos negativos de la conducta en cuestión, sin embargo, no están convencidas de que es necesario cambiar, en otras palabras, no han considerado que tengan un problema y por lo tanto siguen consumiendo. Se espera que una vez que han tomado conciencia del problema, lleguen a la etapa de **contemplación**, en esta etapa siguen consumiendo pero piensan más seriamente en la necesidad de cambiar su conducta en el futuro inmediato. Es una etapa caracterizada por la ambivalencia. La siguiente etapa es la **determinación** que es donde el usuario ha tomado la decisión de cambiar e inicia la planeación de pasos que le permitan obtener un cambio. Una vez que el usuario ha planeado el cambio, la siguiente etapa por la que pasa es la denominada etapa de **acción**, en esta etapa las personas ejecutan acciones específicas para modificar su conducta, sin embargo dichas conductas o acciones pueden ser modificadas, y puede presentarse recaída en el consumo. Posteriormente la etapa de **mantenimiento**, es donde los individuos realizan diferentes acciones para conservar las ganancias que adquirieron al dejar de consumir, es decir, mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y lograr prevenir consumos iguales o mayores a los presentados durante la etapa de precontemplación.

Mantener un cambio puede requerir de habilidades diferentes de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial (Miller y Rollnick, 1999). Por lo que para algunas personas esta etapa resulta más difícil que para otras y por lo tanto vuelven a consumir de igual manera o más que al inicio de las etapas de cambio, a esto se le denomina **Recaída**. Desde el punto de vista del ciclo de cambio, una recaída es considerada como una oportunidad para el aprendizaje, ya que permite revisar las estrategias que se emplearon durante las etapas de acción y mantenimiento para detectar las debilidades, y proponer un nuevo plan de acción con base en las observaciones, e intentarlo de nuevo. Marlatt y Gordon (1985), consideran la recaída como un fallo del autocontrol del sujeto, es decir que las personas hacen una valoración inadecuada del grado de riesgo de determinadas situaciones y/o de su capacidad para afrontarlas. Por esto, la **prevención de recaídas** es otro elemento básico en esta aproximación teórica y se caracteriza por utilizar estrategias dirigidas a enseñarle al usuario cómo anticipar y afrontar la posibilidad de una caída (consumo mayor a la meta planeada sin llegar al patrón inicial de consumo) o recaída (regreso al consumo inicial o mayor) a través del reconocimiento y afrontamiento de situaciones de alto riesgo, modificando cogniciones y acciones que puedan propiciar un consumo excesivo y por tanto el abandono de los esfuerzos para cambiar (Ayala y Cárdenas, 1996). La experiencia demuestra que para modificar los hábitos de consumo no todos los individuos pasan necesariamente por todas las etapas de manera lineal; sin embargo se ha observado que cuando un individuo atraviesa cada una de las etapas del ciclo de cambio, la probabilidad de recaer o volver a los antiguos patrones de consumo, es menor.

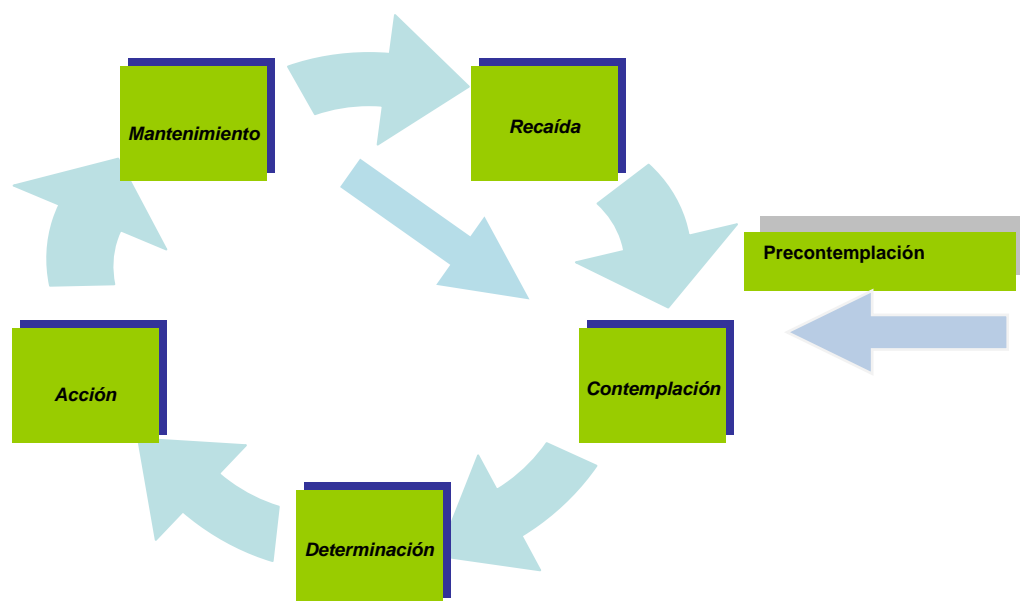


Figura 11. Las seis etapas del cambio de Prochaska y Diclemente (adaptado de Miller y Rollnick, 1999).

Por ello, la importancia de contar con estrategias dirigidas a las personas que se encuentran en cada una de las etapas para avanzar en el proceso.

Aunado a lo anterior, un factor importante es incrementar o mantener el interés del usuario con respecto al cambio, y **la entrevista motivacional** es una aproximación destinada a promover en los usuarios a adquirir un compromiso para modificar su conducta, por lo que está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección. El estilo de este enfoque es evitar la persuasión basada en la discusión, más bien retoma o valida las experiencias y perspectivas subjetivas del paciente, lo que implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación, más no la aprobación de una amplia gama de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente.

De acuerdo con Miller (1985), dichas técnicas motivacionales son: **A) Retroalimentar**, una opción es revisar la frecuencia y la cantidad de consumo del usuario y analizar el resultado, comparándolo con límites previamente establecidos o con datos referentes al total de la población. **B) Fomentar la responsabilidad**, es más factible que alguien logre una meta cuando es él o ella misma quien la ha elegido; es mejor dejar claro que la decisión de cambiar es un asunto estrictamente personal y que nadie puede modificar los hábitos de otro. **C) aconsejar**, en este contexto significa hacer algunas sugerencias sobre cómo puede lograrse el cambio de conducta, esto difiere notoriamente de dar órdenes, pero es totalmente compatible con la libertad de elección a la que se hizo referencia en el punto anterior. **D) Dar opciones** a la persona que ha decidido cambiar es conveniente para ayudarlo a lograr el cambio. Contar con asistencia y apoyo es mejor que intentar cambiar solo. **E) Adoptar una actitud empática**, el concepto “empatía” hace referencia a la capacidad de comprender y proporcionar apoyo de una manera cálida. Las personas involucradas en los programas de prevención e intervención deben desarrollar estas habilidades a fin de mantener una buena relación con las personas que han decidido cambiar y ser un apoyo a lo largo de todo el proceso. **F) Fortalecer la auto-eficacia**, significa mantener el optimismo y la confianza en que el cambio es posible para poder transmitir esta actitud a los individuos que desean modificar su conducta.

Las **intervenciones motivacionales** se caracterizan por ser de corta duración, por ser una intervención de fácil aplicación, en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario elegir su meta de tratamiento (la moderación o la abstinencia); lo que les hace una propuesta de tratamiento de bajo costo.

A este respecto, el **Modelo de Detección temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema** (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, Ayala, 2004), surge a partir del Programa de Autocambio Dirigido (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998), como una estrategia costo-efectiva para la reducción del consumo de alcohol y sus problemas asociados; este modelo incluye una fase de admisión y evaluación inicial, a través de la cual se obtiene información sobre el problema del consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta para saber si el usuario es candidato para la intervención. Después de la evaluación el usuario recibe retroalimentación sobre su patrón de consumo y situaciones de riesgo. Una vez identificado como candidato para la intervención, asiste a cuatro sesiones de tratamiento donde se le proporciona material de lectura y tareas relacionadas con el tema a trabajar en cada una de las sesiones. La duración del tratamiento es aproximadamente de un mes. Posteriormente se realizan cuatro sesiones de seguimiento en diferentes tiempos.

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, se caracteriza por ser un modelo efectivo y menos restrictivo diseñado para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige cambios mínimos en el estilo de vida general del usuario. Su aplicación en México incorpora algunas variaciones de acuerdo con las condiciones y contingencias locales. El programa presenta las siguientes características:

- Es una intervención cognitivo - conductual de corte motivacional para bebedores problema que no dependen severamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
- Se ofrece en una modalidad de consulta externa.
- Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.
- Tiene una duración de 7 sesiones, semanales, con una duración aproximada de 60 minutos cada una, por lo que la duración total del tratamiento es de aproximadamente mes y medio.
- Cuenta con una sesión de Admisión y de Evaluación y posterior a esta última, se lleva a cabo el programa de tratamiento, el cual está compuesto por 4 sesiones estructuradas.
- Finalizado el tratamiento se llevan a cabo cuatro sesiones de seguimiento: al primer, al tercero, al sexto y al doceavo mes.

Este modelo consta de los siguientes **componentes**:

- Involucrar al usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo por las siguientes razones:
- El usuario puede proporcionar a su terapeuta información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementadas.
- En la etapa inicial de tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante
- La inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento a corto y largo plazo, son acordadas mutuamente. Las metas a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.
- Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos, por lo que es importante hacer un análisis de cómo el sujeto codifica y reacciona ante él. La literatura señala que un entorno de apoyo social está relacionado a efectos positivos en el tratamiento.
- Manejo de recursos del usuario: Las metas de tratamiento deben de basarse en estos recursos para incrementar la probabilidad de éxito y para preparar al usuario a manejar problemas futuros al promover habilidades de afrontamiento efectivas para generar el cambio en el consumo.
- Monitoreo del progreso durante el tratamiento: La característica principal de la terapia conductual es la evaluación del cambio en el comportamiento antes, durante y después del tratamiento. El monitoreo durante el tratamiento, a través del registro de consumo diario, proporciona información valiosa de los eventos que van surgiendo durante el proceso, así como, de los logros o tropiezos durante éste.
- Incremento de la motivación al cambio: Miller (1986) conceptualizó la motivación como la conducta de seguir las prescripciones de tratamiento, es decir, son los procedimientos que incrementan la probabilidad de que un sujeto inicie, continúe y cumpla una estrategia de cambio adictivo. Las estrategias para incrementar la motivación son:
 - El consejo con retroalimentación.
 - El permitir al usuario establecer sus propias metas específicas alcanzables.
 - La utilización de apoyos sociales para mejorar y mantener cambios.

- Proceso de recaída y recuperación: Una de las características entre los bebedores problema, es que después de terminado el tratamiento pueden presentar episodios de consumo excesivo que pueden tener consecuencias negativas, llamados recaídas. El objetivo de este componente, es la prevención de estas recaídas la cual enfatiza:
- La identificación de situaciones que presentan un alto riesgo de recaída y el prepararse para situaciones similares futuras
- El considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante.

Los criterios de inclusión al programa son: ser mayor de 18 años y menor de 70 años, saber leer y escribir, contar con domicilio permanente, tener trabajo, vivir con la familia, no presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana); acudir a tratamiento por voluntad propia, no consumir heroína que la droga principal de abuso no sea inyectada, no acudir a otro programa de tratamiento que no exista alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol (Echeverría y cols, 2004).

A continuación se presenta un reporte de caso clínico, llevado a cabo en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología, de la UNAM, ahora conocido como Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA). Se describen las actividades llevadas a cabo en cada una de las sesiones del Modelo de Detección temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, así como los resultados obtenidos de cada una de ellas.

Datos generales del usuario

Mujer de 20 años de edad, estudiante del séptimo semestre de la Licenciatura de Ciencias Políticas en la UNAM, soltera; quien fue referida por el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, al CEPREAA, siendo su motivo de consulta: tener discusiones y problemas familiares por su consumo de alcohol y querer dejar de tenerlos”.

Los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en la sesión de admisión y evaluación se muestran en este apartado por cuestiones didácticas, pero es importante mencionar que durante el procedimiento, se entregaron los resultados en la Primera sesión de tratamiento.

Sesión de Admisión

En esta sesión se promovió la interacción positiva para establecer un ambiente favorable para la obtención de la información y el proceso de cambio. Se inició la sesión puntualmente con la presentación terapeuta-usuaria, donde la usuaria refirió tener discusiones constantemente con su madre y hermana mayor con quienes vive actualmente debido a su forma de beber, lo cual no le agrada y le parece que es problemático, aunado a que el año pasado, se emborracho de tal manera que no supo como llegó a su casa, ni quien la llevo, lo cual le preocupó de manera importante.

Durante esta sesión se aplicó la **Entrevista Inicial sobre el consumo de sustancias** (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, Ayala, 2004), con esta entrevista se exploran datos de identificación, situación familiar y de vivienda, uso de tiempo libre, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas, consumo de tabaco y situaciones adversas al uso de sustancias. Consta de 50 preguntas. Con esta entrevista se obtuvo información relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas, de la usuaria:

- * Mencionó haber iniciado el consumo de alcohol aproximadamente a los 15 años de edad pero desde hacía tres años su consumo se había incrementado. Con respecto a la bebida de preferencia la cerveza (50% de las veces) es la principal, siguiendo los destilados (40%), específicamente el tequila, y por último el vino (10%). Con respecto a su patrón de consumo reportó un consumo de 10 tragos estándar de cerveza por ocasión, con una frecuencia de una a dos veces por semana; dejando pasar aproximadamente 10 minutos entre cada trago. Consume principalmente en fiestas y reuniones en compañía de amigos. Con respecto a la percepción de su consumo, lo consideró un problema menor. En cuanto al consumo de otras sustancias, el año anterior fumo marihuana una vez, refiriendo que lo hizo sólo por experimentar y no había vuelto a consumir pues no le agrado.
- * A partir de tener discusiones con su mamá y su hermana desde hacía ya tres por el consumo de alcohol, ya había intentado reducir su consumo tres o cuatro veces sin lograrlo; siendo su mayor periodo de abstinencia de 2 meses a finales del año pasado. Dentro de las consecuencias adversas por el uso de alcohol ella mencionó haber presentado lagunas mentales, alteraciones afectivas (cambios de humor), problemas interpersonales (discusiones), las cuales considera consecuencias menores. Sin embargo la conjunción de estas, le orillaron a buscar ayuda para cambiar su consumo. Las actividades que realiza en su tiempo libre son ir al cine, leer e ir a fiestas, siendo esta

última una actividad relacionada con el consumo excesivo de alcohol; menciona sentirse satisfecha con su estilo de vida.

Después se aplicó la **Escala Breve de Dependencia al Alcohol, BEDA**, adaptada para población adulta (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), que evalúa aspectos conductuales, subjetivos y psicobiológicos asociados con la dependencia al alcohol como tolerancia y limitación del repertorio para beber (García, 2003); está conformada por 15 reactivos con respuestas tipo likert, que van de nunca hasta casi siempre. Con esta escala se obtiene el puntaje total para identificar el nivel de dependencia del usuario. (Ver Cuadro 20).

Puntaje Total	Nivel de Dependencia
De 1 a 9	Dependencia Baja
De 10 a 19	Dependencia Media
De 20 o más	Dependencia Severa

Cuadro 20.- Rangos de dependencia de acuerdo al BEDA.

Al analizar las respuestas proporcionadas por la usuaria, se obtuvo un resultado de:

- ✿ 10 puntos, que se refiere a una dependencia media.

El último instrumento que se aplicó en esta sesión fue la **Subescala de Pistas. Parte A y B**, la cual se retoma de la de la batería Halsted- Reitan, para valorar posibles alteraciones en funciones cognitivas por el consumo de alcohol como concentración, planeación, seriación y anticipación. En la parte A de la Subescala se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15 y en la parte B, se presenta una serie de números combinada con letras del abecedario. La aplicación tiene un tiempo específico para resolver cada una de las partes: para la parte A, se autoriza un minuto y para la parte B tiene un tiempo destinado de dos minutos. En caso de que el usuario no terminara la ejecución en los tiempos estipulados NO se detiene la prueba simplemente se le toma el tiempo. Durante la aplicación, la usuaria realizó los ejercicios de manera adecuada en cuanto a la calidad y secuencia del trazo y dentro de los tiempos establecidos como adecuados para la ejecución de ambas partes:

- ✿ 42 segundos en la parte A y 50 segundos en la parte B.

Es importante mencionar que durante esta sesión se le se explicó la diferencia entre bebedor problema y alcohólico, y se le recordó la fecha y hora de la siguiente sesión; por último se motivó a la usuaria por su interés en atender su consumo de alcohol.

Sesión de Evaluación

Durante esta sesión se continuó con la exploración acerca de los datos de identificación, de la historia de consumo del año anterior, de la identificación de situaciones de alto riesgo de consumo excesivo y de la autoeficacia de la usuaria para evitar consumir en dichas situaciones. Dicha exploración se realizó por medio de instrumentos creados para ese fin. Al inicio de la sesión se le explicó en qué consistía cada uno de los instrumentos, mostrando ella una actitud cooperativa durante toda la sesión, atendiendo y respondiendo a las indicaciones y preguntas de los instrumentos que se le aplicaron.

El primer instrumento que se aplicó fue el **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, ISCA** creado por Annis, Graham y Davis en 1987, y traducido al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, (1998). Consta de 100 reactivos que están diseñados en una escala tipo Likert y las opciones de respuesta van desde nunca hasta casi siempre. Como su nombre lo dice, este instrumento está diseñado para medir aquellas situaciones en las que el usuario bebió en exceso durante el año previo y que pueden ser identificadas como situaciones de alto riesgo de una recaída. Se divide en ocho situaciones de consumo, que a su vez se están divididas en dos grupos de situaciones específicas: **Situaciones Personales**.- Emociones desagradables, Malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y urgencia por consumir. Estas se refieren a circunstancias en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física. El otro grupo se refiere a **Situaciones que involucran a terceras personas**.- Conflicto con otros, presión social y momentos agradables. Estas situaciones se refieren a aquellas circunstancias en las que el individuo ejerce una relación directa con otras personas al momento de consumir bebidas alcohólicas. Los resultados obtenidos con el ISCA (Ver Tabla 13), mostraron que las situaciones en las que la usuaria bebe en exceso se relacionan principalmente con:

- ✿ Aquellas que involucran a terceras personas: presión social y momentos agradables con otros, siguiéndole situaciones personales: emociones agradables probando autocontrol y urgencia por consumir

Después se aplicó el **Cuestionario de Confianza Situacional, CCS** (Annis y Graham, 1987), es un cuestionario que consta de 8 reactivos que evalúan la habilidad percibida del usuario para resistirse a consumir alcohol de manera excesiva en situaciones particulares. Las opciones de respuesta son un rango en porcentaje que va de 0% si está INSEGURO ó 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso en la situación que representa el reactivo.

Los resultados obtenidos con el CCS (Ver Cuadro 21), mostraron que las situaciones en las que la usuaria percibe tener menor control de bebe en exceso se relacionan principalmente con:

- ✿ Aquellas que involucran a terceras personas: probando autocontrol, siguiéndole situaciones personales: presión social y momentos agradables con otros.

Las situaciones que evalúa el CCS son las mismas del ISCA, pero la valoración es en distintos momentos, es decir, el CCS reúne información sobre comportamientos recurrentes o autoeficacia presente; mientras que el ISCA proporciona una valoración retrospectiva. Ambos permiten desarrollar un perfil de las situaciones que presentan mayor riesgo de recaídas (Ver Tabla 13).

Situaciones evaluadas	Resultados en ISCA %	Resultados en CCS %
Emociones desagradables	1.6	100
Malestar físico	0	100
Emociones agradables	13.33	100
Probando autocontrol	13.33	0
Urgencia o necesidad por consumir	10	100
Conflicto con otros	1.6	100
Presión social	20	0
Momentos agradables con otros	20	0

Cuadro 21. Muestra resultados obtenidos en ISCA y en CCS durante la sesión de evaluación.

Por último se aplicó la **Línea Base Retrospectiva de Alcohol, LIBARE** (Echeverría y Ayala, 1993; Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998). Es un instrumento que sirve para medir el patrón de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. La estrategia consiste en que el usuario estime retroactivamente el consumo de alcohol durante un periodo

específico, generalmente un año. Se utiliza un calendario que abarca el periodo que se solicita revisar donde se registra el número de trago estándar consumido por día. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses.

En la sesión de evaluación se midió el patrón de consumo de bebidas alcohólicas de un año previo a la sesión, y se obtuvieron los siguientes resultados:

- * -Número total de tragos estándar consumidos durante un año previo: 199
- * -Número total de días de consumo: 30
- * -Consumo Promedio de tragos estándar por ocasión: 6.6
- * -Consumo Promedio por semana: 7.6
- * -Cantidad máxima de tragos estándar durante el año previo: 18
- * -Porcentaje máximo de días de abstinencia: 45

Los meses que la usuaria presentó con un consumo mayor fueron diciembre, octubre, abril del 2003, con 42,36 y 24 tragos estándar respectivamente y el mes sin consumo fue abril de 2004 (Ver Figura 11).

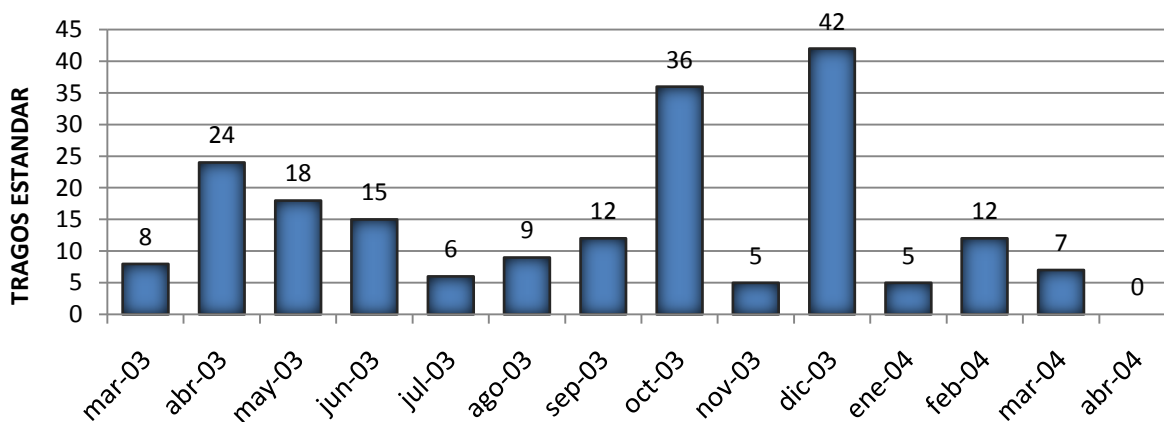


Figura 11. Muestra consumo de tragos estándar por mes antes de la intervención (LIBARE).

Con respecto al consumo por días de la semana, el viernes fue el día que se registró mayor consumo (Ver Cuadro 22).

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
24	6	6	15	0	136	12

Cuadro 22. Total de tragos estándar por día de la semana durante el último año (LIBARE).

Por último, se le explico y entrego el **Auto-registro Semiestructurado**, que es una técnica conductual para obtener una línea base y/o como una herramienta para vigilar el progreso del tratamiento que se pretenda aplicar (Echeverría, y cols. 2004), ya que proporciona información sobre cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia adictiva, así como de los precipitadores internos (estado de ánimo, pensamientos y necesidad e consumo) y externos (lugar de consumo y personas). Se le solicito que el llenado del auto-registro idealmente fuera diariamente.

Posteriormente, se mencionaron las características del tratamiento (duración, materiales, actividades y seguimientos), los derechos y obligaciones del terapeuta y de la usuaria (asistencia, puntualidad, realizar tareas planeadas por sesión, etc.) a través del Formato de Consentimiento. Una vez concluida la aplicación de los instrumentos, se procedió a reforzar el interés en solucionar los problemas ocasionados por su consumo de alcohol y de la importancia de continuar asistiendo para la entrega de resultados.

A partir de los resultados obtenidos en las sesiones de admisión y Evaluación, se considero que cumplía con todos los criterios de inclusión al programa:

Ser mayor de 18 años, sabe leer y escribir, tener un domicilio permanente, estar viviendo con su familia, no presentar síntomas de problemas neurológicos, presentar un nivel de dependencia medio, la semana, acudir a tratamiento por voluntad y no acudir simultáneamente a ningún otro tipo de tratamiento para resolver su problema con el abuso de alcohol, no presentar alguna contraindicación médica por el consumo de alcohol, referir problemas personales y con otras personas debido a su consumo excesivo de alcohol y no consumir heroína.

Por último se le explico y entrego la Lectura 1 del programa de tratamiento- DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Primera Sesión.

DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Los objetivos de esta sesión son fomentar la autoeficacia del usuario a través de la reflexión sobre su consumo de alcohol, identificando las razones para moderar o suspender el consumo de alcohol; así como incrementar la motivación del usuario al cambio a través de la revisión de las ventajas y desventajas de su conducta de consumo. En esta sesión se realiza el establecimiento de su primera meta de consumo.

Esta sesión se llevó a cabo 15 días después de la evaluación por cuestiones personales de la usuaria.

La usuaria llegó puntual y se inició la sesión revisando el autoregistro, mencionando que tuvo un consumo de 4 tragos en una reunión con amigos de la escuela, lo que la hacía sentirse bien por no beber demasiado, pero con pena por no poder evitar el consumo.

Posteriormente al revisar los resultados obtenidos en la LIBARE, la usuaria identificó su consumo anual que fue de 199 copas; el número máximo de bebidas con alcohol fue de 18 tragos estándar por ocasión y el número máximo de abstinencia continua fue de 45 días, mientras que su total de días de consumo fueron 30. El consumo promedio diario fue de 6 tragos estándar, mientras que el consumo promedio por semana fue de 7.6 tragos estándar. Es importante destacar que a la entrega de resultados del LIBARE, la usuaria mencionó que no pensaba que estuviera consumiendo de esa manera, y que le sorprendían, pero se relacionaba con que en ocasiones pensaba que tenía un problema mayor con su forma de beber. También se revisaron las situaciones y días en que ha consumido en exceso, logrando reconocer que los viernes son días que comúnmente tiene reuniones con amigos, siendo estas situaciones propensas a un consumo excesivo de alcohol, por sentirse contenta, confiada en su autocontrol, pero a la vez presionada por querer estar “a tono” o bebiendo igual que sus amigos; mencionó que los consumos en los domingos era principalmente en su casa con su hermana o su mamá y generalmente su consumo era moderado (de 1 a 3 tragos por ocasión). Por otro lado, también identificó que en varias ocasiones llegó a combinar el tipo de bebida con alcohol (cerveza con tequila o con ron), lo que le provocaba embriagarse más fácilmente. Comentamos la importancia de no mezclar debido a que este era una condición de riesgo para beber de manera excesiva y que este tipo de reuniones son situaciones de riesgo para un consumo excesivo, pero que el consumo de 4 tragos que tuvo durante estas dos semanas, fue un consumo por debajo del consumo excesivo que había reportado durante el año pasado, lo cual refleja su interés en cambiar.

Una vez revisados los resultados, se revisó la lectura 1 DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS, que se entregó en la sesión pasada, donde la usuaria estableció sus razones para cambiar su forma y patrón de consumo por medio del ejercicio de Balance Decisional, estableciendo específicamente cuáles eran los beneficios y costos de cambiar su patrón de consumo, así como, los beneficios y costos de seguir consumiendo alcohol (Ver Cuadro 23).

En este ejercicio la usuaria identificó mayor número de costos por la conducta de consumo excesivo, que beneficios; lo que se asocia con la etapa de contemplación del proceso de cambio de acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), quienes proponen que esta etapa se caracteriza por un nivel de motivación y compromiso elevados hacia el cambio, y se apoya en aspectos intrínsecos como el reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo a largo plazo (García, 2003).

	CAMBIAR MI FORMA DE CONSUMO	DE SEGUIR CONSUMIENDO.
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • No tendría problemas familiares • Tendría más dinero • Mejor salud • Más tiempo para la escuela 	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento bien con amigos • Convivo con amistades
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Me sentiré reprimida • Me sentiré más aburrida 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares • Más gastos • Problemas de salud • Cansancio

Cuadro. 23- Ejercicio de Decisión de Cambio

El siguiente ejercicio fue identificar las tres principales razones para cambiar, las cuales fueron:

1. Mejorar mis relaciones familiares, pues he tenido problemas que se pueden convertir en graves.
2. Mejorar mi salud, pues en ocasiones me siento muy cansada y con dolores.
3. Tener más tiempo y dinero para la escuela y otras actividades académicas o recreativas.

La siguiente actividad fue el establecimiento de la meta de consumo, donde la usuaria eligió un consumo moderado, ya que deseaba continuar bebiendo por ser una práctica que realizaba con sus amigos, pero sin que éste le causara problemas familiares, de salud y escolares. De esta

manera planeo que su consumo fuera **una vez por semana, no más de 3 tragos** estándar por ocasión. Planeando consumir en fiestas y reuniones en fines de semana, y no consumir en absoluto entre semana y cuando estuviera triste.

Una vez concluida la revisión de los ejercicios de esta sesión, se comentó la importancia de mantener su meta en situaciones de riesgo, y haciendo hincapié de las estrategias de consumo moderado descritas en la lectura y en el autoregistro: A) intercalar días de abstinencia entre días de consumo, B) estar descansado y sin presiones cuando decida beber, C) saciar su sed antes de consumir, D) botanear mientras consume alcohol, E) tomar un trago estándar por hora, dejar pasar 20 minutos entre copa y copa, poner el vaso lejos de su alcance.

Con esta lectura se identificó el interés de la usuaria para lograr la meta establecida observándose que era más importante que la mayoría de las otras cosas que le gustaría lograr cambiar (75%, en una escala de 0% nada importante, a 100% lo más importante) y con respecto a la confianza en sí misma reportó tener bastante confianza para lograrla (75%, en una escala de 0% creo que no lograre mi meta a 100% estoy totalmente seguro de lograr mi meta).

Al final se le entregó la Lectura 2- IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO indicándole la resolviera en casa y se le pidió continuar con el llenado de su autoregistro.

En esta sesión se busco fomentar la autoeficacia del usuario a través de la reflexión sobre el consumo de alcohol, identificando las razones para moderar o suspender el consumo, así como incrementar la motivación del usuario al cambio a través del establecimiento de una primera meta de consumo realista, cercana a las características del usuario y considerando que durante el tratamiento, la usuaria identificaría aquellas habilidades necesarias para mantener un consumo moderado de alcohol.

Segunda sesión

IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO

El propósito de esta sesión es guiar al usuario para que identifique las situaciones que desencadenan el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como revisar las consecuencias del consumo excesivo de alcohol.

Durante esta sesión la usuaria se mostró cooperadora, a lo largo de la sesión; al inicio se hizo un resumen de la sesión anterior y se le preguntó si había continuado con el autoregisto a lo que comento que si y no haber consumido durante la semana, porque no se presentó la ocasión de consumir, y porque intento apegarse a la meta establecida, refiriendo estar tranquila. Se le pregunto si tuvo antojo por consumir, a lo que respondió que no.

Al iniciar la revisión de la lectura 2, IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO comentando que le parecía una buena lectura y que fue fácil de entender. Las situaciones que ella identificó como las más frecuentes para beber en exceso fueron:

Situación 1.- en una fiesta, donde prepararon la bebida que más le gustaba y por el sabor tomo hasta llegar a un exceso.

- ✱ **Disparadores:** cumpleaños de una amiga, se sentía en confianza para divertirse, además de no estar preocupada por llegar a casa.
- ✱ **Las consecuencias positivas:** sentirse desinhibida, tranquila, en confianza con quien estaba y estar en una situación de diversión.
- ✱ **Las consecuencia negativas:** malestar físico y discusión con su mamá y hermana al día siguiente; vergüenza con amigos porque los castigaron por llegar tarde a sus casas por llevarla a su casa.

Situación 2.- en su cumpleaños, en la que había bastante alcohol y todos consumieron en exceso.

- ✱ **Disparadores:** estar con todos sus amigos que beben alcohol, sentirse en confianza para beber de esa forma y pensar que lo controlaba.
- ✱ **Las consecuencias positivas:** sentirse relajada por ser su festejo y estar en “ambiente”.
- ✱ **Las consecuencias negativas:** lagunas mentales sobre lo que había ocurrido exactamente, pues no recordaba cómo llegó a su casa; malestar físico y moral al día siguiente por la situación.

Situación 3.- el cumpleaños de un amigo, donde no bebió demasiado pero su cuerpo “lo resintió muy rápido”.

- ✱ **Disparadores:** estar cansada, no haber tomado agua ni comido bien, además tener acceso a la bebida que más le gusta.
- ✱ **Consecuencias positivas:** sentirse en confianza.

- ✦ **Consecuencias negativas:** no recordar con exactitud sobre lo que paso durante la reunión, discusiones familiares y sentirse arrepentida.

Estas situaciones se compararon con las áreas de consumo de alcohol que se identificaron en el ISCA (presión social, momentos agradables ,emociones agradables probando autocontrol y urgencia por consumir) y se retomaron los resultados arrojados con respecto al nivel de confianza del usuario para resistirse al consumo del CCS (probando su autocontrol, presión social y momentos agradables con otros), lo que permitió que la usuaria identificara los factores o las situaciones que desencadenan el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como revisar las consecuencias positivas y negativas del consumo a corto y largo plazo. Al final de la sesión se discutió la posibilidad de ocurrencia de recaídas durante el tratamiento, señalándole su ocurrencia no como un fracaso personal sino como parte del proceso de cambio o de recuperación el cual en este momento estaba iniciando. Se le proporciono al usuario la Lectura 3- ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL, y se le recordó continuar con el llenado del autoregistro.

Tercera Sesión

ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

En esta sesión se le pidió a la usuaria realizar planes de acción por medio de conductas alternativas para enfrentar las situaciones de alto riesgo reportadas en la sesión pasada, con el objetivo de prevenir la recaída en un consumo excesivo de alcohol.

Esta sesión se inició con la revisión del autoregistro y refirió haber consumido solo una vez, la semana pasada, siendo su consumo de 3 tragos estándar de cerveza, este consumo lo hizo con amigos en una reunión; sintiéndose tranquila, por no haberse excedido, a lo que refirió no haber presentado consecuencias negativas.

Posteriormente se revisó el ejercicio de la Lectura 3, se le preguntó si tenía alguna duda sobre esta tarea, a lo que respondió que no, que le fue fácil realizar. Es importante mencionar que eligió solo una situación de consumo excesivo debido a que las situaciones identificadas como riesgosas en el ejercicio anterior eran muy similares.

Situación en la que haya tomado en exceso: En fiesta donde sirvieron la bebida que más me gusta

Posteriormente se le pidió describiera varias opciones y probables consecuencias para esta situación de consumo excesivo de alcohol.

- * **Opción 1.-** No ir a fiestas con las personas que beben demasiado.
- * **Probables consecuencias.-** Tal vez perdería contacto con esas personas y no me invitarían a fiestas o reuniones posteriores.
- * **Opción 2.-** No beber alcohol en ninguna circunstancia.
- * **Probables consecuencias.-** Me costaría mucho trabajo, y cuando volviese a beber, podría hacerlo de manera desmedida.
- * **Opción 3.-** Beber tranquilamente y espaciado, con botana y habiendo descansado bien.
- * **Probables consecuencias.-** Disfrutar tranquilamente de la reunión y la bebida sin más problemas.
- * **Opción 4.-** Beber sólo tres tragos en las ocasiones que quiera verdaderamente beber.
- * **Probables consecuencias.-** Tal vez me sea muy difícil porque quiera beber o me presionen a beber.

Posteriormente se le pidió seleccionar las opciones más viables para enfrentar la situación de riesgo y realizara un plan de acción para dicha situación.

Primera mejor opción

- * **Opción 3.-** Beber tranquilamente y espaciado, con botana y habiendo descansado bien.
- * **Probables consecuencias.-** Disfrutar tranquilamente de la reunión y la bebida sin más problemas.

Plan de acción

- * Empezaría por descansar y comer bien antes de estar en una situación en que beba alcohol, así como tomar mucha agua.
- * Tomar tranquilamente esperando por lo menos 20 min antes de la próxima copa, botaneando y sin combinar distintos tipos de bebidas.

Segunda mejor opción

- ✦ **Opción 4.-** Beber sólo tres tragos en las ocasiones que quiera verdaderamente beber.
- ✦ **Probables consecuencias.-** Tal vez me sea muy difícil porque quiera beber o me presionen a beber.

Plan de acción

- ✦ Tomar solo tres tragos espaciados en el tiempo que me encuentre en una reunión, asegurando que mi cuerpo lo recibirá sin mayores consecuencias, y sabiendo que de antemano es mi límite.

Después se le pregunto qué tan efectivas podrían ser las opciones y los planes de acción que había propuesto y que tan dispuesta estaba para lograrlos, a lo que respondió que le parecían accesibles y por tanto posibles de llevar a cabo para evitar problemas con su familia y tener más tiempo . Por lo que se le pidió los pusiera en práctica durante la siguiente semana para identificar que tan viables eran.

Al final se realizó un resumen de esta sesión haciendo hincapié de la constancia y disposición para la realización de los ejercicios y de continuar con el tratamiento; se le comentó la posibilidad de sesiones adicionales al tratamiento, respondiendo que lo pensaría y lo platicaría en la siguiente cita. Se le proporciono la Lectura 4- NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS: RESUMEN FINAL DEL TRATAMIENTO.

Cuarta Sesión

NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS: RESUMEN FINAL DEL TRATAMIENTO

Durante esta sesión se realizó un resumen final del tratamiento, con el objetivo de analizar el progreso de la usuaria. Se comentaron los avances logrados con respecto a los planes de acción y de los resultados obtenidos en las sesiones anteriores con el fin de generar un segundo establecimiento de metas y desarrollar nuevos planes de acción para las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, que se puedan presentar en el futuro.

Al inicio de la sesión se le pregunto cómo le había ido en la semana y si hubo consumo de alcohol, a lo que respondió que le había ido muy bien en la escuela y en su casa, que se sentía contenta porque había podido controlar su consumo, ya que bebió un día en la semana la cantidad de un tragos estándar, lo cual corresponde con la meta de consumo, lo cual se corroboró con el autoregistro. Durante este consumo refirió sentirse tranquila; de igual manera se revisó como ayudaron los planes de acción a enfrentar de manera positiva las situaciones de riesgo y así lograr la meta establecida en la primera sesión. También refirió beneficios con respecto a los problemas

con su mamá y hermana, pues ahora si estaban juntas no discutían, ya que si iba a fiestas no llegaba en estado de ebriedad. Por otro lado, se recalco la importancia de la estrategia de dejar pasar más tiempo entre trago y trago estándar, lo que le ayudo a mantener la meta establecida, así como el consumir solo un tipo de bebida por ocasión y evitar mezclarlas.

Cuando se le pregunto si consideraba necesarias sesiones adicionales, menciono no serle necesarias. Posteriormente se revisó la Lectura 4- NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS: RESUMEN FINAL DEL TRATAMIENTO.

En el ejercicio de restablecimiento de metas la usuaria eligió continuar con un **consumo moderado**. Siendo el consumo **una vez por semana y no más de 3 tragos estándar**. **Planeó beber solamente cuando** realmente lo desee, en una convivencia que lo amerite y segura de la cantidad y forma de hacerlo; con respecto al no consumo, planeo no beber cuando estuviese muy cansada, con bebidas demasiado fuertes o bajo presión de sus amigos.

Cuando se preguntó la importancia de lograr la nueva meta establecida fue de un 75%, al igual que la confianza de lograrla. Porcentajes similares a los detectados en el primer establecimiento de meta. Posteriormente se le recordó la importancia de continuar con su autoregistro, así como de continuar practicando sus planes de acción. Se reconoció su compromiso al tratamiento, ya que asistió a todas las sesiones y en caso de faltar avisó con anticipación; realizó todas las tareas y moderó su consumo, cubriendo así óptimamente su meta de consumo. Al final se le felicito por haber terminado el tratamiento y se propuso la cita para el primer Seguimiento.

Los resultados obtenidos muestran que la intervención llevada a cabo, fue efectiva al lograr que la usuaria redujera el patrón de consumo en comparación con el consumo antes de la intervención. (Ver Figuras 12 y 13).

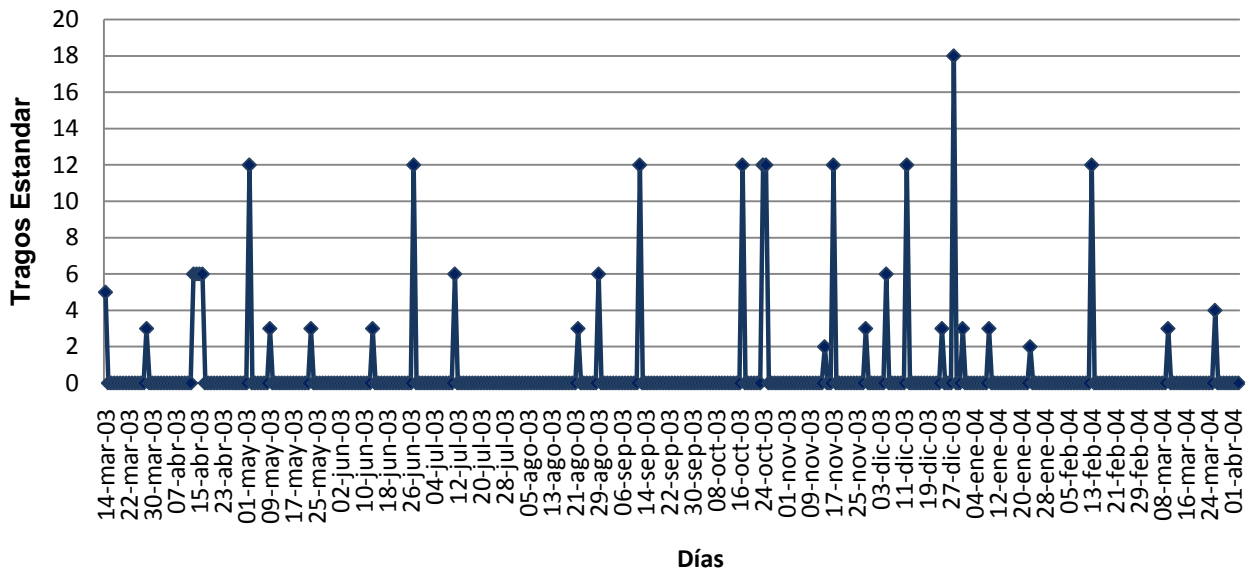


Figura 12. Muestra los datos obtenidos con en la LIBARE de un año previo.

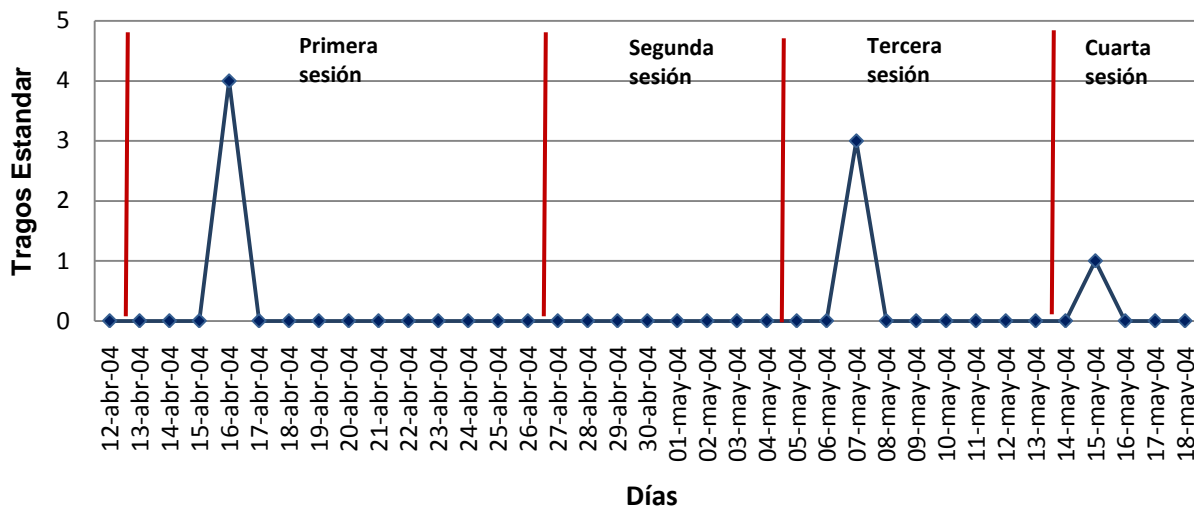


Figura 13. Muestra el consumo de tragos estándar durante las sesiones del Tratamiento.

Fase de Seguimientos

Los seguimientos son intervenciones sistemáticas y estructuradas aplicados en determinados tiempos después de terminado el tratamiento, donde se lleva a cabo la revisión del mantenimiento de cambio en el consumo de alcohol y el nivel de confianza para resistir al consumo (García,

2003), esto permite generar un proceso de retroalimentación tanto para el usuario como para los terapeutas; así como para evaluar la efectividad del programa de intervención. A continuación se describe brevemente el desarrollo de los seguimientos.

Primer Seguimiento.

Se le programó el primer seguimiento un mes después de concluir el tratamiento. La sesión inicio puntualmente, después de una fecha programada que canceló la usuaria. Al inicio se le pregunto cómo estaba y como le había ido durante el primer mes después de concluir el tratamiento, a lo que mencionó que muy bien pues termino el semestre con un promedio general de 9.0. Lo cual la hacía sentir muy satisfecha con respecto a su desempeño académico. Con respecto a su consumo refirió haber consumido en tres ocasiones, dos de las cuales su consumo fue de 2 tragos estándar, pero una tercera fue de 6 tragos. Menciono que sus consumos no fueron elevados y pudo cumplir la meta que se había planteado, sin embargo tenía un poco de temor de no poder continuar con su meta en un futuro. Por lo que se revisaron las fortalezas y habilidades que surgieron durante su proceso de cambio, como fueron el dejar pasar más tiempo entre trago estándar y trago estándar, haber creado planes de acción para enfrentar las situaciones de riesgo. También se menciona que el miedo es un sentimiento que se puede presentar en cualquier proceso de cambio, por lo tanto era importante revisar las estrategias que estaba empleando y así detectar las debilidades, y proponer un nuevo plan de acción con base en las observaciones, e intentarlo de nuevo.

Al revisar el autoregistro Se le pregunto sobre sus consumos y comento que aun cuando tuvo un consumo por arriba de la meta establecida, el tiempo entre los tragos estándar fue mayor (de 15 a 30 minutos aproximadamente) que el tiempo entre tragos antes de ingresar al tratamiento, por lo que consideraba no estar en riesgo; a lo que se le comento que era positivo mantener la confianza en sí mismo, sin embargo esta práctica (consumo por arriba de la meta propuesta), podía ser riesgosa y llevarla a una recaída (consumo igual o mayor al presentado antes del tratamiento), y por tanto reducir su confianza para mantener el consumo planeado.

El consumo posterior al tratamiento presentó algunas caídas, al no cumplir con la meta inicial en cuanto a cantidad de tragos estándar por ocasión, manteniendo el consumo de un día por semana, esto se debió a que continuó bebiendo en las situaciones que representaban riesgos y no aplico los planes de acción establecidos

2º. Seguimiento.

En la cita del tercer mes después de concluir en tratamiento, la usuaria comentó sentirse muy bien, debido a que había tenido pocos consumos (cuatro) y aunque en tres ocasiones consumió por arriba de su meta (6, 4 y 5 tragos), estos fueron realizados espaciadamente, ya que dejó pasar una hora entre trago y trago.

Con respecto a la meta establecida, propuso poner un margen de consumo arriba de los tres tragos (6 tragos máximo) siendo el consumo de un trago por hora y una vez a la semana. Se le recomendó manejar un consumo más cercano a su meta inicial (4 tragos por ocasión) y el consumo de un trago por hora para no generar un consumo excesivo. Se revisó el autoregistro y se aplicó Formato del Seguimiento.

3er. Seguimiento

La usuaria llegó puntual a la cita programada a los seis meses de concluir el tratamiento y comentó que le había ido bien, sin embargo durante este tiempo tuvo un consumo mayor de cuatro 4 tragos, refiriéndose a este como una recaída, por lo que se revisó el autoregistro y se aplicó Formato del Seguimiento. Es importante mencionar que en los seguimientos previos donde hubo consumos por arriba de los 4 tragos, ella no los consideró como recaídas, o situaciones no posibles de manejar, por lo que se hizo un análisis de esta situación en particular.

El consumo fue en una reunión con amigos celebrando fechas decembrinas, los precipitadores fueron el tener cerca la bebida y sentirse confiada que podía controlar en consumo; teniendo consecuencias desagradables como sentirse mal física y moralmente al día siguiente. A este respecto se mencionó que en estos momentos se encontraba en una etapa de mantenimiento de la conducta de cambio, en la cual la recaída puede presentarse como parte del proceso de cambio de consumo excesivo a uno moderado, por lo que se realizó un nuevo establecimiento en su meta de consumo, una meta que considerara posible de alcanzar, a lo que propuso consumir máximo 4 tragos por ocasión o un trago por hora y solo una vez a la semana.

4º.Seguimiento

Al inicio se le preguntó cómo le había ido en estos meses, a lo que contestó que muy bien, sobre todo con su consumo pues la mayoría de las veces que consumió se mantuvo por debajo de la meta establecida, lo cual se corroboró con el autoregistro y el Formato del Seguimiento de 12 meses después del tratamiento. Al revisar la meta con la usuaria consideró posible mantener una meta de máximo 3 tragos por ocasión solo una vez a la semana, pues se sentía confiada de poderla realizar pues no era tan rigurosa y era fácil de llevar a cabo, ya que había identificado que la consecuencia de esta meta era positiva pues mientras aprendía a disminuir el consumo de alcohol, ella se sentía mejor.

Con respecto a los resultados, el consumo después del tratamiento presentó algunas recaídas, ya que a la usuaria le fue difícil cumplir con la meta en cuanto a la cantidad de tragos estándar por ocasión, y constantemente cambio dicha meta, Sin embargo se presento constante el consumo de un día a la semana, lo que favoreció su autoeficacia y lograr la estabilización del consumo moderado.

A continuación se muestra el consumo de tragos estándar en las diferentes fases del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para bebedores Problema (Ver Figura 14).

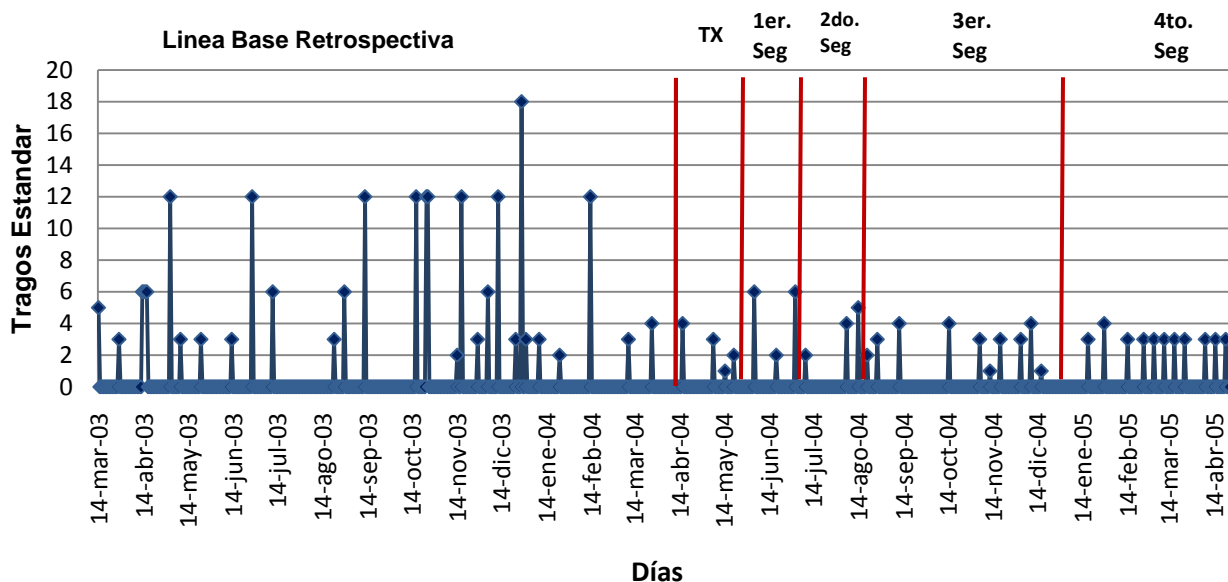


Figura 14. Muestra el consumo de tragos estándar en las diferentes etapas del tratamiento: LIBARE, Tratamiento (TX) y los 4 Seguimientos (al primer, tercer, sexto y doceavo mes).

En el Cuadro 24 se realizó un comparativo del consumo promedio diario antes del tratamiento (Línea Base inicial), durante el tratamiento (datos tomados del autoregistro hasta el 1er. Año de seguimiento) y después del tratamiento (2º. Año después de concluir), en el que se observa que el consumo promedio diario se redujo de 6 a 3 tragos a lo largo del tiempo.

Línea retrospectiva Libare marzo 2003 a marzo 2004	Línea retrospectiva Libare abril 2004 a abril 2005	Línea retrospectiva Libare julio 2005 a julio 2006
199 tragos / 30 días totales de consumo	50 tragos / 13 días totales de consumo	98 tragos / 29 días totales de consumo
Consumo promedio diario: 6 tragos	Consumo promedio diario: 4 tragos	Consumo promedio diario: 3 tragos

Cuadro 24. Se muestran el consumo promedio diario de alcohol antes del tratamiento y al primer y segundo año de haber concluido.

Con respecto a la confianza situacional, los resultados obtenidos con la aplicación del CCS antes del tratamiento y después de éste, indican que la usuaria incrementó su autoeficacia en las siguientes situaciones: En autocontrol de 0% a 100%; en presión social de 0% a 100%, y en momentos agradables con otros de 0% a 100%. Es importante mencionar que se detectó una disminución de la confianza situacional en situaciones relacionadas con momentos agradables: de 100% a 70%. En la Figura. 15, se muestran los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de alcohol antes y después de la intervención del Modelo de Bebedores Problema.

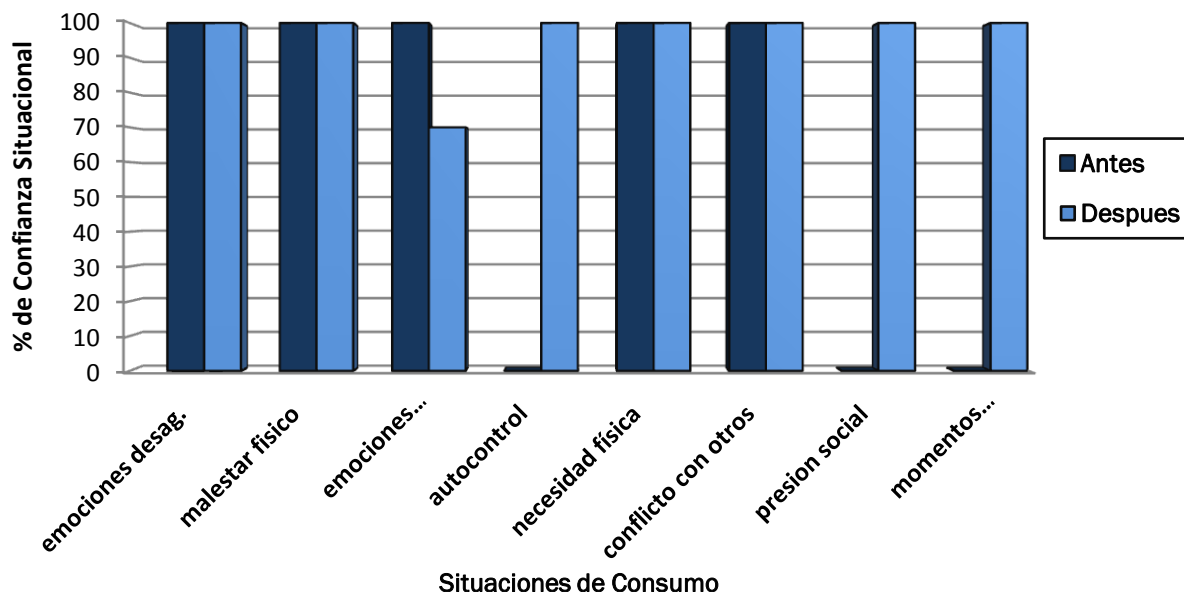


Figura. 15.- Muestra los resultados obtenidos en el CCS antes, y después del tratamiento.

Conclusiones.

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores problema tuvo como objetivo guiar al usuario para obtener un consumo moderado de alcohol, con el fin de reducir los problemas causados por este mismo.

Esto se logró a través de realizar la valoración de pros y contras del consumo, así como del uso de estrategias motivacionales en donde se ayudó al paciente a realizar la planeación y acción de comportamientos que le permitieran cambiar su conducta, a través de varias habilidades aprendidas como el análisis funcional de su conducta de consumo, de la identificación de los antecedentes y consecuencias de su consumo de alcohol; lo que le permitió que identificara las situaciones de riesgo de un consumo excesivo y a su vez realizara planes de acción que le permitieran enfrentar de una manera positiva y efectiva las situaciones, generando así una participación proactiva para cambiar dicha conducta; a través de la identificación, organización y uso de sus propios recursos para resolver los problemas asociados con el alcohol. Los resultados obtenidos muestran un cambio en el patrón de consumo de la usuaria ya que redujo su consumo en relación a la frecuencia y a la cantidad.

Al inicio del tratamiento, la usuaria eligió como meta la moderación, con un consumo de tres tragos por ocasión, y una vez por semana, manteniéndola a lo largo del tratamiento. Sin embargo durante los seguimientos, se presentaron algunas recaídas. No obstante la recaída es un factor presente en un proceso de cambio, que se da de manera gradual, de acuerdo a los recursos del usuario lo cual no es inconveniente, más bien ayuda a incrementar la disposición del cambio de la conducta adictiva apoyada por una guía adecuada por parte del terapeuta; posteriormente ella modifico su meta a 4 tragos estándar por ocasión. De acuerdo a Babor y cols, (1987) y Heather y Robertson (1983), los denominados bebedores problema cuando se involucran en un tratamiento, se interesan en moderar su patrón de consumo más que en abstemios. Cuando se comparan los resultados de la LIBARE (Figura 12) y del autoregistro en las fases del tratamiento y seguimientos (Figuras 13 y 14), se detecta una modificación en el consumo de tragos estándar, ya que antes del tratamiento se registraron consumos máximos de 12 a 18 tragos por ocasión, mientras que con los registros durante y después del tratamiento, el consumo máximo fue de 6 tragos por ocasión, por lo que podemos decir que hubo una reducción en el consumo. A este respecto es importante mencionar la usuaria consumió solo un día a la semana, tal como lo estableció desde el inicio del tratamiento.

Al hacer análisis del promedio diario anual, se puede observar una disminución en el numero de tragos estándar, a partir de reducir los días de consumo a lo largo del primer y segundo año después de concluir el tratamiento. Otro dato relevante fue el que la usuaria refería que el tiempo entre trago y trago fue más espaciado en comparación al periodo antes de ingresar al tratamiento (de 10 -15 minutos a 30-60 minutos aproximadamente). Si bien este dato no es posible de medir, es importante mencionarlo.

El objetivo de esta intervención es que la usuaria llegue a un consumo de 3 tragos por ocasión, por ser el consumo idóneo, sin embargo el presentar pocos consumos a lo largo del tratamiento y seguimiento, así como un mayor intervalo de tiempo entre la ingesta de cada trago estándar, son variables que acompañaron y/o fortalecieron las aptitudes del usuario para aprender a manejar su consumo. Es decir, que las acciones realizadas por ella pueden considerarse como conductas estratégicas dentro de su nuevo repertorio conductual para enfrentar situaciones de riesgo de un consumo excesivo, y lograr de esta manera la reducción de posibles daños o riesgos a nivel, social, individual y prevenir daños en su salud. Las personas que acuden a este tipo de intervención tienen distintos problemas, distintas circunstancias que los llevaron a caer en un consumo excesivo y por lo tanto tendrán diferentes estrategias de cambio; por lo que la flexibilidad y la

adaptación a las necesidades de cada persona deben ser la principal consideración cuando se aplica este Modelo

Por otro lado, la usuaria reportó que los consumos se presentaron principalmente en fiestas o reuniones o momentos agradables con amigos, pero fueron las situaciones elegidas para trabajar planes de acción, es decir, que la usuaria prefirió mantener esta situación y generar estrategias que le permitieran un consumo moderado, que dejar de realizar dichas actividades

Lo anterior se conjunta con los resultados obtenidos en el CCS antes y después del tratamiento (Figura 15), donde se reporta un incremento en la autoeficacia de la usuaria para enfrentar situaciones de riesgo (presión social, autocontrol y momentos agradables) y así evitar un consumo excesivo de alcohol; lo que se relaciona con lo propuesto por Marlatt y Gordon (1985), quienes afirman que si un individuo enfrenta de manera satisfactoria una situación de riesgo, existe un incremento en la confianza en sí mismo reduciendo así la probabilidad de una recaída.

Con respecto a las situaciones relacionadas con emociones agradables, los datos reportan una disminución en la confianza para enfrentarlas. Es conveniente mencionar que se requirió de mayor agudeza terapéutica para incrementar la importancia y la confianza en la usuaria, de lograr la nueva meta establecida al final del tratamiento. Falta revisar con más detenimiento las consecuencias positivas y negativas del consumo a corto y largo plazo, así como asociar de manera más precisa, las situaciones de riesgo y los resultados obtenidos con los instrumentos, para así fomentar la creación de planes de acción ante dichas situaciones, y plantear actividades alternas al consumo de alcohol, para incrementar aún más la autoeficacia de la usuaria y prevenir ante estas situaciones posibles consumos excesivos de alcohol.

Por último es importante precisar que existen diversas investigaciones realizadas en nuestro país y en otros países que afirman que el “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema” resulta ser efectivo en la reducción de consumo de alcohol (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Sánchez- Craig, Annis, Bornett y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993; Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995. Jiménez, 2001; Rodríguez, 2001; Morales, 2002 citados en Martínez, 2005. Medina, 2002 y García 2003).

Referencias

- Alden, L. (1988). Behavioral self – management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 56.
- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados Iniciales. En H. Ayala y L. Echeverría (Eds.) *Tratamiento de conductas adictivas*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H. Cárdenas, G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 4, No.2.
- Ayala, H. Cárdenas, G. Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados Iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. Vol.18, No.4.
- Ayala, H. Cárdenas, G. Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H. Echeverría, L. Sobell M. y Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (Eds.) *Tratamiento de conductas adictivas*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Atwater, E. (1996). *Adolescence*. Prentice-Hall. Hispanoamericana, México.
- Babor, T. F. Kranzel, H. R. y Lauerman, R. J. (1987). Social Drinking as a health and psychosocial risk factor. En M. Galanter. (Ed.) *Recent Development in alcoholism*. N.Y. Plenum Press. Martínez, R. M. J. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología, Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice Hall. Citado en Martínez, M. K.I. (2003). *Desarrollo y Evaluación de una Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Barragán, L. González, J. Medina-Mora, M.E. Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*. Vol. 28, No. 1.
- Barragán, L. Flores, M. Medina-Mora, M.E. Ayala V. H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3.
- Bailey y Rachal, (1993). En Smart, RG y Jansen, VA. (1998). Abuso de sustancias en adolescentes. En Helen M. Annis y Chistine S. Davis. (Editores). *Drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention*, Book of readings.
- Bien, T.H., Miller, W. R., y Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems. *A Review Addiction*. 88.

- Bonifaz, P. R. (1999). Herramientas para la Prevención en México. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 7, No. 4.
- Carrascoza, V.C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Castro, M.E. Maya, M.A. y Aguilar, M.A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública de México*. Vol. 24, No. 5.
- Castro, M.E. Llanes, J. Margain, M. (2003). Un nuevo paradigma en la evaluación de planes de acción preventiva. *Cuadernos de Prevención. Liberaddictus No. 74*.
- CONADIC-SSA. (2003). *Modelos preventivos*. Serie planeación. Recuperado en noviembre 2008 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>
- Echeverría, S.V.L, Ruiz, T. G.M, Salazar, G.M. L & Tiburcio, S.M.A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. (2007) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México
- Fillmore, K. M., y Midanick, L. (1984). Chronicity of drinking problems among a men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 45, pp. 228 – 236.
- Gantiva, D. C. A. (2007). Evaluación y Diseminación de un Programa Motivacional Breve, para consumidores Abusivos de Alcohol. En Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. y Reidl, M.L. (Comp.) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- García, G. E. (2003). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología, Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*. Vol. 98, No.2
- Henry_Edwards, S. Humeniuk, R. Ali, R. Monteiro, M. Ponznyak, V. (2003) Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003. Recuperado el 3 de febrero de 2009 de [Http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf).
- Heather, N. (1989). Brief Intervention Strategies. En R. Hester and W. Miller(Eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Effective Alternatives. Boston: Allyn and Bacon.
- Heather, N. y Robertson, I. (1983). What we would most like to Know: Why is abstinence necessary for the recovery of some problem drinkers? *British Journal of Addiction*. Vo. 78

- INEGI (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México 2001. Citado en Martínez, R. M. J. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología, Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología, UNAM.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of Treatment for alcohol problems*. Washington D.C: National Academic Press.
- Jiménez, K. (2001). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y Evaluación de un programa de Tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. FES-Iztacala, UNAM.
- Lira, J. Cuevas, E. y Reidl, L. (2007). Resultados de la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para dejar de fumar. En Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lira-Mandujano, J. González-Betanzos, F. Carrascoza, V. C. A. Ayala, V. H. Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental Vol. 32, No. 1*.
- Llanes, J. (1999). Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas. *Psicología Iberoamericana. Vol. 7, No. 4*.
- Lopez, EK. Medina-Mora, ME. Villatoro, J. Juárez, F. Carreño, S. Berenzon, S. & Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental: 18 (4)*, pp. 25-32
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press.
- Martínez, K.I, Ayala, V.H, Salazar, G. M.L, Ruiz, T.G.M y Barrientos, C.V. (2004). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Manual del Terapeuta*. México. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en octubre de 2008 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/intervencion.html>.
- Martínez, M. K.I, Salazar, G. M.L, Pedroza, C.F.J, Ruiz, T.G.M y Ayala, V.H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental, Vol. 31*.
- Martínez, M. K.I. (2003). *Desarrollo y Evaluación de una Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Martínez, R. M. J. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología, Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología, UNAM.

- Mas, C. y Ramírez, ME. (1985). Consumo de alcohol y drogas en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes. *Salud Mental*: 8(4), pp. 71-73
- Medina, M. A. (2002). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM
- Medina –Mora, M.E. Tapia, C.R. Sepulveda, J. Otero, M.R. Rascon, M.L. Solache, G. Lazcano, S. Villatoro, J. Marino, M.C. & Lopez, E.K. (1989) Patrones de Consumo de alcohol y síntomas de dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas*. Vol.1, pp. 47-58.
- Medina-Mora, M.E. Borges, G. Villatoro, J. (2000). The measurement of drinking patterns and consequences in México. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 12. Citado en CONADIC-SSA. (2003). *Modelos preventivos*. Serie planeación.
- Medina-Mora, M.E. Díaz-Leal, L. Berruecos Villalobos, L. (1994). La prevención de las adicciones. *Curso básico sobre adicciones, Capítulo III. Diplomado sobre adicciones*. México, Fundación Ama la Vida. I.A.P.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós.
- Miller, W. R. Leckman, A. L. Delaney, H. D. y Tinkcom, M. (1992). Long-term follow up of behavioral self – control training. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 5.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, Vol.98. Citado en Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós.
- Morales, S. (2002). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Profesional. Residencia en Adicciones. Facultad de Psicología. UNAM.
- NIAURA R: Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95(2):S155-S164, 2000. Citado en Barragán, L. Flores, M. Medina-Mora, M.E. Reidl, L. (2007) Adaptación del “Community reinforcement approach” para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana. En Echeverría, S.L. Carrascoza, V.C. y Reidl, M.L. (com.). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Orford, J. Natera, G. Davies, J. Nava, A. Mora-Ríos, J. Rigby, K. Bradbury, C. Copello, A. Velleman, R. (1998). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*. Vol 21, No 1. Citado en CONADIC-SSA. (2003). *Modelos preventivos*. Serie planeación.
- Oropeza, R. y Reidl, L.M. (2007). Resultados de la aplicación del modelo de tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC). En Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. (Comp.) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Oropeza R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.

- O'Neill, S. E. Parra, G. R. y Sher, K. J. (2001). Clinical relevance of heavy drinking during the college years: cross-sectional and prospective perspectives. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 15, No. 4.
- Piña, L. J. Obregón, S. F.J. (1992). *La prevención en el campo de la salud: de la inmunización al análisis del comportamiento*. Psicología y Salud. Unison.
- Polich, J. M. Amor, D. J. y Braiker, H. D. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.
- Prochaska J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, Research and Practice*, Vol. 19. Citado en Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós.
- Ramírez, E. N. (2001). *Contexto social, ambiente familiar, grupo de pares y personalidad en el consumo de sustancias en adolescentes*. Tesis de Maestría. Residencia en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM
- Sanchez – Craig, M. Annis, H. M. Bornett, R. y MacDonald, K. R. (1984). Random Assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation Cognitive – Behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 52.
- Sebold, H. (1989). Adolescent's peer orientation: Changes in the support system during the past three decades. *Adolescence*: pp. 936-946.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2007). Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología y Dirección de Investigación Operativa. Epidemiológica. México.
- Smart, RG. y Jansen, VA. (1998). Abuso de sustancias en adolescentes. En Helen M. Annis y Chistine S. Davis (Editores). *Drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention*”, Book of readings
- Sobell, M.B. Y Sobell, L.C. (1990). Problem drinkers and self control treatments: A closer look. Paper presented at the fifth international Conference on Treatment of Addictive Behaviors. Sydney, Australia. Citado en Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. (2007) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sobell, L. C. Agrawal, S. Annis, H. Ayala, V. H. Echeverría, L. Leo, G. I. Rybakowski, J. K. Sandahi, C. Saunders, B. Tomas, S. Ziolkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse*, Vol. 36, No. 3.
- Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1993). *Problem Drinkers: Guided Self – Change Treatment*. New York. Guilford Press.
- Trejo, MC. (2001). Adolescentes y Jóvenes: diversión, sexualidad y consumo de alcohol. *Liber-Addictus*: 50, pp. 24-26

- Unikel, C. Galván, J. & Soriano, A. (1998). Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Mental*. Vol. 21, No. 2. Citado en Oropeza, R. y Reidl, L.M. (2007). Resultados de la aplicación del modelo de tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBU). En Echeverría, S.V.L. Carrascoza, V.C. Reidl, M.L. (Comp.) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Wareham, V. y Drummond, N. (1994). Contraception use among teenagers seeking abortion-a survey of Grampian. *British Journal of Family Planning*: 20 pp. 76-78
- Wilkinson, A. y Martin, GW. (1998). Métodos de intervención para jóvenes con problemas de abuso de sustancias. En Helen M. Annis y Chistine S. Davis. *Drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention*, Book of reading.
- World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: Summary report. A report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Recuperado en octubre de 2008 de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr