



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LA MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES Y RESULTADOS DE UN
CASO EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA
ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
OTRAS DROGAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALFREDO GONZÁLEZ PORTILLO

TUTORA:

DRA. MA. ASUNCIÓN LARA CANTÚ

COMITÉ TUTORAL:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
DR. BENITO ANTÓN PALMA
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
DRA. SARA GARCÍA SILBERMAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A mi amado hijo, Gerardo Alfredo
A mi amada esposa, Verónica*

INDICE

	Pag.
Introducción	1
Competencia 1: implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.	5
Competencia 2: desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitaria para evitar que el problema se presente.	17
Competencia 3: desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.	36
Competencia 4: aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.	51
Competencia 5: sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de prevención primaria, secundaria y terciaria.	61
Competencia 6: implementar 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, de investigación, de docencia y supervisión.	68
Reporte de caso. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y Otras Drogas	118
Referencias bibliográficas	146

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el reporte profesional e integral del curso de la Maestría en Psicología de las Adicciones en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El reporte consta de dos apartados principales.

El primero, es un análisis y reflexión, de y sobre, las competencias adquiridas y desarrolladas como un propósito de la residencia de la maestría para sus egresados; por tal motivo se reportan y analizan las actividades académicas y prácticas realizadas durante la maestría, desarrollando en primera instancia un análisis del panorama del fenómeno de las adicciones en México, conjuntamente también se abordan los referentes teórico conceptuales del fenómeno.

El segundo apartado es el reporte de caso del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y Otras Drogas, atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A continuación se introduce, de manera general a estos dos diferentes componentes de la maestría.

Con respecto al panorama epidemiológico del consumo de drogas en México, los resultados obtenidos en la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) mostraron que la prevalencia total de fumadores de poblaciones urbanas de 18 a 65 años fue casi trece millones de fumadores adultos (12'959,151). Por otra parte al analizar a la población rural del mismo rango de edad, se encontró una prevalencia de fumadores de 2'176,663.

En cuanto al consumo de alcohol en México, la ENA (2002) reporte que, existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta.

En la República Mexicana, reporta la ENA (2002) que, 3.5 millones de personas entre los 12

y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la mariguana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años.

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de crack. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años.

Después de la mariguana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico (EsTA) y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

Bajo este panorama, en un esfuerzo por considerar que la salud y la educación son elementos centrales del capital humano, se establece en el país, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que en el combate a las adicciones se deben incluir acciones en materia de educación, prevención, tratamiento, investigación y control.

Aunque la prevalencia nacional del consumo de drogas aún es baja, la tendencia al incremento es preocupante sobre todo, en las principales ciudades, constituye un verdadero desafío para la sociedad y directamente para instituciones que ofrecen tratamiento al problema de las adicciones.

Sumado a esto, el patrón de consumo es cada vez más complejo y cambia tan rápido que los recursos de atención para hacer frente al problema no son suficientes y las instituciones responsables de combatirlo se ven superadas.

La dimensión que tiene actualmente el abuso de drogas con un patrón de consumo,

cambiante y complejo, en zona urbana o rural, sin distinción de edad o nivel social, ubica a la farmacodependencia como un problema de salud pública y plantea al mismo tiempo, un reto importante a las instituciones que buscan afrontarlo y solucionarlo.

La respuesta institucional ante la farmacodependencia en materia de tratamiento y rehabilitación se ha desarrollado desde cinco grandes vertientes:

Apoyo gubernamental. Este se complementa con aportaciones de la comunidad, para operar la red de Centros de Integración Juvenil en todo el país, y proporciona servicios de consulta externa y de atención residencial.

Las unidades de salud mental para el primer y segundo niveles de atención en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La creación de los Centros de Atención a las Adicciones en diversas entidades federativas.
Surgimiento de servicios especializados en instituciones privadas.

La estructuración, organización y multiplicación de grupos de ayuda mutua en distintos puntos del país.

Conscientes de la importancia y trascendencia de esta problemática, y la que tiene la formación de recursos humanos para el desarrollo de actividades de estudio, atención y prevención de la farmacodependencia, diversas instituciones imparten cursos, diplomados y especialidad dirigidos a profesionales y a la sociedad en su conjunto.

Respondiendo a ello, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología lleva a cabo el programa de Maestría en Adicciones.

De tal forma que el objetivo que plantea la Maestría en Psicología de las Adicciones de la UNAM es, desarrollar en los alumnos las capacidades para el ejercicio profesional de alta calidad, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios y la adquisición de las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática.

Para lo cual se desarrollarán en el estudiante las competencias, que se enlistan a continuación, que agrupan e integran los conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica profesional:

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

Las funciones profesionales del profesionista en psicología de las adicciones se inscribe en el ámbito de las actividades de evaluación, terapéuticas y/o de intervención, de asesoramiento, investigación y docencia y de supervisión.

COMPETENCIA 1

IMPLEMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, HACER UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, ESTUDIAR GRUPOS ESPECIALES ASÍ COMO LAS TENDENCIAS QUE SE OBSERVAN EN NUESTRO PAÍS.

Es la primera de las competencias necesarias a adquirir y desarrollar para el egreso de la maestría.

El paso inicial fue plantear un bosquejo general del panorama actual en México del proceso comportamental de las adicciones que necesita de suscribir algunas consideraciones importantes en cuanto a referentes teóricos básicos y paradigmas de abordaje de la problemática.

En menos de treinta años, las últimas tres décadas, el consumo de drogas se ha convertido en tema de la agenda nacional, ya que representa hoy, serios riesgos a la salud pública.

El consumo, en la realidad social, es problema unívocamente relacionado, recíprocamente determinado con diversos y múltiples aspectos sociales, económicos, biológicos, políticos y de muy diversa índole.

Hoy día, cada vez más mexicanos son sensibles a los problemas que acarrea el consumo de drogas; esto implica, que la realidad de los procesos sociales, en su contradicción y conflictiva (consolidación del poder del narcotráfico / aumento del consumo de drogas), han creado un clima social de alerta ciudadana.

Tomando en consideración que el consumo de drogas en México reviste riesgos muy evidentes a la convivencia familiar y social, fortalecidos éstos, por un clima generalizado de inseguridad; desempleo; crisis económica; y redefinición de los ejes de dirección y

dominación, el estudio, e investigación sobre la farmacodependencia cobra especial importancia.

A fin de cubrir con dicho bosquejo, antes mencionado, fue indispensable tener claridad en los conceptos de uso, abuso, dependencia y adicción sobre las drogas.

Las primeras drogas aparecieron en plantas o partes de plantas, como resultado de una coevolución entre el reino botánico y el animal (Tapia, C. R., 2001).

Sabemos que en una alta proporción, las culturas de cazadores-recolectores, los sujetos aprendieron y reafirmaron su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva.

La ebriedad es una experiencia a veces religiosa que el hombre antiguo practica con variadas sustancias psicoactivas.

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. Todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Meso América como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales. Como es el caso específico del pulque (Tapia, 2001).

Problema esencialmente humano, el uso de drogas psicotrópicas, en una variedad infinitamente amplia, se mueve entre la adicción y el acceso a realidades cualitativamente diferentes, entre experiencias fundamentales y la muerte. Depende de cada individuo el camino que con ellas siga o que decida no emprender el camino. Sin embargo, en diferente medida y representando problemáticas de muy diversa magnitud, las adicciones han dejado de ser el campo de consignación de lo exótico, el terreno de la reprobación moralizante, para

convertirse en un espacio prioritario para los tratamientos médicos y psicológicos, y un área de interés especial y de urgencia social para eslabonar acciones de salud pública. El tipo de droga, también dará contexto a estos conceptos.

Asimismo, es relevante la definición de los tipos de usuarios y consumo.

Además, para realizar una lectura integral de la problemática, es indispensable considerar la mayoría de los problemas relacionados con el consumo de drogas y estar atentos a los consensos internacionales sobre el asunto.

De la misma manera, la revisión epidemiológica del problema social, dicta los indicadores para el estudio del problema de las adicciones, por supuesto el consumo per cápita, los patrones de consumo, con ello, poder estructurar y desarrollar acciones congruentes de tratamiento, rehabilitación y prevención del consumo de drogas.

Considerando todo lo anterior, podemos suscribir que la problemática del consumo de drogas y de las adicciones se trata de un fenómeno multicausado, en el que intervienen factores relacionados con una amplia variedad de sustancias; con propiedades farmacológicas diferentes; de individuos con variaciones en susceptibilidad al uso, a sus efectos y al daño; con expectativas y motivaciones diferentes y de entornos con variaciones en normas y valores.

De tal forma que, dada la complejidad del consumo de drogas, en el que interviene una gran cantidad de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales, hace muy difícil explicar y comprender qué fue lo que llevó a una persona a iniciar el consumo, sin caer en reduccionismos y comprensiones simplistas.

De tal forma que, y de manera sucinta, el consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más complejo que enfrenta nuestra sociedad. Involucra a la población infantil y

juvenil, se asocia con la violencia familiar y social, y el eminente estrés producido por esta, y con una disminución de la salud física y mental, así como de la calidad de vida en general. Debe de tomarse en cuenta que los trastornos por consumo de drogas, tienen un carácter recurrente; con mucha frecuencia los usuarios de los servicios de salud regresan una y otra vez por el trastorno adictivo, su cronicidad o las complicaciones sociales, económicas, físicas asociadas.

En síntesis, en México se observa que el consumo de drogas, muestra tendencia al incremento, no sólo como práctica de experimentación, sino como uso habitual debido, entre otros factores, al aumento en la disponibilidad y el acceso a sustancias como la cocaína en diversas regiones del país, al igual que a la interacción dinámica de los factores de riesgo y protección, que dan continente a las acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación contra el consumo de drogas.

De tal forma que, con el propósito de desarrollar la presente competencia, fue necesario también, revisar teóricamente los paradigmas actuales sobre el campo de las adicciones.

Asimismo, revisar teóricamente los paradigmas actuales sobre el campo de las adicciones, a fin de propiciar el desarrollo de habilidades y competencias profesionales específicas para alcanzar un alto desempeño en el área, a través de:

La teoría del aprendizaje cognitivo social, aprendizaje observacional, teoría del aprendizaje social y el abuso del alcohol, las aplicaciones de la teoría del aprendizaje social al abuso del alcohol.

Intervenciones breves: conocimiento y desarrollando las habilidades necesarias para las intervenciones breves, sus componentes, y pasos.

Manejar a nivel teórico, las intervenciones breves en el tratamiento del abuso de sustancias.

La entrevista motivacional: los estilos de la entrevista motivacional y las estrategias útiles en

las primeras etapas del tratamiento.

Identificar los problemas de investigación, evaluar la pertinencia de las hipótesis experimentales, describir las principales características y procedimientos de las diversas modalidades de los diseños de un solo caso, y explicar sus alcances y limitaciones.

Conceptualizando a la medición y a la evaluación, caracterizando lo básico de los números.

Revisando los niveles de medición.

Estudiando y aprendiendo las herramientas estadísticas para la medición, los tipos de estadística.

Definiendo la evaluación, tipos, revisando sus conceptos y pasos básicos y revisando las actividades a realizar en el proceso de la evaluación, sus puntos clave.

Revisión de los tres modelos teóricos principales para la medición y evaluación de un proceso comportamental identificado en una población específica.

Revisando los dos elementos principales para la validación en la construcción de un instrumento de medición: la confiabilidad y la validez.

Estudiando los métodos prácticos para probar la confiabilidad de un instrumento de medición: test re – test, método de pruebas paralelas, método de consistencia interna (mitades, pares-nones). También se revisó la validez de criterio, de constructo; se analizaron y revisaron los métodos para identificar universo de conductas y/o elementos significativos en los constructos: meta – análisis, asociaciones libres, grupos focales exploratorios, redes semánticas naturales modificadas

Se revisaron los diferentes pasos para la adaptación de algún instrumento de medición: traducción, validación por jueces externos, retraducción, adecuación, piloteo, aplicación a población meta, validación psicométrica, estandarización; así como el proceso para la estandarización de un instrumento de medición: piloteo, selección y aplicación muestra,

análisis de reactivos, confiabilidad, validez y obtención de normas.

Elaboración de un proyecto, a fin de construir, usar o adaptar un instrumento de medición: “Percepción de riesgo al consumo de drogas en jóvenes estudiantes de algunas escuelas secundarias públicas del Distrito Federal”, con el propósito de evaluar el impacto y la eficacia de una intervención preventiva del consumo de drogas, dirigida a esta población, utilizando las escalas de medición de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en estudiantes de Bachillerato y Licenciatura, elaboradas por Nairan Ramírez, con el propósito de obtener su título de maestría en psicología de las adicciones, en 2002.

Recontando la historia general de las drogas, aprendiendo de las drogas, sus usos y abusos, prejuicios y desafíos.

Revisando y analizando los tipos, consecuencias, usos y usuarios de las principales drogas que se consumen en el ámbito mundial.

Conceptualizando los conceptos de uso, abuso, dependencia y medición de las drogas.

Revisando los factores de riesgo cuantitativos como índices de susceptibilidad al alcoholismo, estudios cualitativos sobre el rol paterno frente al consumo de alcohol y drogas de sus hijos varones.

Analizando las encuestas con estudiantes sobre el consumo de drogas.

Abordando explicaciones alternativas sobre las drogas, sus usos y costumbres de corte cultural.

Revisando reportes de investigación relacionados con formas de enfrentamiento y la salud de los significativos enfrentando problemas de drogas y alcohol.

Desarrollando una pregunta de investigación, seleccionando el tema específico, determinando el procedimiento para su estudio, y e indagando en las fuentes pertinentes, con el propósito de presentar el reporte del desarrollo de estos puntos.

Manejando los principios fundamentales de la estadística descriptiva y la representación de datos estadísticos: tipos de variables y niveles de medición, medidas de tendencia central, de dispersión.

Manejando la estadística univariada; su definición, tipos de problema y diseños de investigación, planteamiento de hipótesis, interpretación y análisis de datos y resultados.

Conocer y manejar el paquete estadístico SPSS, a fin de poder elaborar, capturar y analizar bases de datos, crear archivos de datos, correr análisis de datos, saber interpretar los resultados, y elaborar gráficos de los resultados.

Elaboración de un mini instructivo para el manejo básico del paquete estadístico SPSS.

El estudio de la teoría de la medición, la revisión de la teoría del error en la medición, aprender de técnicas y métodos para la construcción de instrumentos de medición, aprender técnicas y métodos para su evaluación e, identificar problemas específicos con ellos, son herramientas indispensables para el alcance de la competencia.

Otras herramientas, de este carácter, fue identificar los elementos principales de la estadística descriptiva, seleccionar adecuadamente pruebas estadísticas para un planteamiento de investigación específico e interpretar los resultados de dichas pruebas, que son elementos que dan continente y soporte a un panorama epidemiológico.

Consecuentemente, el manejo de las herramientas informáticas de apoyo para la investigación, facilitan el proceso.

Además, el estudio de medición y de la evaluación, permiten visualizar la caracterización básica en los números; revisando los niveles de medición; estudiando y aprendiendo las herramientas estadísticas para la medición, los tipos de estadística; definiendo la evaluación, tipos, revisando sus conceptos y pasos básicos y revisando las actividades a realizar en el proceso de la evaluación, sus puntos clave, a fin de comprender y lograr interpretar el proceso comportamental identificado en una población específica respecto al consumo de drogas.

Sin la revisión de los dos elementos principales para la validación en la construcción de un instrumento de medición: la confiabilidad y la validez, no se lograría alcanzar la competencia.

Los métodos prácticos para probar la confiabilidad de un instrumento de medición son: test re – test, método de pruebas paralelas, método de consistencia interna (mitades, pares-nones).

También se revisó la validez de criterio, de constructo; se analizaron y revisaron los métodos para identificar universo de conductas y/o elementos significativos en los constructos: meta – análisis, asociaciones libres, grupos focales exploratorios, redes semánticas naturales modificadas.

Se revisaron los diferentes pasos para la adaptación de algún instrumento de medición: traducción, validación por jueces externos, retraducción, adecuación, piloteo, aplicación a población meta, validación psicométrica, estandarización; así como el proceso para la estandarización de un instrumento de medición: piloteo, selección y aplicación muestra, análisis de reactivos, confiabilidad, validez y obtención de normas.

Manejando los principios fundamentales de la estadística descriptiva y la representación de datos estadísticos: tipos de variables y niveles de medición, medidas de tendencia central, de dispersión.

Manejando la estadística univariada; su definición, tipos de problema y diseños de investigación, planteamiento de hipótesis, interpretación y análisis de datos y resultados.

Conocer y manejar el paquete estadístico SPSS, a fin de poder manipular bases de datos, crear archivos de datos, correr análisis de datos, saber interpretar los resultados, y elaborar gráficos de los resultados.

Con el análisis de las encuestas sobre el consumo de drogas, a nivel nacional y mundial, pudo alcanzarse una visión más amplia e integral del panorama epidemiológico del fenómeno.

Se elaboró un instructivo para el manejo básico del paquete estadístico SPSS.

Se participó y colaboró en un proyecto de investigación y preventivo de las adicciones:

Con todas estas herramientas, fue factible participar en la elaboración de un proyecto, que tuvo como objetivo construir, usar o adaptar un instrumento de medición, el cual fue denominado “Percepción de Riesgo al Consumo de Drogas en Jóvenes Estudiantes de Algunas Escuelas Secundarias Públicas del Distrito Federal”, con el propósito de evaluar el impacto y la eficacia de una intervención preventiva del consumo de drogas, dirigida a esta población.

Para lograrlo, se estudiaron diversas técnicas para la construcción de instrumentos; se revisó la clasificación de respuestas según Blomm, los procesos paralelos de Guilford y Bloom, las características principales de un test objetivo. Se revisaron las principales pruebas de aprovechamiento, asimismo, los diferentes tipos de reactivos. También, la técnica de diferencial semántico, revisando los diferentes significado de un concepto, a saber: denotativo y connotativo; la escala propuesta por Nunnaly, que suscribe que el diferencial semántico como regla general lleva siete puntos en su construcción. También, las características de las pruebas estadísticas: sesgo, kurtosis, varianza, prueba t de Student, alfa de Cronbach, y análisis factorial.

En los resultados de este análisis y del estudio, se obtuvieron 10 componentes; no obstante de manera significativa se agrupan en tres componentes principales:

Componente Principal 1 al cual denomino “**Percepción de Riesgo**”.

Componente Principal 2 al cual denomino “**Conductas de Riesgo**”.

Componente Principal 3 al cual denomino “**Control Percibido Negativo**”.

El otro estudio fue el de Prevención Escolar bajo el Enfoque de Habilidades para la Vida. Dicho trabajo está enmarcado por el Modelo Proactivo de Prevención de las Adicciones que enfatiza el principio de proacción como anticipación a la demanda. El objetivo del proyecto fue el desarrollo, instrumentación y evaluación, a lo largo de un año, un proyecto piloto, dirigido a maestros en activo, para llevar a cabo acciones de prevención en estudiantes de escuelas primarias y/o secundarias, así como desarrollar contenidos curriculares para la

sensibilización y la adquisición de conocimientos de profesores en formación.

Dicho proyecto da continuidad al programa Subregional para la Prevención, Rehabilitación y Reinserción Social (CAM/00/F17), con el propósito de formular recomendaciones para la conformación y adecuación de estrategias nacionales de prevención escolar.

El proyecto está convocado, seguido y auspiciado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD), se está desarrollando como sede en la República de Costa Rica.

Centros de Integración Juvenil (CIJ), A.C. provee asesoría técnica y metodológica al proyecto. Mi participación está en ser parte de la comisión de la Dirección de Prevención de CIJ para dar dicha asesoría.

Se trata de un estudio cuasi-experimental, longitudinal y comparativo, con medidas repetidas y grupo control no equivalente (12 escuelas intervenidas y 12 escuelas control); con dos fases y dos componentes. Las primeras diferidas, los segundos simultáneos.

El diseño del proyecto para la validación estadística de las guías didácticas/Costa Rica, fue el siguiente:

- Justificación y consideraciones generales

- Explicación del coeficiente de concordancia de w de Kendall

- Objetivo

- Método

- Participantes

- Procedimiento

 - Participación en la elaboración del cuestionario para la validación de las guías

 - Elaboración de la guía de codificación del cuestionario para la validación de las guías.

 - Elaboración de la base de datos para la corrida de la validación en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) para windows, versión 10.0

 - Captura y corrida del procedimiento estadístico

 - Análisis e interpretación de los resultados

 - Reporte de los resultados

Participación en la elaboración de la carta descriptiva del curso taller para la presentación del proyecto, a los directores de las escuelas participantes y para la validación de las guías didácticas.

El proceso de capacitación se desarrollará a través de dos talleres para docentes, en febrero de 2005 y febrero de 2006, a fin de implementar las actividades de prevención escolar, durante los meses de marzo a diciembre de 2005 y 2006.

Hasta aquí, la fase de capacitación. Posteriormente, se desarrollará otra fase: de evaluación. Con base en todo lo anterior, se estima que se adquiriendo los conocimientos, recursos, habilidades y herramientas necesarias para implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.

Finalmente, a manera de análisis respecto a algunas de las habilidades profesionales adquiridas al finalizar este primer semestre de la maestría en psicología de las adicciones, se identifican plenamente, las siguientes:

Generar, adaptar y/o seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para mi intervención profesional, fundamentando mis decisiones para promover, restaurar, mantener o mejorar positivamente el funcionamiento y el sentido de bienestar de los usuarios, que consumen drogas, a través de servicios de desarrollo.

Investigar de manera sistemática los procesos psicológicos relevantes a los modelos de detección, diagnóstico e intervención en problemas relacionados al consumo de drogas.

Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, independientemente que sea consumidor de drogas o no.

Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la

práctica profesional en la atención del consumo de drogas.

Seleccionar de entre los diferentes enfoques metodológicos que ofrece la psicología, el más adecuado a las características y necesidades del usuario que consume drogas.

Identificar, manejar y construir las categorías para conceptualizar el problema de las adicciones a partir tanto del conocimiento científico existente como de las necesidades e intereses del usuario.

COMPETENCIA 2

DESARROLLAR PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL Y COMUNITARIA PARA EVITAR QUE EL PROBLEMA SE PRESENTE

Con la intención de dar continuidad al capítulo anterior, en el cual se presentó, en general, la problemática y las tendencias actuales por el consumo de drogas en México, este segundo capítulo tiene el propósito de informar sobre las habilidades que se adquirieron en la maestría en psicología de las adicciones para cumplir con la segunda de las competencias.

Por tal motivo, el reporte inicia con una breve revisión de los antecedentes del campo de la prevención de adicciones y la evolución del área hasta el momento actual, sin omitir por supuesto, la conceptualización del término de prevención en adicciones.

Incluye también esquemas conceptuales de los diferentes enfoques que han existido y existen al respecto, así como el análisis y estudio de los diferentes modelos preventivos del consumo de drogas existentes en México; esto último en atención a la prioridad por desarrollar esta competencia a fin de responder a las necesidades particulares que la sociedad requiere.

Finaliza con un análisis y descripción general de las actividades desarrolladas para cumplir con esta competencia.

La revisión que hace Caplan (1980) de los antecedentes señala, que en el siglo XIX los modelos de prevención se encontraban matizados por la concepción unicausal y biologicista de los procesos de salud y enfermedad. Los modelos más acabados para la prevención de enfermedades surgieron en la segunda mitad del siglo XIX como consecuencia de la gran influencia que Jenner Pasteur y Lister tuvieron en la práctica médica.

El término prevención fue retomado por la epidemiología de los años cuarenta del siglo XX para connotar las acciones, principalmente en el campo de las enfermedades infecciosas, que por medio de medidas sanitarias protegían a las personas. Estas acciones resultaron de

estudios de investigación, siendo la base para el desarrollo de lo que hoy llamamos programas basados en evidencias científicas. No fue sino hasta la década de los sesentas del siglo veinte, cuando las contribuciones de la medicina social incorporaron la importancia de los procesos sociales y económicos en la práctica preventiva.

En la perspectiva actual se considera a la prevención como el conjunto de acciones anticipatorias que derivadas del conocimiento científico, se aplican a las poblaciones humanas con la finalidad de modificar diferentes momentos del curso de un trastorno de la salud, incluso antes de que ocurra. De otra forma la prevención se ocupa de favorecer las situaciones personales y ambientales necesarias para mejorar las condiciones de vida y de salud de una comunidad.

En este contexto, la prevención es anticiparse, actuar para que algo no ocurra, algo que no se quiere o no se desea que ocurra, en el caso del consumo de drogas, la prevención no se limita a evitar el consumo (como anteriormente se había identificado), aunque es una de sus estrategias más importantes, sin embargo esta forma de proceder no es la única.

La prevención también implica una actuación enfocada a evitar que algunos riesgos o daños existentes y aun controlables, tomen dimensiones mayores y que se vuelvan incontrolables, incluso cuando ya existe un consumo no problemático de alguna droga. En este último caso, el objetivo preventivo sería evitar que ese uso no problemático, se convierta en uno problemático.

En este sentido, la NOM (Institute of Medicine, 1994) define la prevención como “(...)el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias” (pag. 19).

Con esto se puede demostrar que aun cuando la prevención pudiera parecer un concepto claro, éste nunca está exento de resultar polisémico, esto es, capaz de generar distintos significados. Han sido varios los esfuerzos de investigadores para llegar a un consenso sobre lo que debemos entender por prevención, entre ellos se encuentran los trabajos de Bukoski (1995) o la revisión efectuada por Hawkins et al. (citado en Gilchrist, 1995), donde reúnen

hasta siete enfoques distintos acerca del objeto de la prevención del consumo de drogas.

1. Supresión de los patrones de consumo abusivo de drogas que repercuten patológicamente en la dinámica familiar, escolar, interpersonal y social del individuo.
2. Eliminar el paso del consumo experimental al consumo repetido o compulsivo.
3. Conseguir la abstinencia completa, eliminando el consumo de cualquiera de sus modalidades y buscando el consumo cero.
4. Retardar la edad de inicio en el consumo.
5. Retardar la iniciación al consumo de las drogas de “entrada”, es decir, del tabaco, el alcohol y la marihuana.
6. Ejercer control sobre los factores de riesgo personal y social incidiendo en las consecuencias del consumo de drogas.
7. Ejercer control sobre el consumo desde la primera infancia, inoculando los factores precipitantes al consumo desde una visión evolutiva de la persona.

No sería equivocado considerar que el enfoque preventivo seleccionado, para realizar una intervención, está estrechamente relacionado a los estilos de vida de la población a la que se dirige. Un estilo de vida es la manera de estar, de entenderla, la forma en que cada persona organiza la vida cotidiana, la forma en que se interactúa con otros, las costumbres, los valores, la postura que se asume ante todo lo que nos rodea.

En la actualidad, los modelos de atención consideran a la prevención y al tratamiento como procesos vinculados y continuos. Así, los efectos de una prevención efectiva inciden en la modificación de los perfiles epidemiológicos, lo cual a su vez disminuye los costos sociales y la influencia negativa de las personas adictas en quienes aún no han iniciado.

Por ello los llamados modelos anticipatorios privilegian las acciones preventivas en tanto son más efectivas, y costo-redituables, debido a que impactan a un mayor número de individuos,

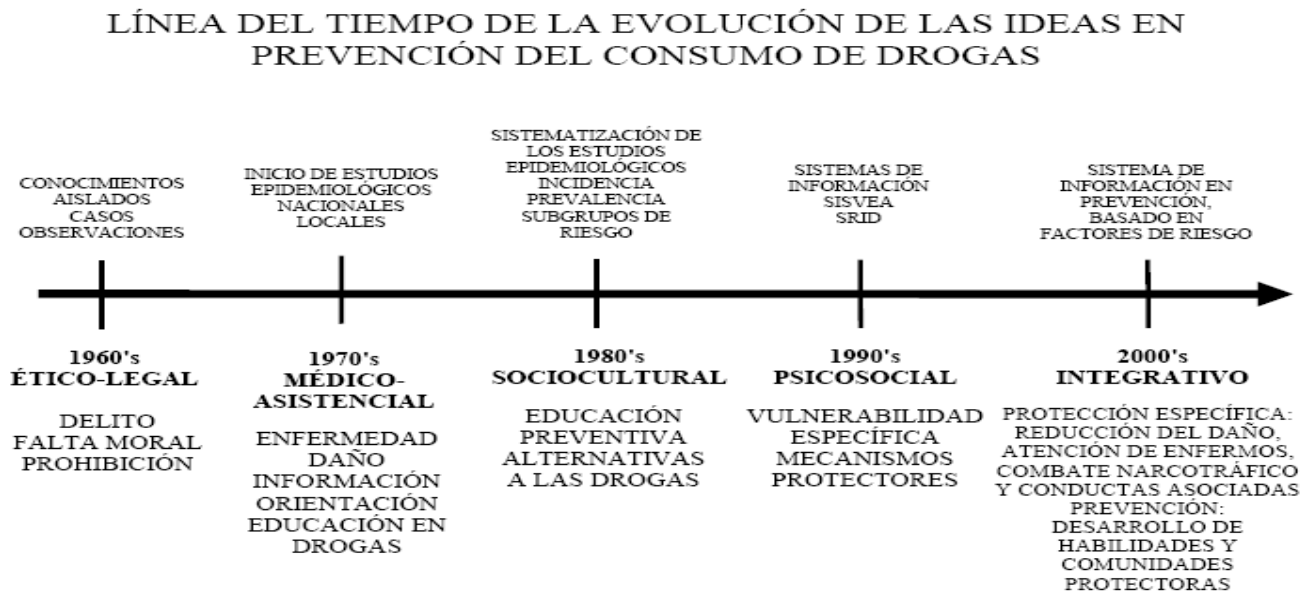
ya sea mediante la detención del consumo en etapas tempranas de los procesos, o a través de la modificación de las situaciones de riesgo.

La evolución de los modelos de prevención tuvo expresión en la propuesta de Laevel y Clark, quienes en 1966 sugirieron un modelo que dividía a la prevención en tres niveles (primaria, secundaria y terciaria). La propuesta alcanzó una preponderancia en los escenarios de la salud pública occidental debido a su rápida diseminación y validación por organizaciones internacionales.

Los Enfoques en Prevención

Cada modelo se sustenta en una teoría. La teoría se refiere al conjunto de postulados u observaciones que han sido sistemáticamente comprobados. Así la teoría confiere una fortaleza fundamental a las ciencias sociales y del comportamiento y son la base para el desarrollo de intervenciones en prevención de adicciones.

La siguiente figura esquematiza la evolución de las ideas en prevención del consumo de drogas. Es pertinente resaltar aquí, que dicha figura es uno de los productos elaborados del estudio de la prevención en México durante el transcurso de la maestría.

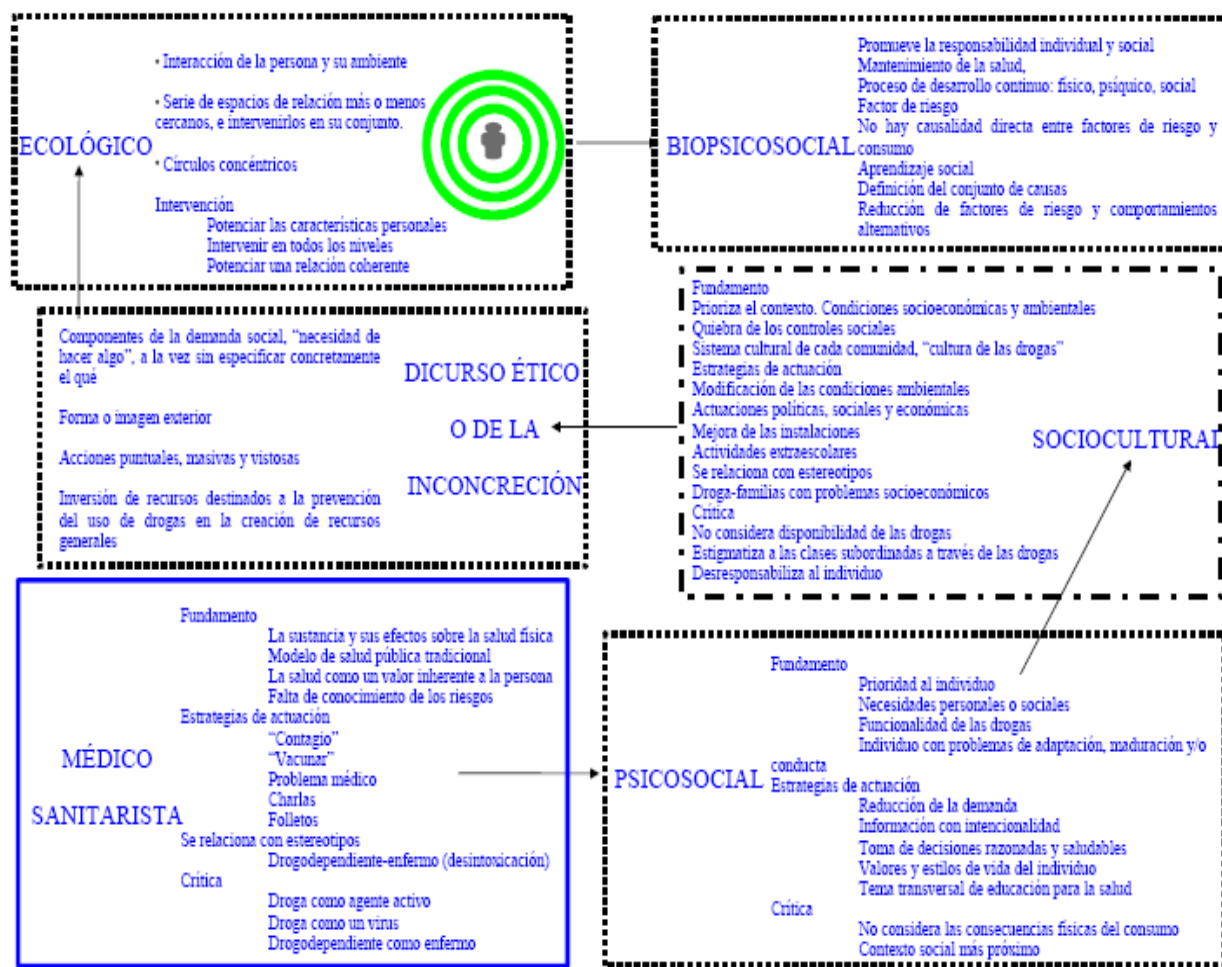


Por su parte, los enfoques se refieren a las perspectivas en las que se ubican los modelos.

Los enfoques son los referentes o categorías generales a partir de los cuales se supone el desarrollo de teorías y modelos. Estos enfoques no necesariamente se ubican al interior de la ciencia, por lo que no son equivalentes de las teorías o los modelos que se derivan de esta última.

Los enfoques contemporáneos en prevención de adicciones de los que se disponen en México son: Enfoque Ético-Moral; Enfoque Legal; Enfoque del Discurso Ético o de la Inconcreción, Enfoque Médico Sanitarista; Enfoque Psicosocial; Enfoque SocioCultural; Enfoque Biopsicosocial.

ENFOQUES DE LA PREVENCIÓN



Becoña, E. (1999)

En 1994 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos formuló un nuevo marco teórico para la prevención, con base a la clasificación operacional desarrollada por Gordon 7 años antes,

en un intento por sistematizar el entendimiento de la prevención de las enfermedades. La propuesta tuvo impacto en los modelos para la atención de diversos problemas de salud, entre ellos el consumo de sustancias.

La característica más importante del nuevo modelo fue la división de la atención en tres segmentos que forman un continuo: la prevención, el tratamiento y el mantenimiento. Así, las intervenciones preventivas se clasificaron en: universales, selectivas e indicadas.

En el desarrollo de esta competencia adquirimos la habilidad para desarrollar un organizador gráfico para la administración de esta clasificación de los tres niveles preventivos.

ORGANIZADOR GRÁFICO DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN

<i>PREVENCIÓN</i>			
	UNIVERSAL	SELECTIVA	INDICADA
MISIÓN	Evitar el establecimiento del consumo de drogas al darle a las personas la información y las habilidades necesarias para prevenir el problema.	Intervenciones para grupos de riesgo específicos	Identificar a individuos que presentan signos iniciales del abuso de sustancias y otros problemas de conducta asociados con el abuso e intervenirlos con programas especiales
RIESGO	Todas las personas comparten el mismo riesgo al consumo de drogas, pero puede variar considerablemente entre cada individuo.	Hijos de alcohólicos, reclusos, infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta	Los individuos identificados en este estadio, aunque presentan signos iniciales de abuso de sustancias, no se enmarcan dentro de un diagnóstico clínico de abuso de sustancias, como es definido por el DSM-IV
OFERTA	Ofrecida a grandes grupos de personas	Metodologías de captación y atención de grupos vulnerables	Valora a los individuos que muestran pocos de los factores asociados con el no uso de sustancias
METAS	Ayudar a establecer o fortalecer normas para concientizar contra el consumo de drogas	Evitar el consumo problemático de drogas	Reducción del periodo de tiempo durante el cual los signos continúen, retardar el establecimiento del abuso
DESVENTAJAS	No se tiene un registro del nivel de riesgo de manera individual. Amplios y costosos	Diagnóstico	No hay seguimiento

Offord, D. R. (2000)

Modelos Preventivos del Consumo de Drogas en México CONADIC (2003)

Se revisaron, estudiaron, analizaron y esquematizaron los diferentes programas preventivos

del consumo de drogas, más relevantes de México. Las siguientes gráficas dan cuenta de cada uno de ellos y se esquematizan cada uno de sus componentes principales.

CONSTRUYE TU VIDA SIN ADICCIONES



Fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud



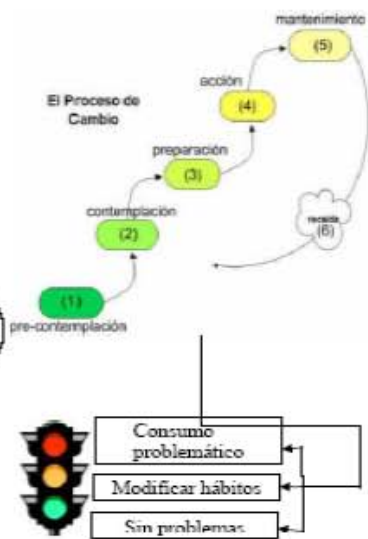
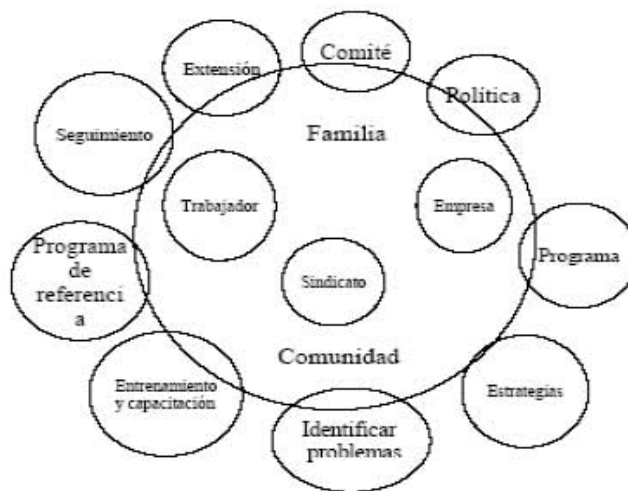
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo



USO DEL ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO

- Intervenciones:**
- Retroalimentar
 - Responsabilidad
 - Aconsejar
 - Dar opciones
 - Empatía
 - Autoeficacia



RIESGOS PSICOSOCIALES PARA MENORES, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS CHIMALLI - DIF



Fortalecimiento Familiar

EDUCACIÓN PREVENTIVA CONTRA LAS ADICCIONES (PEPCA)



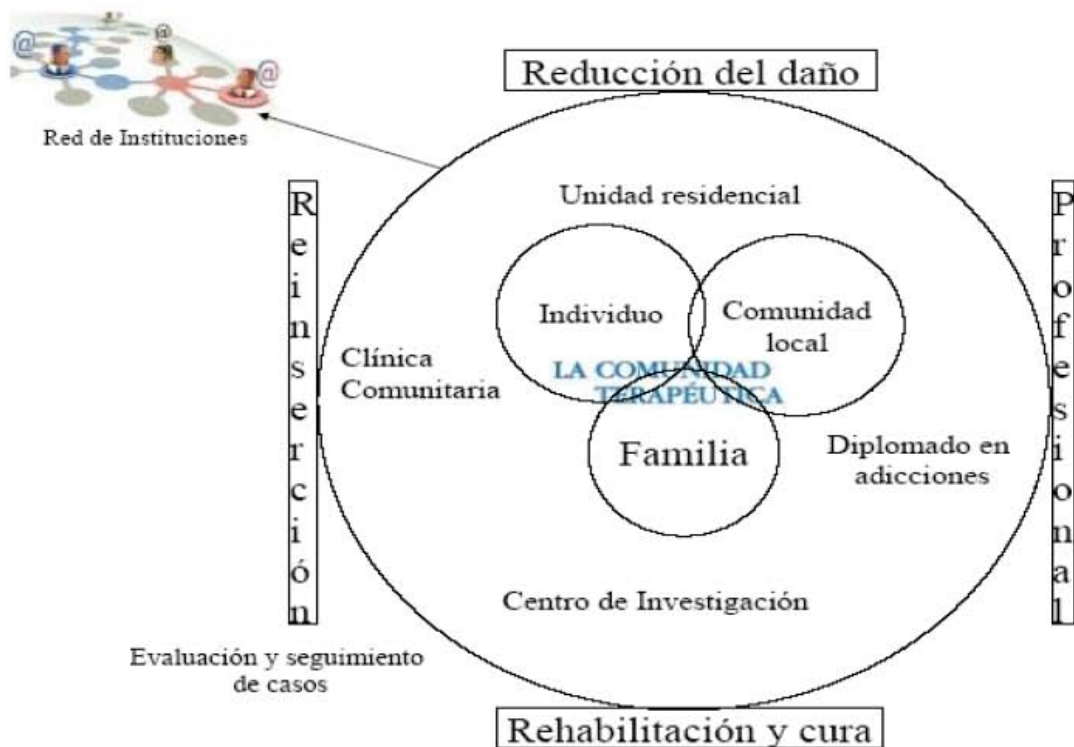
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PARA ALUMNOS DE 4o, 5o y 6o GRADOS DE PRIMARIA

Yo quiero, yo puedo

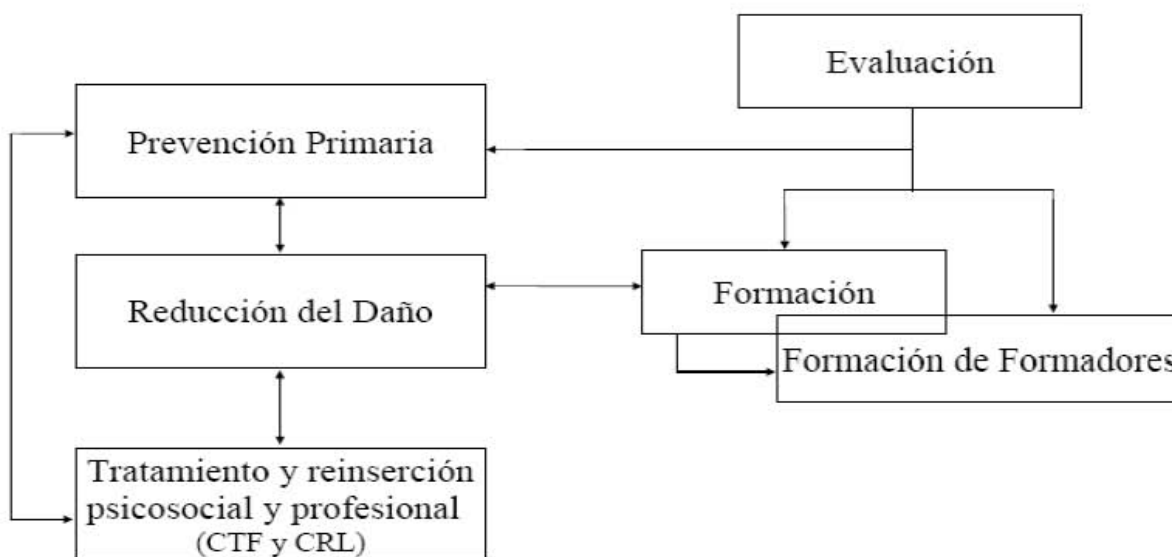
Desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, para prevenir problemas de educación y salud pública



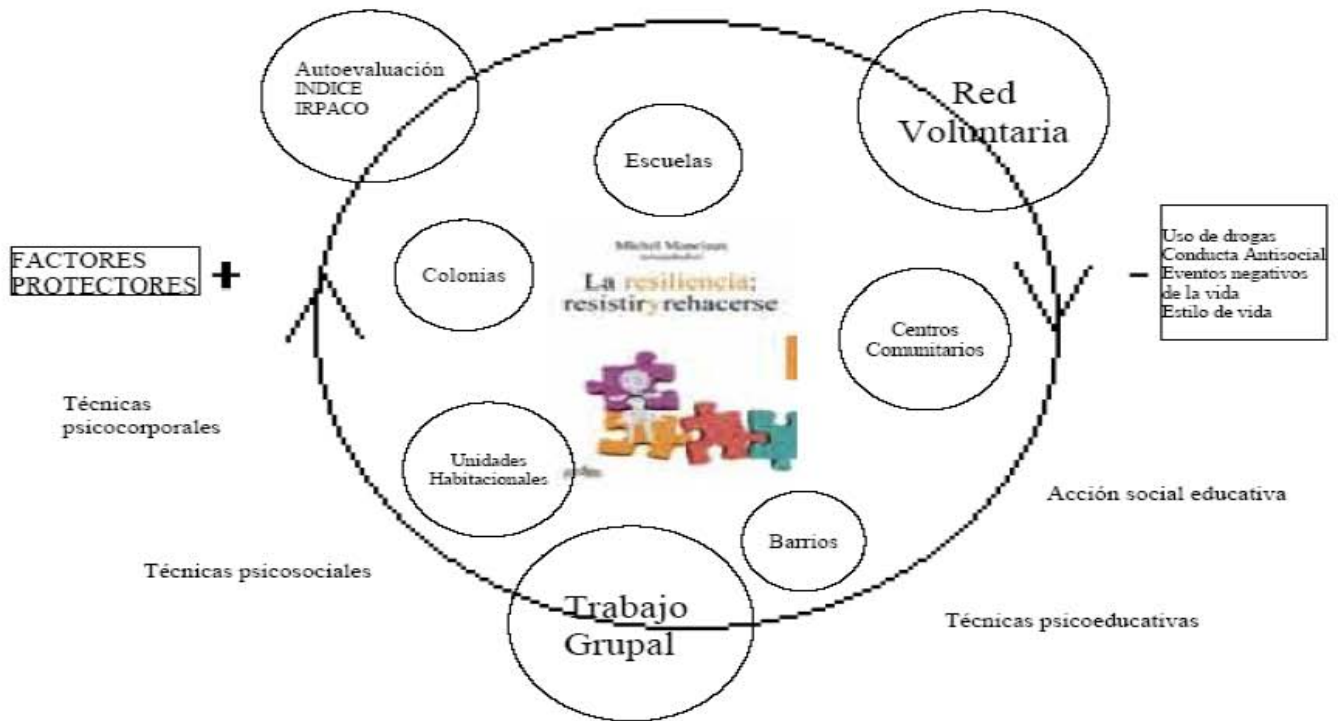
MODELO COMUNITARIO DE INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL



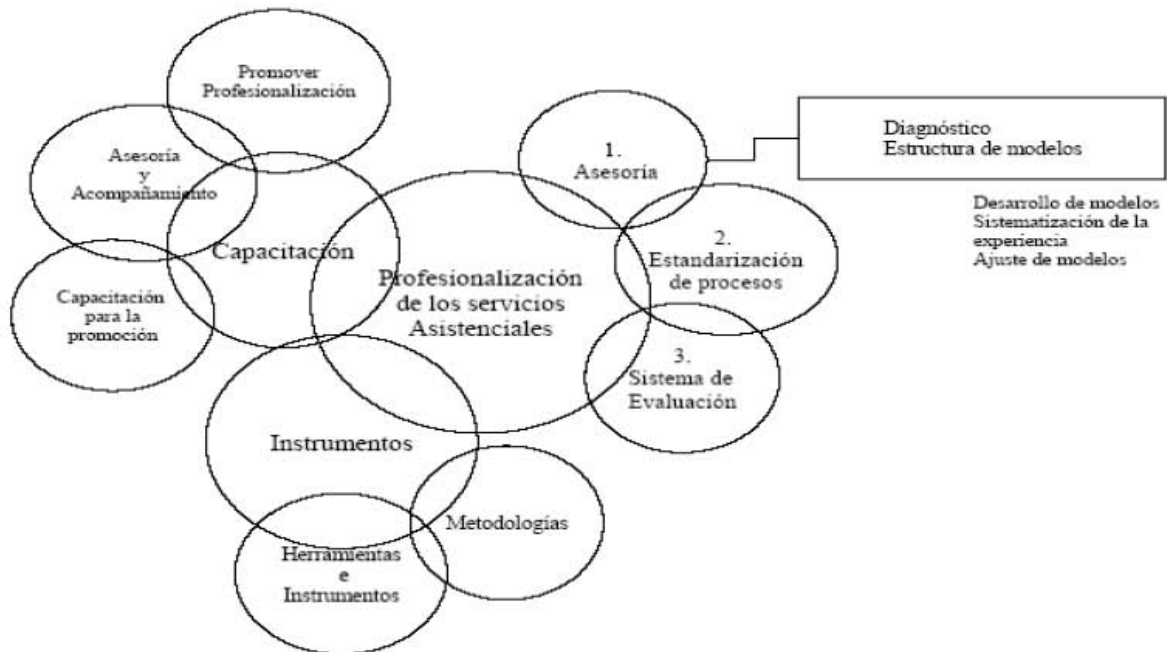
MODELO PREVENTIVO ECO²



MODELO PREVENTIVO DE RIESGOS PSICOSOCIALES CHIMALLI



INTERVENCIÓN SOCIAL PROFESIONALIZADA



Un componente rector de los modelos de prevención, es el de evaluación. La revisión de este componente implicó el análisis de los diferentes elementos mínimos necesarios para una adecuada evaluación de un modelo preventivo del consumo de drogas o de cualquier otra problemática. Para lograr dicho propósito, también revisamos, desarrollamos y adquirimos los conocimientos para generar la certificación de programas preventivos exitosos, como lo muestra el siguiente apartado.

CERTIFICACIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO EXITOSO

LOS OCHO COMPONENTES BÁSICOS

La premisa fundamental es que la certificación de un programa preventivo debe cumplir con los requerimientos mínimos de los ocho componentes principales para considerarse exitoso. Por lo tanto, al faltar con el cumplimiento cabal de alguno de ellos, el programa requerirá de una revisión exhaustiva y no certificará exitosamente.

MODELO PROBADO

Características

Base Teórica

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

Base Empírica

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

Componentes

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

Ciclo de la Evaluación Eficaz

Para que la evaluación sea eficaz, debe cumplir con: debe tener como base los objetivos

propuestos, requiere que sea integral, sistemática, permanente, total, reflexiva, y para cumplir con el ciclo debe ser recíproca.

INSERCIÓN DEL MODELO EN EL PROGRAMA

Vínculo del Modelo con el Programa

Paradigmas

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

Transversalidad

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

Direccionalidad

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

Compatibilidad con Políticas Locales

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

SUSTENTABILIDAD

Permanencia largo plazo

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

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

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

Costo-beneficio a corto, mediano y largo plazo

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

Duración del programa

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

Seguimiento

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

ENTRENAMIENTO A PROMOTORES

Desarrollo de habilidades

Saber disciplinar

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

Saber hacer

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

Saber ser

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

Saber convivir

Ayuda a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa, a tener

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

EVIDENCIAS

Indicadores medibles y observables

Cambios en las prevalencias

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

Expedientes y bitácoras de las comunidades intervenidas

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

Documentación de casos exitosos

Mediante escritos, audio grabaciones o video grabaciones documentar los logros y resultados favorables obtenidos con la instrumentación del programa.

Calidad de la intervención

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

Cobertura

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

IMPACTO EN LA COMUNIDAD

Percepción social de promotores y beneficiarios

Información y reflexión

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

Comunicación y participación

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

Organización e incidencia en otros programas

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

Transformación de actitudes y desarrollo humano

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

MATERIALES

Libros, multimedia, cuadernos de ejercicios, folletos, carteles basados en el modelo

Para promotor

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

Para beneficiarios

Trípticos informativos preventivos de la problemática.

Para directivos y profesionales

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

Para Fundaciones y funcionarios que toman decisiones

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

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS DE DISEMINACIÓN

Normas mínimas de funcionamiento

Competencias

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

Lineamientos de evaluación

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

Criterios de desempeño

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

Materiales

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

Evidencias

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

Otro aspecto importante que permitió la adquisición de esta competencia, consideramos fue la parte práctica que se logro desarrollar, elaborando una propuesta de un proyecto preventivo comunitario, al cual se le denomino Promotores Preventivos, como parte de las actividades de la residencia en Centros de Integración Juvenil.

El objetivo general del proyecto planteado fue: desarrollar y multiplicar acciones de promoción para la salud con el propósito de construir estilos de vida más saludables y comunidades libres del consumo de drogas.

Los objetivos específicos señalaban: implementar un programa de promoción de la salud en sus espacios de convivencia social el cual puede ser o no elaborado en algún curso;

promover el trabajo organizado de la comunidad para la atención y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; desarrollar acciones para implementar estrategias de formación de comunidades saludables y promover la inserción institucional en sus comunidades de impacto.

Se definió al proyecto, en términos de que, el promotor preventivo es todo miembro de la comunidad que ha sido capacitado, y que con su participación, acciones y prácticas contribuye a la formación de comunidades saludables a través de acciones de promoción para la salud para la prevención de las adicciones.

La participación o colaboración puede desarrollarse en las modalidades individuales y grupales. Pueden ser de diferentes tipos: Juveniles, Especializados, Comunitarios, Laborales.

Quienes realizarían actividades específicas preventivas como información y orientación.

Promoción y Coordinación de Actividades Inespecíficas: Culturales, Artísticas, Recreativas y Deportivas (visitas a museos, organización y participación de concursos y talleres de teatro, dibujo, música, danza, cuentos, canciones, poesía, etc.) presentación de sociodramas.

Promoción de la Salud (Campañas que promuevan el cuidado de la salud en general: p.e. higiene bucal, vacunación, prevención de enfermedades, etc.) (Conferencias y talleres que brinden información de temas relacionados a la promoción de estilos de vida saludables y prevención de adicciones y /o enfermedades: alcoholismo, tabaco, sexualidad, salud en general, etc.):

Educacionales: (Actividades y talleres en apoyo al desarrollo educativo de la comunidad: alfabetización, apego escolar, regularización en todos los niveles, impartición de clases inglés, computación, talleres de lectura, etc.)

Cursos de Verano

Captación de Fondos: Organización de eventos deportivos, recreativos, culturales, bazar, etc.

Promoción, Preparación y Coordinación de Actividades de Apoyo: Diseño y elaboración de material didáctico; Preparación de actividades inespecíficas; Contactos; Colaboración en actividades organizadas por los equipos técnicos y otros voluntarios; Colaboración en la organización y realización de eventos comunitarios organizados por los equipos técnicos; Colaboración en investigaciones; Participación en la organización y realización de la Reunión Anual de Voluntarios Local/Regional; Actividades de promoción y difusión; Foros y debates organizados por la comunidad; Participación en reuniones de evaluación.

Finalmente, consideramos que el valor del trabajo preventivo debe creerse como una aventura a la imaginación, la creatividad y la crítica. Así partiremos del conocimiento sobre la relación existente entre historia, estructuras sociales, componentes del orden y particularidades de los actores que se encuentran en riesgo de consumir drogas y con ello podremos ofrecer respuestas más integrales. El trabajo preventivo debe encontrarse teñido de una importante calidad ética por parte de quienes nos involucramos en él. Al comprender esa realidad del sentido común desarrollaremos mejores propuestas de intervención. Como profesionales de la salud mental esa es nuestra responsabilidad insoslayable.

Con base en todo lo anterior, al revisar teórica y prácticamente los paradigmas actuales sobre el campo preventivo de las adicciones, logre propiciar el desarrollo de las siguientes habilidades profesionales específicas para alcanzar un alto desempeño en el área:

Generar, adaptar y/o seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para una intervención profesional, fundamentando las decisiones para promover, restaurar, mantener o mejorar positivamente el funcionamiento y el sentido de bienestar de los usuarios a través de servicios de prevención.

Investigar de manera sistemática los procesos psicológicos relevantes a los modelos de detección, diagnóstico e intervención preventiva.

Diseñar, organizar y administrar programas de atención psicológica (preventivos), en colaboración con equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

COMPETENCIA 3

DESARROLLAR PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR LOS DAÑOS QUE CAUSE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Los programas de detección temprana e intervención breve para los cuales se recibió capacitación tienen fundamentos diversos.

De manera general proporcionan una opción de tratamiento a los bebedores problema o bebedores en riesgo.

El fundamento teórico de estos programas de intervención es la Teoría del Aprendizaje Social expresada por Bandura (1969, 1967, 1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. La teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos de las drogas como recompensa y castigo y la dependencia física.

No obstante, la perspectiva que enfatiza la Teoría del Aprendizaje Social es, que existe un determinismo recíproco entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas.

Estos programas se fundamentan también, en un modelo de intervención motivacional, la

cual ayuda a la persona con problemas en su consumo de drogas a comprometerse para modificar su conducta, así como a reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo.

La Terapia Motivacional de Miller y Rollnick (1991) es una intervención sistematizada, destinada a provocar un cambio en los pacientes con problemas de consumo de alcohol; está basada en los principios de la psicología motivacional en la que se sustenta que, las personas cambian sólo si tienen suficiente motivación. Hay dos tipos de motivación, interna y externa; en esta última se incluyen aspectos tales como la pérdida de trabajo, separación de la pareja, retirarle el permiso para conducir, en tanto que en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1986) la persona pasa por diferentes fases hasta alcanzar el cambio. Las terapias motivacionales tienen una serie de elementos comunes:

DAR RETROALIMENTACIÓN: mostrar los resultados y ponerlos en relación con el consumo de alcohol, o bien reafirmar la favorable evolución.

ASIGNAR RESPONSABILIDAD: mostrar que es el paciente quien tiene que tomar la decisión de cambiar y debe elegir las posibilidades de intervención. Esto evita los abandonos.

INDICAR ADVERTENCIA: señalar los problemas y razones para el cambio y dar recomendaciones de cómo hacerlo; señalar los peligros y riesgos del consumidor y advertirle de las consecuencias pero con optimismo; magnificar las excelencias del cambio.

OFRECER UN MENÚ DE POSIBILIDADES: ofrecer varias alternativas para conseguir la abstinencia.

MOSTRAR EMPATÍA: dar apoyo, atención, simpatía; todo lo contrario de confrontación, suspicacia, actitud directiva.

INCREMENTAR LA AUTOEFICACIA: mostrar optimismo sobre las posibilidades del cambio.

La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona acepte participar, continúe, se adhiera y se mantenga en tratamiento. La tarea principal del terapeuta es

incrementar la probabilidad de que el usuario siga una serie de pasos hacia el cambio recomendado.

La idea del cambio da pie, a otro de los fundamentos de estos programas, el cual remiten al modelo desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1982. Precisamente, es este un modelo muy útil para identificar el proceso del cambio. Los autores observaron que, el cambio pocas veces es un evento repentino, consideran que involucra una serie de etapas.

La primera etapa la llamaron de Precontemplación, porque la persona no considera aún la posibilidad de cambiar, ya que no ha identificado tener un problema, o que necesite ayuda para resolverlo.

La siguiente etapa es de Contemplación, en esta etapa el usuario reconoce que tienen un problema con el consumo de drogas, es un periodo de ambivalencia en el cual la persona considera un cambio y a la vez lo rechaza, en su discurso presenta en ocasiones razones para cambiar y en otras justifica el no hacerlo.

La siguiente etapa de Determinación se presenta cuando la persona se encuentra a favor del cambio y se considera “motivado”. Si durante esta etapa la persona entra en acción, el proceso de cambio continúa, si no, caerá nuevamente en la etapa de contemplación.

La siguiente etapa se denomina de Acción, es cuando el usuario piensa acudir a terapia y cuando se ocupa en acciones particulares para cambiar su consumo. Aquí el usuario ya tiene la disposición de sentarse a analizar sus situaciones de riesgo y se le puede ayudar a plantear las opciones de solución a éstas, así como las estrategias de reducción del consumo.

Durante la siguiente etapa de Mantenimiento, el propósito es sostener el cambio y prevenir recaídas. Aquí es trabajo del terapeuta es, ayudar a evitar el desaliento o desmotivación, continuar buscando el cambio, renovar la determinación, resumir la acción y mantener los esfuerzos, es decir, detectar en qué etapa se encuentra actualmente el usuario y reforzarlo para pasar de nuevo a la acción.

El siguiente apartado, aunque es parte de la introducción a esta competencia, es un trabajo producto de la adquisición de las habilidades necesarias requeridas para esta competencia, en el cual se desarrollan algunas ideas específicas sobre las intervenciones breves y terapias breves para el abuso de sustancias.

INTERVENCIONES BREVES Y TERAPIAS BREVES PARA EL ABUSO DE SUBSTANCIAS

La relación entre las intervenciones breves y terapias breves para el abuso de sustancias, con la prevención primaria y tratamientos más complejos, se da en tanto, las primeras son parte de estas últimas. Aunque esta relación subyace y varía dependiendo de la sustancia usada, la severidad del problema y los resultados que se desean.

Las intervenciones breves pueden usarse como un método que permita dar atención más inmediata a los clientes, como un tratamiento inicial para usuarios no dependiente en riesgo y para usuarios peligrosos de sustancias. Las terapias breves, por su parte, pueden usarse para realizar cambios significativos en las conductas de los clientes (Robbins, et al., 2003).

El término abuso de sustancias se usa para describir cualquier uso excesivo de sustancias adictivas, también se usa para demostrar dependencia a la sustancia. El término incluye también el uso de alcohol así como otras sustancias de abuso. Además, el término refiere a toda la variedad de desordenes de abuso de sustancias.

Las intervenciones breves son aquellas prácticas que prominentemente investigan un problema potencial y que motivan a un individuo a empezar a hacer algo respecto a su abuso de sustancias; su relación con tratamientos más complejos se da en términos de que las intervenciones breves motivan al cliente a mantenerse en estos últimos. Por lo tanto, puede usarse para fomentar en el cliente quienes necesiten tratamientos especializados en aspectos específicos de programas de tratamiento (Szapocznik, et al., 2002).

La meta principal de cualquier intervención breve es reducir el daño resultado de continuar con el uso de sustancias. No obstante que, la meta específica para cada cliente se determina por su patrón de consumo, las consecuencias de su uso; de tal forma que, como

metas deben plantearse: enfocar metas intermedias que faciliten un éxito más inmediato, que deben incluir abstenerse al menos de una sustancia, disminuir la frecuencia del uso, y asistir a tratamiento; y responsabilizar al cliente de su propia recuperación enfocándose en una conducta objetiva sencilla o simple.

Existen seis componentes de las intervenciones breves, los cuales son elementos críticos para que las intervenciones breves sean efectivas (Szapocznik, et al., 2002):

Retroalimentación, se da a nivel individual acerca del riesgo personal o mejoramiento.

Responsabilidad para el cambio, la cual está en el participante.

Consejo para cambiar se sitúa en el clínico

Menú de alternativas de autoayuda u opciones de tratamiento que se ofrecen al participante

Empatía en el estilo usado por el consejero.

Autoeficacia o empoderamiento optimista es fomentado en el participante.

De la misma manera, existen fases necesarias de las intervenciones breves (Szapocznik, Hervis, y Schwartz, 2003) que se incorporan en los componentes antes mencionados:

1. Introducir los cuestionamientos al contexto de la salud del cliente.
2. Tamizaje, evaluación y evaluación.
3. Retroalimentación
4. Hablar acerca del cambio y establecer metas.
5. Resumir y contacto estrecho

La terapia breve es un proceso sistemático, enfocado que apoya la evaluación, el manejo del cliente y la implementación rápida de estrategias de cambio. En este sentido, las terapias breves usualmente utilizan más sesiones que las intervenciones breves; entre 1 a 40 sesiones. Las terapias breves también difieren de las intervenciones en que su meta es darle al cliente las herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes (Szapocznik, et al., 2002).

¿Cuándo usar terapias breves? Es un cuestionamiento importante a considerar al determinar el uso de un tipo particular de terapia breve. En este contexto, es recomendable, que las necesidades del cliente y las conveniencias de la terapia breve sean evaluadas caso por caso.

Así, algunos criterios a considerar para la pertinencia de la terapia breve incluyen (Szapocznik, et al., 2002):

- Diagnóstico diferencial
- El rango y severidad de los problemas presentes
- La duración de la dependencia a la sustancia
- Disponibilidad de apoyos familiares y comunitarios
- El nivel y tipo de influencia de los pares, familia , y comunidad
- Tratamientos previos o intentos de recuperación
- El nivel de motivación del cliente
- La claridad de las metas a corto y largo plazo del cliente
- La idea valorativa del cliente de la terapia breve
- El número de clientes que necesitan tratamiento.

Algunas otras consideraciones de criterio son: dependencia menos severa a la sustancia, nivel del post trauma que afecte el abuso de la sustancia del cliente; recursos insuficientes disponibles para una terapia más prolongada; tiempo disponible limitado para el tratamiento; presencia de otros diagnósticos médicos o de salud mental; una larga lista de espera de otros clientes.

A pesar de que existe una variedad de diferentes escuelas de terapia breves, todas su formas comparten algunas características comunes, entre las más relevantes se cuenta, se enfocan al problema o a su solución, su interés es el síntoma, no la causa; definen metas claras relacionadas a un cambio específico o conducta; deben ser comprensibles al cliente y al clínico; deben producir resultados inmediatos; pueden ser fácilmente influidas por la personalidad y estilo del terapeuta; se apoyan en un rápido establecimiento de una fuerte relación de trabajo entre el cliente y el terapeuta; el estilo terapéutico es altamente activo, empático, y en ocasiones directivo; la responsabilidad del cambio se establece claramente en el cliente; al comienzo en el proceso, el enfoca es ayudar al cliente a aumentar su autoeficacia y comprender que el cambio es posible; la finalización se discute desde el principio; los resultados son mensurables.

Para la terapia breve el tamizaje y la evaluación son pasos críticos iniciales. El tamizaje es un

proceso en el cual los clientes son identificados de acuerdo a las características que indican que probablemente estén abusando de drogas. El tamizaje identifica la necesidad de una valoración más a fondo pero no es un sustituto adecuado de la evaluación completa.

A su vez, la evaluación es un proceso más extenso que implica un amplio análisis de los factores que contribuyen y mantienen el abuso de sustancias en el cliente, la severidad del problema, y la variedad de las consecuencias asociadas con este. Los procedimientos de tamizaje y evaluación para la terapia breve no difieren en forma significativa de aquellos que se usan en tratamientos a largo plazo.

Su importancia para la terapia breve radica en que estos procedimientos, deben dar cuenta de los patrones actuales de uso, la historia del uso de la sustancia, consecuencias del abuso de sustancia, desórdenes psiquiátricos comorbidos, problemas médicos mayores y estado de salud, nivel escolar y situación laboral, redes sociales de apoyo, fortalezas del cliente, ventajas situacionales, e historia familiar. También deben determinar si el problema de abuso de sustancias del cliente lo sitúa para recibir una terapia breve; la evaluación por si mismas debe ser parte del proceso de la terapia breve.

Después de lo anterior, en la primera sesión de la terapia breve la meta principal es llegar a una verdadera comprensión de la problemática del cliente, estableciendo un acercamiento y una relación de trabajo efectiva, e implementar una intervención inicial. También debe, el terapeuta, identificar y discutir las metas de la terapia breve junto con el cliente; debe negociarse, también junto con el cliente, la abstinencia como meta. Como tareas críticas para la primera sesión, el terapeuta debe producir un rápido compromiso; identificar, enfocar y priorizar los problemas; trabajar con el cliente para desarrollar un plan de tratamiento y las posibles soluciones para los problemas del abuso de sustancias; negociar el aproximarse al cambio con el cliente (lo cual puede implicar un contrato entre el cliente y el terapeuta); elicitación del interés del cliente sobre los problemas y las soluciones; comprender las expectativas del cliente; explicar el marco de trabajo estructural de la terapia breve, incluyendo los procesos y sus límites y canalizarlo en caso necesario cuando se han identificado necesidades críticas pero que no se pueden trabajar en ese escenario de tratamiento (Szapocznik, et al., 2002).

Logrado lo anterior, el practicante de la terapia breve, a fin de mantener los avances durante la terapia breve, debe continuar dando apoyo, retroalimentación, y asistencia al establecer metas realistas. También debe ayudar al cliente a identificar disparadores de recaídas y las situaciones en las que la sobriedad se hayan en peligro.

De manera específica, las estrategias para ayudar al cliente a mantener el progreso logrado durante la terapia breve incluyen las siguientes (Szapocznik, et al., 2002):

- Instruir al cliente respecto a la naturaleza crónica de la recaída al abuso de sustancias
- Considerar las circunstancias que motivarán al cliente a regresar al tratamiento y planear como dirigirlo.
- Revisar los problemas que emergerán que no necesitaran tratamiento y ayudar al cliente a desarrollar un plan para manejarlos en un futuro.
- Desarrollar estrategias para identificar y afrontar situaciones de riesgo o la reemergencia de conductas de abuso de sustancias.
- Enseñarle al cliente a como capitalizar sus fortalezas personales.
- Enfatizar al cliente su autosuficiencia y enseñarle técnicas de autoreforzamiento.
- Desarrollar un plan a futuro de apoyos, incluyendo grupos de ayuda mutua, apoyo familiar y apoyo comunitario.

Considerando el determinismo recíproco del contexto global del cliente, y considerando en este contexto, que el cliente puede progresar más rápidamente de lo que se espera, no es necesario que el cliente pase necesariamente por todas las sesiones de tratamiento en la terapia breve.

Por otra parte, los cursos formales escolarizados, en los cuales se revisaron conocimientos generales de la psicología de las adicciones, a nivel teórico, relacionados con programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros fueron: Teorías y Modelos de Intervención; cuyo objetivo fue, revisar diferentes aproximaciones de tratamiento de las conductas adictivas, dirigidos a diferentes sectores poblacionales. Se revisaron tres diferentes modelos para estudiar el consumo de drogas: El Modelo de Enfermedad, Modelo de Atención a los Adolescentes y La

Teoría para la Prevención de Recaídas.

Para concluir con este curso, se revisaron las características de los tres niveles de atención en salud, y los escenarios principales en los se desarrollan éstos.

Posteriormente, se revisaron de los modelos de intervención para atender conductas adictivas; en el cual se planteó como objetivo general, estudiar y conocer tres enfoques para la atención de las adicciones: Enfoque Sistémico, Enfoque Cognitivo y el Enfoque Psicofisiológico.

Se estudio el enfoque sistémico, derivado de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1968) la cual plantea que, todo en el universo está íntimamente relacionado en sistemas. En este contexto, se suscribe a la familia como sistema, así con la terapia familiar sistémica contra el consumo de drogas, se focaliza el síntoma, investiga cómo se llego al síntoma, el propósito es encontrar el equilibrio o estado estable, modificando los patrones de interacción que propician o mantienen la conducta de consumo de drogas de algún miembro de la familia.

También se revisaron consideraciones conceptuales de orden general respecto a a la terapias breves para la atención de conductas adictivas.

En la residencia de las maestría se desarrollaron cursos de Capacitación para el manejo del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve (Echeverría, Ruíz, Salazar, y Tiburcio, 2004) su objetivo fue, adquirir las habilidades para ayudar a los clientes a: fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tienen mayor posibilidad de beber en exceso y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a estas situaciones.

Este curso incluyó 5 módulos:

a. Módulo epidemiológico, donde se hizo una revisión de la incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad del fenómeno de las adicciones en México.

b. Módulo introductorio al modelo, que profundiza sobre las diversas alternativas de tratamiento de las adicciones.

c. Módulo del fundamento teórico del modelo de intervención. La Teoría del Aprendizaje Social.

d. Módulo que caracteriza a los diferentes tipos de bebedores y define al bebedor problema y,

e. Módulo para la descripción del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

Éste último consta de varias fases o sesiones:

Admisión: es el momento en se recibe la información para ser utilizada en el tratamiento y en donde se determina si el usuario es candidato o no al modelo.

Evaluación Inicial: que permite cuantificar el problema que quiere modificarse y también permite medir la respuesta a la intervención. Esta información proporciona una base de datos que permite evaluar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer junto con el usuario la meta del tratamiento y medir la precisión de la valoración inicial.

En esta sesión se aplican los siguientes instrumentos: Entrevista Inicial, Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol, Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, Cuestionario de Confianza Situacional forma breve.

Cuatro Sesiones de Tratamiento: 1) decidir cambiar y establecimiento de metas, 2) identificar situaciones que ponen al usuario en riesgo de beber en exceso, 3) enfrentar los problemas relacionados con el alcohol, 4) nuevo establecimiento de metas, y finalmente un proceso de seguimiento a uno, tres, seis y doce meses después de haber concluido el tratamiento.

También un curso de Capacitación para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, Ayala, Salazar,

Ruíz, y Barrientos, 2004) que tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, tales como el alcohol, marihuana, cocaína e inhalables, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en habilidades de auto-regulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo.

El programa de Atención para Adolescentes está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior. El programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo, y sus características generales son:

a) Detección de casos, es la promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de póster, trípticos, pláticas informativas, contacto con el personal de la escuela para la identificación de posibles casos.

b) Admisión, es la evaluación de los criterios de inclusión al programa.

c) Evaluación, es la medición del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo.

d) Inducción al Tratamiento, se promueve la disposición de los adolescentes, identificados como consumidores, a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional.

e) Tratamiento, consta de cuatro reuniones con el adolescente de forma individual, con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y estos objetivos se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión.

f) Seguimiento, se evalúa el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento a uno, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúa a los usuarios a través de un auto-reporte sobre la frecuencia de consumo. A los seis meses, se evalúa por última ocasión a través del auto-reporte y del cuestionario de confianza situacional.

Con base en todo lo anterior, al revisar teórica y prácticamente los paradigmas actuales sobre el campo de las adicciones, logre propiciar el desarrollo de las siguientes habilidades y competencias profesionales específicas para alcanzar un alto desempeño en el área:

1. Detectar y diagnosticar conjuntamente con los usuarios los aspectos relevantes a las necesidades de intervención de estos.
2. Generar, adaptar y/o seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para una intervención profesional, fundamentando las decisiones para promover, restaurar, mantener o mejorar positivamente el funcionamiento y el sentido de bienestar de los usuarios a través de servicios de prevención, desarrollo y tratamiento.
3. Investigar de manera sistemática los procesos psicológicos relevantes a los modelos de detección, diagnóstico e intervención.
4. Diseñar, organizar y administrar programas de atención psicológica (preventivos, de desarrollo y tratamiento), en colaboración con equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
5. Mostrar una actitud ética en el desempeño del quehacer profesional.

El desarrollo y la adquisición de estas habilidades se manifestaron, de manera más precisa, en las dos siguientes propuestas de intervención e investigación, que a continuación se detallan:

Impacto del Auto monitoreo y Entrenamiento de Respuestas Alternativas para Moderar el Consumo de Alcohol en Jóvenes.

El propósito de la investigación es evaluar el impacto de las intervenciones de auto monitoreo y entrenamiento en respuesta alternativa sobre la conducta de consumo de alcohol, midiendo el número de unidades de consumo por mes.

La intención es buscar la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas al menos en situaciones de ansiedad o de riesgo.

Diseño de línea base múltiple inter sujetos. El diseño es ABC con intervenciones diferentes para tres sujetos diferentes.

El Procedimiento fue: Línea base múltiple, el primer sujeto debe realizar registro de unidades de consumo por un periodo de una semana, el segundo sujeto por dos semanas y el tercero por tres, a través de tarjetas de automonitoreo. Asignación aleatoria de los sujetos a cada uno de las líneas base. Aplicación de Audit Breve.

Fase B. **El auto monitoreo o auto observación**, consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La información transmite si la conducta se desvía de un estándar de desempeño (al menos no rebasar los límites de la línea base) impuesto de modo personal o cultural. Se les instruye para que registren la frecuencia de sensaciones de ansiedad en diferentes escenarios casa, escuela y/o trabajo. Después se les dan instrucciones para revisar sus pensamientos de modo más detallado registrando el tiempo del pensamiento, lo que hacía en ese momento, el contenido específico de cada pensamiento y así sucesivamente. Finalmente, registrar las ocasiones de consumo asociadas con estos pensamientos en las diferentes situaciones. Se desarrollaran cuatro sesiones, una vez a la semana.

Fase C. **Entrenamiento de respuesta alternativa**. Técnica de autocontrol que consiste en entrenar a la persona para que participe en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta no deseada, en esencia, se le entrena para reemplazar una conducta con otra. El centro más común es el control de la ansiedad. Se entrena a un cliente a tensar y relajar grupos musculares individuales. Tensar y relajar de manera alternada ayuda a la persona a discriminar diferentes niveles de relajación muscular. Haciendo auto instrucciones de sentir calor y pesadez en los músculos. Se desarrollaran cuatro sesiones, una vez a la semana.

Se predice una reducción en los rangos de consumo en promedio de un 15% al termino de la fase B (auto monitoreo).

Al finalizar la fase C se espera que los rangos absolutos en las unidades de consumo mensual se vean reducidos de entre 25% a 40% para cada uno de los participantes.

La siguiente propuesta de intervención fue:

Tratamiento Familiar Cognitivo Conductual para Adolescentes Usuarios de Substancias

Planteada como una intervención breve motivacional dirigida a desarrollar habilidades de comunicación, solución de problema y negociación en las familias que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias en el adolescente.

El objetivo del programa es promover un cambio en la conducta de consumo del adolescente mediante estrategias cognitivo conductuales dirigidas a modificar las interacciones familiares disfuncionales y reforzar las interacciones familiares gratificantes.

El programa se divide en tres fases. Pre-tratamiento, Tratamiento y Seguimiento. La primera de ellas tiene como objetivo identificar los criterios de inclusión para ingresar al programa, motivar a la familia para el cambio, clarificar las expectativas ante el tratamiento y evaluar los factores cognitivos y conductuales implicados en las interacciones familiares disfuncionales que refuerzan la conducta de consumo, así como aquellos factores que pueden facilitar el cambio.

La segunda fase tiene como objetivo desarrollar en la familia habilidades de comunicación, solución de problemas y negociación, dirigidas a promover un cambio en la conducta de consumo del adolescente. Durante el tratamiento se incluyen sesiones adicionales con el adolescente, dichas sesiones tienen como objetivo informar sobre las consecuencias del

consumo, desarrollar habilidades para rehusarse al consumo y prevenir recaídas. Con la familia las sesiones adiciones tiene por objetivo proporcionar información sobre la etapa de vida del adolescente y la adquisición de estrategias para el adecuado establecimiento de límites.

La tercera fase está integrada por cuatro sesiones de seguimiento. Durante las sesiones de seguimiento se pretende evaluar el mantenimiento de los cambios, identificar dificultades y establecer nuevos planes de acción. Los seguimientos se programan al 1º, 3º, 6º, y 12º meses de haber finalizado el tratamiento.

De manera transversal, en este programa se utilizarán las siguientes estrategias de intervención: reestructuración cognoscitiva, entrevista motivacional, análisis funcional, y solución de problemas.

COMPETENCIA 4

APLICAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA REHABILITAR A PERSONAS ADICTAS

Con el propósito de desarrollar la presente competencia, fue necesario revisar teóricamente los paradigmas actuales sobre el campo de las adicciones, a fin de propiciar el desarrollo de habilidades y competencias profesionales específicas para alcanzar un alto desempeño en el área, a través de:

Revisar antecedentes históricos del análisis de la conducta, conceptos fundamentales y aplicaciones, evaluación y metodología del cambio conductual, y técnicas de intervención para la modificación de la conducta.

Específicamente, el estudio teórico práctico de la curricula, para el avance en la maestría de las adicciones, verso sobre:

Estudio de los principios básicos de la teoría del aprendizaje social y el abuso de alcohol.

Revisión de las ventajas para el uso de las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y de otras drogas.

Reconocimiento y manejo de los pasos y técnicas para realizar intervenciones breves efectivas.

Revisión de las aplicaciones motivacionales en la práctica y en los programas de tratamiento, y revisión de las técnicas del incremento motivacional en las intervenciones breves.

Revisión de la motivación para el cambio de la conducta y el tratamiento entre abusadores de sustancias.

Estudio de la intervención breve para problemas con el alcohol y las drogas.

Revisión del modelo comprehensivo del cambio de las conductas, las perspectivas críticas sobre el modelo transteórico y los estadios del cambio, las condiciones críticas para el cambio en las conductas adictivas, la efectividad del tratamiento del alcoholismo, intervenciones breves con bebedores problemas, el cambio de bebedores problemas sin la ayuda de terapeutas, prevención de recaídas en consumidores de alcohol y cuidados posteriores al tratamiento de alcoholismo.

Reportando dos meta - análisis sobre la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento del alcoholismo.

En este contexto, el Programa de Satisfactores Cotidianos, es el que ofrece la maestría con relación a esta competencia.

En este sentido, Hunt y Azrin (1972) son los principales autores y clínicos que han investigado sobre la Propuesta de Reforzamiento Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés, Community- Reinforcement Approach).

Ellos comentan que, existen diversas propuestas teóricas para el alcoholismo. Una propuesta de reforzamiento operante lo usaron en un estudio (Hunt y Azrin, 1972) para desarrollar un nuevo procedimiento que reajusta los reforzadores comunitarios, tales como un empleo, relaciones familiares y sociales del alcohólico de manera que el consumo produce un tiempo fuera con una lata densidad de reforzamiento. Esta propuesta parece ser un método efectivo para reducir el alcoholismo.

Luego en 1975, Azrin evaluó un programa modificado de Reforzamiento Comunitario para dar tratamientos a personas alcohólicas. Para incrementar la efectividad del programa, se incorporó el sistema Buddy, un sistema de auto registro diario, consejería de grupo, y un programa especial de motivación social para asegurar la administración de Disulfiram (Antabuse).

Posteriormente, se estudio (Higgins, 1994) la participación de otros significativos en el

tratamiento para predecir la abstinencia al consumo de cocaína.

Con estos antecedentes se puede señalar que, el CRA fue desarrollado dentro un marco conceptual del análisis de la conducta. Dentro de este marco, el uso y abuso de drogas se consideran una conducta operante (Hinggins, 1999) que es mantenida, en parte, por los efectos reforzadores de las drogas.

Dentro de este marco conceptual, el uso de drogas es considerado como una conducta aprendida que cubre un continuo que va desde patrones de uso leve y pocos problemas hasta un uso excesivo y con muchos problemas asociados, incluyendo la muerte.

De tal forma que, la propuesta de reforzamiento comunitario (CRA) es una propuesta de tratamiento para el alcoholismo que se orienta a lograr la abstinencia al eliminar el reforzamiento positivo para el consumo, y al aumentar el reforzamiento positivo para la sobriedad. El CRA integra varios componentes de tratamiento, incluido el generar motivación en el cliente para dejar de consumir, ayudar al cliente a iniciar con la sobriedad, analizar el patrón de consumo del cliente, aumentar el reforzamiento positivo, aprender nuevas conductas de enfrentamiento, e involucrar a otros significativos en el proceso de recuperación. Estos componentes pueden ajustarse a las necesidades del cliente para alcanzar resultados óptimos en el tratamiento. Además, los resultados del tratamiento pueden ser influenciados por factores como el estilo del terapeuta y la intensidad inicial del tratamiento. Varios estudios han ofrecido evidencia de la efectividad del CRA para alcanzar la abstinencia. También, el CRA se ha integrado de manera exitosa a diversas propuestas de tratamiento, tales como la terapia familiar y la entrevista motivacional, y se ha evaluado en el tratamiento para el consumo de otras drogas (Miller y Meyers, 1999).

Estos mismos autores documentan que, en revisiones de investigación recientes, sobre los resultados de tratamientos para alcohol, la propuesta de reforzamiento comunitario (CRA) es señalada entre las propuestas con fuerte evidencia científica de eficacia. Actualmente muchos clínicos quienes tratan problemas de alcohol nunca han oído de él, debido a que los primeros ensayos clínicos del CRA se han publicado apenas hasta el último cuarto del siglo - un claro ejemplo de la brecha entre la investigación y la práctica.

Para población mexicana, se desarrollo un estudio piloto (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005), que aunque de manera preliminar, tuvo como propósito adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto de este modelo (CRA) en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

En este estudio, el modelo incluyó los siguientes componentes de intervención: análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales, y prevención de recaídas.

La adaptación del modelo en este estudio consistió en incorporar tres cambios: 1) inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de variables predictoras de recaídas: autoeficiacia y precipitadores, y 3) habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto de los usuarios consumidores mexicanos.

Los resultados de esta investigación preliminar constatan la efectividad del modelo en usuarios dependientes de sustancias adictivas. Los resultados favorables fueron: decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, incremento en el nivel de vida cotidiana, y en el nivel de autoeficiacia después del tratamiento y en seguimiento. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida cotidiano más satisfactorio, al incluir actividades incompatibles con el consumo.

En las discusiones, los autores recomiendan en réplicas de la instrumentación de este modelo incluir un componente de entrenamiento para el autocontrol de emociones, cuatro específicamente: depresión, ansiedad, enojo y celos, e incluir a usuarios egresados en un grupo de actividad social recreativa (club social) a fin de reforzar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005). Incluidos estos componentes adicionales es cómo está siendo ofrecido actualmente.

La filosofía subyacente del CRA es simple: con el propósito de superar los problemas del alcohol, es importante un reajuste en la vida de la persona, de manera que la abstinencia sea más recompensante que el consumo. El uso de alcohol así como otras drogas puede ser altamente reforzante: el usuario experimenta efectos que lo motivan a continuar

consumiendo, lo cual lo lleva a la dependencia al alcohol.

¿Qué es entonces lo que puede hacer un consumidor dependiente que quiere dejar de consumir? Una propuesta común es “aumentar el dolor” -es decir, enfrentar a la persona con consecuencias displacenteras y costosas debidas al consumo. Esta propuesta intenta que el consumo sea menos atractivo, y pueda incluir terapias aversivas, farmacoterapia con disulfiram, consejería confrontacional, e imposición de consecuencias negativas (ejemplo, castigo). Dichas propuesta son negativas, por lo tanto, con frecuencia se ha encontrado que son inefectivas para disminuir el consumo y los problemas relacionados con el alcohol (Miller et al., 1998). Recurrentemente, los clínicos a menudo se sorprenden de cómo un alcohólico tolerará muchas adversidades a fin de continuar con su consumo.

De hecho, se ha dicho que si se les castiga trabajando, ellos no serán alcohólicos.

El CRA considera o retoma una propuesta diferente para superar los problemas asociados al consumo de alcohol, una es la que se basa en darles incentivos para que detengan su consumo en lugar de castigarlos por continuar con su consumo. Para que al final, el cliente, terapeuta, y los otros significativos, trabajen juntos para cambiar el estilo de vida del consumidor (ejemplo, sus sistemas de apoyo y sus actividades sociales) de manera que la abstinencia llegue a ser más recompensante que el consumo. Desde que fue introducido por Hunt y Azrin en 1972, el tratamiento de CRA ha evolucionado considerablemente, y la clientela se ha extendido para incluir a persona de alcohólicos y usuarios de otras drogas.

Para darle a un alcohólico los incentivos con el propósito para que deje de consumir, el CRA persigue dos metas principales:

1. Eliminar el reforzamiento positivo para el consumo.
2. Aumentar el reforzamiento positivo para la sobriedad.

Para alcanzar estas metas, los terapeutas del CRA combinan una variedad de estrategias terapéuticas, tales como incrementar la motivación del cliente para detener su consumo, iniciar un periodo de abstinencia a manera de ensayo, desarrollar un análisis funcional de la conducta de consumo del cliente, incrementar el reforzamiento positivo mediante varias

mediciones, ensayar nuevas conductas de enfrentamiento, e involucrar a otros significativos del cliente, Otros factores, tales como el estilo del terapeuta y la intensidad inicial del tratamiento, también pueden incluir en los resultados logrados por el cliente. Estos componentes y factores son descritos en las siguientes secciones.

Es precisamente la adquisición de las habilidades necesarias para implementar estas estrategias terapéuticas lo que se desarrollo, para cumplir con los objetivos del Programa de Satisfactores Cotidianos y trabajar con el usuario cada uno de los componentes del programa, que a continuación se detallan, con el propósito de dar cuenta de la competencia aquí abordada.

Generar en el usuario un *Análisis Funcional de la Conducta de su Consumo*, con el propósito de que reconozca que por largo tiempo su conducta de consumo ha sido una forma de actuar que aprendió a lo largo del tiempo para hacerle frente a ciertas situaciones de su vida, algunas placenteras y otras problemáticas. Con ello se desarrolla la habilidad de generar en el usuario la reflexión sobre cuestionamientos respecto a las razones por las que consume, en qué situaciones lo hace, sobre sus emociones antes y después de su consumo e identificar las consecuencias positivas y negativas del consumo, a fin de identificar los precipitadores del su consumo. Posterior a esto, se le enseña al usuario a esquematizar y desarrollar la *Cadena Conductual de su Consumo*, con el propósito de romper para elevar su eficacia para enfrentar el consumo y lograr remplazarlo por otras conductas positivas; es decir, generar en el usuario la motivación para cambiar su conducta de consumo y orientarlo hacia la abstinencia.

Otro componente importante del CRA es la *Solución de Problemas*. La habilidad desarrollada fue, enseñar al usuario enfrentar problemas y mostrarle la mejor manera posible de solucionarlos, sin hacer uso del alcohol o drogas. Para ello, también se adquirió la habilidad para mostrarle al usuario la guía de solución de problemas: a) identificar el problema, b) dar alternativas, c) decidir sobre una evaluación, y d) evaluar los resultados.

Es importante para una persona que ha decidido dejar de consumir, aprender a *Rehusarse al Consumo*, debido a la alta probabilidad que en el transcurso de su vida cotidiana enfrente situaciones de ofrecimiento de la droga. Para ello se adquirió la habilidad de enseñarle y

modelarle al usuario 6 estrategias efectivas para rehusarse al consumo: 1) negarse, 2) pedir otras opciones, cuando le ofrezcan consumir, 3) cambiar el tema de la plática, en situación de ofrecimiento, 4) decir un pretexto para no consumir, 5) confrontar a la persona que está ofreciendo la droga, y 7) alejarse o interrumpir la comunicación. Junto con estas estrategias, otra habilidad adquirida, fue enseñarle al usuario la Reestructuración Cognitiva, mediante el modelamiento y ejercicios para modificar pensamientos negativos relacionados al riesgo de consumo por pensamientos positivos que rompen la cadena conductual o lo alejan del consumo o situación de riesgo.

Una de las principales características del Programa de Satisfactores Cotidianos, que lo hacen diferente de otro tipo de tratamientos, es la *Muestra de No Consumo*, en el trabajo de este componente, se adquirió la habilidad sensibilizar al usuario a fin de comprometerse a mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo limitado; con ello se genera en el usuario la capacidad para que identifique las ventajas de la abstinencia, tales como, experimentar la sensación de sobriedad, enfocando su atención en los cambios positivos, interrumpir viejos hábitos y patrones de consumo, sirve para ganarse la confianza de los demás. El propósito final de este trabajo es elevar la confianza y autocontrol del usuario sobre su conducta de consumo y motivarlo para mantener el cambio de ella.

Enseñarle al usuario a *Mejorar su Habilidades de Comunicación*, fue una habilidad más para cumplir con esta competencia. De manera inicial, fue importante sensibilizar al usuario a identificar a estas habilidades como las herramientas que le permitirán darse a entender frente a otras personas. Para cumplir con dicho objetivo, se le enseñaron al usuario 12 habilidades de comunicación:

1. Saber escuchar, enseñándole al usuario a que implica mirar directamente a los ojos de la otra persona, poner atención en el comentario, tener un control del lenguaje corporal acorde al comentario y también hacer preguntas relacionadas con la plática.
2. Iniciar conversaciones, mostrándole como empezar pláticas respecto a un tema, y/o cambiar la conversación respecto a uno nuevo.
3. Compartir sentimientos, expresando sentimientos positivos y negativos respecto a la valoración que uno mismo hace de las situaciones.
4. Ofrecer entendimiento, siendo empático con la otra persona demostrando que uno mismo está atento a los pensamientos y sentimientos de la otra persona.

5. Asumir o compartir responsabilidades, generando la reflexión sobre cómo uno mismo ha contribuido al surgimiento o mantenimiento de un problema.
6. Ofrecer ayuda, mostrarle al usuario como estar dispuesto a negociar para llegar a una solución en la que ambas partes estén de acuerdo.
7. Dar reconocimiento, modelando al usuario como expresar agrado respecto a las cualidades de una persona o de sus conductas.
9. Recibir reconocimiento, modelando al usuario como expresar agrado respecto a las cualidades o conductas de uno mismo.
10. Solicitar ayuda, mostrándole y generando el procedimiento para solicitar ayuda a sus familiares o amigos cuando se encuentre en una situación difícil.
11. Hacer críticas, enseñando al usuario los pasos a seguir para expresar, solicitar y negociar con otra persona el cambio en alguna de sus conductas.
12. Recibir críticas, enseñando al usuario los pasos a seguir para aceptar y negociar cambios en la propia conducta ante la expresión de molestia por parte de otra persona.

Con el propósito de elevar la autoeficacia del usuario, se trabaja el componente *Establecimiento de Metas de Vida*. La habilidad desarrollada fue, ayudarlo a establecer metas específicas para cada área de su vida, así como enlistar el plan a seguir para cambiar aquellas conductas no deseadas. Para tal fin, se adquirió la habilidad para evaluar la satisfacción de la vida del individuo y desarrollar el procedimiento para establecer las metas de tratamiento. También se le enseñaron al usuario las tres reglas básicas para el establecimiento de sus metas: a) en forma positiva, b) específica y medible, c) diseñar el plan para alcanzarlas. Con el objetivo de concretar esta última regla, se le enseña al usuario a generar un agenda que le permita registrar la intervención y cronograma para cumplir con sus metas.

La siguiente habilidad adquirida fue, establecer junto con el usuario, actividades que compitan con el uso de alcohol y que apoyen su sobriedad, a través de *Habilidades Sociales y Recreativas*; identificando amigos y actividades que siempre se hayan asociado con su consumo de alcohol; identificando actividades realmente reforzantes para el cliente no relacionadas con el alcohol y droga; generar un amplio menú de actividades sociales o recreativas, eligiendo a dos de ellas para realizarlas permanentemente y otras dos de forma esporádica.

Ayudarle a *Mejorar su Relación de Pareja*, fue otra de las habilidades desarrolladas para esta competencia; a través del modelamiento y ensayo conductual de dos estrategias generales: acercamiento positivo y peticiones positivas.

El acercamiento positivo implicó ejercitar siete conductas: 1) expresar reconocimiento por conducta, 2) expresar reconocimiento por cualidad, 3) dar sorpresas agradables, 4) iniciar conversaciones, 5) iniciar pláticas que inicie la pareja, 6) utilizar muestras de cariño y de afecto positivas, y 7) ofrecer ayuda sin que la solicite.

Con el propósito de cambiar una conducta de la pareja que le pueda molestar o para tomar una decisión entre ambos, se trabajan seis peticiones positivas: 1) iniciar con algo positivo, 2) solicitar amablemente la conducta deseada, 3) señalar las ventajas de utilizar esa conducta, 4) ofrecer ayuda, 5) pedir su opinión, y 6) solicitar pensar en otras posibles soluciones.

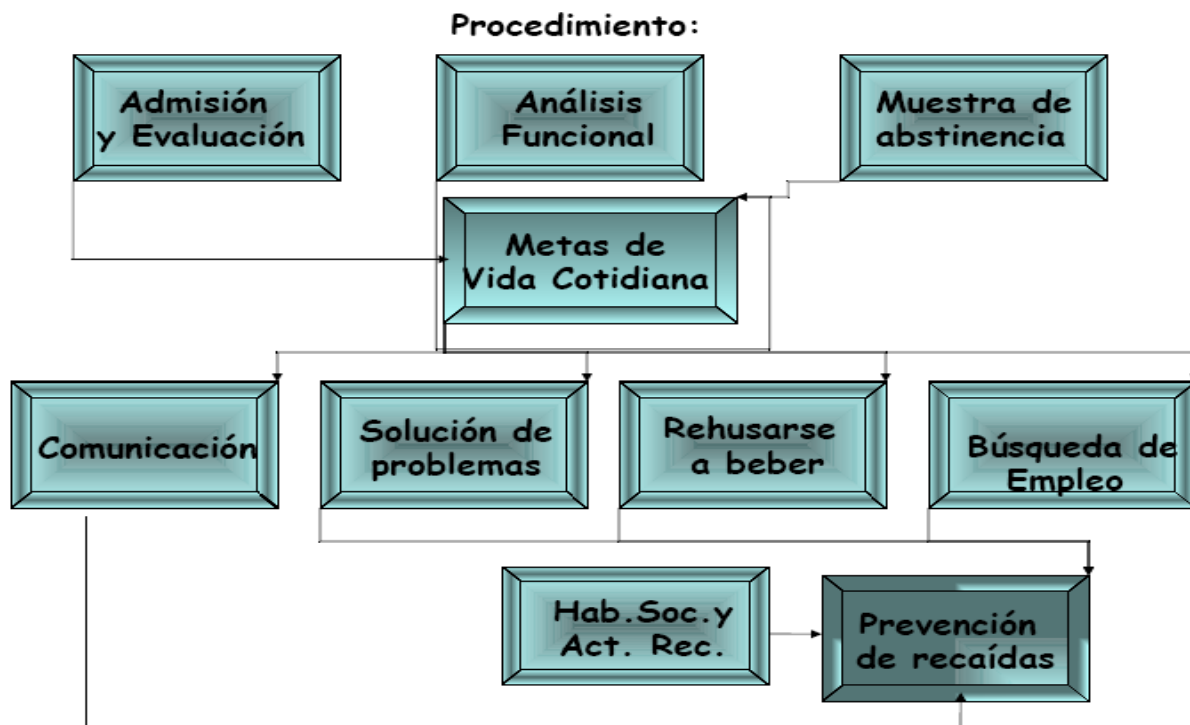
El componente de *Prevención de Recaídas*, permitió adquirir dos habilidades particulares, a saber: Restructuración Cognitiva y Sistema de Advertencia Temprana. Con el propósito de ayudar al usuario a prevenir recaídas, el sistema de advertencia temprana, consiste en generar que el usuario utilice sus habilidades de comunicación, pidiendo a otro significativo ayuda, advirtiéndole cuando se percate de que existe el riesgo de consumir; y la restructuración cognitiva consiste en identificar los pensamientos negativos que lo ponen en riesgo de consumir, aprender a enfrentarlos pensando en situaciones o deseos placenteros que no estén relacionados con el consumo de sustancias y que cumplan la función que cumplía el consumo.

Las emociones son afectos intensos de corta duración, que surgen bruscamente cuando una persona vive o ha vivido una experiencia agradable o desagradable, la habilidad adquirida al respecto fue enseñarle al usuario su *Control de Emociones* (Celos, Ira, Ansiedad, Tristeza). Es importante saber mostrarle al usuario que, estas emociones desempeñan la función de supervivencia para los seres humanos. Las diversas técnicas que se le enseñaron al usuario para controlar sus emociones son: cambio de pensamientos equivocados, realización de actividades agradables, búsqueda de lo positivo, cambio de conductas, respiración correcta, relajación muscular progresiva, relajación mental y registro de ansiedad.

Finalmente, el *Componente de Búsqueda y Mantenimiento de Empleo*, es el que permitió adquirir habilidades como lo son: identificar habilidades personales, laborales y/o profesionales, llenar una solicitud de empleo, elaborar un curriculum vitae, identificar 5 posibles fuentes de empleo, elaborar una lista de persona a quienes poder solicitar ayuda en la búsqueda de empleo, identificar la importancia de solicitar citas en posibles fuentes de empleo, modelar la solicitud de cita laboral, modelar conductas eficientes en una entrevista laboral.

Todo ello con base en generar lluvia de ideas en el usuario para que identifique, la importancia de tener habilidades de búsqueda y mantenimiento y ubicar al empleo como una fuente de satisfacción, que provee la oportunidad para elevar su autoestima, retos estimulantes, reconocimiento social y una mejor situación económica.

El siguiente modelo lógico, además de representar una habilidad desarrollada para esta competencia, permite una lectura de la estructura de los componentes actuales del Programa de Satisfactores Cotidianos.



COMPETENCIA 5

SENSIBILIZAR Y CAPACITAR A OTROS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN DE PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Si consideramos que la capacitación forma parte de un proceso de enseñanza- aprendizaje, es necesario conocer algunas *estrategias de aprendizaje* para orientar las acciones de sensibilización, instrucción y asesoría en la realización de actividades preventivas del consumo de drogas.

Muchas y muy variadas han sido las definiciones que se han propuesto para conceptualizar las estrategias de aprendizaje, sin embargo en términos generales, Díaz Barriga (2003) considera que una gran parte de ellas coinciden en los siguientes puntos:

1. Son procedimientos o secuencias de acciones.
2. Son actividades conscientes y voluntarias.
3. Pueden incluir varias técnicas, operaciones o actividades específicas.
4. Persiguen un propósito determinado: el aprendizaje y la solución de problemas académicos y/o aquellos otros aspectos vinculados con ellos.
5. Son más que los “hábitos de estudio” porque se realizan flexiblemente.
6. Pueden ser abiertas (públicas) o encubiertas (privadas).
7. Son instrumentos con cuya ayuda se potencian las actividades de aprendizaje y solución de problemas.

Las estrategias de aprendizaje son procedimientos (conjuntos de pasos, operaciones o habilidades) que un aprendiz emplea en forma consciente, controlada e intencional como instrumentos flexibles para aprender significativamente y solucionar problemas (Díaz Barriga, 2003).

En definitiva, son tres los rasgos más característicos de las estrategias de aprendizaje (Del Pozo, 1997):

1. La aplicación de las estrategias es controlada y no automática; requieren necesariamente de una toma de decisiones, de una actividad previa de planificación y de un control de su ejecución. En tal sentido, las estrategias precisan de la aplicación del conocimiento meta cognitivo y, sobre todo, autorregulador.
2. La aplicación experta de las estrategias de aprendizaje requiere de una reflexión profunda sobre el modo de emplearlas. Es necesario que se dominen las secuencias de acciones e incluso las técnicas que las constituyen y que se sepa además cómo y cuándo aplicarlas flexiblemente.
3. La aplicación de las mismas implica que el aprendiz las sepa seleccionar inteligentemente de entre varios recursos y capacidades que tenga a su disposición. Se utiliza una actividad estratégica en función de demandas contextuales determinadas y de la consecución de ciertas metas de aprendizaje.

No obstante, intentar una clasificación consensuada y exhaustiva de las estrategias de aprendizaje es una tarea difícil, dado que los diferentes autores las han abordado desde una gran variedad de enfoques.

Las estrategias de aprendizaje pueden clasificarse en función de qué tan generales o específicas son, del dominio del conocimiento al que se aplican, del tipo de aprendizaje que favorecen (asociación o reestructuración), de su finalidad, del tipo de técnicas particulares que conjuntan, etcétera. Sin embargo, en este apartado retomamos dos clasificaciones: en una de ellas se analizan las estrategias según el tipo de proceso cognitivo y finalidad perseguidos (Del Pozo, 1997); en la otra se agrupan las estrategias según su efectividad para determinados materiales de aprendizaje.

Las estrategias de recirculación de la información se consideran como las más primitivas empleadas por cualquier aprendiz. Dichas estrategias suponen un procesamiento de carácter superficial y son utilizadas para conseguir un aprendizaje verbatim o "al pie de la letra" de la información.

La estrategia básica es el repaso (acompañada en su forma más compleja con técnicas para apoyarlo), el cual consiste en repetir una y otra vez (recircular) la información que se ha de aprender en la memoria de trabajo, hasta lograr establecer una asociación para luego integrarla en la memoria a largo plazo. Las estrategias de repaso simple y complejo son útiles especialmente cuando los materiales que se han de aprender no poseen o tienen escasa significatividad lógica, o cuando tienen poca significatividad psicológica para el aprendiz; son (en especial el repaso simple) las estrategias básicas para el logro de aprendizajes repetitivos o memorísticos (Del Pozo, 1997).

Las estrategias de elaboración suponen básicamente integrar y relacionar la nueva información que ha de aprenderse con los conocimientos previos pertinentes, básicamente de dos tipos: simple y compleja; la distinción entre ambas radica en el nivel de profundidad con que se establezca la integración. También puede distinguirse entre elaboración visual (v. gr., imágenes visuales simples y complejas) y verbal-semántica (v. gr., estrategia de "parafraseo", elaboración inferencial o temática, etcétera). Es evidente que estas estrategias permiten una codificación más sofisticada de la información que se ha de aprender, porque atienden de manera básica a su significado y no a sus aspectos superficiales.

Las estrategias de organización de la información permiten hacer una reorganización constructiva de la información que ha de aprenderse. Mediante el uso de dichas estrategias es posible organizar, agrupar o clasificar la información, con la intención de lograr una representación entre sus distintas partes y/ o las relaciones entre la información que se ha de aprender y las formas de organización esquemática internalizadas por el aprendiz (Del Pozo, 1997).

Tanto en las estrategias de elaboración como en las de organización, la idea fundamental no es simplemente reproducir la información aprendida, sino ir más allá, con la elaboración u organización del contenido; esto es, descubrir y construir significados para encontrar sentido en la información, que implica procesos cognoscitivos (y afectivos) del aprendiz.

Para el caso del aprendizaje de información conceptual, también se ha demostrado que algunas estrategias tienen gran efectividad cuando son utilizadas de forma correcta. Evidentemente, el aprendizaje de conceptos, proposiciones o explicaciones (por ejemplo, el concepto de la fotosíntesis, de los factores causales implicados en la Revolución Mexicana, sobre alguna explicación teórica de cualquier disciplina, etcétera) exige un tratamiento de la información más sofisticado y profundo que el aprendizaje de información factual.

Las actividades de planeación o planificación son aquellas que tienen que ver con el establecimiento de un plan de acción e incluyen: la identificación o determinación de la meta de aprendizaje (definida externa o internamente), la predicción de los resultados, y la selección y programación de estrategias. Por lo general, son actividades que se realizan antes de enfrentar alguna acción efectiva de aprendizaje o de solución de problemas. La planeación sirve para tres fines: facilita la ejecución de la tarea, incrementa la probabilidad de dar cumplimiento exitoso a la tarea de aprendizaje y genera un producto o una ejecución de calidad.

Las actividades de supervisión o monitoreo son las que se efectúan durante la ejecución de las labores para aprender. Involucran la toma de conciencia de qué es lo que se está haciendo, la comprensión de dónde se está ubicado y la anticipación de lo que debería hacerse después, partiendo siempre del plan de operaciones secuenciales desarrollado durante la planificación; la supervisión también está relacionada con el chequeo de errores y obstáculos que pueda tener la ejecución del plan (en lo general) y de las estrategias de aprendizaje seleccionadas (en lo particular), así como en la posible reprogramación de estrategias cuando se considere necesario. Puede decirse que el acto de supervisión consiste en "mirar hacia atrás" (teniendo en cuenta las acciones ya realizadas del plan y bajo qué condiciones fueron hechas) y en "mirar hacia delante" (considerando los pasos o acciones que aún no se han ejecutado) al tiempo que atiende a lo que está haciendo en el momento.

Las actividades de revisión o evaluación son todas aquellas relacionadas con el fin de estimar tanto los resultados de las acciones estratégicas como de los procesos empleados

en relación con ciertos criterios de eficiencia y efectividad, relativos al cumplimiento del plan y el logro de las metas; estas actividades, por lo general, se realizan durante o después de la ejecución de la tarea cognitiva.

La institucionalidad en el contexto de la labor preventiva de Centros de Integración Juvenil lleva a la creación de espacios de aprendizaje, que se tornan en escenarios para la reflexión colectiva sobre el ser y hacer de quienes tenemos frente a nosotros el reto cotidiano de participar en la construcción de una cultura contra el consumo de drogas, con ciudadanos capaces de involucrarse en la toma de decisiones y de autogestionar sus propios proyectos.

Dentro de este contexto, y con el propósito de cumplir con la competencia aquí mencionada, ésta se adquirió para la capacitación de otros profesionales, a través de habilidades para: programar, planear, diseñar, y elaborar de cartas descriptivas.

Ello con el propósito de, implementar y transmitir el curso monográfico: “Intervención en Red Social: Una Estrategia Preventiva” que tuvo como objetivo, brindar los conocimientos necesarios a los equipos médico técnicos de Centros de Integración Juvenil, A.C., para la instrumentación de Redes Sociales como una Estrategia Preventiva, que les permita desarrollar una intervención preventiva del consumo de drogas, efectiva en sus comunidades. Dicho curso se transmitió en dos sedes diferentes, Cd. de México y Cd. de Guadalajara, cubriendo las más de 100 Unidades Operativas con que cuenta Centros de Integración Juvenil, A.C.

También para ello, fue necesario desarrollar la habilidad expositiva de diferentes temáticas: prevención de las adicciones, niveles de prevención universal, selectiva e indicada; componentes de la movilización social, antecedentes, definición y grupos de ayuda mutua; metodología para la conformación de grupos sociales con intereses comunes; redes sociales, definición, tipos, estructura, conducción de un taller, que formó parte del curso, sobre identificación de redes sociales, a fin de abordar la prevención de las adicciones en términos de red social.

Por último, para este curso, se desarrollaron los componentes principales para la evaluación

de redes sociales preventivas del consumo de drogas.

La impartición del curso monográfico fue evaluada con un cuestionario de opinión sobre el curso aplicado a los 71 participantes en ambas sedes. El cuestionario midió cuatro escalas generales, con los correspondientes resultados en términos porcentuales:

- Contenido del Curso (el programa del evento respondió a mis expectativas, los contenidos son de aplicación directa en mi área de trabajo). Excelente 68.5% y Bien 31.5%.
- Dinámica grupal (el curso me pareció ágil y dinámico, mi actitud y participación fue..) Excelente 58.5%, Bien 35%, Regular 6.5%.
- Actualización (el curso contiene datos y ejemplos actualizados, los materiales escritos son relevantes y de vanguardia). Excelente 83%, Bien 14%, Regular 3%.
- Instructores (demostró amplio dominio del tema, respondió con claridad y profundidad los aspectos técnicos que le solicitaron, facilitó la comunicación entre el grupo). Excelente 88%, Bien 12%.

En esos términos fue evaluada mi participación en este curso.

Por otra parte, una habilidad más adquirida para esta competencia fue, diseñar y elaborar cursos y seminarios, impartidos a distancia, de capacitación y actualización relacionadas con la prevención del consumo de drogas.

Cabe anotar que, a lo largo de la duración de la maestría se elaboraron los siguientes seminarios, suscribiendo el objetivo de cada uno de ellos; dirigidos a los equipos técnicos de las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C., que desarrollan el programa preventivo del consumo de drogas.

En octubre de 2004, se elaboró el seminario “Intervención en Red 1: Escuelas”, que con base en su objetivo plantea: generar la habilidad para favorecer el establecimiento de vínculos de trabajo entre los grupos escolares, padres de familia y la misma comunidad escolar,; tuvo como propósito final propiciar la constitución de una red social preventiva del consumo de drogas en el ámbito comunitario.

En noviembre del mismo año, se elaboró el seminario “Intervención en Red 2: Instituciones”, que tuvo como objetivo, fortalecer los vínculos que la institución tiene con diferentes organismos y entidades relacionadas con la promoción de la salud, proponiendo para ello, la constitución de redes operativas que favorezcan la suma de esfuerzos y la complementariedad de acciones.

Para diciembre de ese año, se elaboró el seminario “Intervención en Red 3: Comunidad”, que con base en su objetivo planteado, generar la habilidad para reforzar todas aquellas acciones que las Unidades Operativas desarrollan para vincularse con su zona de influencia, instrumentando para ello, estrategias sociales y de psicología social, que les permita constituir redes sociales comunitarias.

En el mes de junio del año 2005, se elaboró el seminario “El dilema de la diversidad y la desigualdad social: el caso del género”, que con base en su objetivo planteado, generar la habilidad para que los participantes reflexionarán sobre las implicaciones sociales de la diversidad y algunas contradicciones cotidianas que son factibles de analizar desde la desigualdad social.

Para el mes de septiembre de ese año, se elaboró el seminario “La solidaridad y el sentido de comunidad”, que con base en su objetivo planteado, generar la habilidad para que los participantes identificarán al sentido de solidaridad y al apego comunitario como elementos básicos de la movilización social.

Finalmente, en lo que respecta a este tipo de seminarios, en el mes de enero de 2006, se elaboró el seminario “Intervención en red social, una estrategia preventiva”, que con base en su objetivo planteado, generar la habilidad para desarrollar una propuesta teórica-metodológica de una intervención preventiva en términos de red social, en la comunidad en la que se encuentre cada unidad operativa.

En resumen, con base en estas actividades, específicamente, se puede suscribir que se desarrollo la habilidad para proporcionar enseñanza a otros profesionales, usuarios y a la comunidad para facilitarles la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes referentes a la atención, investigación, y prevención del consumo de drogas.

COMPETENCIA 6

IMPLEMENTAR 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, DE INVESTIGACIÓN, DE DOCENCIA Y SUPERVISIÓN.

Con el propósito de desarrollar la presente competencia, fue necesario revisar teóricamente los paradigmas actuales sobre el campo de las adicciones, a fin de propiciar el desarrollo de habilidades y competencias profesionales específicas para alcanzar un alto desempeño en el área, a través de:

Identificación de la naturaleza y características de problemas de investigación, reconociendo las fuentes de ideas para plantear un problema de investigación, analizando las características de las hipótesis de investigación, evaluándolas y determinando su pertinencia.

Revisión de los principios de fisiología y psicología experimental, identificando los orígenes del enfoque de comparación de grupos, señalando las alternativas al enfoque, y estudiando la metodología del caso único.

Revisando la metodología inter observador en los diseños de caso único, obteniendo información básica sobre los acuerdos, los métodos para su estimación, y las fuentes de sesgos.

Revisión, estudio y diseño de la investigación de un solo sujeto y diseños ABAB; sus requerimientos, características, variaciones, problemas, limitaciones y evaluación.

Diseño de extensiones del diseño ABAB: diseños de línea base múltiple, de criterio cambiante, de diseños adicionales, de programas alternos.

Analizando las pruebas estadísticas pertinentes para los diseños experimentales de caso único, así como la evaluación de los datos para obtener conclusiones válidas sobre los diseños que tienen como propósito el cambio comportamental.

Elaboración de un proyecto de investigación en el campo de las adicciones: “Impacto del Auto monitoreo y el Entrenamiento en Respuestas Alternativas para Moderar el Consumo de Alcohol en Jóvenes”.

Revisión conceptual de los orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estado futuro de la terapia de la conducta; definición y revisión de las características del análisis conductual aplicado; estudio de la entrevista conductual, observación conductual y evaluación cognitiva.

Revisión y análisis de las técnicas de incremento y mantenimiento de conductas adaptativas, la modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas, así como técnicas de decremento de conductas desadaptativas.

Presentando oralmente, a manera de conferencia, reportes de investigaciones clínicas aplicadas en el área de las adicciones y de modificación de la conducta.

Barlow y Hersen (1988) desarrollaron la siguiente perspectiva histórica de la investigación básica y aplicada. Comentan que, el estudio científico de la conducta human individual tiene sus raíces profundas en la historia de la psicología y la fisiología. La ciencia de la fisiología inicia en 1830, con Johannes Müller y Claude Bernard, pero una importante contribución a la investigación aplicada fue el trabajo de Paul Broca en 1861. Realizó un seguimiento en la corteza cerebral de un individuo. El método de Broca fue la extensión clínica de la metodología experimental desarrollada llamada extirpación de las partes, introducido a la fisiología por Marshall May y Pierer Flouren en 1850. En este método la función cerebral era mapeada al destruir sistemáticamente las partes del cerebro de animales y se anotaban los efectos sobre la conducta.

Esta metodología tuvo un mayor impacto en los inicios de la psicología experimental.

Por otra parte, Fechner (Boring, 1950) es famoso por desarrollar mediciones de la sensación

mediante varios métodos psicofísicos. Con estos métodos, Fechner era capaz de determinar los umbrales sensoriales y sólo las diferencias notables en varias modalidades de la sensación. Lo que es común en los métodos anteriores y en otros es, la medición repetida de una respuesta en intensidades diferentes o en sitios diferentes de un estímulo en particular en un sujeto.

Fechner, también fue el primero en aplicar métodos estadísticos para problemas psicológicos.

Más adelante, para Wundt, la materia de interés para la psicología era la experiencia inmediata. Ya que estas “experiencias” eran eventos privados, no podían ser observados directamente, Wundt creó un nuevo método llamado introspección, que implicaba aprender a describir las experiencias de una manera objetiva, libre de restricciones emocionales o de lenguaje. Wundt y sus colaboradores expusieron una escuela de psicología conocida como Escuela Estructuralista. Sin embargo, la materia de mayor interés seguía siendo la sensación y la percepción.

Posteriormente, lo básico de los experimentos de Ebbinghaus fue la invención de un nuevo instrumento para medir el aprendizaje y el olvido (Boring, 1950). Él estudio el efecto de diferentes variables en la eficiencia de la memoria. Quizá su descubrimiento mejor conocido es la curva de retención, la cual ilustra el proceso de olvido a lo largo del tiempo. Pero quizá lo más relevante y remarcable acerca de su trabajo fue el énfasis que le dio a las mediciones repetidas del desempeño de un individuo a través del tiempo. Ebbinghaus hizo de la repetición la base para la medición experimental de la memoria.

En otra línea, aunque Pavlov (1928) considerado a sí mismo como psicólogo, su trabajo sobre los principios de la asociación y el aprendizaje fueron su mayor contribución.

Orígenes de la Aproximación de la Comparación Grupal

El desarrollo de esta aproximación fue por el descubrimiento y la medición de las diferencias individuales. Adolphe Quetelet descubrió que los rasgos humanos seguía una curva normal, él interpretó estos descubrimientos como el medio que la naturaleza contrapone para

producir al hombre “promedio” pero, a debido a varias razones, fracasos, que resultan en errores o varianza que el grupo promedia. Esta aproximación, a su vez, tiene sus orígenes en las observaciones de Darwin sobre la variación individual entre las especies.

Con relación a lo anterior, Galton y Pearson expandieron el estudio de las diferencias individuales y desarrollaron muchas de las estadísticas descriptivas que actualmente se usan. Uno de sus propósitos era avanzar sobre la investigación cuantitativa en la biología y la psicología.

Uno de los psicólogos mejor conocidos que adoptó esta aproximación fue James Mackeen Cattell, él inventó una serie de test mentales simples que eran administrados para determinar el rango de las diferencias individuales.

Desde 1900 a 1930, mucha de la investigación en psicología experimental, particularmente sobre el aprendizaje, tomó ventaja de estas estadísticas para comprara grupos de sujetos (usualmente ratas) en varios test de desempeño. La idea que la variabilidad o error entre los organismos daba cuenta para o fuera del promedio en grandes grupos fue una noción de sentido común surgida del nuevo énfasis sobre la variabilidad entre los organismos.

La Influencia de la Estadística Inferencial.

Fisher (1925) produjo gran influencia sobre la investigación en psicología, debido a que, la mayoría de los procedimientos estadísticos sofisticados que hoy se usan él los inventó. Otra contribución igualmente importante de Fisher fue la consideración del problema de inducción o inferencia. Esencialmente, esta temática intereso a la generalidad de los descubrimientos. En este sentido, la inferencia se hace desde la muestra de la población. Este trabajo y los desarrollos subsecuentes en el campo de la teoría del muestreo hizo posible hablar en términos de principios psicológicos con amplia generalidad y aplicabilidad, una meta primaria para cualquier ciencia.

El Desarrollo de la Investigación Aplicada:

El Método de Estudio de Caso.

Las hipótesis atribuyen éxito o fracaso a varias causas asumidas emanadas de los casos de estudio y estas hipótesis gradualmente crecieron dentro de las teorías de la psicoterapia. Al centro de este proceso está el método de investigación “estudio de caso”.

El método de estudio de caso, por supuesto, es la base clínica para el estudio experimental de caso único.

Porcentaje de éxito en grupos tratados

Un desarrollo posterior en la investigación aplicada fue el reportar la colección de estudios de casos en términos del porcentaje de éxito.

La aproximación de la comparación grupal en la investigación aplicada

A finales de 1940, la psicología clínica y, con menor extensión, la psiquiatría empezaron a producir el tipo de clínicos quienes tuvieran consciencia de las estrategias de investigación básica, interesándose por el estudio de caso y en los reportes de los porcentajes de éxito en grupos al evaluar los efectos de la psicoterapia.

El diseño de grupo también fue una extensión lógica de los reportes clínicos iniciales de los porcentajes de éxito en grandes grupos de pacientes, debido a que la crítica más obvia a esto es la ausencia de un grupo control de pacientes no tratados. La aparición notoria del artículo de Eysenck (1965) comparando los porcentajes de éxito de la psicoterapia en grandes grupos para puntar la remisión “espontánea” tuvo gran influencia para mejorar los diseños de comparación entre grupos.

Limitaciones de la aproximación de la comparación grupal

La definición clara de las variables y el enunciar las preguntas experimentales que fueran lo suficientemente precisas para ser contestadas fue un mayor avance en la investigación

aplicada.

La extensa revisión de la investigación en psicoterapia hecha por Bergin y Strupp (1972), sin embargo, demostró que aún bajo las condiciones más favorables, la aplicación de un diseño de comparación grupal aplicado a ciertos problemas posee muchas dificultades. Estas dificultades u objeciones, las cuales tienden a limitar la utilidad de una aproximación de comparación grupal en la investigación aplicada, pueden ser clasificadas bajo cinco encabezados: 1) objetivos éticos, 2) problemas prácticos al recolectar gran número de pacientes, 3) promediar los resultados para todo el grupo, 4) la generalidad de los descubrimientos, y 5) la variabilidad inter-sujeto.

Alternativas para la Aproximación de Comparación Grupal

Estudios Naturalísticos

La ventaja del estudio naturalístico para la mayoría de los clínicos fue que era poco disruptivo de las actividades típicas implicadas en las práctica cotidiana de del clínico. Kiesler (1966) noto que los estudios naturalisticos implicaban "... vida, inalterada, mínimamente controlada, secuencias de psicoterapia "naturales" no manipuladas –también llamadas experimentos de la naturaleza"

Kiesler (1971) revisó varios estudios sin manipulación experimental que contenían definiciones adecuadas de variables e intentos experimentales para descartar factores obvios de confusión.

Investigación de Proceso

La segunda alternativa para la investigación de comparación entre grupos fue la aproximación del proceso. Esencialmente, la investigación de proceso estaba interesada en los que se buscaba durante la terapia entre el paciente y el terapeuta en lugar del resultado final de cualquier esfuerzo terapéutico.

La Escisión Científico-Practicante

El estado del asunto de la práctica clínica y la investigación en 1960 satisfizo a pocos. Los procedimientos clínicos fueron ampliamente enjuiciados como no probados, y la investigación naturalística prevaleciente fue inaceptable para la mayoría de los científicos respecto a la definición precisa de las variables y las relaciones causa-efecto.

Entre otras cosas, lo anterior contribuyó a lo conocido como la escisión científico-practicante. Una noción de una ciencia aplicada del cambio de la conducta no era promisoría en 1950.

Un Retorno a lo Individual

Esencialmente, fueron Bergin y Strupp (1972) quienes propusieron la aproximación experimental de caso único con el propósito de aislar los mecanismos del cambio en el proceso terapéutico. La separación de estos mecanismos del cambio les permitió construir nuevos procedimientos basados en una combinación de las variables cuya efectividad fue demostrada en experimentos de caso único. Anotaron también que parece ser que el estudio de caso experimental individual y las aproximaciones experimentales análogas son estrategias primarias para comprender los mecanismos del cambio.

El rol del estudio de caso

Un resultado de la investigación sobre metodología apropiada fue una reexaminación del rol del estudio de caso no controlado tan fuertemente rechazado por los científicos en 1950. Reconociendo sus limitaciones inherentes como herramienta de evaluación, Lazarus y Davison (1971) sugirieron que el estudio de caso puede hacer importantes contribuciones a un esfuerzo experimental. Una de las funciones más importantes del estudio de caso es la generación de nuevas hipótesis.

El caso representativo

Shontz (1965) propuso el estudio del caso representativo como una alternativa a las aproximaciones tradicionales en la investigación experimental de la personalidad.

Esencialmente, Shontz se interesó en validar los constructos de personalidad previamente establecidos o en los instrumentos de medición en individuos que aparentaban poseer la conducta apropiada necesaria para el problema de investigación.

La metodología de Shapiro en la clínica

La contribución importante de Shapiro (1966) fue la utilización de mediciones construidas cuidadosamente de respuestas relevantes clínicamente administradas repetidamente durante cierto tiempo a un individuo. Él examinó las fluctuaciones en estas mediciones e hipotetizó sobre los efectos de control de las influencias terapéuticas o ambientales.

Diseños cuasi experimentales

En el área de la investigación interesada en el cambio educativo o social, Campbell y Stanley (1963) propusieron una serie importantes de innovaciones metodológicas, a las cuales llamaron diseños cuasi experimentales. Estos diseños, muchos de los cuales son aplicables tanto a grupos o individuos, también son directamente relevantes para la investigación aplicada. Los dos diseños más apropiados para el análisis del cambio en el individuo son llamados diseño de series de tiempo y el término equivalente de diseño de series.

Chassan y diseños intensivos.

Chassan (1967) enfatizó sobre varios procedimientos estadísticos capaces de establecer las relaciones entre la intervención terapéutica y las variables dependientes dentro del caso único. Él se concentró sobre el tipo de correlación del diseño usando una tendencia de análisis pero haciendo uso ocasional de un diseño prototipo A-B-A.

El Análisis Experimental de la Conducta

Es significativo que fue el redescubrimiento del estudio de caso único en la investigación básica junto a una nueva aproximación para los problemas en el área aplicada lo que marco el inicio de un nuevo énfasis en el estudio experimental de caso único en la investigación aplicada. La metodología en la investigación básica fue llamado análisis experimental de la

conducta; la nueva aproximación a los problemas aplicados llegó a ser conocido como modificación de la conducta o terapia conductual.

Algunos observadores han llegado a definir la terapia conductual en términos de la metodología para caso único. La relevancia del análisis experimental de la conducta para la investigación aplicada es el desarrollo de metodología sofisticada permitiendo el estudio intensivo de los sujetos.

El crecimiento de la aproximación de la terapia conductual para los problemas aplicados, por lo tanto, dio un vehículo para introducir la metodología a un nivel que atraía la atención de los investigadores en áreas aplicadas. La terapia conductual, la aplicación de los principios de la psicología general-experimental y social a la clínica, también enfatizaron la medición directa de las conductas objetivo clínicamente relevantes y la evaluación experimental de las variables independientes o “tratamientos”.

Son los mismos autores, Barlow y Hersen (1988) quienes también desarrollan las siguientes generalidades sobre la propuesta de investigación de caso único.

Al respecto comenta que, dos aspectos básicos para cualquier ciencia son la variabilidad u la generalidad de los descubrimientos. Estos aspectos son manejados diferencialmente de un área de la ciencia a otra, dependiendo de la materia de estudio.

Los investigadores aplicados intentan resolver el problema de hacer los grupos tan homogéneos como sea posible para que los resultados puedan aplicarse a un individuo quien presente las características del grupo homogéneo. Un método alternativo para establecer la generalidad de los descubrimientos es la replica de los experimentos de caso único.

Variabilidad

La noción de que la conducta es una función de una multiplicidad de factores es de amplio acuerdo entre los científicos y los investigadores profesionales. La mayoría de los científicos también concuerdan en que como uno se mueve a lo largo de una escala filogenética, las

fuentes de la variabilidad en la conducta son bastas.

La Variabilidad en la investigación básica

Eventualmente en la investigación básica, la variabilidad conductual es enorme. Se ha asumido que la variabilidad es intrínseca al organismo y no es impuesta por factores experimentales o ambientales. Una solución a la variabilidad son los diseños experimentales y procedimientos estadísticos confiables que eluciden las relaciones funcionales entre las variables independientes y dependientes por arriba y por debajo de la variabilidad intrínseca. Los esfuerzos experimentales entonces se han dirigido a descubrir y eliminar las posibles fuentes de la variabilidad de manera que las relaciones funcionales puedan determinarse con mayor precisión. En su momento, Sidman (1960) reconoció que la variabilidad conductual nunca puede ser eliminada en su totalidad, pero que el aislamiento de las posibles fuentes de variabilidad permitirá al investigador estimar que tanta variabilidad es intrínseca.

Variabilidad en la investigación aplicada

Muchos investigadores deben asumir cierta variabilidad intrínseca en los pacientes atribuible a los caprichos de la naturaleza. También existen fuentes de variabilidad no reconocidas que generan amplia fluctuación en el curso clínico de un paciente. La mayoría de los investigadores asumen a esta variabilidad como impuesta y no intrínseca, pero no pueden saber cuando un factor que fuera de las fuentes.

La solución ha sido aceptar la amplia variabilidad como inevitable, al emplear diseños y estadísticas experimentales contribuye al control de la variabilidad, y ven hacia las relaciones funcionales que invaliden el “error”.

En la investigación aplicada, cuando el control sobre las historias conductuales o sobre eventos ambientales actuales es limitado o no existe, hay poca probabilidad de que el descubrimiento de un tratamiento sea afectivo sobre y bajo estas variables controladas.

Clínica vs. Significancia estadística

El propósito de la investigación en cualquier ciencia básica es descubrir relaciones funcionales entre las variables dependientes e independientes. Una vez descubiertas, estas relaciones funcionales llegan a ser los principios que se suman a nuestro conocimiento de la conducta. En la investigación aplicada, sin embargo, el descubrimiento de las relaciones funcionales no es suficiente. El propósito de la investigación aplicada es el efecto clínico significativo o socialmente relevante de los cambios conductuales.

En 1960 Chassan puntualizó, la significancia estadística puede tanto sobreestimar la efectividad clínica como subestimarla. Esta circunstancia desafortunada ocurre cuando un tratamiento es completamente efectivo con pocos miembros del grupo experimental mientras que los demás miembros no mejoran. Estadísticamente, entonces, el grupo experimental no difiere del grupo control respecto a aquellos miembros que relativamente no cambian conductas. Esta cuestión de lo clínico vs. significancia estadística, por supuesto, no es cómo para la comparación entre grupos, sino que es algo que los investigadores aplicados deben considerar si las evaluaciones estadísticas son aplicadas a los datos estadísticos.

La relevancia de la variabilidad en el individuo

En cualquier caso, si la variabilidad en la investigación aplicada es intrínseca en algún grado o no, la alternativa para el tratamiento de la variabilidad inter-sujeto para las mediciones estadísticas es enfocar la variabilidad e iniciar una ardua tarea para determinar las fuentes de la variabilidad en el individuo.

Con lo que implica esta complejidad en este tipo de investigación, uno puede cuestionar de manera legítima ¿dónde inicia? Ya que la variabilidad inter-sujeto inicia con un sujeto que difiere en su respuesta de los demás, un punto de inicio lógico es el individuo. Y se debe estar atento en cómo esta visión puede modificar en cómo uno observa la variabilidad (Barlow y Hersen, 1988).

Mediciones repetidas

La base de esta investigación para las fuentes de la variabilidad es la medición repetida de la variable dependiente o el problema de conducta. Con relación a esto, Chassan (1967) puntualizó que, “la existencia de la variabilidad como un fenómeno básico en el estudio de la psicopatología individual implica que una simple observación del estado de un paciente, en general, puede ofrecer sólo un mínimo de información acerca del estado del paciente. No obstante, literalmente contar con esta información es mejor que no tener nada, esto no provee más datos de los cualquier otra muestra de un solo sujeto”.

La investigación sobre las fuentes de la variabilidad individual no puede restringirse a las mediciones repetidas de un pequeño segmento del curso de un paciente en algún momento entre el inicio y fin del tratamiento como un proceso de investigación.

Diseños de cambio rápido

En un caso típico, ni un evento está claramente asociado con la fluctuación conductual, la observación repetida permite sólo una correlación temporal de varios eventos con la fluctuación conductual. En la clínica esta correlación temporal provee grados diferentes de evidencia sobre un nivel intuitivo respecto a su causalidad.

Una ventaja de los diseños experimentales de caso único es que el investigador puede iniciar una búsqueda inmediata de la causa de una conducta experimental llevando a alterar su diseño experimental en la marcha. Esta característica, cuando se emplea correctamente, puede dar información inmediata sobre las fuentes hipotetizadas de la variabilidad.

ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LAS FUENTES DE LA VARIABILIDAD A TRAVÉS DE DISEÑOS IMPROVISADOS

En los diseños de caso único hay al menos tres patrones de variabilidad señalados por las mediciones repetidas. En el primer patrón un sujeto no puede responder al tratamiento que se ha demostrado previamente que es efectivo en otros sujetos. En un segundo patrón un sujeto puede mejorar cuando sin tratamiento cuando de hecho está en fase de línea base.

Este mejoramiento “espontáneo” a menudo es considerado como resultado de los efectos “placebo”. Estos dos patrones de la variabilidad inter-sujeto son muy comunes en la investigación aplicada. En un tercer patrón la variabilidad es intra-sujeto en la que los patrones cíclicos marcados emergen en las mediciones que invalidan el efecto de cualquier otra variable independiente (Barlow y Hersen, 1988)

Buscando fuentes “latentes” de variabilidad

El caso más usual es cuando las fluctuaciones marcadas en la conducta que se presentan no pueden correlacionarse con ninguna otra variable. En estos casos, una examinación estrecha de las mediciones repetidas de la conducta diana y la correlación interna o los eventos externos no producen una relación obvia. El investigador aplicado experimentado debe primero elegir las variables más probables de correlacionarse de entre muchas que impidan la evolución normal del cliente.

En muchos casos, la conducta es una función de una interacción de eventos. Estos eventos pueden ser variables ambientales que se presentan por naturaleza o quizá una combinación de las variables del tratamiento, las cuales, cuando son combinadas, afectan la conducta de manera diferente que cada una de las variables por separado (Barlow y Hersen, 1988).

Tendencia de la Conducta y el Promedio Intra-Sujeto

Para los investigadores aplicados, la decisión sobre que ignorar de las variables que son probables fuentes de la variabilidad es determinada por las consideraciones prácticas por descubrir una variable terapéutica que “trabaja” para un problema de conducta específico en un individuo. La necesidad de determinar los efectos de un tratamiento específico puede impedir al investigador mejorar sus diseños a mitad del experimento para buscar la fuente de cada una de las fluctuaciones que pueden surgir.

El promedio intra-sujeto, por otra parte, que es conocido como “bloqueo”, usualmente marca las tendencias conductuales más visibles de lo que un clínico puede juzgar en cuánto a magnitud y significancia clínica del efecto (Kazdin, 1973).

La Relación de la Variabilidad a la Generalidad de los Descubrimientos

La búsqueda de las fuentes de la variabilidad entre los individuos y el uso de los diseños experimentales mejorados y de cambio rápido parecen ser contrarios a una de las metas más fomentadas por cualquier ciencia –establecer la generalidad de los descubrimientos. De hecho, identificar las fuentes de la variabilidad esta manera lleva a incrementar en la generalidad de los descubrimientos (Underwood, 1957).

Generalidad de los descubrimientos

Tipos de generalidad

En la investigación aplicada, la generalización usualmente se refiere al proceso en el cual los cambios conductuales o actitudinales en el escenario del tratamiento se “generaliza” a otros aspectos de vida del paciente.

Hay al menos tres tipos adicionales de generalidad en la investigación del cambio conductual. La primera es la generalidad de los descubrimientos entre los sujetos. La generalidad entre los agentes del cambio conductuales es un segundo tipo. Un tercer tipo de generalidad concierne a la variedad de escenarios en los cuales los clientes se encuentran (Barlow y Hersen, 1988).

Problemas para generalizar desde un caso único

La limitación más obvia al estudiar un caso único es que uno no conoce si los resultados de este caso sean relevantes para otros casos.

Sin embargo, en el área específica del cambio conductual individual, hay aspectos que limitan la utilidad de una aproximación grupal para establecer la generalidad de los descubrimientos (Kiesler, 1971).

Limitación del Diseño de Grupos al Establecer la Generalidad de los Descubrimientos.

Una de las limitaciones se refiere a las dificultades para generalizar los resultados de un grupo a un individuo. En esta categoría se señalan dos problemas. La primera es inferir que los resultados de un grupo relativamente homogéneo son representativos de una población en particular. El segundo es generalizar desde una respuesta promedio de un grupo heterogéneo a un individuo en particular (Bergin y Strupp, 1972).

Grupos Homogéneos vs. Replicaciones de un Experimento de Caso-único

Como base para la comparación es útil comparar la aproximación de caso único con el análisis de poder de varios diseños experimentales usando grupos de clientes. Dentro del contexto del poder de estos diseños para establecer las relaciones causa-efecto, se revisaron varios procedimientos comúnmente usados en la investigación aplicada. Estos procedimientos iban desde estudios de casos con y sin mediciones para los cuales las relaciones causa-efecto pueden raras veces ser extraídas, hasta los casos que reportan porcentajes de éxito sin grupo control. Finalmente, se citan dos diseños experimentales importantes capaces de establecer las relaciones funcionales entre los tratamientos y la respuesta promedio de los pacientes en el grupo. El primero es el diseño no factorial con control sin tratamiento, en otras palabras la comparación de un grupo experimental (tratamiento) con un grupo control sin tratamiento. El segundo es el diseño factorial, el cual no sólo establece las relaciones causa-efecto entre los tratamientos y los pacientes sino específica que tipo de pacientes bajo que condiciones mejoran con un tratamiento en particular. La estrategia de replicar el caso único paralela al diseño factorial con control sin tratamiento es la replicación indirecta. La estrategia de replica paralela al diseño factorial es la llamada replica sistemática (Paul, 1967, 1969).

Las Preguntas de la Investigación Aplicada Requieren Diseños Grupales

Construyendo la técnica vs. Evaluando la técnica

Leitenberg (1973) dice que la aproximación de caso único es una buena manera de iniciar una investigación de los procedimientos terapéuticos pero al final no puede ser la mejor

manera. Así, la mayor ventaja de la aproximación de caso único al iniciar una investigación es la habilidad para aislar los mecanismos de la acción terapéutica en un tratamiento global. El aislar estos mecanismos de acción hace posible combinar diversas variables en un “paquete” de tratamiento más poderoso.

DISEÑOS DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE

El uso de diseños de retiro secuenciado o reversivos es inapropiado cuando las variables de tratamiento no pueden retirarse o hacerse reversivas debido a limitaciones prácticas, consideraciones éticas, o problemas con la cooperación del equipo.

Los diseños de línea base múltiple y sus variantes y los diseños de tratamientos alternados se han usado por investigadores clínicos aplicados con mayor frecuencia cuando los retiros y lo reversivo no son factibles.

Diseños de Línea Base Múltiple

En la técnica de línea base múltiple, una serie de respuestas son identificadas y medidas a través del tiempo para dar líneas base con las cuales los cambios serán evaluados. Con estas líneas base establecidas, el experimentador aplicará una variable experimental a una de las conductas, producirá un cambio en ella, y quizá se nota un pequeño o ningún cambio en otras líneas base (Baer et al., 1968).

Subsecuentemente, el experimentador aplicará la misma variable experimental a una segunda conducta y notará rangos de cambios en dicha conducta. Este procedimiento se continuará de forma secuencial hasta que la variable experimental haya sido aplicada a todas las conductas objetivo bajo estudio.

El experimentador se asegurará que la variable de tratamiento es efectiva cuando un cambio en el rango aparece después de dicha aplicación mientras que el rango de las conductas concurrentes (no tratadas) se mantiene relativamente constante.

En algunos casos, cuando la independencia de las conductas no se encuentra, la aplicación

del diseño de tratamiento alternado se recomienda.

Al intentar prevenir la ocurrencia del problema en la interpretación cuando "el establecimiento de la intervención para una conducta produce cambios generales en lugar de específicos", Kazdin y Kopel (1975) ofrecieron tres recomendaciones específicas. La primera, por supuesto, incluir líneas base que topográficamente sean distintas en la medida de lo posible de las otras. Segunda, usar cuatro o más líneas base en lugar de dos o tres. Tercera, (en una base ex post facto) retirar y luego reintroducir el tratamiento para la línea base correlacionada (como en el diseño B-A-B).

El monitoreo de las conductas concurrentes permite una aproximación cercana a las condiciones naturalistas, cuando una variedad de respuestas están presentes al mismo tiempo. La examinación de las conductas concurrentes llevan aun análisis de la covarianza entre las conductas objetivo.

Existen tres tipos de diseños de línea base múltiple. En el primero -el diseño de línea base múltiple entre conductas- la misma variable de tratamiento se aplica secuencialmente para separar las conductas objetivo (independiente) en un sujeto único.

En el segundo diseño - el diseño de línea base múltiple entre sujetos- un tratamiento particular se aplica en secuencia a través de sujetos supuestamente apareados expuestos a condiciones ambientales "idénticas".

En el tercer diseño -el diseño de línea base múltiple entre escenarios- un tratamiento particular se aplica secuencialmente a un sujeto único o a un grupo de sujetos en situaciones independientes.

Variantes de los Diseños de Línea Base Múltiple

Diseños de línea base múltiple no concurrente

En este diseño, el investigador determina de manera inicial la amplitud de cada diseño de línea base (5, 10, 15 días). Cuando un sujeto está disponible (un cliente que es referido y que

tiene la conducta objetivo de interés, y es probable el uso de un tratamiento específico de interés), se asigna aleatoriamente a una línea base predeterminada (Kazdin, 1982).

Técnica de prueba múltiple

La técnica de pruebas múltiples, con pruebas cada cinco días, da una, dos, tres y cinco sesiones de prueba para establecer las líneas base múltiple a través de cuatro sujetos. La técnica de prueba múltiple probablemente de una línea base estable con cinco o menos sesiones de prueba para el sujeto quien tiene 15 días continuos de línea base en el estudio original. El uso del procedimiento de pruebas múltiples evitaran el aumento en conductas irrelevantes y de competencia para este sujeto debido a que cada conducta inicia a aumentar después de diez sesiones de línea base.

Kazdin (1982b) recomendó el uso de la técnica de pruebas para medir las conductas que no son de interés para el tratamiento.

Consideraciones en Evaluaciones en Drogas

Con excepción de la línea base múltiple entre sujetos, las estrategias de línea base múltiple generalmente son inconvenientes para evaluar los agentes farmacológicos en la conducta. Sin embargo, es posible aplicarlas a diferentes drogas bajo condiciones de demora en el tiempo para separar conductas separadas siguiendo la administración de placebo en la línea base para cada una.

De los tres tipos de estrategias de línea base múltiple actualmente en uso, la línea base múltiple entre sujetos es más adaptable para las evaluaciones en drogas. La aplicación del diseño de línea base múltiple entre sujetos en las evaluaciones en drogas es más útil cuando los procedimientos de retiro (regresan a A- línea base placebo) no se garantiza por consideraciones éticas o clínicas. Usando este tipo de estrategia entre sujetos apareados, la administración de un placebo en la línea base, (A) será seguida de una administración secuencial (bajo condiciones de demora) de una droga activa (B). Así, resultará una serie de diseños A-B (cuasi experimentales), con inferencias hechas coincidentes con los cambios observados cuando la condición de droga (B) se aplique.

Diseño de Tratamientos Alternados

Deben hacerse aseveraciones acerca de la validez o la generalización de los hallazgos observados en un sujeto para otros sujetos similares, por supuesto, a través del proceso más usual de replicación y la "generalización lógica" (Edgingtin, 1966).

El nombre que se ha usado para el diseño experimental que implica esta meta es el diseño de tratamientos alternados (Barlow y Hayes, 1979). Como el nombre lo implica, la estrategia básica implicada en este diseño es una alternación rápida de dos o más tratamientos o condiciones con un solo sujeto. Lo rápido no necesariamente significa rápido dentro de un periodo fijo de tiempo.

Ya que un tratamiento es alternado a dos o más, un experimentado no está interesado simplemente en la tendencia para mejorar a lo largo del tiempo. Sino comparar los tratamientos A y B.

La lógica básica de este diseño, entonces, requiere la comparación de dos series separadas de datos. Por esta razón, este diseño experimental se ha descrito como división dentro de una estrategia general referida como intra-series, cuando uno está comparando los resultados entre dos series separadas de los datos.

Terminología

El término programa múltiple implica no sólo un programa de reforzamiento distinto como uno de los tratamientos, sino también un estímulo distinto o señal que le permitirá al sujeto discriminar cuando cada una de los dos o más condiciones es efectiva. Pero el término programa en sí mismo implica un programa de reforzamiento distinto asociado con cada tratamiento, y no hay razón para pensar que los tratamientos específicos bajo investigación contendrán programas de reforzamiento.

Algunos investigadores se han ubicado en el término del diseño multi-elemento, pero estos términos también derivan directamente de investigaciones básicas de laboratorio y en su uso

original tiene poca aplicabilidad a situaciones aplicadas.

Edgington (1966, 1972) desde una perspectiva diferente, genero el término diseño aleatorizado para describir su variación de una serie de tiempo manejable al análisis estadístico. También se ha descrito como diseño de tratamientos simultáneos, que es poco usado, en el cual dos o más tratamientos están disponibles simultáneamente. Ya que los tratamientos se presentan simultáneamente, lo que sucede es que el sujeto "elige" un tratamiento o condición preferida.

La característica básica de este diseño, bajo varios nombres, entonces, es la alternación "rápida" de dos o más tratamientos o condiciones diferentes.

Consideraciones del Procedimiento

Debido a que el único propósito de este diseño (comparar dos tratamientos o condiciones en un solo sujeto) y debido a que la estrategia de la alternación rápida, algunas consideraciones del procedimiento generan que el experimentador las considere significativamente, estas son:

Interferencia del tratamiento múltiple: primero, contrabalancear el orden de los tratamientos debe minimizar los efectos y controlar el orden de los efectos. Los pasos restantes implican asegurar que los tratamientos sean discriminativos. Segundo, separar las sesiones de tratamiento con un intervalo de tiempo reducirá los efectos generados. Tercero, la velocidad de la alternación parece incrementar los efectos, al menos hasta que las discriminaciones se establezcan.

Finalmente, en el evento en que algunos efectos puedan presentarse con los cuidados en el procedimiento mencionadas anteriormente, no hay razón para pensar que estos efectos sean reversivos hacia la posición relativa de los dos tratamientos.

Medición de la interferencia multi tratamiento. Uno es llamado verificación independiente y esencialmente supone conducir un experimento controlado en el cual uno u otro de los componentes de los tratamientos en el ATD se administra independientemente.

Un método más elegante fue llamado manipulación funcional por Sidman. En este procedimiento la fuerza de uno de los componentes es alterada (Kazdin, 1982).

Contrabalanceando factores experimentales relevantes

Si ciertos factores extraños a los tratamientos por sí mismos influyen en el tratamiento, entonces estos factores deben contrabalancearse. Actualmente, es completamente obvio para cualquier investigador designar un experimento.

Número y secuencia de las alternaciones

La principal cuestión que uno debe considerar al determinar el número de alternaciones es el potencial al determinar las diferencias entre dos o más tratamientos. Al determinar las tendencias la conducta dentro de una fase de línea base o una de las fases del diseño de retiro A-B-A, sugerimos que tres puntos fueron los mínimos necesarios para determinar una tendencia. En el ATD, sin embargo, cuando se están comparando dos tratamientos, se requieren un mínimo de dos, aunque por supuesto un número más grande es preferible. Dos puntos para cada tratamiento permiten una examinación de la posición relativa de cada tratamiento y alguna conclusión tentativa sobre la eficacia del tratamiento (Kazdin, 1982).

Ventajas del Diseño de Tratamientos Alternados

Las principales ventajas son: Primero, el ATD no requiere retirar el tratamiento. Segundo, un ATD produce datos útiles más rápidamente que un diseño de retiro. Tercero, las tendencias que son extremadamente variables o rápidamente generadas para los diseños de caso único cuando la interpretación de resultados está basada en niveles y tendencias en la conducta. Finalmente, no se requiere la fase de línea base formal.

Más Allá de lo Individual:

Procedimientos de Replicación

La replicación es el corazón de cualquier ciencia. En todas las ciencias, la replicación sirve al

menos para dos propósitos: primero, para establecer la confiabilidad de descubrimientos previos; y, segundo, para determinar la generalidad de estos descubrimientos bajo diferentes condiciones.

Sidman (1960) delinea dos procedimientos para replicar experimentos de caso único en investigación básica: replicación directa y replicación sistemática. En investigación aplicada un tercer tipo de replicación, el cual hemos llamado replicación clínica, que se asume aumenta en importancia.

REPLICACIÓN DIRECTA

La mayoría de los investigadores han estado interesados en demostrar que ciertos resultados pueden o no ser replicados en experimentos subsecuentes y no por observación sistemática de las repeticiones por sí mismas para determinar la generalidad de los descubrimientos.

Definición de la replicación directa

Sidman (1960) dividió la replicación directa en dos procedimientos diferentes: la repetición del experimento en el mismo sujeto y la repetición en diferentes sujetos. Más específicamente, la replicación directa en investigación aplicada se refiere a la administración de un procedimiento dado por el mismo investigador o grupo de investigadores en un escenario específico en una serie de clientes homogéneos para un desorden de conducta particular.

Guías para la replicación directa

Basados en la práctica prevaleciente y en el cúmulo de conocimiento sobre la replicación directa, Kazdin (1982) sugiere las siguientes líneas para conducir una serie de replicación directa en investigación aplicada:

1. Los terapeutas y los escenarios deben mantener constantes a través de las repeticiones.

2. El desorden conductual en cuestión debe ser topográficamente similar a través de los clientes, tales como una fobia específica.
3. Las variables antecedentes del cliente deben ser lo más apareadas posible, aunque la meta ideal de los clientes idénticos nunca puede lograrse en la investigación aplicada.
4. El procedimiento empleado (tratamiento) debe ser uniforme entre los clientes.
5. Un experimento exitoso y tres replicaciones exitosas usualmente son suficientes para generar replicaciones sistemáticas de conductas topográficamente diferentes en el mismo escenario o de la misma conducta en diferentes escenarios.
6. Por un cliente la generalidad no puede establecerse desde un experimento y tres replicaciones.

REPLICACIÓN SISTEMÁTICA

Definición de la replicación sistemática

Cualquier intento por replicar los descubrimientos de una serie de replicación directa, variando los escenarios, los agentes de cambio de la conducta, desordenes conductuales, o cualquier combinación. Parece ser que cualquier serie de replicación sistemática exitosa en la cual uno o más de los factores antes mencionados se varían también dan mayor información sobre la generalidad de los descubrimientos entre los clientes ya que se incluyen nuevos clientes en estos esfuerzos (Kazdin, 1982).

Series de Atención Diferencial

El propósito de estas series ha sido determinar la generalidad de la efectividad de una técnica sencilla de intervención, a menudo llamada atención diferencial. La atención diferencial consiste en atender de manera contingente a un cliente en la emisión de una conducta deseada bien definida. Usualmente dicha atención toma la forma de una

interacción positiva con el cliente que consiste en elogios, sonrisas, etc. La ausencia de la conducta deseada resulta en el retiro de la atención, por lo tanto atención "diferencial" (Kazdin, 1982).

Las siguientes son algunos de los procesos de replicación sistemática en diversas áreas de la investigación aplicada de atención diferencial: conductas psicóticas en adultos, otras conductas en adultos y desordenes conductuales en niños.

Con base en ellos, existe evidencia de que la atención diferencial puede ser efectiva en diversos escenarios cuando se aplican por diferentes terapeutas para diferentes problemas conductuales.

Guías para la replicación sistemática

La formulación de las guías para desarrollar replicación sistemática es más difícil que para la replicación directa debido a la variedad de esfuerzos que implican una serie de replicación sistemática. Sin embargo, con el interés de dar mayor estructura a la replicación sistemática en el futuro, (Kazdin, 1982) intentó dar alguna línea de los procedimientos generales necesarios para la replicación sistemática sólida en investigación aplicada. Estos procedimientos o guías caen en cuatro categorías.

- Idealmente, la replicación sistemática debe iniciar con una replicación directa sólida cuando la confiabilidad de un procedimiento se establece y cuando la generalidad del cliente son constatadas.
- Los investigadores al evaluar la replicación sistemática debe claramente anotar las diferencias entre los clientes, los terapeutas, o los escenarios de los del experimento original. En una replicación sistemática conservadora, una, o posiblemente dos, variables difieren de la replicación directa original.
- La replicación sistemática es esencialmente una búsqueda de excepciones. Si se encuentran las excepciones en el desarrollo de las replicas, entonces la generalidad de los descubrimientos se establece. Cualquier táctica experimental que obstaculice el

descubrimiento y el reporte de las excepciones son menos valiosas que un diseño experimental que subraya las fallas.

- ¿Cuándo termina una serie de replicación sistemática?: Para las series de replicación directa, fue posible hacer algunas recomendaciones tentativas sobre el número de sujetos, dados los descubrimientos experimentales. Con la replicación sistemática, tales recomendaciones no son posibles. Sidman (1960) concluye al respecto que en investigación básica una serie nunca termina, ya que los científicos siempre intentar encontrar excepciones a un principio dado.

REPLICACIÓN CLÍNICA

La replicación clínica es un procedimiento avanzado de replicación en el cual un paquete de tratamiento contiene dos o más procedimientos distintos aplicado a una serie de clientes con múltiples problemas de conducta o emocionales que se agrupan.

Al elaborar un paquete de tratamiento efectivo, sin embargo, es muy importante que se desarrolle y prueben los tratamientos para un problema a la vez, con la meta eventual de combinar tratamientos exitosos para todos los problemas comorbidos (Barlow y Hersen, 1988).

Definición de la replicación clínica

La administración por el mismo investigador o practicante de un paquete de tratamiento conteniendo dos o más procedimientos de tratamientos distintos. Estos procedimientos deben administrarse en un escenario específico a una serie de clientes que presenten combinaciones similares de múltiples problemas conductuales y emocionales. Obviamente, este tipo de proceso de replicación es avanzado en que debe ser el resultado final de un esfuerzo de investigación aplicada sistemática, técnica, el cual debe tomar años.

En el caso de la replicación clínica con niños autistas, debido a que la replicación clínica es similar a la replicación directa, puede analizarse de una manera similar, y las conclusiones pueden hacerse en dos áreas generales. Primera, el paquete de tratamiento puede ser

efectivo para las conductas subsumidas bajo el síndrome autista. Estas conclusiones se basan en (1) el análisis experimental inicial de cada componente del paquete de tratamiento en la serie original de replicación directa y (2) la retirada y la reintroducción de este paquete como un diseño A-B-A-B en diferentes niños. Segunda, la replicación de este descubrimiento a través de todos los sujetos indica que los datos son confiables y no se deben a la idiosincrasia del niño (Kazdin, 1982).

VENTAJAS DE LA REPLICACIÓN DE EXPERIMENTOS DE CASO-ÚNICO

Primera, el esfuerzo es descentralizado.

Segunda, la replicación sistemática continua debido a que las contingencias profesionales son favorables para su éxito.

Tercera, el análisis experimental del caso-único es cercano al de la clínica.

Finalmente, los resultados de las series son acumulados, y cada nuevo esfuerzo de replica tiene alguna recompensa inmediata para el clínico practicante.

No obstante, el avance de una serie de replicación sistemática es un camino largo y arduo de obstáculos y callejón sin salida.

Posterior a esta perspectiva y a la revisión específica, es importante conceptualizar a la Metodología y Diseño de la Investigación, (Kazdin, 2002) se refiere a la metodología como los diversos principios, procedimientos y prácticas que dirigen la investigación, y al diseño de la investigación como al plan u organización que se usa para examinar la pregunta de interés.

También analiza cuestiones diversas respecto a los métodos de investigación en psicología clínica. La metodología de la investigación se puede ver como un proceso de toma de decisiones. Las decisiones se toman en todas la etapas del proceso de una investigación.

Describe en este análisis, diferentes opciones metodológicas, de diseño y evaluación

enfatisando los problemas que surgen en la experimentación y las técnicas diseñadas para su control.

Explica de igual forma que, el propósito de la investigación es extraer inferencias válidas acerca de las relaciones entre variables. La metodología consiste en prácticas que ayudan a organizar las circunstancias de modo que se minimice la ambigüedad para alcanzar las inferencias. Señala que, muchos de los factores que pueden interferir en la obtención de conclusiones claras de la investigación pueden identificarse fácilmente. A estos factores se les denomina amenazas a la validez y sirven de base para el porqué y el cómo se conduce la investigación.

Los tipos de validez experimental son dos: a) validez interna y b) validez externa; y los factores que interfieren con obtener conclusiones son, para la validez externa: historia, maduración, exámenes, instrumentación, regresión estadística, tendencias para la selección, pérdida de población, combinación de selección y otras amenazas, difusión o imitación del tratamiento y tratamiento especial o reacciones de los controles; y para la validez interna son: características de la muestra, características del estímulo y escenarios, reactividad de la organización experimental, interferencia por tratamientos múltiples, efectos por la novedad, reactividad de la evaluación, sensibilización al examen y los tiempos de la medida.

La investigación comienza con una idea que se traduce en una pregunta o afirmación específica. Se selecciona un subconjunto particular de variables para la manipulación o el escrutinio. Las fuentes de ideas para la investigación pueden conformar los niveles de comprensión y el objetivo del estudio, así como definir a la idea misma de la investigación.

Los tipos de variables a investigar puede ambientales o situacionales, instruccionales, del sujeto o de las diferencias individuales entre sujetos.

Una decisión inicial en la investigación es seleccionar entre muchas diferentes opciones para el diseño. El rango de las preguntas, temas, y enfoques de investigación en psicología clínica ha llevado a usar una gran variedad de diseños.

Por ello es indispensable, revisar las ventajas y limitaciones potenciales de varios tipos de

diseños, problemas que probablemente surjan en su uso, y técnicas de control para mejorar los diseños. Los diseños que grupo que se usan en la investigación experimental en la cual el investigador manipula las variables.

Así, la asignación de los sujetos y formación de grupos, puede realizarse a través de una selección al azar, asignación al azar, desarrollando equivalencia, apareamiento y apareamiento con error entre los grupos. Los diseños de grupos seleccionado son: de grupo control con pretest y posttest, de grupo control sólo con posttest, diseño Solomon de cuatro grupos, diseños factoriales y diseños cuasi experimentales. En los diseños de tratamientos múltiples encontramos a los de corte transversal y contrabalanceados de tratamiento múltiple.

Además, las preguntas que se plantean en la investigación experimental dependen en gran medida de los grupos control y de comparación que se incluyen en el diseño; por ejemplo, se pueden conformar diferentes tipos de grupos control: sin tratamiento, en lista de espera, sin contacto, con tratamiento no específico, de control asociado y no asignado al azar.

Un aspecto crucial que desarrolla Kazdin (2001) de la investigación experimental es, asegurar que la manipulación de la variable independiente se logre efectivamente. Revisar la manipulación experimental puede mejorar mucho las conclusiones que se puedan sacar de la investigación. Los procedimientos para evaluar la realización de la manipulación experimental son: de la información, en la conducta y la experiencia del sujeto, de las condiciones de intervención; y también deben revisarse la interpretación de los resultados de estas técnicas, y los problemas que pudieran surgir.

Con base en el estudio y análisis de todo lo anterior se desarrollaron las siguientes:

HABILIDADES

Analizar y aplicar los diseños experimentales de un sólo sujeto y de grupo, y sus implicaciones éticas en el desarrollo de investigación aplicada.

Identificar y plantear un problema de investigación.

Capacidad para evaluar la pertinencia de las hipótesis experimentales.

Reconocer y describir las principales características y procedimientos de las diversas modalidades de los diseños de un sólo caso.

Explicar los alcances y limitaciones de los diseños experimentales de un sólo caso.

Identificar y solventar los dilemas éticos asociados al empleo de diseños experimentales.

Las cuales se plasmaron en las siguientes propuestas de investigación:

Impacto del auto monitoreo y entrenamiento de respuesta alternativa para moderar el consumo de alcohol en jóvenes

Con el desarrollo acelerado de la modernidad y la globalización económica de las últimas décadas, se han dado cambios y transformaciones en los ámbitos demográficos, económicos, tecnológicos, cultural, educativos, etcétera, los cuales han llevado a modificar estilos de vida, necesidades y formas de relación social, familiar e individual. Si bien estos cambios tienen ciertos beneficios, no se puede negar que ha generado una serie de situaciones estresantes que el individuo debe enfrentar, aunque no siempre sean resueltas de la manera adecuada.

Las dificultades para enfrentar los problemas que plantea la vida actual, están asociados con diversas situaciones psicosociales, como el incremento de la delincuencia, la desintegración familiar, la generación de mayor violencia y el uso de sustancias.

Circunstancias, eventos o características asociadas a un aumento en la posibilidad del consumo de sustancias o incluso de la adicción o dependencia. Se mide como un gradiente que va de alto a bajo riesgo.

Relacionado con estos factores, se han detectado situaciones que preceden al consumo de drogas y "han sido descritos como factores de riesgo para el abuso, los cuales ocurren antes

de que aparezca éste y están asociados estadísticamente con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia (Medina Mora, 2000).

Para el año 2002, existen en el país 32, 318,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros. Existe un incremento en el índice de consumo de los adolescentes de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres (ENA, 2002).

La mayoría de la gente no está por completo consciente del grado en el que se involucra en diversas conductas, ya que de manera habitual son automáticas y rara vez observa su conducta, Sin embargo, cuando a las personas se les da la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suelen presentarse cambios muy notables.

Si la conducta se aparta de un nivel aceptable, puede iniciarse la acción correctiva hasta que el nivel se haya conseguido. Así el auto monitoreo inicia otras conductas que sí lo hacen.

Por otra parte, el centro más común del entrenamiento de respuesta alternativa es el control de la ansiedad. La relajación se ha empleado de manera amplia como una respuesta alternativa que es incompatible, y por tanto, una alternativa para al ansiedad. De manera típica un terapeuta entrena a un cliente para relajarse profundamente, para lo cual se encuentran disponibles muchos métodos para lograr la relajación. La persona puede usarla para sobreponerse a la ansiedad en una variedad de situaciones

El propósito de la investigación es evaluar el impacto de las intervenciones de automonitoreo y entrenamiento en respuesta alternativa sobre la conducta de consumo de alcohol, midiendo el número de unidades de consumo por mes.

La intención es buscar la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas al menos en situaciones de ansiedad o de riesgo.

Método

Participantes y Experimentadores

Sujetos. Deben ser (3) jóvenes, mujeres u hombres, entre 16 y 21 años de edad, que hayan presentado consumo de alcohol con rangos promedio mayores a 50 y menos de 100 unidades de consumo por mes, durante los pasados seis meses al inicio de la intervención. Deben haber permanecido estudiando y/o trabajando durante el mismo periodo de tiempo.

Experimentadores. Psicólogos con maestría en adicciones, experiencia mínima de un año en el tratamiento cognitivo conductual para adicciones.

Escenario

Consultorio clínico institucional, con muebles cómodos (sillones reclinables), sin escritorio.

Medición

Aplicación del instrumento AUDIT Breve al termino de la línea base de cada uno de los sujetos. Tarjeta de registro de consumo diario.

Diseño

Diseño de línea base múltiple inter sujetos. El diseño es ABC con intervenciones diferentes. (ver figura 1).

Procedimiento

Línea base múltiple, el primer sujeto debe realizar registro de unidades de consumo por un periodo de una semana, el segundo sujeto por dos semanas y el tercero por tres, a través de tarjetas de auto monitoreo. Asignación aleatoria de los sujetos a cada uno de las líneas base. Aplicación de Audit Breve (ver tabla 1).

Fase B. **El auto monitoreo o auto observación**, consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La información transmite si la conducta se desvía de un estándar de desempeño (al menos no rebasar los límites de la línea base) impuesto de modo personal o cultural. Se les instruye para que registren la frecuencia de sensaciones de ansiedad en diferentes escenarios casa, escuela y/o trabajo. Después se les dan instrucciones para revisar sus pensamientos de modo más detallado registrando el tiempo del pensamiento, lo que hacía en ese momento, el contenido específico de cada pensamiento y así sucesivamente. Finalmente, registrar las ocasiones de consumo asociadas con estos pensamientos en las diferentes situaciones. Se desarrollaran cuatro sesiones, una vez a la semana.

Fase C. **Entrenamiento de respuesta alternativa**. Técnica de autocontrol que consiste en entrenar a la persona para que participe en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta no deseada, en esencia, se le entrena para reemplazar una conducta con otra. El centro más común es el control de la ansiedad. Se entrena a un cliente a tensar y relajar grupos musculares individuales. Tensar y relajar de manera alternada ayuda a la persona a discriminar diferentes niveles de relajación muscular. Haciendo auto instrucciones de sentir calor y pesadez en los músculos. Se desarrollaran cuatro sesiones, una vez a la semana.

Resultados

Se predice una reducción en los rangos de consumo en promedio de un 15% al termino de la fase B (auto monitoreo).

Al finalizar la fase C se espera que los rangos absolutos en las unidades de consumo mensual se vean reducidos de entre 25% a 40% para cada uno de los participantes.

Discusión

Las razones por las que el auto monitoreo altera la conducta no están claras por completo, la información obtenida a través de la observación cuidadosa puede proporcione retroalimentación importante sobre el nivel de la conducta de la persona.

El auto monitoreo puede ser efectivo porque el acto de observación puede adquirir propiedades reforzantes o punitivas.

También pueden emplearse diversas formas de meditación para desarrollar habilidades de relajación, la cual una vez aprendida puede utilizarse como técnica de autocontrol.

La persona puede usarla para sobreponerse a la ansiedad en una variedad de situaciones estresantes en una variedad de situaciones.

El entrenamiento en relajación es significativo como intervención por varias razones, se han estudiado diversos procedimientos para inducirla: relajación progresiva, ejercicios, meditación, biorretroalimentación) en relación con cierto número de problemas clínicos y han mostrado cambios. Quizá la relajación es de interés especial debido a la acumulación de evidencia concerniente a la función del estrés de colocar a los individuos en riesgo.

Figura 1

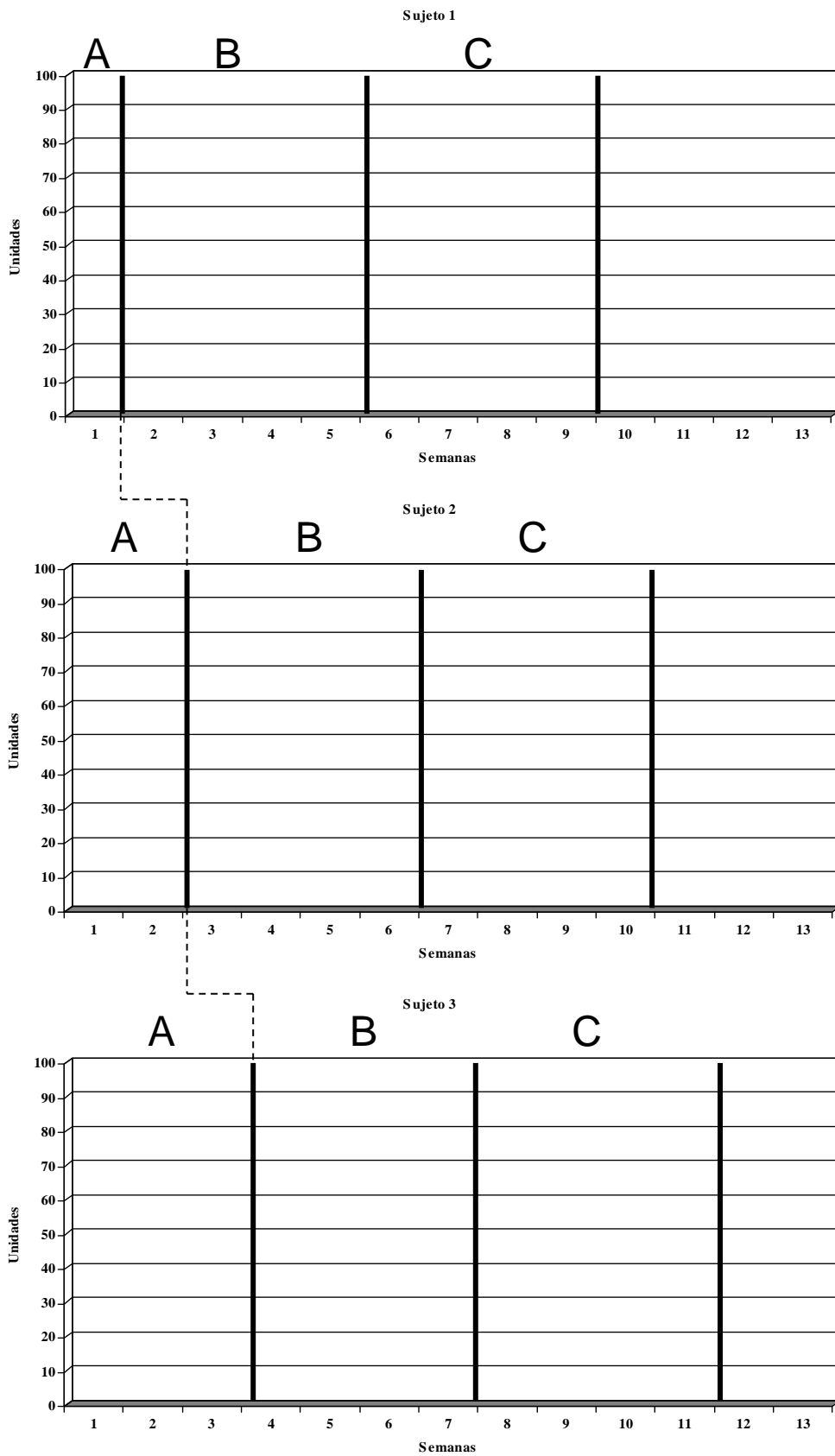


Tabla 1

AUDIT BREVE

1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?

Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro o más veces por semana	4

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?

1 ó 2 Copas	0
3 ó 4 Copas	1
5 ó 6 Copas	2
7 ó 9 Copas	3
10 Copas ó más	4

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión?

Nunca	0
Menos de 1 vez por mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

Para obtener un puntaje sume los valores de cada una de las respuestas

Puntaje de 0 a 3 Bebe en forma responsable.

Puntaje de 4 a 7 Bebe en forma riesgosa, modere su consumo.

Puntaje de 8 ó más Abusa del consumo de alcohol, consulte a un profesional necesita abstenerse.

RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Resumen: el estudio tiene como objetivo medir la efectividad de una intervención preventiva que eleve la auto eficacia (eficacia percibida) de los sujetos para reducir el riesgo de la transmisión del VIH-SIDA, y eventualmente impactar en la reducción del progreso del uso al abuso de drogas inyectables entre jóvenes. Los sujetos del estudio son jóvenes hombre y mujeres de entre 14 a 20 años de edad usuarios moderados de drogas inyectables, que acuden a los servicios de las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. de Tijuana, Mexicali y Cd. Juárez. El diseño del estudio es cuasiexperimental, pretest-postest con grupo control y experimental no aleatorizados. Se aplica una intervención de cuatro sesiones: drogas ilegales, la salud ante las drogas, administración parenteral y detección y canalización oportuna. Los resultados muestran que la intervención preventiva redujo las conductas de riesgo en el consumo de drogas inyectables.

Los programas de educación sexual permiten que disminuyan ciertos riesgos que pueden devenir una práctica sexual desprotegida, ya que se transmite información, se alienta el uso del condón y se hace énfasis en la dimensión placentera de la sexualidad (Pick de Weiss, Givaudan, y Saldivar-Garduño, 1996). En la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes, la comunicación (con padres, amigos, etcétera) juega un papel fundamental. Por esto, una estrategia para enfrentar al SIDA es la prevención y la difusión de información a través del desarrollo de programas y políticas educativas.

Sin embargo, también se ha demostrado que una educación sexual que no se adecue a los contextos socioculturales en los que se desarrollan los jóvenes es poco efectiva y no necesariamente da lugar a cambios en las prácticas riesgosas. Así, la investigación ocupa un lugar importante al poner de manifiesto las particularidades y las necesidades poblacionales en materia de educación sexual, porque no es eficiente diseñar estrategias que no se correspondan con dichas necesidades (Torres, 1998).

Se ha considerado la difusión de la información científica como un elemento central para contrarrestar el desarrollo de la pandemia, sin embargo hoy se sabe que la información es una condición necesaria, pero no suficiente, para modificar hábitos de conducta humana (Rico, Bronfman, y Del Río-Chiriboga, 1995). Los grupos procesan un cúmulo de información que impacta su estructura subjetiva y se manifiesta claramente en estigmas (Infante, Leyva, Caballero, Kageyama, Negroni, y Bronfman, 1996), sentimientos de rechazo, exclusión,

miedo al contagio y a la muerte (Díaz, 2001).

No basta con que los colectivos tengan cierto nivel de información, o que en su discurso cotidiano se mencione el SIDA para considerar que el camino de la toma de conciencia y prácticas de prevención estén garantizados.

Hablar del SIDA remite a situaciones de interacción entre los participantes del acto de habla y puede incluir la comunicación de experiencias personales.

En cambio, recibir información sobre el SIDA tiene una connotación más estática donde los componentes parecen ser un “transmisor” capacitado y un receptor pasivo (Gayet, Rosas-Rosas, Magis, y Uribe, 2002).

Como objeto de reciente construcción colectiva, la representación social del SIDA ha sufrido diversas modificaciones. En este ámbito específico las nociones de sentido común son productos de interacción social, en los cuales la información científica es interpretada y adaptada al marco de conocimiento tributario de la historia particular de cada grupo, es decir, de la cultura (Morín, 2001).

El abordaje de la intervención preventiva es desde la reducción del daño.

La principal finalidad de la reducción del daño es ayudar a los usuarios de drogas a evitar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral y mejorar su estado de salud y su situación social. Entre las intervenciones se cuentan proyectos que intentan garantizar que quienes sigan inyectándose tengan acceso a material de inyección estéril.

Al respecto, una evaluación llevada a cabo en 99 ciudades mostró que el riesgo de transmisión del VIH había descendido un 19% anual en las ciudades que disponían de dichos proyectos (sin un aumento concomitante del consumo de drogas), frente a un aumento del 8% en las que carecían de ellos.

En este estudio enfocamos la prevención desde la autoeficacia para adquirir y mantener conductas que eviten el contagio por VIH. El concepto de autoeficacia se basa en la teoría

sociocognitiva de Bandura (1992). Con autoeficacia nos referimos a la percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA. Según Bandura (1977), los cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta.

Para medir la autoeficacia percibida en el mantenimiento de una conducta sexual preventiva del SIDA, Kasen, Vaughan y Walter (1992) crearon una escala de 22 reactivos. Su estudio se desarrolló en una muestra de adolescentes, hombres y mujeres, de 15 a 19 años, en la ciudad de Nueva York. Se reportó un nivel de consistencia interna alto ($\alpha=0.91$) y de validez con base en su capacidad discriminadora de conductas de riesgo.

Esta escala ha sido adaptada al español y estudiada en muestras mexicanas. Ambos estudios reportan un nivel de consistencia interna alto ($\alpha=0.91$) y una buena validez discriminadora. Kasen y colaboradores (1992) encontraron un nivel alto de autoeficacia en la utilización del preservativo, no así en referencia al rechazo de relaciones sexuales; Bayés y colaboradores (1995) hallaron que en su población hay mayor autoeficacia en el rechazo de relaciones sexuales, y menor en el uso de preservativos.

En ambos estudios los hombres se perciben más autoeficaces para usar el preservativo y las mujeres para rechazar relaciones sexuales.

En diversos estudios (López, y Padilla, 1999; López, Salinas, y Landero, 1999; López, y Padilla, 2000) se aplicaron la Self- Efficacy for AIDS en una muestra de 3,265 estudiantes neoleoneses de secundaria. No obstante, efectuaron algunas modificaciones en la escala, pasando ésta de 22 a 27 elementos. Dichos cambios fueron motivados por la dificultad hallada para entender algunos ítems o ambigüedad en la respuesta. A esta versión de 27 elementos se le denominó SEA-27. Se volvió a hallar un nivel de consistencia interna alto de 0.91, calculado por la α de Cronbach. Por otra parte, se reporta un mayor nivel de autoeficacia en las clases sociales más altas y un bajo uso de preservativo en la muestra general (43% nunca lo usa y 18.4%, a veces). El 15.83% de los varones habían tenido relaciones sexuales y 5.11% de las mujeres. La edad modal para el inicio de las relaciones sexuales son los 14 años en los varones y 16 en las mujeres.

Se calculó la confiabilidad y validez de la Self-Efficacy for AIDS (SEA-27), tanto de sus 27 elementos como de la suma total de elementos y su estructura factorial. Asimismo, estudiar la validez de constructo, a partir de la estructura factorial subyacente y desde un enfoque correlacional y discriminatorio, empleando un conjunto de variables referidas a la actitud hacia el uso de preservativo, la planificación de la relación sexual y la monogamia, información que se posee en relación con el contagio de VIH y conducta sexual que se mantiene.

La autoeficacia se midió a través del Self-Efficacy for AIDS (López, y Padilla, 1999; López, y Salinas, y Landero, 1999; López, y Padilla, 2000) tomando su formato del estudio de López y colaboradores [2000] (SEA- 27). Dicho instrumento de medida consta de 27 reactivos tipo Likert con una variación de cinco puntos (Apéndice), evalúa la autoeficacia desde la teoría sociocognitiva de Bandura (1977) en tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo:

- Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.
- Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.
- Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos.

La suma de estos 27 elementos constituye la variable ST como una puntuación total de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA con relación a conductas sexuales de riesgo. Al ajustarse a una distribución normal, una vez estandarizada con base en su media y desviación es estándar, se puede considerar una variable numérica en una escala de intervalo.

Se midió la actitud hacia el uso de los preservativos y planificación sexual con base en 10 variables de orden. Están construidas como reactivos tipo Likert con una variación de cinco puntos. Además, hay una pregunta sobre la actitud hacia la monogamia.

A su vez, como variable dicotómica se midió el haber tenido o no relaciones sexuales. En caso de contestación afirmativa, se evalúan como variable dicotómica si se utilizó o no preservativo en la primera relación con coito, el haberla o no planificado, el cómo y dónde de

la relación sexual y si se emplea el preservativo en las relaciones actuales. Como variables cuantitativas se pide el número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales y la edad a la que se tuvo esa primera relación sexual.

En el supuesto de haberse tenido al menos una relación sexual, y no haber usado preservativo, se evaluó como variable politómica la razón por la que no se empleó éste. Por otra parte, se solicita a los sujetos que estimen la efectividad del preservativo, en una variable cualitativa politómica con tres categorías: a) 95 a 100%, b) 90 a 100% y c) menos de 90%. Como variable de orden (1 a 5), se pregunta al sujeto si está conforme con que es muy difícil que se infecte de SIDA, aunque no se proteja.

También se pregunta sobre la información que poseen acerca de la sexualidad, de donde se extraen tres variables. Una numérica de orden donde el sujeto evalúa en qué grado es buena o mala la información que posee (1 al 5); y las otras dos politómicas: sobre qué tema le gustaría tener más información, y la fuente principal de su información (amigos, libros, revistas, periódicos, televisión, escuela, papá o mamá).

Finalmente, se especifican 15 conductas de riesgo y se pide al sujeto que escoja tres y las ordene según su importancia (1º, 2º y 3º) como factor de riesgo para infectarse con el VIH. Con estos últimos datos se definen 15 variables ordinales. Cada una de las 15 opciones (A, B, ..., O) define una variable ordinal (riesgo A, riesgo B, ..., riesgo O) con un recorrido de 1 a 3, indicando importancia del riesgo atribuido o lugar de elección (1 en primera opción, 2 en segunda opción y 3 en tercera opción).

Todas estas variables especificadas permiten estudiar la validez de la escala Self-Efficacy for AIDS (SEA-27) y se obtuvieron mediante una encuesta autoadministrada (apéndice) la cual tarda entre 40 y 50 minutos en completarse.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con fundamento en lo suscrito hasta aquí, el problema planteado para el presente estudio es, el establecimiento del abuso de sustancias y la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en jóvenes usuarios de drogas inyectables, en zonas fronterizas del norte del país, específicamente en las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. Tijuana, Mexicali y Cd. Juárez.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar la efectividad de una intervención preventiva que eleve la auto eficacia (eficacia percibida) de usuarios de drogas inyectables a fin de reducir el riesgo de la transmisión del VIH-SIDA, y eventualmente impactar en la reducción del progreso del uso al abuso de drogas inyectables entre jóvenes.

MÉTODO

Participantes

La selección de los sujetos se realizó a través de un muestreo intencional por cuota. Es decir usuarios moderados de drogas inyectables. Los sujetos deben cumplir cubrir los siguientes criterios: saber leer y escribir, residentes de al menos un año en las ciudades del estudio, estudiantes o empleados al menos los 6 meses anteriores al inicio del estudio, no presentar diagnóstico de dependencia, no presentar diagnóstico de alteración psiquiátrica de acuerdo al manual DSM-IV, seropositividad negativa al VIH-SIDA, diagnóstico con la prueba de ELISA.

Jóvenes hombre y mujeres de entre 14 a 20 años de edad usuarios moderados de drogas inyectables, que acuden a los servicios de las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. de Tijuana, Mexicali y Cd. Juárez.

Grupos Experimental

Lo conformaran 25 usuarios moderados de drogas inyectables que acuden a los servicios de las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. de Tijuana, Mexicali y Cd. Juárez, incluyendo usuarios de ambos sexos, cuyas edades fluctúen entre los 18 y 20 años.

Grupos Control

Lo conformaran 25 usuarios moderados de drogas (no inyectables) que acuden a los servicios de las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. de Tijuana, Mexicali y Cd. Juárez, incluyendo usuarios de ambos sexos, cuyas edades fluctúen entre los 18 y 20 años.

Escenario

Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. Sala de juntas o salón amplio para cupo de 20 a 25 personas.

Materiales

Se emplearán los siguientes materiales:

Proyector

Computadora

Gises, borrador y

Plumones para pizarrón blanco

Instrumento

Escala de autoeficacia percibida en el mantenimiento de una conducta sexual preventiva del SIDA.

La aplicación debe realizarse por personal del Centro, después de que los investigadores pertenecientes al proyecto explicaran la finalidad del estudio y la forma de administración del cuestionario, motivarán al personal para su aplicación y se facilitaran los ejemplares.

Deben realizarse dos aplicaciones: la primera, antes de la intervención preventiva, y la segunda, al concluir con la intervención preventiva

Hipótesis de trabajo

La intervención elevará en alguna medida la eficacia percibida de los sujetos para prevenir el riesgo de transmisión del VIH.

La intervención preventiva disminuirá el riesgo de transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

La intervención preventiva reducirá en alguna proporción el progreso del uso hacia el abuso de drogas inyectables.

Hipótesis Nulas

La eficacia percibida para prevenir el riesgo de transmisión del VIH será igual entre los diferentes grupos después de la intervención.

El riesgo de transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables y usuarios de drogas no inyectables será igual después de la intervención preventiva.

La proporción del progreso del uso hacia el abuso de usuarios de drogas inyectables y usuarios de drogas no inyectables será igual después de la intervención preventiva.

Diseño del Estudio

Se empleará un diseño de grupo experimental con pretest-posttest (Kazdin, 2001).

G ₁	O ₁	X	O ₂
G ₂	O ₃		O ₄

En donde:

- G₁ = Grupo experimental
- G₂ = Grupo control .
- O₁ = Pretest para el grupo experimental
- O₂ = Postest para el grupo control
- O₃ = Pretest grupo experimental.
- O₄ = Postest grupo control.
- X = Tratamiento.

Procedimiento para la Intervención Preventiva

Se desarrollaron 4 sesiones:

- Drogas ilegales
- La salud ante las drogas
- Administración parenteral
- Detección temprana y canalización oportuna

PRIMERA SESIÓN: DROGAS ILEGALES

LAS DROGAS ILEGALES

Se inicia la sesión con una ronda de preguntas sobre las drogas ilegales: ¿cuáles conoce el grupo?, ¿cuáles son sus efectos?, ¿cómo afectan a la salud?, ¿quiénes las consumen?, y todas aquellas que el grupo exprese, enfocando las respuestas a hacer evidente el peligro que representan estas drogas para la salud y a que el grupo tenga información real sobre ellas.

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
20	Las drogas ilegales	Identificar los efectos y daños generados por el consumo de drogas ilegales	Preguntas y respuestas	Hojas Lápices
60'	Clasificación, efectos y daños de las drogas ilegales		Expositiva	Hojas Lápices
10'	Cierre de la sesión	Cerrar la sesión y sintetizar los temas	Expositiva	Hojas Lápices

SEGUNDA SESIÓN: La salud ante las drogas

LA SALUD ANTE LAS DROGAS

Se inicia la sesión comentando los conceptos presentados en la sesión anterior, especialmente la información referida a los daños a la salud derivados del consumo de drogas, es importante que el facilitador enfatice que la salud se ve afectada independientemente de la condición (legal e ilegal) de las drogas, destacando que el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas, y, por lo tanto las que, a nivel epidemiológico, generan mayores daños a la sociedad, ello sin contar que son altamente adictivas y dañinas.

Para cerrar el facilitador compara estas sugerencias con las propuestas del grupo y reafirma la necesidad de evitar el consumo y abuso de drogas.

CIERRE DE LA SESIÓN Y DEL MÓDULO

Se cierra la sesión destacando la importancia de estar conscientes e informados sobre los daños a la salud y los riesgos derivados del uso y abuso de drogas.

TIEMPO	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
20'	La salud ante las drogas	Alcohol y tabaco como disparadores de la adicción	Sensibilizar sobre los daños a la salud derivados del consumo de drogas Establecer que el alcohol y el tabaco pueden ser generadores de consumo de drogas ilegales	Expositiva La bola de nieve Plenaria	Hojas Lápices
30'	Las drogas y otros riesgos	Riesgos asociados	Conocer los riesgos asociados al consumo de drogas	Cartas marcadas	Hojas Lápices Tarjetas
30'	¿Qué hacer para reducir daños y riesgos?		Habilitar para reducir los riesgos asociados	Preguntas y respuestas	Hojas Lápices
10'	Cierre de la sesión		Cerrar la sesión Sintetizar los contenidos	Expositiva	Hojas Lápices

TERCERA SESIÓN: Administración parenteral

El término parenteral hace referencia a la vía de administración de los fármacos. esto es, atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección. La vía parenteral es diariamente empleada en atención primaria en multitud de situaciones.

TIEMPO	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
20'	Preparación del materia	Preparación del medicamento	Habilitar a los participantes en la preparación del material	Expositiva La bola de nieve Plenaria	Hojas Lápices
30'	Elegir el lugar de la inyección	Riesgos asociados	Habilitar para reducir los riesgos asociados	Cartas marcadas	Hojas Lápices Tarjetas
30'	Administración del medicamento		Habilitar para reducir los riesgos asociados	Preguntas y respuestas	Hojas Lápices
10'	Cierre de la sesión		Cerrar la sesión Sintetizar los contenidos	Expositiva	Hojas Lápices

A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos:

Preparar el material necesario.

Preparar el medicamento.

Elegir el lugar de inyección.

Administrar el medicamento.

La preparación del material y la del medicamento, salvo pequeñas particularidades, suelen ser comunes a los cuatro tipos de vías parenterales. La elección del lugar de inyección y la administración del medicamento ya sí que son específicas de cada vía parenteral.

En esta sesión se trata de cómo se han de llevar a cabo los dos primeros pasos para la

administración parenteral de las drogas.

QUINTA SESIÓN: DETECCIÓN TEMPRANA Y CANALIZACIÓN OPORTUNA

DETECCIÓN TEMPRANA

El facilitador retoma el trabajo de la sesión anterior y enlaza la identificación de situaciones de vulnerabilidad con la necesidad de detectarlas de forma temprana en adolescentes, con la finalidad de que se brinde apoyo a estas poblaciones para prevenir el consumo de drogas.

Define la detección temprana como la identificación de situaciones que ponen en riesgo de consumir drogas a adolescentes, al respecto se comenta el papel que tiene el grupo para detectar y apoyar tempranamente a adolescentes sujetos a vulnerabilidad.

El facilitador encuadra la técnica mencionando que el adulto joven es como el maquinista ya que está en posición de detectar quien tiene problemas y apoyarlo para llegar a un buen destino: prevenir el consumo de drogas.

CANALIZACIÓN OPORTUNA

El facilitador introduce el tema de la canalización oportuna, mencionando que ésta se define como la canalización de una persona que está en riesgo de consumir drogas o que ya ha iniciado el consumo sin desarrollar una adicción, hacia una institución especializada o a un servicio de atención preventiva y, si es el caso terapéutica.

Al respecto, da algunas sugerencias para poder canalizar adecuadamente:

- No realizar juicios morales sobre la persona.
- No ofrecer ayuda si la persona no la desea.
- Tener claridad sobre la problemática de la persona.
- Saber a donde canalizar a una persona en riesgo de consumo o con consumo incipiente.
- Si se considera necesario, debe consultarse a un especialista.
- Mantener una relación cercana con la persona una vez canalizada.
- Evitar comentarios sobre la persona a canalizar, con otras personas.

Para cerrar el tema, se realiza una ronda de preguntas y respuestas sobre la canalización oportuna y se reafirman la importancia de ésta para la prevención de las adicciones.

CIERRE DE LA SESIÓN Y DEL CURSO

El facilitador presenta una síntesis de los temas trabajados en la sesión y resuelve las dudas que hayan quedado al respecto. Posteriormente comenta el desarrollo del curso, solicita al grupo su opinión respecto al mismo y compara las expectativas detectadas en la sesión introductoria con las opiniones vertidas por el grupo.

TIEMPO	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
30'	Detección temprana	Situaciones de vulnerabilidad	Definir la detección temprana Identificar las situaciones a descubrir para detectar tempranamente	Expositiva El tren a la playa	Hojas Lápices
30'	Canalización oportuna	Tips para canalizar	Definir la canalización oportuna y dar tips para canalizar	Expositiva Preguntas y respuestas	Hojas Lápices
30'	Cierre de la sesión y del curso		Cerrar la sesión y el curso Detectar cobertura de expectativas Invitar a otras actividades institucionales	Expositiva Plenaria	Hojas Lápices
40"	Aplicación del instrumento				

RESULTADOS

Para los cálculos estadísticos se empleó el SPSS versión 12.0.

Los datos de los resultados se reportaran en tablas que permitan dar lectura a las diferencias encontradas para los dos grupos del estudio.

Los cambios que se esperan observar en los sujetos están directamente relacionados con la modificación de las conductas de riesgo, sexual y consumo de drogas inyectables.

Al finalizar la intervención preventiva se reducen las conductas de riesgo de relaciones

sexuales sin protección.

La intervención preventiva redujo las conductas de riesgo en el consumo de drogas inyectables.

Se espera que al finalizar la intervención preventiva se eleve la percepción de riesgo al contagio del VIH.

Se eleve la autoeficacia de los sujetos para rechazar consistentemente el consumo de drogas inyectables, a fin de disminuir la frecuencia y cantidad de droga consumida y los eventos de administración inyectable de esta.

Aumento la autoeficacia de los sujetos para rechazar relaciones sexuales de riesgo y sin protección.

Se encontrarán diferencias clínica y estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control.

DISCUSIÓN

Este apartado aborda tres líneas principales del estudio:

Analiza las diferencias encontradas entre los dos grupos.

Identifica la evidencia que permite atribuir el aumento de la autoeficacia a la intervención preventiva.

Analiza la evidencia para determinar que el instrumento de medición es sensible al objetivo del estudio.

Por lo tanto, se concluye que SEA-27 es una buena escala para medir autoeficacia sexual para prevenir el SIDA. Tiene buenas cualidades psicométricas de confiabilidad y validez.

Se atribuyen las modificaciones conductuales a la intervención preventiva. Asimismo las

reflexiones cognitivas son atribuibles a la intervención preventiva.

Futuras mediciones deben realizarse como indicadores del éxito de la intervención preventiva más que enfocarse a las modificaciones conductuales o cognitivas de los sujetos.

Otras mediciones pueden enfocarse al grado en que la intervención preventiva fue eficiente para la reducción del daño en usuarios de drogas inyectables.

Futuros estudios podrían utilizar autoreportes para monitorear las conductas sexuales de riesgo.

Se recomienda hacer un estudio longitudinal con este tipo de población, y seguimientos a tres, seis y doce meses de la intervención preventiva.

REPORTE DE CASO

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y Otras Drogas

Alfredo González Portillo

Psicólogo

Resumen

Este es el reporte de caso, de una adolescente estudiante de 18 años de edad, quien acudió al Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. El reporte consta de cinco apartados principales; 1) Motivo de consulta, que brinda la información detallada de la entrevista respecto a la identificación, historia de consumo, consecuencias del consumo, área de salud, área escolar y laboral, área familiar, sexualidad y satisfacción personal; 2) Evaluación, que tuvo como objetivo medir el patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga, si los hubiera, y problemas relacionados con el consumo; 3) Recursos, en el cual se mencionan los recursos y déficit, que se identificaron en la usuaria, con los cuales enfrentar la situación de cambio de la conducta de consumo; 4) Diagnóstico, en el cual se plantea el cuadro diagnóstico de la usuaria con base en la información recabada en la fase de evaluación; 5) Tratamiento, en el que se detallan las diferentes intervenciones de las que se compone el programa, que se planteó como objetivo general modificar el patrón de consumo utilizando de manera preeminente la terapia cognitivo conductual y la entrevista motivacional; y 6) Resultados, en el que se reportan los cambios que se consideran atribuibles al programa y sus componentes, así como los datos y resultados obtenidos en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses concluido el tratamiento.

1. Motivo de Consulta y Evaluación

1.1. Información obtenida de entrevista

M.P. es una adolescente de 18 años de edad, estudiante que cursa 6° semestre de preparatoria y asiste al Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.

Refiere que acude a consulta porque *“mi hermana dice que tengo un problema por consumir marihuana y alcohol, yo creo que no tengo problema con eso, pero de todos modos vine para saber si es problema o no”*

Comenta que a la edad de 15 años inicio su consumo de alcohol, el cual aumento apenas hace un año, a éste se sumo experimentar con marihuana. Refiere que, las principales situaciones de consumo son en *“fiestas con amigos y compañeros de la escuela”*, que generalmente consume los días lunes y viernes, casi siempre con *compañeros de la escuela*.

Comenta que muchas veces *“utilizó el consumo para llamar a la atención de mis amigos y amigas, pues me cuesta trabajo integrarme y me siento relegada, apartada”*. Afirma que sus amigos se aburren en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas. Si es el caso de que no haya drogas, ella prefiere retirarse. Debido a ello, refiere que sus amigos llevan drogas a las fiestas.

Refiere que presenta dificultades en las relaciones interpersonales con sus amigos. También refiere tener una baja autoestima.

La usuaria ha presentado problemas con su familia, *“mis padres han dejado de tenerme confianza”*. En una ocasión tuvo un conflicto con sus padres; la regañaron por su consumo de cerveza. Es importante hacer anotar aquí que, que ellos desconocen que consume marihuana. También es de resaltar que M.P. Tiene un hermano mayor quien también consume marihuana.

No obstante que, considera lleva una relación regular tanto con sus padres como con sus hermanos, percibe que recibiría ayuda de ellos para cambiar su consumo de alcohol o drogas.

La sustancia que más consume es *Cerveza*, no obstante también ha *consumido marihuana*. Refiere que este consumo de marihuana es un pequeño problema para ella.

Reporta gastar en promedio 150 pesos a la semana en su consumo de cerveza; en el consumo de marihuana estima gastar en promedio 100 pesos al mes en las ocasiones que lo ha hecho. Suele perderse actividades o acontecimientos porque ha gastado demasiado dinero en drogas o en bebidas alcohólicas.

Comenta que no ha sufrido daño físico alguno por su consumo de alcohol; sin embargo comenta que en más de dos ocasiones si ha presentado, durante consumo severo: lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento; también refiere haber presentado problemas menores en su comportamiento diario, como: cambios de humor y presiones relacionadas con el consumo. En cuestiones *interpersonales* su situación es mayor, debido a que ha tenido pérdidas de relaciones o a estado a punto de perderlas debido al consumo. Ha tenido problemas de agresión, pues intoxicada ha ejercido violencia física hacia otros. Refiere que ya ha sentido que no puede controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas.

Refiere que también consume tabaco desde hace tres años, que en promedio, en sus ocasiones de consumo fuma dos cigarrillos.

Aunque asiste de manera regular a la escuela y no ha interrumpido sus estudios en los últimos 6 meses, su desempeño disminuyó con relación al año anterior, registrando un promedio general actual con calificación de 7. Ella considera por lo tanto su desempeño escolar como regular.

La escuela y los amigos que tiene ahí son un factor de riesgo, debido a que salidas con estos amigos, están relacionadas al consumo de alcohol y eventualmente de marihuana.

Refiere haber tenido relaciones sexuales durante o después de haber consumido alcohol, comenta que *“he permitido tener relaciones sexuales cuando no las he querido”*, *“me he sentido presionada a tener relaciones sexuales”*. En algunas ocasiones estas relaciones han sido de riesgo, debido a que no ha usado condón.

Reporta haber realizado las siguientes actividades, todas ellas relacionadas con su consumo: tomar dinero o cosas de valor de \$50 o menos que no le pertenecen; tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla; vender drogas (marihuana); tomar parte en riñas o peleas.

Aunque no tiene ideas, tampoco presentado intentos suicidas, *con frecuencia se siente triste, ha sentido que no puede seguir adelante* y ha pensado que su familia estaría mejor sin ella.

Debido a todo lo anterior se percibe, actualmente insatisfecha con su forma (estilo) de vida.

Hasta ahora no ha recibido ningún tipo de tratamiento o ayuda para dejar de consumir alcohol u otras drogas.

2. Evaluación realizada por medio de cuestionarios

Con base en la información anterior y en datos clínicos se decide desarrollar el abordaje, tanto de la evaluación como del tratamiento, enfocando sólo al consumo de alcohol. Debido a que este es significativamente mayor y problemático en relación al consumo experimental de marihuana.

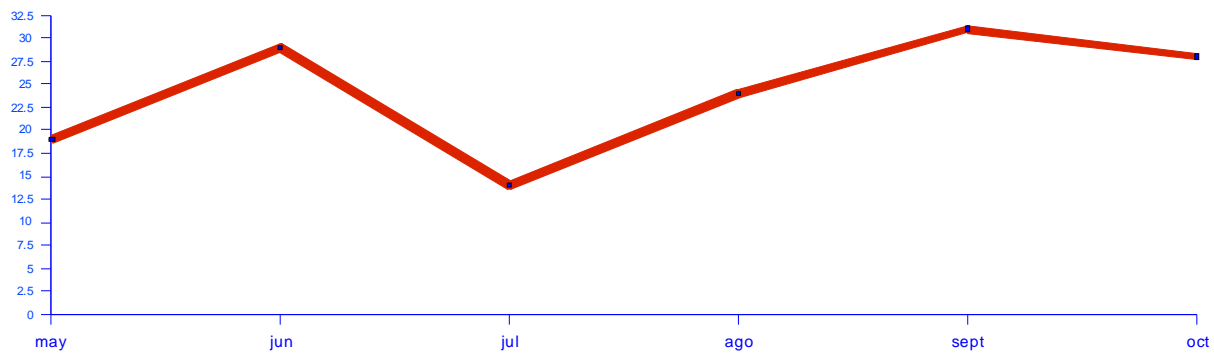
2.1. **Línea Base Retrospectiva (LIBARE)** desarrollada por Sobell y Sobell (1979), se utiliza para medir el patrón de consumo (cantidad y frecuencia), de los últimos 6 meses a la fecha de la evaluación.

Los resultados son los siguientes:

<i>LIBARE</i>	
Total de copas estándar en los últimos 6 meses	153
Cantidad máxima de tragos bebidos	7
Cantidad mínima de tragos bebidos	1
Consumo promedio de tragos por ocasión de consumo	2
Días de mayor consumo	13
Mayor número de días de abstinencia	6

La siguiente gráfica es resultado de la aplicación de la LIBARE del consumo de alcohol durante los

últimos 6 meses anteriores a la fecha de la aplicación.



2.2. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, 1982). Se desarrollo para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída; puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona las áreas de mayor riesgo en un individuo.

La siguiente tabla muestra los percentiles obtenidos en M.P. Se resaltan las áreas que puntuaron más alto, lo cual nos da línea para las intervenciones.

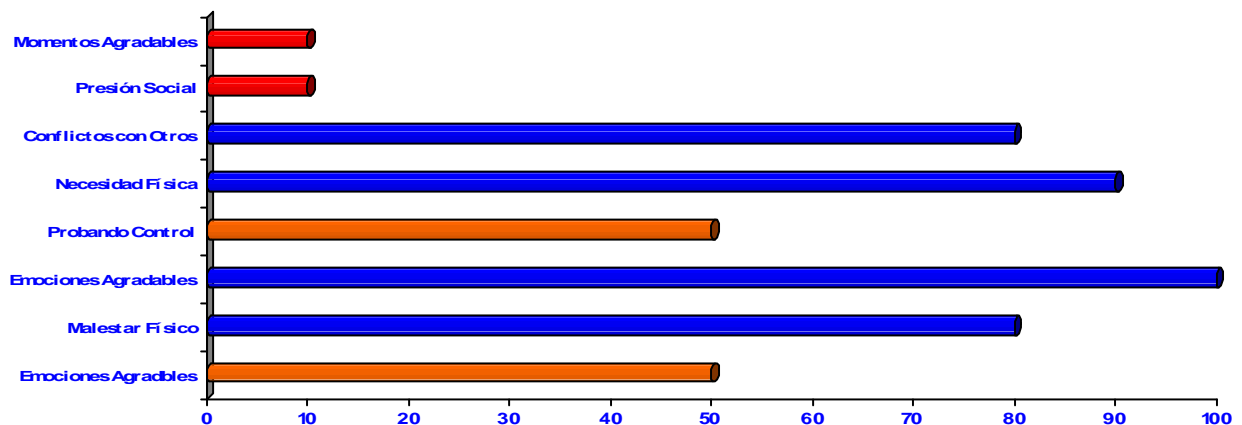
PERCENTILES DEL ISCA

AREAS	PERCENTILES
Emociones desagradables	70
Malestar físico	33.33
Emociones agradables	50
Presión social	86.67
Momentos agradables con otros	90
Probando autocontrol	66.67
Necesidad física	73.33
Conflicto con otros	48.33

2.3. Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (Annis, Graham & Davis, 1987; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997). El cuestionario tiene como objetivo medir el concepto de autoeficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo.

Ante las 8 situaciones o eventos que M.P. tiene problemas por su forma de beber o consumir alguna

otra droga, gráfica de la siguiente manera:



2.4. **Escala de Estados de Disposición al Cambio (Sócrates 8A)** (Miller & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez & Ayala, 2001). Su objetivo es evaluar la etapa de disposición al cambio de los sujetos, identificando si el usuario se encuentra dentro de la categoría de reconocimiento del problema o si es que el individuo ya está haciendo algo por resolverlo (acción).

La siguiente tabla muestra la hoja de calificaciones del Sócrates 8A de las etapas de Reconocimiento y Acción

Escala de Estados de Disposición al Cambio (Sócrates 8A)			
Reconocimiento		Acción	
Item	Calificación	Item	Calificación
1	5	2	5
3	3	4	43
5	3	6	53
7	3	8	45
12	3	9	54
13	3	10	45
		11	4
Total	22	Total	26

3. Recursos disponibles

M.P. tiene motivación al cambio para cambiar su patrón de consumo. Aunque principalmente motivada por su hermana mayor, acepta ir a tratamiento para tratar su consumo de alcohol. Cuenta con el apoyo de su hermana, para acompañarla en su proceso de tratamiento, es la hermana quien fungirá como lateral significativo para los seguimientos. Es una persona con capacidad de afrontamiento, pues está dispuesta a conseguir las metas de tratamiento que se planteen.

Sus padres manifiestan *disgusto e inconformidad* por su consumo de alcohol.

Actualmente estudia el sexto semestre de preparatoria, por lo cual está casi por concluirla. Debido a la disminución en su rendimiento y desempeño, decidió inscribirse a círculos de estudio con el propósito de regularizar sus materias y concluir de manera satisfactoria este ciclo escolar. Acude a estos círculos todos los días jueves y viernes.

Es una persona inteligente, identifica los problemas ante cuestionamientos al respecto y al brindarle información que pueda modificarse su visión ante cualquier conducta o evento.

3.1. Déficit

Manifiesta un gran déficit en habilidades sociales. Se siente rechazada y aislada de su grupo de pares.

Su hermano mayor también es consumidor de alcohol y marihuana. Su padre en ciertos contextos es factor de riesgo al consumo de alcohol.

Presenta sentimientos de inferioridad, su auto imagen está distorsionado, reflejándose en baja autoestima y auto concepto pobre de sí misma. Su aliño es desarreglado, es evidente un descuido por el arreglo personal, no obstante que existe cuidado por el aseo personal.

Sus habilidades de rechazo se ven disminuidas ante presión de pares y ante situaciones agradables con otros.

Manifiesta un déficit en su capacidad de rechazo de relaciones sexuales cuando no las desea.

El consumo de marihuana ha sido concurrente con el de alcohol.

4. Diagnóstico

Según los puntajes del POSIT y los criterios diagnósticos del DSM-IV, P.M., presenta una dependencia media al alcohol, manifestada por consumos severos antes situaciones agradables conflicto con amigos o familiares, por consumo concurrente con depresión y en convivencia con amigos celebrando cumpleaños o festividades especiales.

Tabla 1. Criterios del DSM-IV para Diagnosticar Abuso y Dependencia de Sustancias Adictivas

Un patrón de consumo de sustancias adictivas mal adaptativo; es decir, que la cantidad, frecuencia y forma en la que el individuo toma o ingiere dicha sustancia, le está ocasionando problemas clínicamente significativos o de estrés disfuncional. Se manifiesta cuando en un período de 12 meses, se presentan uno (o más) de los siguientes síntomas:

7. Uso frecuente de la sustancia que *impide al individuo cumplir con sus obligaciones y responsabilidades* laborales, escolares o del hogar.
8. Consumo frecuente de sustancias adictivas en situaciones en las que este *consumo es riesgoso*.
9. *Problemas legales* frecuentes asociados al consumo.
10. Consumo continuado de sustancias adictivas a pesar de *todos los problemas sociales en sus relaciones interpersonales producidos por su consumo*.

La exposición a este tipo de eventos produce la conducta de consumo, en los cuales su auto eficacia se ve disminuida.

Existen situaciones de este tipo en las que ha llegado a consumir concurrentemente cerveza, alcohol y

marihuana.

Uso problemático de alcohol referido desde hace año y medio.

El número total de tragos de consumo durante los últimos 6 meses es de 153. La cantidad máxima de tragos bebidos fue de 7, la mínima fue de 1, el consumo promedio por ocasión fue de 2 tragos. Existió un periodo de 13 días en el cual consumió de manera continuada. Por el contrario, el mayor periodo de abstinencia sólo alcanzó 6 días.

Con base en los datos obtenidos en el ISCA, las situaciones de mayor riesgo para el consumo en M.P. son en momentos agradables con otros, ante la insistencia de otros para consumir, generalmente consume cuando se presenta el antojo, cuando presenta emociones desagradables se encuentra en riesgo de consumir, y cuando pretende probar su autocontrol respecto a la conducta de consumo.

La autoeficacia de P.M. se ve disminuida severamente ante situaciones agradables y ante la presión social para el consumo, también disminuye, aunque en menor grado, ante momentos desagradables con otros y su inquietud de probarse control sobre su conducta de consumo. Estas dos circunstancias respecto a su autoeficacia son coincidentes con las situaciones de mayor riesgo al consumo reportados por el ISCA.

En resumen P.M. tiene una dependencia media al alcohol que está asociada a reuniones con amigos y compañeros de la escuela, y el consumo es severo en festividades, principalmente en cumpleaños de ella y sus amigos.

Además y con base en los puntajes obtenidos en la Escala de Estados de Disposición al Cambio (Sócrates 8A), el estado del disposición al cambio de M.P., se identifica que el nivel de reconocimiento de la problemática por consumo de alcohol es bajo; no obstante su nivel de acción para hacer algo con respecto al consumo es alto. La usuaria se encuentra en la etapa de *Precontemplación*.

5. Tratamiento

Los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Objetivos Terapéuticos y Técnicas de Intervención empleadas

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Modificar el patrón de Consumo	Cognitivo Conductual y Entrevista Motivacional
Promover la disposición para ingresar a tratamiento	Identificación y definición del problema, elaboración de opciones de solución y toma de decisiones para resolver el problema. Estilo reflexivo y propositivo Proporcionar retroalimentación objetiva
Aumentar el conocimiento del usuario acerca de que él puede ser su propio agente de cambio	Balance decisional y establecimiento de meta de consumo Informar al cliente que es posible el cambio Permitirle al usuario elegir la meta (abstinencia o moderación)
Identificar las situaciones principales de consumo	Solución de Problemas Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento Modelamiento
El usuario reconozca sus aspiraciones y competencias	Entrevista motivacional Escucha reflexiva
Metas de Vida	Solución de Problemas
Identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso	Registro diario del consumo
Re establecimiento de meta de consumo	Análisis Funcional Registro diario del consumo
Desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a situaciones de riesgo para beber en exceso	Entrenamiento en estrategias para mantener el cambio Entrenamiento para afrontar posibles caídas o recaídas.

Desarrollo por sesiones

El tratamiento se llevo a cabo en cinco sesiones, incluida la sesión de Inducción.

La **sesión de inducción** se utilizó para retroalimentar al adolescente sobre su patrón de consumo de alcohol y otras drogas, sus situaciones de riesgo, las áreas en que presenta riesgos y aquellas en las que presenta factores protectores; para informar al adolescente acerca de las consecuencias a corto plazo y largo plazo del consumo de alcohol y otras drogas; identificar y definir el problema, así como elaborar opciones para resolverlo conjuntamente entre el terapeuta y el usuario; y dar a conocer a los adolescentes las características del programa con el propósito de que decida ingresar al programa.

Refiere que no concibe al alcohol como una droga. “considero que no tengo problemas por consumir alcohol”.

Se inicia el trabajo con el Folleto de Retroalimentación.

Se le presento a M.P. El cuadro de los resultados de su patrón de consumo, los cuales se obtuvieron de la LIBARE, quedando como sigue:

1. Bebiste un total de 153 copas estándar en los últimos seis meses.
2. Cantidad máxima de tragos bebidos 7
3. Cantidad mínima de tragos bebidos 1
4. Consumiste un promedio de 2 tragos por ocasión de consumo
5. Días de mayor consumo 13
6. Mayor número de días de abstinencia 6

Se le ofrece información de cuántos son los tragos estándar que se consideran como abuso; el discurso sobre estos asuntos, que le ofrece el terapeuta, asume al alcohol como una droga.

Se revisan las consecuencias inmediatas de tomar más de 5 copas, las consecuencias físicas a largo plazo y las consecuencias psicológicas, sociales o personales a largo plazo. Después de estas

actividades se infiere que la usuaria se mueve de etapa de cambio, *pasa a la etapa de contemplación*.

Posteriormente, se retro alimenta a M.P. Sobre las Cosas que Tiene que Cuidar, con base en lo que reportó en los cuestionarios de evaluación, comentando que se identificaron algunas cosas que tiene que cuidar y aquellas que le pueden ayudar a no correr riesgos.

COSAS QUE TIENES QUE CUIDAR

Aburrimiento con amigos en fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas

Daño por accidentes

Perderse actividades por gastos en drogas

Amigos que llevan drogas a las fiestas

Te vas de las fiestas si no hay alcohol o drogas

Deseo de consumir

Olvidos

Manejo de autos

Cambios repentinos de humor

Pierdes clases, disminuye tu rendimiento académico

Familiares te piden que reduzcas tu consumo de alcohol

Discusiones con amigos relacionadas al consumo

Relaciones sexuales de riesgo relacionadas al consumo

Con la misma dinámica se le solicita a M.P. identifique y reconozca, con base en sus recursos, las cosas que le pueden ayudar

COSAS QUE TE PUEDEN AYUDAR

Mi deseo por cambiar el exceso de las drogas y el alcohol

Habilidades para rechazar cuando me ofrecen

Tener a mi familia

Tener metas a largo plazo para mi vida

El deseo de que mis amigas me apoyen

Tener el ánimo para venir a mis sesiones de tratamiento

Resultado de las dos últimas actividades previas, M.P. comenta que las cosas que *ahora* le preocupan

de su consumo de alcohol son “*las consecuencias que lleva el consumo de alcohol, llegar a tener alguna enfermedad, quedarme sola, y que tal vez algunas personas me rechacen por consumir alcohol*”.

Como parte final de esta sesión, con el propósito de que la usuaria inicie a generar alternativas para su consumo, desarrollo el ejercicio TOMA UNA DECISIÓN. Se desarrollan dos ideas como alternativas que le pueden ayudar a solucionar aquello que le preocupa de su consumo.

El siguiente esquema representa el ejercicio

	<i>COSAS BUENAS</i>	<i>COSAS NO TAN BUENAS</i>
Opción 1 Venir a sesiones	Cambia mi forma de ver el consumo de alcohol	Tal vez no pueda cambiar
Opción 2 Selección de amigos	El apoyo de ellos Cambiar	No me llevan a nada bueno

De ellas plantea que por el momento su mejor alternativa es, *venir a tratamiento*.

Con esta meta que plantea M.P. Se infiere que aún se encuentra en la etapa de contemplación.

Para cerrar la sesión, se felicita a M.P. Por su disposición y compromiso en su proceso, se le señala que este es su espacio, que puede hacer uso de el a su consideración. Se hace un resumen de la sesión. Con el propósito de motivarla a continuar en el tratamiento, se le reconocen y anotan algunos cambios respecto a su visión sobre el consumo de alcohol, se exaltan algunos rasgos de su personalidad, identificados en la clínica: inteligencia, capacidad de concentración y atención, perseverancia, capacidad para identificar problemáticas, aunque limitadas habilidades sociales.

Se concertó cita para la próxima sesión.

La primera sesión persiguió como objetivo que M.P. elaborará su balance decisional, revisando las ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo y estableciera su meta de reducción de consumo.

Al inicio de la sesión se percibe a la usuaria en un estado de tensión corporal, cuestionándola al respecto, M.P. afirma tal percepción; con el propósito de promover un estado de relajación y apertura a los cuestionamientos clínicos, se aplica una técnica de respiración junto a una de tensión relajación muscular, consiguiendo el objetivo propuesto.

Se revisó el trabajo de la sesión de admisión. M.P. Que aún no le queda claro como es que el consumo de alcohol y marihuana puede ser de riesgo.

Con el propósito de clarificar esta idea se realiza un breve análisis funcional de su conducta de consumo en fiestas o reuniones, que generalmente se dan en un contexto escolar: *los días lunes, al acudir a la escuela, mis amigos me invitan a reuniones, como casi siempre sucede, no me siento integrada al grupo, pienso en consumir, busca con quien consumir, inicia consumo, llama la atención de mis amigos con quienes no me siento integrada, lo consigo, mis amigas y amigos me buscan, y sigo consumiendo.*

Con ello logra identificar el rol de su conducta de consumo, y lo refiere en los siguientes términos: *llamo la atención de mis amigos con quienes no me siento integrada.*

Antes de realizar el Balance Decisional, M.P. solicita ayuda para mejorar sus habilidades de comunicación, refiriendo que con el trabajo de la sesión anterior se dio cuenta que necesita esta habilidad. Con tal propósito, se desarrolla un modelamiento, señalando aspectos básicos de la comunicación asertiva: iniciar conversaciones, saber escuchar (contacto visual, movimientos corporales, respuestas, preguntas), dar reconocimiento por conducta y cualidad, aceptar reconocimiento, expresar entendimiento, aceptar/compartir responsabilidad y ofrecer ayuda.

Posteriormente se realiza el BALANCE DECISIONAL, el siguiente esquema muestra el ejercicio que desarrolló

BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS	Recuperar la confianza de sus padres Terminar la preparatoria Comenzar una carrera universitaria Usar el dinero que gasta en drogas para cosas personales	Seguir divirtiéndome con mis amigos
DESVENTAJAS	Perder algunos amigos Quizá quedarse sola	Los problemas y consecuencias a largo plazo de salud que ya revisamos.

Para finalizar esta sesión, antes de hacer el cierre, M.P. estableció su meta de tratamiento: consumo moderado de alcohol, quiere consumir sólo dos ocasiones por semana y un trago por ocasión. Con relación al consumo de marihuana ha establecido como meta la abstinencia.

La ***segunda sesión*** ayudó a que M.P. identificará sus situaciones principales de consumo y elaboró sus planes de acción para enfrentar esas situaciones.

Se llenó el cuadernillo del registro diario de consumo, a fin de explorar los días de consumo, cantidad consumida, situaciones de consumo; si es el caso, que haya utilizado alguna estrategia para la reducción de su consumo y el cumplimiento o no de su meta.

Se realizó un resumen de los puntos tratados en la sesión anterior.

Se dio lectura al folleto “Situaciones de Riesgo y Solución de Problemas”, con el objetivo de revisar la definición de las recaídas y la función que tienen éstas en el proceso de cambio en el patrón de consumo de drogas, se realizó la lectura “Montaña de Recuperación”, explicándole el proceso de las recaídas como parte del proceso de cambio.

Al pedirle que señalara en la montaña el punto en dónde ella se encuentra en estos momentos, indicó

estar cerca de los puntos críticos de decisión.

Debido a que cumplió con la meta establecida en la sesión anterior, y considerando la posibilidad de recaídas en un momento posterior, se le proporcionaron algunas pistas para manejar la recaída en el momento en que se presente.

Posteriormente, con el mismo folleto, con el objetivo de que M.P. elaborará sus Planes de Acción, se le explico, que como primer punto, identifique sus situaciones en las que consume. Se le modelaron dos ejemplos de situaciones de consumo; analizando los antecedentes y los consecuentes de la conducta.

Obteniendo lo siguiente:

Situación de consumo 1:

“Fue en septiembre el 15 en una cervecería, fue planeada, visitar a los del lugar. “

¿ Cuánto consumiste ?

5 caguamas = 15 tragos

Consecuencias positivas

“Que me divertí, conocí gente y me integre al grupo. “

Consecuencias negativas.

“Regaño de mis padres, olvido y dolor físico, cruda y sed. “

Situación de consumo 2:

“En mi cumpleaños el 24 de junio. “

¿Cuánto consumiste?

7 caguamas = 21 tragos.

Consecuencias positivas;

“Me divertí y conocí gente. “

Consecuencias negativas;

“Pelea con amiga, regaño en mi casa, mi hermano se enoja, dolor, cruda, vomito, nauseas, mareo y dolor de cabeza.”

Después se desarrollaron planes de acción para enfrentar las situaciones de consumo:

SITUACION 1 Celebración del 15 de septiembre.

Plan 1

No asistir en lugares que se venda el alcohol.

Planear a ir algún otro lugar.

Planear actividades

Comentarles a mis amigos

Pedir opiniones.

Ventajas.

Diversión, sanamente, tener comunicación con mis amigos, encontrar a verdaderos amigos y la aceptación.

Desventajas.

Rechazo de algunos.

Plan 2

Festejarlo con mi familia.

Decir le a mis papas.

Decidir entre todos.

Festejarlo.

Ventajas;

Divertirme, convivir con mi familia, tener más comunicación, conocerlos más, pasar un buen rato, tener confianza.

Desventajas;

No divertirme.

SITUACION 2. Cumpleaños el 24 de junio.

Plan 1

Celebrarlo en mi casa con la familia

Preguntarles a mis papas

Pedir una opinión

Ponernos de acuerdo con lo que se haría.

Festejarlo.

Ventajas;

Divertirme sanamente, convivir con mi familia, comunicación con mis padres y hermanos, pasármela bien.

Desventajas;
No divertirme.

Plan 2

Pasarla con mis amigos.
Comentar a donde quiero ir.
Pedir opinión.
Invitar algunas amigas.
Comentarles a mis padres.

Ventajas;

Divertirme sanamente, conocer gente que le guste lo mismo que yo, la confianza de mis padres, no hacer uso del alcohol para la diversión.

Desventajas;

No pasarla con algunos amigos.

¿Que plan es mejor para la situación?

SITUACION 1; Celebración del 15 de septiembre. Plan N. 2

SITUACION 2; Cumpleaños el 24 de junio. Plan N. 1

Finalmente, se le proporciona de manera esquemática los pasos para Resolver Problemas

Con base en la disposición que presenta M.P. en la realización de los ejercicios de esta sesión y los datos obtenidos de su auto registro, se infiere que ella se encuentra en *Etapas de Acción*.

La tercera sesión permitió que M.P. analizará el impacto de su consumo de alcohol y marihuana en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.).

Inicialmente, se revisó procedió al llenado de su auto registro, en el cual se había planteado la meta: dos días de consumo y un trago por ocasión; el consumo de alcohol y marihuana para esta semana fue de cero, logro abstinencia, aunque ella continúa con su meta de consumo moderado. Se le reconoció haber superado su meta, se le felicito por tal logro, se le motivo a continuar en el tratamiento; también se le reconoció el avance significativo que ha presentado a lo largo de las tres sesiones anteriores,

incluyendo la sesión de admisión.

Posteriormente, con el propósito de revisar el impacto del consumo para el logro de sus metas, se desarrolló el ejercicio “Cosas que Quiero Lograr”, incluido en el folleto “Establecimiento de Metas de Vida”, para ello se revisaron dos cuestiones importantes ¿qué es una meta? y ¿cuáles son tus metas?, de tal forma que el resultado quedo como sigue:

- Terminar la prepa
- Quedar en la Universidad que deseo (UNAM)
- Cumplir con el tratamiento

Y las razones más importantes, que planteo, por las que quiere lograr estas metas son:

- Entrar a la Universidad
- Tener una profesión
- Consumir alcohol, pero moderadamente

M.P. considera que está cumpliendo estas metas, en los siguientes porcentajes:

Meta 1 = 90%

Meta 2 = 100%

Meta 3 = 100%

Los obstáculos a los que se ha enfrentado para lograrlas son a sus amigos, problemas económicos de sus padres, el consumo de alcohol, y “*mi baja autoestima*”.

Con relación al consumo de alcohol, refiere que ha afectado al logro de sus metas, debido a que algunas se quedan a la mitad, respecto a otras metas, las olvida, y se aleja de ellas.

No obstante, cuenta con el apoyo de sus padres y hermana para lograr sus metas.

Posteriormente, se realizó el ejercicio ¿Qué cosas voy a hacer para conseguir al 100% mis metas?, para las metas 1 y 2, para periodos de 1, 6 y 12 meses.

Entre las más relevantes y específicas, M.P. anotó asignar mayor tiempo al estudio (sábados por la

tarde, dos horas más sociología, continuar con los círculos de estudio); abrir de manera significativa la comunicación con sus padres con el propósito de recuperar y fortalecer la confianza hacia ella; concluir su preparatoria con buenas calificaciones; monitorear las fechas para trámites de inscripción, prepararse para presentar examen de admisión, decidirse por cursar la carrera (Medicina con especialidad en Oftalmología); presentar examen de admisión, e ingresar.

Para todas y cada una de estas metas y planes de acción, M.P. identifica que si continua con su consumo de alcohol, aquellas no se verán cumplidas.

Finalmente, se revisan las pistas que facilitan y dan luz hacia *los caminos para lograr sus metas*: deseos, beneficios, obstáculos, conocimientos, gente, ocurrencia, planes y línea del tiempo.

Para el cierre de la sesión, se le recuerda a M.P. que la siguiente será la última del tratamiento, y se sugiere revisar para esa ocasión la calendarización de los seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses.

La cuarta sesión, se hizo revisión del auto registro, al momento se mantiene abstinentente.

Se desarrolla el ejercicio de restablecimiento de metas, como resultado de ello la meta de aquí en adelante es la *ABSTINENCIA*.

Se analizaron las principales razones para cambiar su consumo, los beneficios de éste, y las situaciones en que consumía excesivamente.

Se le dio retroalimentación, con base en la gráfica de su auto registro, motivándola a continuar con su compromiso, entusiasmo y empeño en conseguir y lograr su meta de abstinencia. Se procedió al restablecimiento de sus metas. La meta final del tratamiento y de su trabajo se orienta hacia el **NO CONSUMO**.

Debido a ello, no se contemplan situaciones bajo las cuales consumirá. Para este momento, la importancia para M.P. en *lograr la meta establecida es la mas importante*. Para enfrentar tal situación se percibe al 100% segura. De tal forma que, su Confianza Situacional arrojó los siguientes resultados,



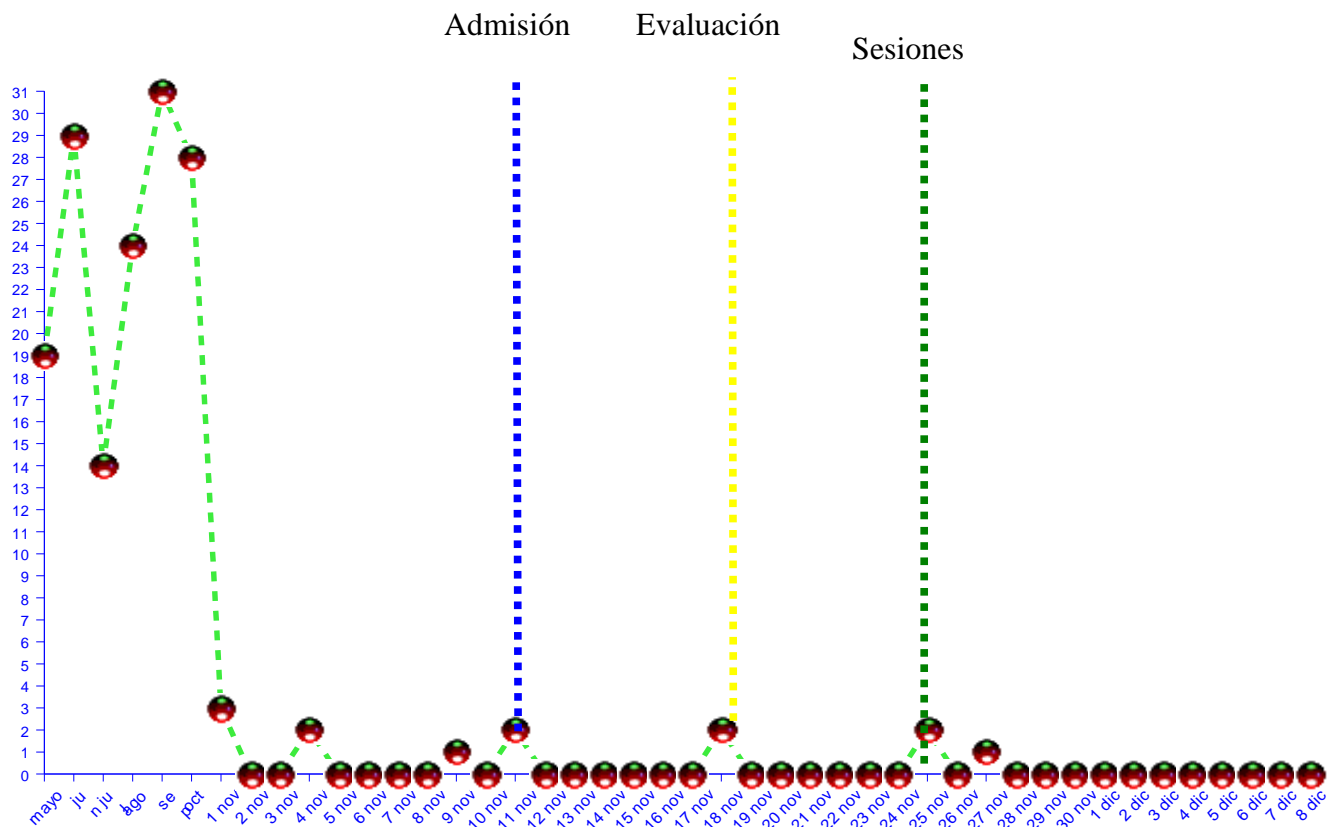
6. Resultados Finales

Debido que el patrón de consumo de M.P. se ha modificado, el objetivo principal del tratamiento (Modificar el patrón de Consumo) ha sido básicamente cumplido.

No obstante que la meta de tratamiento de M.P. ha sido la moderación, hasta este momento ha cumplido con su periodo más amplio de abstinencia, con 12 días consecutivos sin consumo.

Ha identificado a las reuniones con amigos de la escuela como la situación de mayor riesgo para el consumo. Debido a ello, también identificó cuál era el rol que jugaba su conducta de consumo ante tales situaciones: facilitarle su integración al grupo de pares.

En la siguiente LIBARE se observa el patrón por día antes, durante el tratamiento y hasta el término de los seguimientos a 1, 3 y 6 meses.



6.1. Evaluación del Tratamiento por la Usuaría

Está muy de acuerdo, en que:

1. Éste programa es una herramienta para resolver el consumo de sustancias.
2. El tiempo en cual se aplica el tratamiento (1 mes) es apropiado.
3. Los materiales que se usan en la aplicación del programa les gustaron
4. El contenido de los materiales le pareció interesante y fácil de comprender
5. La participación en este programa le permitió tener un cambio relacionado con su consumo de sustancias
6. Si conociera a un amigo con problemas relacionados con el consumo de sustancias le recomendaría este programa.

Lo que más le gusto del programa fueron los ejercicios, la información y la forma de las sesiones.

6.2. Seguimiento a 1 mes

Se desarrolló un resumen de todo el tratamiento, incluyendo los componentes de relajación, modelamiento para rechazo de consumo y habilidades de comunicación.

Se elaboró la Línea Base Retrospectiva del último mes, después de la cuarta sesión, hubo una ocasión de consumo con dos copas.

M.P. reporta que no sólo había revisado los folletos trabajados durante el tratamiento, sino que también ha repetido algunos de los ejercicios y constantemente revisa los folletos de las consecuencias del consumo.

Reporta también ideas sobre *cambios de pensamiento*, respecto a sus cadenas conductuales que terminaban en consumo, lo cual probablemente refleja el desarrollo continuado de análisis funcional en su funcionamiento cognitivo, que además genera los cimientos para el establecimiento la reestructuración cognitiva.

Lo anterior va ligado a que continua realizando su auto registro, el cual lo elabora en un calendario, y lo inscribe de manera precisa. Cabe mencionar que en el consumo de marihuana ha logrado la abstinencia total.

Debido al consumo que presentó en una ocasión de dos copas, considera que tuvo una recaída, seguida de un proceso de reestructuración cognitiva, aludiendo a la metáfora de la “Montaña de la Recuperación”.

Todo lo anterior permite emitir un pronóstico muy favorable. El objetivo de M.P. es lograr la abstinencia.

6.3. Seguimiento a 3 meses

No presentó consumo durante los últimos dos meses.

Se revisaron sus Planes de Acción para el cumplimiento de sus metas.

Las estrategias que ha utilizado son:

- Modificar pensamiento respecto al consumo moderado
- Aumentar percepción de riesgo en situaciones en las cuales las sustancias están disponibles
- Invertir tiempo en actividades prioritarias (personalmente, escuela, familia, amigos, trabajo, recreación, relación de pareja).

Ha logrado seguirlos y llevarlos a la práctica, los resultados obtenidos de su trabajo son:

1. Logro regularizarse en la Preparatoria
2. Termine la Preparatoria
3. Presentó su examen para ingresar a la Universidad
4. Logro Ingresar a la Universidad
5. Consiguió un trabajo temporal
6. Estableció mayor comunicación con sus padres
7. Obtuvo mayor confianza de sus padres
8. Amplio su red de amigos
9. Ha enfrentado asertivamente el ofrecimiento de consumo

Lo anterior ha generado en ella sensaciones de seguridad, sentirse útil, capaz, hábil, e invertido tiempo en su arreglo personal.

6.4. Seguimiento a seis meses

El procedimiento del programa para la sesión de seguimiento a seis meses indica que debe desarrollarse una entrevista de seguimiento, llenar el formato de la línea base retrospectiva, llenado del inventario de situaciones de consumo y el cuestionario breve de confianza situacional.

De la entrevista, los resultados más relevantes son:

En este momento está *satisfecha* con su calidad de vida.

Ha cumplido con su meta de tratamiento, ha mantenido la abstinencia.

No ha presentado ninguna conducta antisocial.

No hay tristeza

Respecto al tratamiento, reporte que sigue utilizando satisfactoriamente las siguientes estrategias o técnicas que aprendió durante el tratamiento:

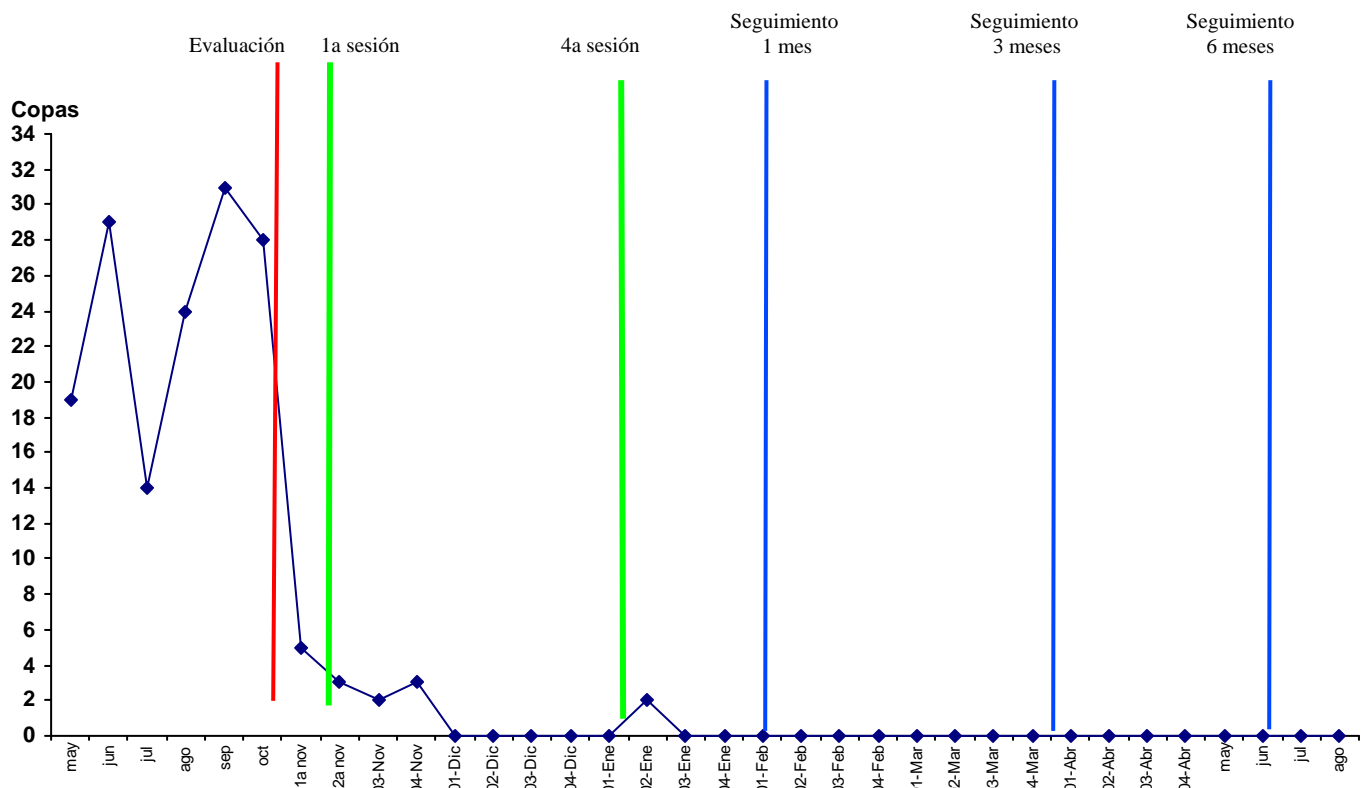
- Auto registro
- Solución de problemas
- Identificación de las situaciones principales del consumo
- Establecimiento de metas
- Estrategias de cambio en el estilo de vida
- Proceso que consiste en detenerse y pensar
- Balance decisonal
- Cambio de amigos o de lugares donde se consume

Además, considera que el tiempo que duró el tratamiento fue suficiente; en comparación con las condiciones en las que se encontraba antes de estar en el programa, respecto a su manera de beber ya no es un problema; la elección de su meta de consumo (abstinencia) fue buena, “*porque me di cuenta de que podía cumplirla*”; si estuviera al inicio del programa prefería elegir la meta por si misma (no por el terapeuta).

M.P. evaluó como *muy útiles* a las siguientes características del tratamiento:

- La sesión de retroalimentación sobre su patrón de consumo
- Las lecturas de los folletos
- Auto registro
- Balance decisonal
- Solución de problemas
- La auto selección de las metas

La siguiente LIBARE muestra la modificación del patrón de consumo de M.P. a 6 meses de concluido su tratamiento, a partir de su primer contacto, evaluación y tratamiento.



Las sugerencias finales de M.P. fueron: *“el tratamiento me fue muy útil, no dejen de darlo, ya que se encuentran muchas personas como me encontraba antes y este programa es muy útil”*.

Consideraciones Finales

Con base en la evaluación, entrevista clínica, y en que semanas antes de que M.P. asistiera al programa, su consumo de marihuana lo había, se decidió enfocar la intervención sobre la conducta de consumo de alcohol. Se considera que, este trabajo impactó a la conducta de consumo de marihuana, de tal forma que se mantuvo la abstinencia de esta sustancia hasta el seguimiento a seis meses.

Con el objetivo de disminuir la tensión de M.P., se decidió enseñarle la técnica de la relajación muscular progresiva, lo que también le ayudó a expresar sus verbalizaciones durante la entrevista clínica. Se le señaló a M.P. que esta técnica le ayudaría a identificar los pensamientos que influían de manera directa en su conducta y sentimientos (especialmente, aquellos vinculados directamente con su consumo de alcohol). El uso de esta técnica también facilitó la exploración de otras áreas de vida y en la aplicación de la intervención del programa.

Con relación a la autoestima de M.P., la cual se percibió significativamente alterada al inicio del

tratamiento, esta inferencia se basó en sus relatos, *“utilizó el consumo para llamar a la atención de mis amigos y amigas, pues me cuesta trabajo integrarme y me siento relegada, apartada”, en sus referencias respecto a que presenta dificultades en las relaciones interpersonales con sus amigos. También refiere tener “una baja autoestima”, se utilizó la técnica de la escucha reflexiva enfáticamente en esta área, no obstante se utilizó transversalmente al tratamiento. Se le expresaba empatía a M.P., respecto a la dinámica que implementaba con sus amigos y amigas; por principio se le manifestó y se le hizo sentir aceptación en el espacio de su tratamiento, recurriendo al principio de que la aceptación facilita el cambio, también se le manifestó que su ambivalencia a era normal, se utilizó esta intervención para orientarla al autoestablecimiento de su meta de tratamiento. No se omitió, con ayuda de lo anterior, generar en ella la discrepancia o disonancia cognoscitiva, facilitada por la sesión de inducción, al presentarle las cifras sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. Otra técnica que se utilizó para elevar la autoestima de M.P. fue fomentar la autoeficacia, verbalizándole la creencia en la posibilidad de que su cambio es posible y atribuible a su propia capacidad, además esto generaba un factor motivacional para generar adherencia y mantenimiento en el tratamiento. Por lo tanto, con la escucha reflexiva, eventualmente se intencionaba la reflexión de M.P. Respecto a su conducta de consumo.*

Un aspecto importante que se trabajó con M.P. en su tratamiento, fueron las habilidades de comunicación. Debido a que la vía que utilizaba para comunicarse e interactuar con sus amigos y amigas era el consumo de alcohol, era imperante proporcionarle herramientas y habilidades de comunicación. Se enfatizó la importancia de contar con esa herramienta que le permitiera darse a entender frente a sus amigos u otras personas, con respecto a sus pensamientos y deseos. Con tal propósito se trabajaron diferentes técnicas para mejorar sus habilidades de comunicación: saber escuchar, iniciar conversaciones, compartir sentimientos, ofrecer entendimiento, entre las más relevantes. Es importante mencionar que se utilizó el modelamiento y el juego de roles como estrategias de entrenamiento. Es relevante comentar que, haber trabajado también aspectos de la comunicación no verbal, fueron altamente significativos para M.P., ya que empezó a ejercitar tales habilidades, cuidando y observando la ocurrencia de su postura corporal, el contacto visual, su expresión facial, su tono de voz, y movimientos de cabeza. Manifestaba con ello cambios significativos en las interacciones con sus amigos y amigas. Adquirió con ello la capacidad de expresar sus sentimientos y emociones, esto a su vez, también impactó en su dinámica familiar, decidió optar por abrir y ampliar la comunicación con sus padres.

Finalmente, el programa de tratamiento le proveyó a M.P. las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida: establecerse metas, en sus decisiones de vida, utiliza balance decisional y solución de problemas, continuar con su auto registro y mejorar sus habilidades de comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allsop, S., Sounders, B. y Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*. Vol. 95(1), 95-106.

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

Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

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

Azrin, N. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*. Pergamon. Vol 4, 339-348.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart, & Winston. (1969), IX, 677.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Review*; 84: 191-215.

Bandura, A. (1978). *The self-system in reciprocal determinism*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 33, 334-358.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En: Schwarzer R ed, Self-efficay: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere; 355-394.

Barlow, D. y Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. España: Martínez Roca.

Barragán, T. L., González, V. J., Medina-Mora, M. E. y Ayala, V. 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. México.

Bayés, R., Villamarín, F. y Ochoa, O. (1995). El SIDA en los adolescentes mexicanos: Un análisis de las conductas de riesgo desde la teoría de la autoeficacia. Rev Psicológica Contemporánea; 5 (2): 46-55.

Becoña, E. (1999). Teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. Revista de la prevención No. 19. Ed. Centro de estudios sobre promoción de salud. Madrid.

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional de Drogas. Madrid.

Bergin, A.E. y Strupp, H.H. (1966). Changing frontiers in the science of psychotherapy. New York: Aldine-Atherton.

Bickel, W.K. y DeGranpre, R.J. (1996). Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse. New York: Plenum Press.

Boring, E.G. (1950) A history of experimental psychology. New York: Appleton-Century-Crofts.

Botvin, G. (1996). Principles of prevention. En Combs R.H. y Ziedonis D.M. (1996) Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol an other

drugs. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Brailowsky, S. (2003). Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología. FCE. México.

Campbell, D.T. y Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. Chicago: Rand-McNally.

Caplan, G. (1980) Principios de psiquiatría preventiva. Paidós. Buenos Aires.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2003). Modelos preventivos. Serie planeación. México.

Chassan, J.B. (1967). Research design in clinical psychology and psychiatry. New York: Appleton-Century-Crofts.

Del Pozo, D. P. (1997). Formación de formadores. Ed. Pirámide, Madrid.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision).

Díaz, A. (2001). Representación social del SIDA en un grupo de jóvenes. (Tesis de Maestría). México, DF, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UNAM).

Díaz Barriga Arceo, Frida (2003). Estrategias para el aprendizaje significativo: fundamentos, adquisición y modelos de intervención, <http://cecte.ilce.edu.mx/cecte/talleres/estind/biblio/textos/frida/Frida.htm>

Echeverría, S. V. L., Ruíz, 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. D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Eysenck, H.J. (1965). The effects of psychotherapy. International Journal of Psychiatry. I., 97-178.

Gayet, C., Rosas-Rosas, C.A., Magis, C., Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes sobre SIDA. *Salud Publica Mex*; 44: 122-128.

Higgins, S. (1999). Potential contributions of the community reinforcement approach and contingency management to broadening the base of substance abuse treatment. En Tucker, Donovan & Marlatt (1999). *Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. N.Y. Guilford Press.

Higgins, S., Budney, A., Bickel y Badger, G. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal Drug Alcohol Abuse*. Vol. 20(1), 47-56.

Hunt, G. y Azrin N. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research & Therapy*. Pergamon Press. Vol. 11, 91-104.

Infante C, Leyva R, Caballero M, Kageyama L, Negroni M, Bronfman M. (1996). Socioeconomics and cultural factors associated with the rejection of people living with HIV/AIDS along the Southern Border of Mexico.

Issac, S. y Michel, W. (1977). *Handbook in research and evaluation*. San Diego: Edits. Publishers.

Kasen, S., Vaugahan, y R. D., Walter (1992). Self-Efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Educ Quaterly HJ.*; 19: 187-202.

Kazdin, A.E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E. (2000) *Modificación de la conductas y sus aplicaciones prácticas*. Segunda edición. Manual Moderno. México.

Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Tercera edición. Prentice Hall. México.

Kerlinger, N. F., & Lee, B. H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Mc Graw Hill. México.

Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*. 65, 110-136.

Lazarus, A.A. y Davidson, G. C. (1971). Clinical innovation en research and practice. *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

López, F. y Padilla, V. (1999). SIDA, comunicación y educación; evaluación diagnóstica para el diseño, planeación y realización de un programa psicodidáctico del SIDA en jóvenes de 13 a 18 años del estado de Nuevo León. En: Ribeiro M, López RE. eds. *Políticas sociales sectoriales: Tendencias actuales*. Monterrey (NL): Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León; I: 225-240.

López, F., Salinas, M.C. y Landero, R. (1999). Se perciben más autoeficaces las mujeres en la prevención de conductas de riesgo sexual. *Perspectivas Sociales*;2(2):77-86.

López, F. y Padilla, V. (2000). Conductas de riesgo sexual y clase social: autoeficacia percibida. *Rev Int Ciencias Sociales y Humanidades*. Sociociotam;10(2).

Kelly T.L. (1939). The selection of upper and lower groups for the validation of test items. *J Educ Psychol*;30:17-24.

Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M. & Sobell, L.C. (1979). Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of behavioral Assessment*, 1, 315-326.

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

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

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, New York: Guilford Press.

Martínez, M. K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruíz, T. G. M. & Barrientos, C. V. (2004). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Medina-Mora, M. E. y cols. (2000). "Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la Salud Pública: Drogas, alcohol y sociedad". Revista de Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría, México.

Miller, W.R. (1989). Follow-up assessment. En Handbook of Alcoholims Treatment Approaches. Ed. Hester, R.K., Miller, W.

Miller, W. R. y Caddy, G.R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 38(5) 986-1003.

Miller, W., Meyers, R. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community reinforcement approach. Alcohol Research & Health. Vol. 23 No. 2, 116-121.

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

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers? motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors 10, 81-89.

Morín, M. (2001). Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes. En: Abric JC, comp. Prácticas sociales y representaciones. México, DF: Ediciones Coyoacán;100:97-128.

Morin, S. F. y Collins, C. (2000). Substance abuse prevention: moving from science to policy. *Addictive Behaviors*, Vol. 25, No. 6, pp. 975-983.

Offord, D. R. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, Vol. 25, No. 6, pp. 833-842.

Pavlov, I.P. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. New York: national.

Pick de Weiss, S., Givaudan, M. y Saldivar-Garduño, A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatol Reprod Hum*;10(2):143-150.

Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276-288.

Rico, B., Bronfman, M. y Del Río-Chiriboga, C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México : ¿los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas ? *Salud Publica Mex*; 37 (6): 643-653.

Robbins MS, Szapocznik J, Santisteban DA, Hervis O, Mitrani VB, Schwartz, SJ. (2003). Brief strategic family therapy for hispanic youth. In Kazdin AE, Weisz JR eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.

Sánchez-Craig, M., y Lei, H. (1986) Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81(4), 505-512.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.

Shapiro, M.B. (1966). The single case in clinical-psychological research. *Journal of General Psychology*. 74, 3-23.

Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books.

Sobell, M. y Sobell, L. (1987). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. *Drugs & Society*. 1(2-3) 1-37.

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

Skinner, H. (1990). Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 143, pp. 1054-1059.

Szapocznik, J., Robbins, M.S., Mitrani, V.B., Santisteban, D., Hervis, O. y Williams, R.A. (2002). Brief strategic family therapy. In Kaslow F ed. *Comprehensive handbook of psychotherapy: Volume 4*. New York: Wiley.

Szapocznik, J., Hervis, O., Schwartz, S. J. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIDA Treatment Manuals Series)*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Segunda edición. Manual Moderno. México.

Torres, M.A. (1998). Comportamiento erótico de los y las adolescentes. *Arch Hispanoam Sexolo*; 4(2):259-306.

Wolfe, B. y Meyers, R. (1999). Cost-effective alcohol treatment: The community reinforcement approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol. 6, 105-109.

Zinser, O. (1987). *Psicología Experimental*. México: Mc Graw Hill.