



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología**

**Maestría en Psicología con Residencia  
en Psicología de las Adicciones**

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES  
COTIDIANOS A UN USUARIO CON TRASTORNO POR  
DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y COMORBILIDAD  
PSIQUIÁTRICA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LIC. ANGÉLICA ELIOSA HERNÁNDEZ**

**TUTORA: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**

**REVISORA: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES**

**COMITÉ TUTORAL: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA**

**DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**MÉXICO, D.F.**

**OCTUBRE, 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme continuar mi crecimiento y desarrollo profesional.

Al programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT, por apoyar mi formación.

A mi tutora, la Dra. Silvia Morales, por mostrarme que las posibilidades son infinitas y que hay que trabajar cada día para superarse uno mismo.

A la Dra. Lydia Barragán, por su enriquecedora supervisión y por permitirme aprender de su gran experiencia.

A mi hermosa familia, por acompañarme en este camino y por su apoyo y amor incondicional, siempre con la promesa de seguir adelante.

A mis abuelos, por su confianza y cariño, esperando que continúen orgullosos aun en la ausencia.

A mis amigos, por acompañarme a cada momento, compartiendo igual logros que tristezas.

*“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente;  
no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará  
contigo en donde quiera que vayas.”*

*Josué 1:8*

## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 1  |
| 2. RESUMEN .....  | 3  |
| 3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO<br>DE SUSTANCIAS.....  | 5  |
| 4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN<br>HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....                | 15 |
| 4.1 Modelo farmacológico .....  | 19 |
| 4.2 Modelo multidimensional .....   | 21 |
| 4.3 Modelo de factores de riesgo y protección .....   | 21 |
| 4.3.1 Factores internos o individuales .....  | 23 |
| 4.3.2 Factores externos o socioculturales .....   | 28 |
| 4.4 Modelo cognitivo social o del aprendizaje social .....                                  | 34 |
| 5. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL<br>DE LAS ADICCIONES.....  | 38 |
| 5.1 Intervenciones cognitivo conductuales para el abuso<br>y dependencia de sustancias..... | 40 |
| 5.1.1 Entrenamiento en habilidades .....  | 41 |
| 5.1.2 Entrevista motivacional .....   | 49 |
| 5.1.3 Consejo psicológico (counseling) .....  | 54 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 5.1.4 | Prevención de recaídas .....  | 57  |
| 5.1.5 | Manejo de contingencias .....   | 59  |
| 5.1.6 | Tratamiento de familia y pareja .....   | 63  |
| 6.    | FORMULACIÓN DE PROGRAMAS .....  | 68  |
| 6.1   | Programa de Intervención Breve para Adolescentes<br>que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas<br>(PIBA)..... | 68  |
| 6.1.1 | Antecedentes.....   | 68  |
| 6.1.2 | Método.....   | 70  |
| 6.1.3 | Resultados.....   | 81  |
| 6.1.4 | Discusión .....   | 92  |
| 6.2   | Modelo de Detección Temprana e Intervención<br>Breve para Bebedores en Riesgo .....                                 | 93  |
| 6.2.1 | Antecedentes.....   | 93  |
| 6.2.2 | Método.....   | 96  |
| 6.2.3 | Resultados.....   | 105 |
| 6.2.4 | Discusión .....   | 115 |
| 6.3   | Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).....   | 117 |
| 6.3.1 | Antecedentes.....   | 117 |
| 6.3.2 | Método.....   | 118 |
| 6.3.3 | Resultados.....   | 137 |

|  |     |
|--|-----|
| 7. DISCUSIÓN DE LA APLICACIÓN<br>DE PROGRAMAS .....  | 150 |
| 8. REPORTE DE CASO ÚNICO .....   | 158 |
| 8.1 Adicciones y comorbilidad psiquiátrica.....  | 158 |
| 8.1.1 Epidemiología de la comorbilidad de los<br>trastornos por consumo de sustancias con<br>otros trastornos psiquiátricos..... | 159 |
| 8.1.2 Tratamiento.....   | 162 |
| 8.2 Reporte de caso.....   | 180 |
| 8.2.1 Examen del estado mental.....  | 181 |
| 8.2.2 Información obtenida de la entrevista inicial ...  | 181 |
| 8.2.3 Evaluación realizada por pruebas o<br>cuestionarios.....   | 187 |
| 8.2.4 Diagnóstico.....   | 191 |
| 8.2.5 Recursos disponibles y déficit.....  | 191 |
| 8.2.6 Plan de tratamiento.....   | 194 |
| 8.2.7 Componentes utilizados a lo largo<br>de la intervención .....  | 196 |
| 8.2.8 Resultados.....  | 221 |
| 8.2.9 Discusión .....  | 227 |
| 9. REFERENCIAS.....  | 232 |

# 1. INTRODUCCIÓN

El uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado importancia en las últimas décadas a nivel mundial. En la actualidad es considerado como un problema de salud pública que impacta a la sociedad en general, la seguridad pública, la economía de los países, la organización familiar, la calidad de vida del individuo que las consume, los diferentes sistemas de salud encargados de proporcionar la atención y dar respuesta a dicha problemática, entre otros.

El objetivo de este documento es, en primer lugar, realizar una revisión de la literatura nacional e internacional relacionada con la epidemiología, los factores de riesgo y el tratamiento de las adicciones y, en segunda instancia, reportar los resultados de las actividades profesionales realizadas durante la residencia en Psicología de las Adicciones.

En el primer capítulo se aborda un panorama epidemiológico general del consumo de alcohol y drogas a nivel mundial y nacional, así como la disposición de servicios de atención, la edad de inicio en el consumo, la diferencia por género, entre otros.



El segundo capítulo integra los factores de riesgo y protección que se han reportado a lo largo de los años, para tratar de explicar aquellos factores que intervienen no sólo en el inicio, sino en el mantenimiento de la conducta de consumo.

En el tercer capítulo se realiza una revisión de los tratamientos psicológicos que han sido probados en las últimas décadas; se establecen los elementos que los integran, así como los diferentes tipos de población a los que han sido dirigidos y que han mostrado ser efectivos.

Posteriormente, en el cuarto capítulo se abordan los casos que fueron atendidos con el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, Bebedores en Riesgo y Programa de Satisfactores Cotidianos, durante el programa de residencia en Psicología de las Adicciones. Se describe a la población atendida, los resultados de la evaluación e intervención, para realizar una discusión y conclusiones a lo largo del quinto capítulo.

En el sexto capítulo se describe un caso típico de comorbilidad psiquiátrica y adicciones, en el cual se aborda la prevalencia de dicho fenómeno, los tratamientos que han sido probados, las complicaciones asociadas y las necesidades de tratamiento. Una vez delimitado el marco conceptual se describe el perfil del caso típico, los resultados de la evaluación e intervención realizadas para, finalmente, hacer una breve discusión y conclusiones del mismo.

## 2. RESUMEN

El consumo de sustancias es considerado como un problema de salud pública que impacta a la sociedad en general, la seguridad pública, la economía de los países, la organización familiar y la calidad de vida del individuo que las consume.

**Objetivo.** Presentar un caso de comorbilidad psiquiátrica severa y consumo de alcohol y tabaco, atendido con el Programa de Satisfactores Cotidianos, como parte de las actividades de residencia en la Maestría en Psicología, con residencia en Psicología de las Adicciones.

**Método.** Diseño de caso único con seguimientos.

**Resultados.** Disminución en el patrón de consumo de alcohol y tabaco, así como de los problemas asociados al mismo; incremento en el nivel de autoeficacia y satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento del usuario.

**Conclusión.** El programa parece ser eficaz en el tratamiento para personas que tienen un trastorno por dependencia a sustancias en comorbilidad con un trastorno psiquiátrico; sin embargo, es necesario incluir un componente de comorbilidad en el cual se desarrolle la habilidad de identificación de la sintomatología psiquiátrica y

elaboración de planes de acción; además de promover y monitorear la adherencia al tratamiento psiquiátrico farmacológico y, en caso de ser necesario, la asistencia a grupos de ayuda mutua como un elemento de apoyo y mantenimiento de la abstinencia.

**Palabras clave:** Programa de Satisfactores Cotidianos, Comorbilidad Psiquiátrica, Adicciones.

### **3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

En las últimas décadas el consumo de sustancias se ha convertido en un problema de salud pública, debido a los costos económicos y sociales que éste representa (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001; WHO, 2011). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010) y la Organización de Estados Americanos (2011), el alcohol es la sustancia de consumo más prevalente, a pesar de que gran parte de la población son abstemios. Se calcula que el 46% de hombres y 73% de mujeres no consumen alcohol, principalmente en las regiones del norte de África, este del Mediterráneo, sur y centro de Asia, y en las Islas de Indonesia, lo cual se debe en gran parte a factores tales como la religión y cultura (Rehm y Patra, 2010).

A nivel mundial se estimó que el consumo de bebidas alcohólicas per cápita, durante el año 2005, fue de 6.13 litros de alcohol puro por cada habitante mayor a 15 años. Además, se identificó que gran proporción de bebidas alcohólicas (28.6%) fueron producidas ilegalmente, por lo que los riesgos para la salud se han visto incrementados debido al uso de sustancias y contaminantes potencialmente peligrosos (WHO, 2011).

Las encuestas internacionales señalan que, en general, la prevalencia de consumo de alcohol, en el periodo de 2001 a 2005, ha permanecido estable en casi todas las regiones del mundo (74.9%), con excepción de África y el sureste de Asia, en donde se ha observado un incremento del 25.3% y 68.3%, respectivamente (WHO, 2011).

En el hemisferio americano la prevalencia de consumo de alcohol entre la población general, en la categoría de los últimos treinta días, oscila entre el 10% y el 67%. Los países con una prevalencia de consumo superior al 50% son Canadá, Estados Unidos y Uruguay; mientras que países como El Salvador, Nicaragua y Guatemala se encuentran por debajo del 20%. Las siguientes tasas más bajas (OEA, 2011) se registran en México (22.9%) y Belice (27.1%).

En 2004 se estimó que el 7.6% del daño total por enfermedad era atribuido al consumo de alcohol entre los hombres y 1.4% en las mujeres. Además, se estima que el 3.8% de las muertes son atribuidas al consumo de alcohol, 6.2% para hombres y 1.1% en el caso de las mujeres (Rehm y Patra, 2010).

En cuanto a la distribución global de muertes por enfermedades y lesiones con causas atribuidas al alcohol se han identificado (WHO, 2011), principalmente, las lesiones no intencionales (29.6%), seguidas

del cáncer (21.6%), la cirrosis hepática (16.6%), las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus (14%), las lesiones intencionales (12%), los trastornos neuropsiquiátricos (6%) y el parto prematuro o con bajo peso al nacer (0.1%).

Por otra parte, en la distribución global de años perdidos por incapacidad a causa del consumo de alcohol se identifica a los trastornos neuropsiquiátricos (WHO, 2011) como principal motivo de discapacidad secundaria al consumo (38.8%), seguido de las lesiones no intencionales (26.3%) e intencionales, aunque estas últimas en menor porcentaje (10.8%); en cuarto lugar se ubica la cirrosis hepática (9.6%), el cáncer (8.1%); en sexto lugar, aunque de manera importante, las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus (6.2%) y, finalmente, el parto prematuro y el bajo peso al nacer (0.2%).

En relación con el consumo de drogas, la Oficina de Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC, por sus siglas en inglés) estima que entre 172 y 250 millones de personas entre 15 y 64 años han utilizado una droga ilícita al menos una vez en su vida. De acuerdo con informes internacionales, el cannabis es la sustancia de mayor consumo (3.3-4.4%) en Norteamérica, Europa Occidental y Oceanía; el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico predomina al sureste de

Asia (0.4-1.2%); el consumo de cocaína es más prevalente (0.4-0.5%) en Norteamérica, Centro y oeste de Europa y Sudamérica; mientras que en Afganistán se estima que existen, aproximadamente, 16-20 millones de habitantes que consumen opiáceos (Rehm y Patra, 2010).

En general, se calcula que 39 muertes por cada 100 000 habitantes son atribuidas al consumo de alcohol y drogas ilícitas, mientras que la tasa de incapacidad por cada 1000 habitantes es de 13 años de vida perdidos a causa del consumo de alcohol, principalmente, y de drogas en menor proporción (Rehm y Patra, 2010).

En la mayoría de los países (53.9%) el alcohol es identificado como la principal sustancia de consumo por la cual se ingresa a tratamiento, seguida del cannabis (18%), los opiáceos (14.5%) y la cocaína (7.9%). En América (Rehm y Patra, 2010), la cocaína (50%) es considerada la sustancia de impacto para acudir a un centro de atención para las adicciones, seguida del alcohol (40%) y el cannabis (10%).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), realizada en hogares, se observa que la tendencia del consumo de alcohol en población general, de 12 a 65 años, presenta un crecimiento significativo en la prevalencia de consumo de 2002 a 2011. La prevalencia de consumo en la categoría “Alguna vez en la vida” pasó

de 64.9% a 71.3%; en los últimos doce meses ascendió de 46.3% a 51.4% y, en relación con el último mes, el consumo de alcohol se incrementó significativamente de 19.2% a 31.6% (Medina-Mora *et al.*, 2012).

Por otro lado, al realizar una comparación en el patrón de consumo entre la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 y 2011 se observó (Medina-Mora *et al.*, 2012) que el porcentaje de consumo diario se redujo de 1.4% a 0.8%, el consumo alto y el consuetudinario se mantuvieron estables, mientras que la frecuencia de casos con dependencia de alcohol se vio incrementada de manera importante (4.1% a 6.2%).

El consumo de alcohol en la población de adolescentes entre 12 y 17 años de edad aumentó en la categoría “Alguna vez en la vida” de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Por otro lado, las encuestas muestran que si bien el patrón de consumo se ha mantenido estable entre los adolescentes que consumen alcohol diario (0.3% a 0.2%) y se ha registrado una disminución entre los consumidores consuetudinarios (1.8% a 1%), también es cierto que el porcentaje de dependencia se ha incrementado de manera significativa de 2.1% en la encuesta realizada en 2002 a 4.1% para 2011 (Medina-Mora *et al.*, 2012).



Al comparar la edad de inicio en el consumo de alcohol a lo largo del tiempo se encontró que en 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol reportaron haberlo hecho cuando tenían 17 años o menos, mientras que para el 2011 dicho porcentaje se incrementó a 55.2%. Se calcula que la media de edad de inicio del consumo de alcohol es de 18 años en la población general, 16.62 años en hombres y 19 años en mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2012).

Se estima que cerca de 830 mil personas consumidoras de alcohol (1%) acuden a tratamiento, y de éstas, aproximadamente 330 mil cumplen criterios de dependencia al alcohol (6.8%). El tipo de tratamiento que han recibido con mayor frecuencia las personas que cumplen con el criterio de posible dependencia de alcohol es el internamiento en un “anexo” (32.1%), seguido del tratamiento ambulatorio (30.5%), la desintoxicación (28.4%) y el tratamiento residencial en menor frecuencia (12.9%). Sin embargo, al comparar las encuestas de 2008 y 2011 (11.4% y 30.5%, respectivamente) se observa un incremento estadísticamente significativo en la asistencia a tratamiento ambulatorio (Medina-Mora *et al.*, 2012).

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), en su apartado de sustancias psicoactivas, muestra que la prevalencia de

consumo de cualquier droga en el último año es del 1.8% y de 1.5% para el consumo de drogas ilegales; la principal sustancia de consumo es la marihuana (1.2%), seguida de la cocaína (0.5%) y otras (menor al 0.2%). Cabe mencionar que en comparación con la encuesta realizada en 2008, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en la prevalencia de consumo de cualquier droga, ni por sustancias; sin embargo, en el caso de los hombres se reporta un incremento importante en la prevalencia de consumo de marihuana (1.7% a 2.2%). Además, se observó (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2012) que el 0.7% de la población presentaba dependencia a drogas, siendo los hombres los más afectados (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%).

La prevalencia de consumo de drogas entre los adolescentes (12 a 17 años) fue de 1.6% para cualquier droga y de 1.5% para drogas ilegales; mientras que para los adultos de 18 a 34 años se reportó una prevalencia del 2.3% en el consumo de cualquier droga y de 2.8% en el consumo de drogas ilegales. La encuesta señala (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2012) que el grupo de 18 a 34 años presenta las prevalencias de consumo más altas, en donde las principales sustancias reportadas fueron la marihuana, consumida con mayor frecuencia (1.9%), seguida de la cocaína (0.8%), el crack (0.2%), los alucinógenos (0.2%), los inhalables (0.1%) y, por último, los estimulantes de tipo anfetamínico (0.1%).

En relación con el uso de servicios, el 9.4% de la población evaluada refirió haber recibido un tratamiento para el consumo de drogas; de éstos, el 10.3% fueron hombres y el 6.1% mujeres. Adicionalmente, de aquellos casos con dependencia a drogas, el 18.4% ya habían recibido tratamiento, de los cuales 19.8% eran hombres y 8.9% mujeres. Los profesionales a los que se recurrió con mayor frecuencia fueron especialistas (70.2%), grupos de ayuda mutua o autoayuda (53.8%), psicólogos (45.1%) y psiquiatras (40.1%) (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2012).

Por otra parte, el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (OMEXTAD) de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), proporciona información adicional al panorama epidemiológico del consumo de sustancias en el país. Éste recaba información de tres centros de tratamiento, entre ellos se encuentran el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, con los 335 Centros Nueva Vida, Centros de Integración Juvenil y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (CENADIC, 2012).

De acuerdo con el análisis estadístico realizado en el módulo epidemiológico del OMEXTAD, que comprendió el periodo de enero a marzo de 2012, se observa que las personas que acuden a tratamiento

son en su mayoría hombres (75.4%) y sólo una tercera parte corresponde a las mujeres (24.6%).

Las principales drogas, sin considerar el alcohol y el tabaco, por las cuales se busca atención son: en primer lugar la marihuana, seguida de los inhalables, la cocaína, el crack, las metanfetaminas y, por último, la heroína. En Chihuahua, el consumo de heroína se ha incrementado y se reporta como una de las principales sustancias para buscar ingresar a un tratamiento (26.6%); mientras que en estados como Baja California, Colima y Sonora las metanfetaminas son una de las tres principales sustancias referidas por los usuarios (CENADIC, 2012).

Es evidente que el consumo de sustancias psicoactivas ha cobrado importancia en las últimas décadas debido a las consecuencias negativas asociadas al mismo en términos del deterioro en la salud, el incremento de las enfermedades infectocontagiosas, la conducta sexual de riesgo, así como de la conducta delictiva y antisocial. Aunado a lo anterior, es importante mencionar que el consumo de sustancias tiene una asociación importante con los trastornos psiquiátricos, lo cual impacta en función de los resultados del tratamiento y del deterioro en las diversas áreas de funcionamiento del individuo y su familia (WHO, 2001; SAMHSA y CSAT, 2005).

Una vez descrito el panorama epidemiológico del consumo de sustancias en México, cabe señalar la importancia que tiene el desarrollo de programas dirigidos a la prevención y tratamiento en materia de adicciones, en función del incremento en el consumo de alcohol y drogas, así como del impacto que éste tiene para la población en general.

## **4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

El consumo de sustancias es un fenómeno que, en función de las consecuencias negativas y el deterioro biopsicosocial que origina, se ha convertido en un problema de salud pública (Medina-Mora, Real y Robles, 2011; Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013). Es por esto que el objetivo del presente capítulo es mostrar un panorama general de la investigación que se ha realizado en torno a los factores de riesgo y protección hacia el consumo de sustancias.

Existen diversos esfuerzos para explicar los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo, lo que ha dado como resultado diversas posturas en la conceptualización de dicho comportamiento (Sloboda Z., 2002).

Cabe señalar que la explicación etiológica del consumo de sustancias (uso, abuso y dependencia) depende, en gran medida, de la cultura y el momento histórico en el desarrollo de la sociedad. El consumo de sustancias ha sido sancionado en algunas sociedades, por considerarse una falta moral; mientras que en otras se ha incorporado en la práctica religiosa o ha sido permitido y tolerado, como una forma de socialización (Drake y Wallach, 2000).

Durante varias décadas se empleó el modelo epidemiológico, adoptado del campo de la salud pública de la medicina preventiva, el cual estaba encaminado a identificar la historia natural de la enfermedad y los factores asociados al consumo de sustancias, de tal forma que se pudieran desarrollar intervenciones efectivas para solucionar dicha problemática. Sin embargo, después de múltiples esfuerzos y debates por nombrar la causalidad de dicho fenómeno, se rechazó la concepción de la existencia de un factor determinante del consumo, por lo que se modificó por el concepto de riesgo, con el cual se menciona que si bien existen múltiples factores que incrementan la probabilidad de consumo, ninguno de ellos es determinante ni implica causalidad (Sloboda, Glantz y Tarter, 2012).

Por lo tanto, un factor de riesgo es definido (Clayton, 1992; Becoña, 2002; Brook, Brook, Richter y Whiteman, 2003) como aquel atributo, característica, condición situacional o ambiental que precede e incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de involucramiento con las mismas (mantenimiento). Por otro lado, los factores de protección son aquellos atributos o características individuales, condiciones situacionales o del contexto ambiental que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso o abuso de sustancias, o la transición en el nivel de implicación con éstas (Clayton, 1992; Becoña, 2002). Además, los factores de protección

pueden aminorar el efecto de los factores de riesgo o potenciar el efecto positivo de otros factores de protección, provocando de esta forma la reducción en el uso de drogas (Brook, Brook, Richter y Whiteman, 2003).

La literatura especializada señala que existen diversos supuestos básicos en relación con los factores de riesgo y protección del consumo de drogas, en los cuales se menciona que éstos pueden producir múltiples resultados; sin embargo, ninguno es determinante de la conducta desadaptativa (Offord y Kraemer, 2000). Por otro lado, es importante señalar que el consumo de sustancias impacta de manera importante tanto en los factores de riesgo como en los de protección, y, finalmente, la relación entre dichos factores, como la transición hacia el abuso y dependencia de sustancias, está influida de manera significativa por la edad (Clayton, 1992; Becoña, 2002).

Es importante señalar que no existen factores de riesgo determinantes de la conducta de consumo; sin embargo, resulta imprescindible la identificación y atención oportuna de los mismos. Por otra parte, se ha considerado un efecto aditivo en cuanto a los factores de riesgo y el consumo de sustancias, es decir, que el número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad de que se presente el inicio en el consumo de sustancias; no obstante, esto puede



verse disminuido en función de la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo presentes en el individuo; además, es importante señalar que tanto los factores de riesgo como los de protección tienen múltiples dimensiones y cada uno de éstos interviene tanto de manera independiente como global en el consumo de sustancias (Clayton, 1992; Becoña, 2002). Cabe aclarar que el inicio y/o mantenimiento del consumo no es el resultado de la suma algebraica de los pesos de los factores protectores y de riesgo.

Aunado a las características de dichos factores, se ha mencionado que si bien existen algunos factores de riesgo que pueden ser eliminados con la intervención directa (factores modificables), también es importante considerar que no todos cumplen con esta condición, ya que hay casos en los que no se tiene acceso directo a los factores de riesgo, por lo que la intervención directa no es posible (factores no modificables), como es el caso del género, en donde se ha reportado un mayor riesgo de consumo entre los hombres. Por lo tanto, el objetivo en este caso particular es reducir al máximo la influencia de éstos para atenuar las posibilidades de que se presente el consumo de sustancias (Clayton, 1992; Offord y Kraemer, 2000).

Además de la identificación de las características predominantes en los factores de riesgo, se han desarrollado múltiples modelos de

explicación, los cuales no sólo han permitido el estudio de los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, sino que además han facilitado el conocimiento de la interrelación entre dichos factores y el desarrollo de algunos programas de prevención.

#### **4.1 Modelo farmacológico**

Como se ha mencionado, los primeros modelos adoptados para explicar el fenómeno del consumo de sustancias fueron aquellos desarrollados a partir del campo de la medicina, entre ellos el modelo farmacológico. Este modelo asume que el abuso de drogas representa una relación directa entre éste y la magnitud en el consumo de sustancias.

En el modelo farmacológico se considera que existe una gran diversidad de drogas o sustancias psicoactivas, cada una de ellas con características específicas en cuanto a los efectos que produce, el tiempo que tarda el sujeto en experimentarlos, la duración de los mismos, la forma de administración, entre otras; por lo tanto, las drogas con potencial adictivo más alto son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas, en menor tiempo y con un refuerzo positivo mayor.

Por otro lado, se considera que al disminuir la concentración de la sustancia en un lapso de tiempo corto, el individuo comienza a presentar

malestares tanto físicos como psicológicos, entre ellos ansiedad (reforzamiento negativo), por lo que existe mayor probabilidad de que la administración de la droga se repita a fin de evitar el malestar físico y psicológico (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

Además de los factores antes mencionados se pueden incluir aquellos relacionados con el costo, el grado de pureza, la accesibilidad que se tenga a determinada droga, incluyendo alcohol y tabaco, así como la farmacocinética y biotransformación de la sustancia en el organismo. La primera se refiere a la capacidad de absorción de la droga según la vía de administración y rapidez de inicio de sus efectos, y la biotransformación es la capacidad de depósito y redistribución en el tejido graso, de inducción e inhibición enzimática, las interacciones farmacológicas, etc. (Martín del Moral y Lorenzo, 2003; Brailowsky, 2006).

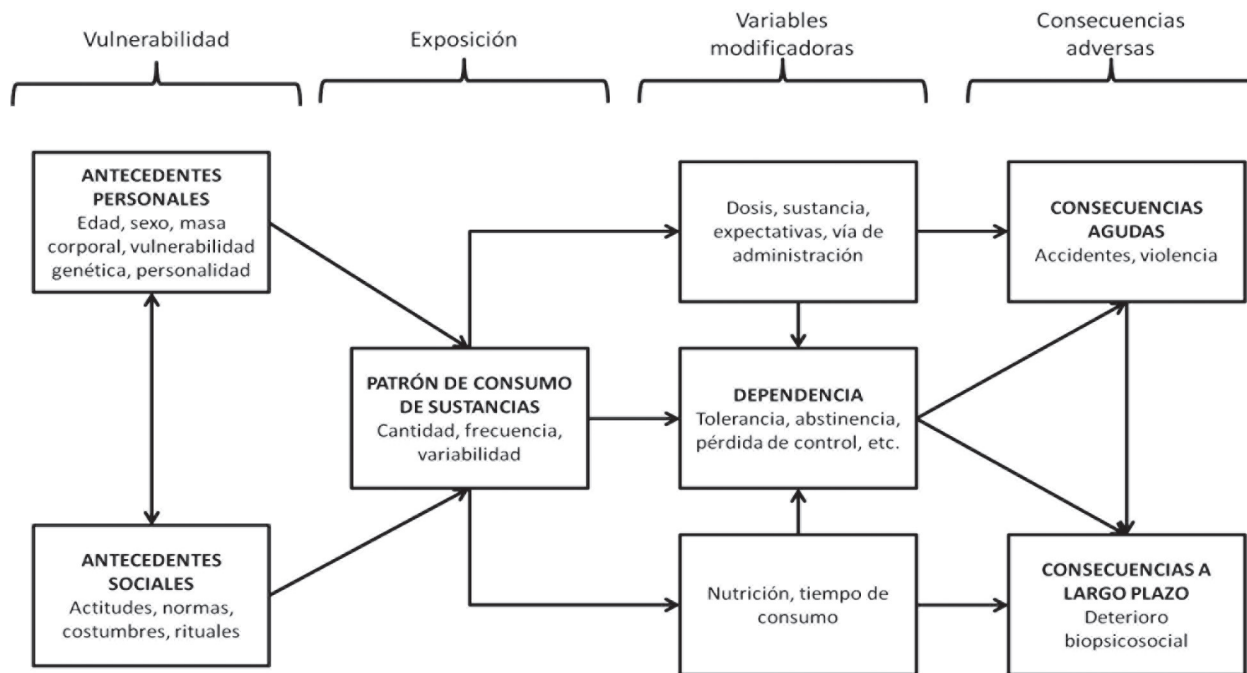
Bajo el enfoque del modelo farmacológico, se considera que la droga es un determinante suficiente y necesario para desarrollar tanto abuso como dependencia a dichas sustancias; sin embargo, posteriormente se reconoce que si bien la droga es necesaria, no es una condición suficiente para explicar la dependencia, ya que la vulnerabilidad psicosocial es un contribuyente importante para que se presente dicha problemática (Newcomb, 1992). Lo anterior permite el desarrollo de un modelo multidimensional para explicar el abuso de sustancias.

## **4.2 Modelo multidimensional**

El modelo multidimensional cobró relevancia, ya que es una extensión del modelo farmacológico. Señala que tanto el consumo como la droga asumen características multifacéticas y, además, se presentan en distintos escenarios, por lo que el fenómeno del consumo problemático de sustancias resulta de la interacción entre ambos factores; sin embargo, es evidente que no existe un factor capaz de predecir el inicio del consumo, así como el mantenimiento en el mismo, por lo que ambos modelos ofrecen una explicación incompleta del fenómeno (Newcomb, 1992).

## **4.3 Modelo de factores de riesgo y protección**

Debido a lo anterior se desarrolla y consolida un modelo que reconoce la existencia tanto de factores de riesgo como de protección, resaltando dos elementos principales en el tiempo: el primero referente a la vulnerabilidad de consumo previa a la exposición de la sustancia, y el segundo relacionado con los factores de riesgo que facilitan el mantenimiento e involucramiento en el consumo una vez que el individuo se ha visto expuesto a la droga. Este modelo reconoce la existencia de factores de riesgo tanto individuales como sociales, antecedentes y permanentes a la conducta de consumo (fig. 4.1), pero también es



**Figura 4.1.** Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas (tomado de Babor, 1992).

evidente que el tipo de droga, cantidad, frecuencia, expectativas, entre otros, son elementos imprescindibles para la explicación del consumo problemático de sustancias (Babor, 1992).

Bajo el modelo de factores de riesgo y protección surgen múltiples investigaciones enfocadas en la identificación de los factores de riesgo, por lo que actualmente se cuenta con diversas clasificaciones y categorías que constituyen una aproximación a su estudio; sin embargo, en general pueden dividirse en dos dominios principales: los factores internos o individuales y los externos o socioculturales (Danielsson, Romelsjö y Tengström, 2011).

#### ***4.3.1 Factores internos o individuales***

De acuerdo con la literatura especializada, los factores internos se subdividen en genéticos-biológicos y psicológicos. Con respecto a los factores genéticos-biológicos existe una amplia gama de estudios enfocados en el análisis de la relación entre el consumo de sustancias de los padres y el posterior consumo por parte de los hijos. De esta forma, la predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido estudiada ampliamente, tanto en investigaciones con participantes animales como humanos, y los resultados indican que si bien existe una vulnerabilidad

genética, el ambiente es un elemento primordial de exposición a las sustancias. Es por lo anterior que una historia familiar de alcoholismo constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de abuso o dependencia de sustancias por parte de los hijos (Plomin, 1991; Dinwiddie y Cloninger, 1991; Rende, 1993).

Por otro lado, la presencia de enfermedades crónicas y el dolor podrían representar factores de riesgo biológicos importantes para el inicio y mantenimiento en el consumo de sustancias, cumpliendo éstas una función de automedicación ante el malestar provocado por la enfermedad; sin embargo, son escasos los estudios que han logrado analizar dicha relación (Becoña, 2002). Por lo mismo, hay que considerar antecedentes de sintomatología depresiva o ansiosa y consumo de sustancias, sobre todo hipnóticos.

Un factor de riesgo que se comporta de manera similar es la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos, por lo que se ha sugerido que la droga de preferencia está en función de los efectos, así como de la evitación de los síntomas psicopatológicos en el individuo (Khantzian, 1997).

La investigación relacionada con el fenómeno de comorbilidad ha cobrado importancia en las últimas décadas, ya que se ha observado una alta prevalencia de dicho fenómeno, además de que, de acuerdo con

la literatura especializada (Gjeruldsen, Myrvang y Opjordsmoen, 2003; Swendsen *et al.*, 2010), las personas que presentan un trastorno psiquiátrico tienen más riesgo de presentar un trastorno por consumo de sustancias.

Se ha hecho evidente que la comorbilidad psiquiátrica y de consumo de sustancias incrementa la severidad en ambas patologías, provocando un deterioro biopsicosocial más pronunciado en el individuo, lo que se traduce en mayor riesgo de presentar conductas de riesgo, conducta suicida (ideación, planeación, intento suicida y suicidio consumado), días de hospitalización, así como pobres resultados a tratamiento (Drake y Wallach, 2000; Daley y Moss, 2002; CSAT, 2005).

Dentro de los factores de riesgo psicológicos se cuenta con una amplia gama de elementos que impactan de manera directa en el inicio y mantenimiento de la ingesta de sustancias en el individuo. Entre estos factores de riesgo se encuentran las actitudes y expectativas favorables ante el consumo de drogas, es decir, que la persona se forma una actitud sobre el uso de sustancias a partir de la observación de la conducta de consumo y consecuencias hacia la misma, tanto de los padres y hermanos como del grupo de pares. De esta forma, el individuo realiza una interpretación en función de sus valores, ideología, así como de los recursos psicológicos de enfrentamiento (Becoña, 2002; Monahan, Egan, Horn, Arthur y Hawkins, 2011).



El estudio de los rasgos de personalidad que podrían incrementar la vulnerabilidad en el consumo de sustancias ha sido un importante elemento de estudio durante algunas décadas; sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones que buscan identificar los elementos primordiales en la personalidad que determinen el consumo de sustancias, ninguno de ellos ha mostrado resultados que muestren una relación consistente, aunque se han logrado identificar dos factores de riesgo importantes que contribuyen en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo: la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial (Becoña, 2002; Moral y Lorenzo, 2003; Monahan, Egan, Horn, Arthur y Hawkins, 2011).

Otros factores de riesgo individuales que se han reportado son: la satisfacción de la curiosidad, la búsqueda de pertenencia a un grupo social, la expresión de independencia, hostilidad o rebeldía, la búsqueda de experiencias emocionantes y novedosas, la adquisición de estados superiores de conocimiento o creatividad, la sensación de tranquilidad y bienestar, la necesidad de evasión o escape de emociones desagradables o sensaciones displacenteras, entre otros (Moral y Lorenzo, 2003).

Cabe señalar que los factores de riesgo mencionados previamente se presentan en su mayoría durante la etapa de adolescencia, lo cual se ha identificado también como un factor de riesgo importante en el

inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, ya que la literatura especializada reporta que cuanto más temprano sea el inicio en el consumo de drogas, será mayor el riesgo de experimentar con otras sustancias, así como de mantener dicha conducta (Becoña, 2002; Feinberg, 2012).

Actualmente se cuenta con múltiples investigaciones orientadas a la identificación de factores de riesgo durante la adolescencia, en su mayoría se trata de estudios epidemiológicos (Monahan, Egan, Horn, Arthur y Hawkins, 2011; Feinberg, 2012; Myklestad, Roysamb y Tambs, 2012) y sólo algunos longitudinales (Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986; Scheier, Botvin y Baker, 1997; Danielsson, Romelsjö y Tengström, 2011). Dichas investigaciones han permitido vislumbrar la relevancia de la relación entre los problemas de conducta específicos y el inicio en el consumo de sustancias. Aunado a la relación psicopatológica con el consumo, cabe señalar que existe una relación entre los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias, asociación que además se ve influida por la edad, el sexo y el tipo de sustancia (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Pelayo-Delgado, 2005).

Por otra parte, se ha mencionado que la comorbilidad psiquiátrica durante la adolescencia es un elemento de riesgo primordial en el inicio y

mantenimiento del consumo de sustancias, de tal forma que la presencia de un trastorno mental alrededor de los 15 años de edad incrementa el riesgo en el consumo de sustancias en etapas de desarrollo posteriores; además de que el consumo de drogas en edades tempranas incrementa el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico posteriormente (Scheier, Botvin y Baker, 1997; Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Pelayo-Delgado, 2005).

También se ha mencionado que el consumo de sustancias es una conducta que va en escalada, es decir, los estudios longitudinales mencionan que, en general, los adolescentes inician el consumo con sustancias legales, entre ellas el tabaco y el alcohol y, posteriormente, continúan la ingesta de drogas ilegales (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Pelayo-Delgado, 2005).

#### ***4.3.2 Factores externos o socioculturales***

Aunado al modelo de factores de riesgo, también se ha abordado el fenómeno del consumo de sustancias desde un modelo ecológico, en el que se consideran diversos sistemas con los cuales interactúa continuamente el individuo e impactan directa e indirectamente en su conducta (Bronfenbrenner, 1979; Moral y Lorenzo, 2003).

Dichos sistemas pueden dividirse en cuatro: *microsistemas*, es decir, el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales experimentadas por una persona en un entorno determinado; *mesosistema*, el cual se refiere a la interrelación entre dos o más ámbitos, por ejemplo, familia, grupo de pares, escuela, trabajo, entre otros; *exosistema*, el cual hace referencia a que el individuo no se encuentra inmerso de manera activa en uno o más medios sociales, sin embargo, éstos afectan el desarrollo de la persona, como es el caso de los conflictos políticos, y, finalmente, el *macrosistema*, es decir, la consistencia entre los tres sistemas inferiores en un nivel cultural relacionado con las creencias, ideología, expectativas, entre otros (Bronfenbrenner, 1979).

Partiendo del modelo ecológico es posible inferir que el individuo, desde su desarrollo, está en continua interacción con el contexto social, lo cual puede brindar una aproximación relevante en materia de la prevención del consumo de sustancias, ya que el macrosistema podría estar permeado por conductas de riesgo, desde la familia (consumo al interior, permisividad, estilos de crianza poco favorables) hasta el medio social y cultural (disponibilidad y accesibilidad) (Moral y Lorenzo, 2003).

De acuerdo con la investigación, el ambiente familiar puede constituir uno de los factores de riesgo o protección más importantes,

ya que ésta influye de diversas formas en el individuo (genético, psicológico, social, cultural), además de proporcionarle al niño las herramientas y valores que hacen posible la toma de decisiones en relación con el rechazo o inicio en el consumo de sustancias; es por esto que una modificación en la estructura familiar, como es el divorcio, el segundo matrimonio o la muerte de alguno de los padres, puede constituir un factor de riesgo importante en el individuo (Clayton, 1992).

La influencia que ejerce la familia es multidimensional, en la que se crea una interrelación en el flujo de la misma. Se ha demostrado que el ambiente familiar puede ser determinante en el desarrollo posterior de ciertas conductas de riesgo en los hijos, entre ellas el consumo de sustancias, conducta antisocial y delictiva, sobre todo al entrar en la etapa de adolescencia (Moos, 1975).

Por otra parte, la teoría del aprendizaje social señala que la agresión y la conducta antisocial son aprendidas de la observación e imitación de otros, así como de comportamientos que son reforzados en el ambiente en que se desenvuelve el individuo (Axberg, Hansson y Broberg, 2007), poniendo así demandas altas en las habilidades parentales, las cuales influirán en el desarrollo adaptativo del niño.

Las interacciones coercitivas influyen en la conducta de cada uno de los miembros, favoreciendo la creación de un ambiente familiar

hostil caracterizado por una comunicación poco asertiva y múltiples altercados, lo cual se traduce en muchos casos en hijos con problemas de conducta, bajo rendimiento o deserción escolar e involucramiento en conductas antisociales y delictivas, entre ellas el consumo abusivo de alcohol y drogas. Debido a lo anterior resulta importante ofrecer un clima familiar que favorezca el desarrollo y adaptación del menor, proveyéndole con las habilidades y herramientas personales desde la infancia, a fin de retrasar, prevenir o evitar la aparición de futuros problemas de costo no sólo económico, sino social. Además, se ha demostrado que la familia también representa un factor importante en el desarrollo intelectual de los hijos, ya que favorece la estimulación del niño a través tanto de los estilos de crianza como de los materiales de juego que les otorga (Shaffer y Kipp, 2007).

Por otra parte, Hollenstein, Granic, Stoolmiller y Snyder (2004) reportan que cuando se crea un ambiente familiar en el cual se da al niño la oportunidad de expresar sus emociones y se le enseña a modularlas, disminuyen los problemas de conducta infantil; el niño puede adaptarse mejor a su medio, explora sus capacidades y aprende la autorregulación, lo que puede impactar en la conducta posterior, disminuyendo la probabilidad de consumo de sustancias o actividades delictivas y de riesgo (Hollenstein, Granic, Stoolmiller y Snyder, 2004).

Los estudios han mencionado que un joven que tiene un desempeño satisfactorio es menos probable que sea sustraído por el sistema hacia el consumo de sustancias, en comparación con aquellos jóvenes que tienen un pobre desempeño y una sensación de aburrimiento, ya que será más probable que prevalezca una actitud negativa hacia el proceso de aprendizaje y abandonen la escuela con mayor prevalencia (Clayton, 1992). Lo anterior coloca a los jóvenes en una posición de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas, explotación laboral, abuso físico y/o sexual, embarazos prematuros, entre otros (Medina-Mora *et al.*, 2001).

En relación con la accesibilidad y disponibilidad, los estudios han hecho evidente que si bien para que el consumo se pueda llevar a cabo es imprescindible el acceso a la droga, existen otras variables que también influyen en dicha conducta, como es la cantidad de personas que consumen determinada sustancia, la percepción de riesgo, el precio, el acceso a la sustancia, entre otros (fig. 4.2), ya que en conjunto la probabilidad de consumo se incrementa, en comparación a cuando se trata de una sustancia de difícil acceso (Medina-Mora *et al.*, 2001; Becoña, 2002; Medina-Mora, Real y Robles, 2011).

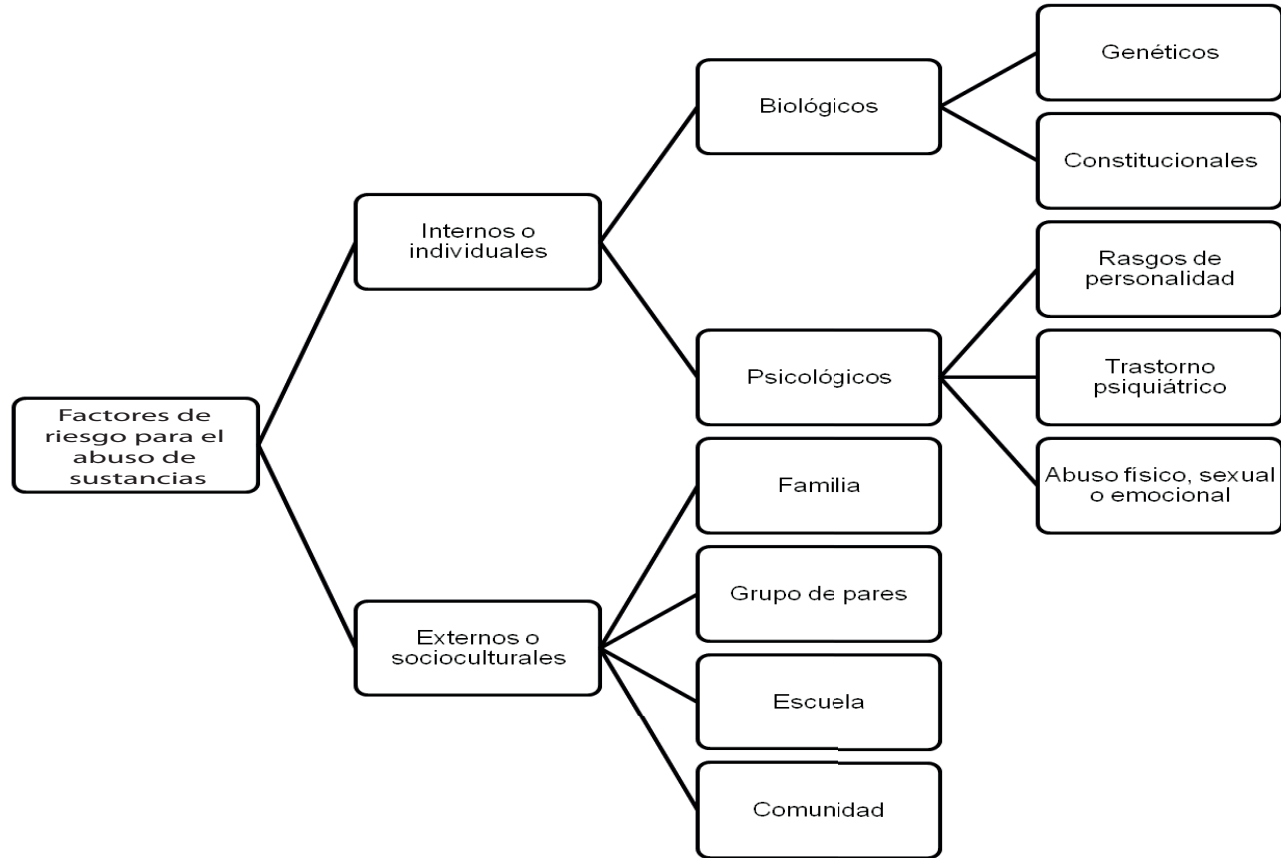


Figura 4.2. Factores de riesgo para el abuso de sustancias (tomado de Hawkins, Catalano y Miller, 1992).



Es importante la consideración de las políticas públicas y los programas de prevención enfocados en la identificación e intervención de dichos factores de riesgo, por lo que resulta imprescindible considerar que un programa de prevención eficaz debe estar enfocado en facilitar los elementos que protegen y modifican el efecto de los factores de riesgo, como es el ambiente familiar propicio en una atmósfera de comunicación y confianza que le permitan al individuo la toma de decisiones en pro de su bienestar físico y emocional (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Pelayo-Delgado, 2005; Danielsson, Romelsjö y Tengström, 2011; Feinberg, 2012).

#### **4.4 Modelo cognitivo social o del aprendizaje social**

El modelo cognitivo social integra el craving, también conocido como la urgencia de consumo, a los procesos cognitivos que interrelacionan e influyen tanto en el consumo de sustancias como en el proceso de recaída. De acuerdo con Albert Bandura (1986), el padre de este modelo cognitivo social, las personas pertenecen tanto a un entorno social como cognitivo, por lo que señala que la conducta no se relaciona exclusivamente con la capacidad de manipular el ambiente, sino que hay una parte cognitiva que también interviene en la conducta.

En relación con la conducta de consumo de sustancias se enfatiza el proceso cognitivo activo, el razonamiento y, sobre todo, la toma de decisiones en el uso, cese y recaída en el consumo de drogas (Rohsenow y Monti, 1999; Niaura, 2000).

Otro elemento de relevancia del modelo cognitivo social se refiere a las expectativas y autoeficacia, es decir, la probabilidad de que ocurra la conducta de consumo es el resultado de la influencia recíproca entre la autoeficacia y las expectativas que se atribuyan al consumo de drogas. Cabe señalar que cuando la persona experimenta una mayor confianza para enfrentar las situaciones de riesgo, la probabilidad de que se presente el consumo es menor; al contrario, cuando se tiene una expectativa positiva hacia el consumo y una menor confianza en el enfrentamiento de dicha situación, la posibilidad de que se presente el consumo de drogas es mayor (Rohsenow y Monti, 1999; Niaura, 2000).

Aunado a esto, Alan Marlatt propuso un modelo de aprendizaje social basado en la recaída; en este modelo propone que existen factores que pueden convertirse en antecedentes del consumo, los cuales representan a los estímulos condicionados y evocan procesos cognitivos que representan el condicionamiento operante. De este modelo se desprende el llamado efecto de violación de la abstinencia,

el cual hace referencia a que ante situaciones de riesgo puede surgir la urgencia de consumo o craving, aunque la recaída no es determinante en este punto, ya que ésta dependerá de las habilidades de afrontamiento de la persona, entre otros elementos (Rohsenow y Monti, 1999; Niaura, 2000; Marlatt y Gordon, 2005).

Por otro lado, se ha estudiado un fenómeno conocido como recuperación espontánea, natural o autocambio, asociado al cese en el consumo de alcohol y otras drogas. En este fenómeno se observa la mejoría de una condición sin recibir un tratamiento efectivo; en el caso del consumo de sustancias es un proceso de recuperación en el cual la persona logra el cambio de la conducta adictiva y, por lo tanto, de los problemas asociados al mismo, sin el apoyo de un profesional (Klingemann, 2004).

Se calcula que aproximadamente el 81.8% de los casos de recuperación natural son de alcohol, seguido del 31.8% de cannabis y el 27.3% de otras drogas. En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de este fenómeno en las conductas adictivas, por lo que han surgido algunos estudios para tratar de explicarlo y conocer la prevalencia del mismo. Los resultados señalan que existen problemas metodológicos que limitan la explicación del fenómeno, entre ellas la carencia de información de la historia de consumo de sustancias en

la familia, así como del patrón y severidad de consumo previo a la recuperación, los factores relacionados al mismo y el sesgo de memoria propio del autorreporte (Carballo, Fernández-Hermida, Secades-Villa, Carter-Sobell, Sum y García-Rodríguez, 2007).

Como se mencionó a lo largo del capítulo, la conducta de consumo de sustancias es un fenómeno complejo en el que inciden múltiples factores y el cual puede ser conceptualizado y explicado por medio de diversos enfoques o modelos. En el siguiente capítulo se abordan los diferentes tratamientos para las adicciones, desde el enfoque cognitivo conductual, por lo que se retoman los elementos del modelo de aprendizaje social, reconociendo la importancia en la identificación de situaciones de riesgo, expectativas hacia el consumo, autoeficacia, entre otros.

## **5. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LAS ADICCIONES**

El objetivo de este capítulo es proporcionar un panorama general de los diferentes tratamientos psicosociales de las adicciones.

El tratamiento psicosocial de las adicciones ha tenido un amplio desarrollo a lo largo del tiempo. Se considera que antes del surgimiento de los procedimientos derivados de la teoría del aprendizaje, y de los estudios derivados de éste en el ámbito clínico, eran escasos los reportes de efectividad del tratamiento psicosocial para cualquier tipo de trastorno psiquiátrico, además del abuso y dependencia de sustancias. Aunado a lo anterior, el desarrollo del modelo tecnológico, el cual buscaba sistematizar y evaluar los métodos de intervención, permitió el surgimiento de nuevas intervenciones conductuales; de esta forma, para la década de los años 80 había un gran número de tratamientos conductuales probados y considerados efectivos para la atención de diversos trastornos psiquiátricos, entre ellos la depresión (Carroll y Onken, 2005).

A pesar de que las intervenciones con enfoque conductual estuvieron disponibles para el tratamiento de las adicciones desde finales de la década de los años 80 y principios de la década de los 90, aún

existía cierto pesimismo al respecto, ya que no se contaba con evidencia científica que respaldara el uso de dichos programas. Posteriormente, con la integración del modelo tecnológico se evaluaron y probaron las múltiples intervenciones, facilitando de esta forma la identificación y replicación de programas efectivos para el tratamiento de las adicciones (Carroll y Onken, 2005; Trujols *et al.*, 2007).

A partir de 1992, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) comenzó a respaldar la actividad científica mediante el desarrollo y diseminación de nuevos tratamientos conductuales para la atención de las adicciones; de esta forma, se proponen tres etapas principales en el desarrollo de las intervenciones psicosociales. La primera de ellas corresponde al estudio piloto y de viabilidad de la intervención, durante esta etapa se desarrollan los manuales del programa y se evalúa la adherencia y aceptación del modelo. En la segunda etapa se evalúa la eficacia del tratamiento, para finalmente llevar a cabo la diseminación de las intervenciones en los centros de tratamiento durante una tercer etapa (Carroll y Onken, 2005).

## **5.1 Intervenciones cognitivo conductuales para el abuso y dependencia de sustancias**

Las aproximaciones cognitivo conductuales se fundamentan en los principios de las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario o social). Las estrategias principales de dichas intervenciones son: el análisis funcional de la conducta de consumo, el cual permite entender el consumo una vez que se identifica el antecedente y consecuente de dicha conducta; otro elemento primordial es el entrenamiento en habilidades, a fin de que el individuo aprenda a identificar las situaciones de riesgo y tenga las herramientas para evitarlas o, en caso de que no le sea posible, enfrentar los momentos de riesgo sin necesidad de consumir; un tercer elemento que acompaña a las intervenciones cognitivo conductuales es la prevención de recaídas, la cual tiene como objetivo principal la facilitación del mantenimiento, a largo plazo, de la abstinencia (Carroll y Onken, 2005; Trujols *et al.*, 2007).

A continuación se realiza una breve descripción de los programas de atención para las adicciones que han sido utilizados en las últimas décadas, entre los que se encuentran el entrenamiento en habilidades, entrevista motivacional, consejo psicológico (counseling), prevención de recaídas, manejo de contingencias, y terapia familiar y de pareja.

### ***5.1.1 Entrenamiento en habilidades***

Las intervenciones cognitivo conductuales se caracterizan por el énfasis en el desarrollo de habilidades cuyo objetivo principal es lograr tanto la abstinencia en el consumo de alcohol o drogas, como impactar de manera importante en las diversas áreas de funcionamiento del individuo, llevándolo a una mejor respuesta ante los problemas co-ocurrentes (Carroll y Onken, 2005; Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

Por otro lado, las intervenciones con un enfoque de entrenamiento en habilidades asumen que tanto el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias como la recaída se deben, en primera instancia, a la falta de herramientas o habilidades para enfrentar los precipitadores de consumo, ya sean de tipo ambiental, cognitivo o afectivo, así como a la carencia de habilidades para el mantenimiento de la abstinencia. Es por lo anterior que el objetivo de este tipo de intervenciones es proveer a la persona con las habilidades necesarias para lograr y mantener la abstinencia, además de lidiar con los estresores diarios de la vida cotidiana (Litt, Kadden, Kabela-Cormier y Petry, 2008).

Uno de los programas de intervención, caracterizado por el entrenamiento en habilidades, es el Programa de Reforzamiento



Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés), el cual fue desarrollado por Azrin y Hunt en 1973, en un esfuerzo por reestructurar la conceptualización de la comunidad en el individuo, a fin de que éste pudiera evaluar que un estilo de vida en sobriedad era más reforzante en comparación con uno dominado por el consumo de alcohol (Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel, 1999; Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

Es por lo anterior que los principales objetivos del programa son que la persona logre el cambio de la conducta de consumo, enfatizando tanto las consecuencias negativas asociadas al mismo, como el reforzamiento positivo de la vida en sobriedad, es decir, de la abstinencia. Para lograr el cumplimiento de estos objetivos, el programa de intervención hace uso de una diversidad de estrategias, a fin de incrementar la motivación en el usuario para detener su consumo (Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel, 1999).

Este programa de atención está basado en la creencia de que las contingencias que provee el entorno pueden ser elementos importantes para apoyar y desalentar la conducta de consumo de alcohol y/o drogas. De esta forma, el programa retoma el desarrollo de habilidades que le permitan al usuario disfrutar de los reforzadores familiares, sociales, recreativos y ocupacionales como elementos primordiales en el proceso

de recuperación, además de reorganizar la comunidad del individuo, haciendo posible que tome el reforzamiento de su vida en sobriedad, a través de un estilo no confrontativo que le permita identificar los precipitadores internos y externos, además de analizar las consecuencias positivas y negativas relacionadas con la conducta de consumo y no consumo (Smith, Meyers y Miller, 2001; Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

Los primeros estudios empíricos realizados para probar la efectividad del CRA se llevaron a cabo en centros de tratamiento residencial con personas que presentaban problemas relacionados con el consumo de alcohol. En el primer protocolo de investigación se comparó el CRA con el tratamiento usual del centro de atención, es decir, el programa de los 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos. Los resultados de dicha investigación permitieron observar que el CRA mostraba mayor eficacia frente al programa de los 12 pasos en función de la disminución en los días de consumo, la permanencia al interior de los centros residenciales, el incremento en el tiempo dedicado al empleo y a la familia. Posteriormente se realizaron diversos cambios al protocolo original, entre los que destacan el uso del disulfiram (Antabuse) y la inclusión de una persona significativa que fungiera como un sistema de apoyo para el participante y administrara el fármaco; adicionalmente

se enseñaron habilidades de comunicación, a fin de facilitar el proceso (Smith, Meyers y Miller, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

El tercer estudio del CRA fue realizado a principios de la década de 1980 con una muestra de participantes en sedes de tratamiento ambulatorio; el objetivo de dicho estudio fue probar la mayor efectividad del CRA más el uso de Disulfiram frente al tratamiento usual, es decir, el programa de 12 pasos más el fármaco, este último como prescripción o con entrenamiento en la administración. Los resultados mostraron un incremento en los días de abstinencia en el grupo que había recibido la intervención del CRA más el uso del Disulfiram; además, un elemento de relevancia fue el efecto positivo que tuvo la intervención sobre la relación de pareja (Smith, Meyers y Miller, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

Si bien el CRA fue desarrollado originalmente como una intervención para la dependencia de alcohol, en los últimos años también ha sido empleada como una alternativa de tratamiento para los problemas de consumo de otras drogas ilícitas, entre ellas la cocaína, heroína, marihuana, entre otras. Cabe mencionar que en los estudios realizados con participantes consumidores de drogas se ha incluido la entrega de contingencias, principalmente en los estudios con consumidores de cocaína, esto debido a que la evidencia sugiere que

la entrega de reforzadores monetarios al inicio del tratamiento permite que compitan con el reforzador positivo propio de la sustancia, de esta forma se incrementa la probabilidad en la entrega de muestras de orina negativas y, por tanto, en los días de abstinencia (Vuchinich y Tucker, 1988; Smith, Meyers y Miller, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005; Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

Por otra parte, la investigación cuyo objetivo es demostrar la efectividad del CRA en la intervención para los problemas relacionados con el consumo de sustancias se ha extendido hacia poblaciones que presentan niveles más severos de dependencia, entre ellos los indigentes. Es por esto que se han tenido que realizar diversas modificaciones al programa, en función de las necesidades de la población; por ejemplo, en el caso de participantes indigentes se añadió un componente de búsqueda y mantenimiento de empleo, a fin de ayudar al participante a obtener gratificación a partir de su vida laboral (Smith, Meyers y Miller, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

Dadas las modificaciones al programa, también ha sido necesario probar el efecto de algunos componentes individuales sobre la efectividad de la intervención; entre los componentes individuales que han sido llevados a la investigación destacan el club social, el

cual fue creado para proveer actividades placenteras y saludables, en ambientes libres de sustancias, durante momentos que podían ser considerados de muy alto riesgo, por ejemplo viernes o sábado por la noche. Otro componente individual en estudio es el consejo marital, el cual se basa en la premisa de que las personas se casan porque piensan que la vida en matrimonio será aún más gratificante, es por esto que, con ayuda del terapeuta, se planean actividades agradables como parte de la intervención (Smith, Meyers y Miller, 2001; Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

Los ensayos clínicos que comparan el CRA más el manejo de contingencias con el tratamiento usual han demostrado que el primero tiene significativamente más días de abstinencia de cocaína y alcohol en comparación con la intervención psicológica usual, además de que dichos cambios se mantienen durante los seguimientos a nueve y 12 meses (Meyers, Villanueva y Smith, 2005; Secades-Villa *et al.*, 2011). Además, se ha observado que cuando se combina la intervención del CRA más el manejo de contingencias hay una mejoría significativa en la diversas áreas de funcionamiento psicosocial (García-Fernández *et al.*, 2011; García-Fernández *et al.*, 2011).

Por otro lado, al comparar la intervención del CRA y el CRA más el manejo de contingencias, se observó que la entrega de incentivos,

adicional a la intervención, mostró mejores resultados en función de periodos más largos de abstinencia; se hizo evidente que el CRA, por sí mismo, es un componente activo dentro del tratamiento para las adicciones, aunque la entrega de un reforzador constituye beneficios adicionales al tratamiento (Meyers, Villanueva y Smith, 2005; García-Fernández *et al.*, 2011).

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del modelo original CRA a población mexicana, la cual fue realizada con el objetivo de sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto del modelo de intervención, en la disminución del patrón de consumo en usuarios con dependencia al alcohol y otras drogas (Barragán, 2005; Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005; Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

La adaptación del modelo se llevó a cabo con nueve usuarios con dependencia a sustancias. Los resultados mostraron un decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, y un incremento en el nivel de satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento, lo cual permitió constatar la efectividad del modelo en población mexicana. Adicionalmente, se concluyó que era necesario incluir un componente de entrenamiento para el

autocontrol de emociones (depresión, ansiedad y enojo), habilidades de comunicación, habilidades para rehusarse al consumo, y se incorporó al club social a los usuarios que aún en tratamiento ya hubieran alcanzado la abstinencia, a fin de reforzar el mantenimiento de ésta a largo plazo (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005; Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

Posteriormente el programa fue evaluado con una muestra de 53 participantes, los resultados indicaron la eficacia del programa para alcanzar y mantener la abstinencia; además se observó un incremento en los niveles de autoeficacia y satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento de los participantes, así como en su calidad de vida, y se reportó una disminución tanto en el consumo de sustancias como en los precipitadores del mismo (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007; Barragán, Flores, Ramírez, Ramírez, Medina-Mora y Reidl, 2009).

Aunado a los componentes que integran el PSC, se ha retomado el estilo de entrevista motivacional en la atención de las adicciones, permitiendo que el usuario incremente su disposición al cambio y tome acción de sus problemas (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006). La entrevista motivacional ha sido ampliamente

estudiada y ha demostrado su efectividad no sólo en los problemas de consumo de sustancias, sino en otras áreas de la salud y conductas de cambio, entre ellas la ingesta de vegetales e incremento en la actividad física (Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen, 2005).

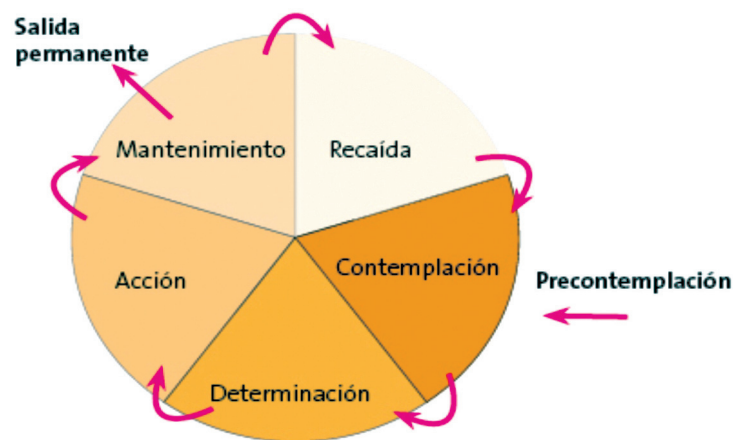
### ***5.1.2 Entrevista motivacional***

El concepto de entrevista motivacional surgió de discusiones dentro de un grupo de psicólogos noruegos de la Clínica Hjellestad, cerca de Bergen, Noruega; durante dichas discusiones, los clínicos se planteaban preguntas prácticas respecto a cómo deberían responder ante situaciones problemáticas al tratar a personas que presentaban consumo excesivo de alcohol (Miller y Rollnick, 1999). Posteriormente, en 1983, Miller describe por primera vez la entrevista motivacional (Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen, 2005).

La entrevista motivacional se define como una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y tomen acción respecto a sus problemas, ésta pretende resolver la ambivalencia y hacer que la persona adquiera el compromiso y deseo de cambiar (Miller y Rollnick, 1999; Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen, 2005; Carrascoza, 2007).



La entrevista motivacional se apoya en el modelo transteórico, propuesto por Prochaska y DiClemente (1984), el cual consiste en cinco etapas de cambio por las cuales pasan las personas cuando planean realizar un cambio en su vida; por ejemplo, reducir o cesar el consumo de alcohol u otras drogas (Prochaska y DiClemente, 1984; Prochaska y DiClemente, 1986). En la figura 5.1 se muestra la rueda de cambio según el modelo transteórico, con las cinco etapas de cambio por las que atraviesa el individuo.



**Figura 5.1.** Rueda de cambio según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (tomado de Miller y Rollnick, 1999).

Por otro lado, los elementos fundamentales, también conocidos como el espíritu de la entrevista motivacional, son: 1) la colaboración,

en la cual el clínico provee la atmósfera propicia para conducir al cliente y que éste a su vez aporte su experiencia y perspectiva al proceso de cambio; 2) la evocación, ya que bajo este principio se considera que la motivación y los recursos están al interior del cliente, por lo que resulta de gran importancia resaltar, delimitar y trazar metas, valores y logros; finalmente, 3) la autonomía, por medio de la cual el clínico reconoce la capacidad de la persona para elegir una vez que se han explorado múltiples alternativas ante determinado problema (Miller y Rollnick, 2002)

Las estrategias de la entrevista motivacional se caracterizan por estar centradas en el cliente, ser persuasivas más que coercitivas, más de apoyo que de discusión. Por medio de dichas estrategias el terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio en función de cinco principios generales, como son: a) la expresión de la empatía, mediante la escucha reflexiva; b) la facilitación para que las personas perciban discrepancias en su propia vida; c) la evitación de la discusión y confrontación, d) el dar un giro a la resistencia y e) el fomento de la autoeficacia y el optimismo, centrándose en las fortalezas del cliente para apoyar la esperanza del cambio (Miller y Rollnick, 1999; Miller y Rollnick, 2002; Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen, 2005; Trujols *et al.*, 2007; Carrascoza, 2007).

La entrevista motivacional se ha utilizado ampliamente en diversas áreas de la salud relacionadas con el comportamiento (Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen, 2005), principalmente en relación con el abuso y dependencia de sustancias (Polcin, Galloway, Palmer y Mains, 2004; McCambridge y Strang, 2004; Goti *et al.*, 2010; Forsberg, Ernst y Farbring, 2011).

Se han reportado múltiples estudios en los cuales se evalúa el impacto de la entrevista motivacional sobre el consumo de alcohol, concluyendo, en su mayoría, una reducción significativa tanto en la frecuencia como en la cantidad de consumo (Daepfen, Bertholet, Gmel y Gaume, 2007; Brown, Saunders, Bobula, Mundt y Koch, 2007; Drummond, Coulton, James, Godfrey, Parrott, Baxter, Ford, Lervy, Rollnick, Russell y Peters, 2009; Brown *et al.*, 2010; Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume y Daepfen, 2010; Cowell, Brown, Mills, Bender y Wedehase, 2012).

Así mismo, se ha evaluado la efectividad de la entrevista motivacional en el consumo de drogas (Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez-Montaraz, 2004; Huang, Tang, Lin y Yen, 2011; Schaub, Sullivan y Stark, 2011; Jones, Tuten y O'Grady, 2011), resaltando que si bien existe una disminución importante en la frecuencia

y cantidad de la ingesta de drogas, no hay resultados concluyentes, como en el caso de los estudios realizados con consumidores de alcohol (Carroll y Onken, 2005; Trujols *et al.*, 2007).

La entrevista motivacional también se ha evaluado en la intervención para la reducción y cese del consumo de tabaco (Herman y Fahnlander, 2003; MacPherson, Strong, Kahler, Abrantes, Ramsey y Brown, 2007) y como parte del tratamiento para el juego patológico (Freidenberg, Blanchard, Wulfert y Malta, 2002).

Otras áreas en las cuales ha cobrado relevancia la entrevista motivacional es para la disminución de conductas sexuales de riesgo en pacientes infectados con VIH (Naar-King *et al.*, 2006; Weir *et al.*, 2009); para el tratamiento de problemas relacionados con la conducta sexual (Orzack, Voluse, Wolf y Hennen, 2006); para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Westra y Dozois, 2006) y fobia social (Titov *et al.*, 2010); para los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión, y para los trastornos de alimentación (Geller, Brown y Srikameswaran, 2011). Además, las técnicas de entrevista motivacional han resultado efectivas para la reducción de conducta violenta (Kistenmacher y Weiss, 2008; Alexander, Morris, Tracy y Frye, 2010), así como en el incremento en la actividad física (Merom *et al.*, 2009), la promoción en la ingesta de frutas y verduras como parte de programas

de prevención y control de cáncer (Campbell *et al.*, 2009; Alexander *et al.*, 2010), para el incremento de la adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen y Christensen, 2009) y enfermedades cardíacas (Baker *et al.*, 2009; Loon *et al.*, 2009; Gillham y Endacott, 2010; Beckie y Beckstead, 2010).

Cuando la entrevista motivacional es empleada como única intervención ha mostrado ser efectiva y eficaz; sin embargo, múltiples estudios la han empleado como un preludio a un tratamiento más intensivo, observando una mejora en la retención y motivación al cambio. De esta forma se observa que la entrevista motivacional puede integrarse como un componente de otras intervenciones psicosociales e incluso farmacológicas, lo cual puede traducirse en un beneficio adicional para el tratamiento (Carroll y Onken, 2005; Heffner *et al.*, 2010).

### ***5.1.3 Consejo psicológico (counseling)***

En las últimas décadas se ha realizado un esfuerzo importante por evaluar las intervenciones que se utilizan con frecuencia en la práctica clínica. De dichas evaluaciones han surgido manuales de intervención bajo un modelo de orientación psicológica para la atención de las adicciones, los cuales, al ser probados en escenarios clínicos,

han mostrado una reducción importante en el consumo de sustancias, principalmente en el consumo de cocaína (Carroll y Onken, 2005).

El modelo de orientación psicológica para la atención de las adicciones (counseling) está dirigido a los síntomas de la dependencia a sustancias, así como a las áreas de funcionamiento que se han visto afectadas por el consumo. Este modelo de intervención tiene una duración de aproximadamente seis meses, las sesiones están dirigidas al cambio de conducta, la adopción de la ideología de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, así como de herramientas que faciliten la recuperación (Mercer, 2000; Crits-Christoph *et al.*, 1999).

El principal objetivo del consejo psicológico es que el cliente logre y se mantenga en abstinencia, además de ayudarlo en la recuperación de las áreas afectadas a causa del consumo excesivo de sustancias. Bajo este modelo de intervención se considera que el principal agente de cambio es el cliente mismo, por lo que se busca que éste tome la responsabilidad en el proceso de recuperación y sea capaz, por otro lado, de identificar y restablecer una red de apoyo que le permita alcanzar su objetivo (Mercer, 2000).

Durante la década de los años 90 el NIDA desarrolló un estudio de colaboración para el tratamiento de cocaína, en éste se evaluó la

eficacia de cuatro condiciones de tratamiento: la primera fue una intervención manualizada de consejo psicológico individual más consejo psicológico grupal; la segunda, una intervención de corte psicodinámico más consejo psicológico grupal; la tercera, terapia cognitiva individual más consejo psicológico grupal, y la cuarta intervención fue consejo psicológico grupal únicamente. El estudio encontró que todos los tratamientos ayudaban a los pacientes en la retención a tratamiento y reducción del consumo; sin embargo, la combinación de las condiciones de intervención de consejo psicológico individual y grupal generaban resultados más favorables en términos de la reducción del consumo de sustancias (Crits-Christoph *et al.*, 1999).

Posteriormente se manualizó el modelo de consejo psicológico, con el objetivo de que pudiera emplearse en centros de tratamiento tanto ambulatorio como residencial, argumentando que gran parte de los pacientes consideraban que el tratamiento grupal en ocasiones era insuficiente en tiempo y no les permitía externar toda su problemática. Por lo tanto, al incorporar sesiones individuales, la efectividad del modelo se vería incrementada, así como la asistencia a los grupos de ayuda mutua (Daley, Mercer y Carpenter, 2002).

#### ***5.1.4 Prevención de recaídas***

La prevención de recaídas surge como una estrategia para facilitar que las personas que cursan con un trastorno por consumo de sustancias mantengan el cambio a lo largo del tiempo (Daley y Marlatt, 2005). El principal objetivo de la prevención de recaídas es abordar el fenómeno de la recaída, además de generar estrategias para prevenirla o manejarla en caso de que ésta ocurra. La prevención de recaídas busca identificar situaciones de alto riesgo, en las cuales una persona puede verse vulnerable ante el consumo de sustancias, y que por medio de estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento el individuo sea capaz de mantener su abstinencia (Marlatt y Witkiewitz, 2005).

En 1978, Marlatt desarrolló una taxonomía detallada de las situaciones de alto riesgo como determinantes de la recaída; posteriormente, propuso el primer modelo cognitivo conductual para la prevención de recaídas, en donde integra componentes enfocados en la interacción social, así como factores ambientales de riesgo (Marlatt y Witkiewitz, 2005).

En general, la prevención de recaídas se centra en dos tipos de estrategias de tratamiento: en la primera se incorpora como parte de cualquier programa de intervención, con el objetivo de facilitar que el individuo mantenga la abstinencia una vez que ha detenido su consumo



de sustancias; mientras que la segunda es una intervención aislada en la cual se identifican las situaciones de alto riesgo para, posteriormente, desarrollar alternativas de acción. Los programas de prevención de recaídas enfatizan la necesidad de tener un amplio repertorio de estrategias cognitivas, conductuales y de interacción que permitan prevenir nuevos consumos en la persona (Daley y Marlatt, 2005).

Durante la década de los años 90, el grupo de Carroll realizó una adaptación al modelo original propuesto por Marlatt, a fin de convertir el enfoque psicoeducativo en una aproximación psicoterapéutica efectiva en el tratamiento del consumo de sustancias y, principalmente, en aquellos con una psicopatología concurrente (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Trujols *et al.*, 2007).

Posteriormente se evaluó la efectividad del modelo psicoterapéutico de prevención de recaídas comparándolo con una intervención interpersonal en 42 pacientes ambulatorios que cumplían criterios diagnósticos, de acuerdo con el DSM III, de un trastorno por consumo de cocaína. Los resultados mostraron que los participantes asignados a la intervención de prevención de recaídas presentaban más días consecutivos de abstinencia, además de un mayor porcentaje de término del tratamiento (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Daley y Marlatt, 2005).

### ***5.1.5 Manejo de contingencias***

El manejo de contingencias es una intervención que se fundamenta en los principios del condicionamiento operante, en los cuales se argumenta que si un reforzador es entregado como resultado de una conducta blanco, por ejemplo, la abstinencia de drogas; la frecuencia de dicha conducta se incrementará, así como el cambio en la elección del usuario, permitiendo de esta forma que la abstinencia se mantenga por periodos más prolongados (Stitzer y Vandrey, 2008; Andrade, Alessi y Petry, 2011).

Los reforzadores que se usan con mayor frecuencia son boletos intercambiables por bienes y servicios, así como oportunidades de ganar premios de distintas magnitudes, o en algunos estudios se ha empleado dinero como reforzador; sin embargo, cada uno de éstos se enfrenta con ventajas y desventajas que tienen que ver con la aplicabilidad, recursos, involucramiento de la comunidad, entre otros (Petry, 2000; Petry, Martin, Cooney y Kranzler, 2000; Andrade, Alessi y Petry, 2011).

Cabe mencionar que las primeras investigaciones con respecto al manejo de contingencias fueron llevadas a cabo en clínicas de mantenimiento con metadona, en donde se observó que la dosis de metadona que se proporcionaba a los participantes cada vez que tenían

una muestra negativa de orina, fungía como un reforzador positivo, lo cual incrementaba el número de muestras negativas de orina durante el proceso de intervención, además de que los usuarios disminuían gradualmente el consumo de otras drogas, entre ellas benzodiazepinas (Stitzer y Vandrey, 2008).

Los primeros estudios que emplearon el manejo de contingencias tuvieron que cumplir con ciertos principios básicos para explicar el proceso de reforzamiento de conducta y la aplicación clínica en el ámbito del tratamiento para las adicciones. En principio, fue indispensable identificar y definir el objetivo clínico al que estaría enfocada la intervención (abstinencia vs. reducción), posteriormente se establecieron los mecanismos de evaluación, lo cual permitió una medida objetiva de la abstinencia o consumo del participante. Por otra parte, una vez que se hubo definido tanto el objetivo como la estrategia de evaluación, se seleccionó el tipo de reforzador para la población en estudio, para finalmente establecer la relación entre la abstinencia y la entrega del reforzador (Stitzer y Vandrey, 2008).

Higgins y colaboradores (1994) utilizaron los principios del manejo de contingencias para diseñar un procedimiento de reforzamiento conductual, con el objetivo de promover la abstinencia en el consumo de estimulantes, por medio de la entrega de boletos otorgados posterior

al resultado negativo de una muestra de orina. Por otro lado, los boletos podían ser cambiados por bienes y servicios, además de tener un valor acumulativo; de esta forma, los usuarios no se veían en riesgo de obtener dinero y elegir el consumo, sino que tenían la posibilidad de trabajar con el terapeuta sobre los reforzadores alternativos e incompatibles con el consumo, que además resultaban en conductas prosociales que facilitaban su proceso de recuperación (Higgins *et al.*, 1994; Stitzer y Vandrey, 2008).

El manejo de contingencias ha mostrado ser efectivo en el tratamiento para las adicciones (Higgins *et al.*, 1994; Petry, 2000; Stitzer y Vandrey, 2008; Andrade, Alessi y Petry, 2011). Se ha demostrado que dichos procedimientos incrementan la retención de los pacientes a tratamiento por periodos más prolongados, en comparación con la orientación psicológica por sí sola. Por otro lado, el manejo de contingencias también ha mostrado efectividad en la reducción de consumo de sustancias, entre ellas cocaína, opiáceos, marihuana, alcohol, tabaco y benzodiazepinas (Higgins *et al.*, 1994; Petry, 2000).

Sin embargo, a pesar del efecto que tiene el manejo de contingencias sobre la retención y reducción de consumo, algunos autores han considerado que dichos beneficios no siempre son mantenidos a largo plazo (Andrade, Alessi y Petry, 2011), además de que una gran

proporción de pacientes no muestra diferencias significativas en la reducción de consumo cuando únicamente se refuerza la abstinencia (Petry, 2000), por lo que se ha reconocido que esta estrategia de intervención resulta más efectiva cuando es acompañada de un tratamiento farmacológico (Kosten, 2003), psicosocial o ambos.

Por otro lado, es de relevancia señalar que esta estrategia de intervención tiene limitaciones importantes. La primera se refiere al incremento en el costo del tratamiento, ya que para entregar el reforzador es imprescindible contar con una evaluación objetiva de la abstinencia, por lo que los marcadores biológicos son una herramienta útil, aunque costosa, razón por la cual algunas sedes de tratamiento no consideran esta alternativa de intervención, ya que no tienen acceso continuo a estos dispositivos, lo cual dificulta su aplicación; además, es importante contar con personal capacitado para el manejo de los reactivos, a fin de garantizar la validez del resultado (Petry, 2000).

En segunda instancia, existen diferentes tipos de sustancias, las cuales pueden en ocasiones confundirse entre sí, incluso algunas de ellas se ocupan para fines terapéuticos, pero también son utilizadas como sustancias de abuso, como es el caso de las benzodiazepinas, por lo que muchas veces es difícil identificar claramente la presencia o ausencia de

una sustancia y el objetivo por el cual fue consumida. Adicionalmente, las alteraciones en el funcionamiento de los órganos, por ejemplo el hígado, incrementan el tiempo que tarda una sustancia en secretarse, por lo que a pesar de la abstinencia, las pruebas biológicas podrían parecer positivas durante un periodo más prolongado (Petry, 2000).

Finalmente, la naturaleza de la sustancia de abuso también impacta en la operacionalización de la entrega del reforzador, ya que mientras la marihuana tiene una vida media más amplia, el alcohol, debido a su vida media más corta, dificulta la medición biológica para comprobar la abstinencia, por lo que esta última se relaciona, principalmente, con una limitación tecnológica (Petry, 2000; Stitzer y Vandrey, 2008).

#### ***5.1.6 Tratamiento de familia y pareja***

El tratamiento de familia y pareja se enfoca en la atención de los pacientes con consumo de sustancias en el contexto de la familia y los sistemas sociales en los cuales el consumo tiene lugar e incluso es mantenido. El integrar la red de apoyo social del individuo en el tratamiento puede ser un predictor positivo de cambio, además de que la inclusión de la familia puede favorecer las distintas áreas de

funcionamiento. Gran parte de las intervenciones de familia combinan una variedad de técnicas, incluyendo terapia familiar e individual y entrenamiento en habilidades, principalmente de comunicación (Carroll y Onken, 2005).

Uno de los programas de tratamiento enfocados en la familia es el Programa de Reforzamiento Comunitario y Entrenamiento de Familia (CRAFT, por sus siglas en inglés), el cual fue desarrollado con la creencia de que los miembros de la familia podían hacer importantes contribuciones en otras áreas del tratamiento (por ejemplo, apego), además de beneficiarse con la intervención, logrando mayor independencia y conductas de autocuidado (Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

Este programa enfatiza el aprendizaje de nuevas habilidades para enfrentar los problemas. Dentro de los componentes básicos se encuentran las habilidades de comunicación, el análisis funcional de la conducta de consumo y el aprendizaje del reforzamiento positivo, tanto para el consumidor como para los otros miembros de la familia, además de resaltar la importancia de realizar cambios en el estilo de vida de los familiares (Meyers, Villanueva y Smith, 2005).

En un estudio realizado para evaluar la efectividad del CRAFT, se dio intervención a un total de 62 familiares; posteriormente, se

observó que al sexto mes de seguimiento el 74% de los participantes reportaban que su familiar consumidor había iniciado tratamiento para su problema de consumo, además de reportarse un incremento en la abstinencia de alcohol y drogas. En relación con la familia, se observó una reducción significativa en depresión, ansiedad, enojo y síntomas físicos, con una media de puntuaciones que oscilaban entre el rango normal y ligeramente por encima de lo normal. Con lo anterior se concluyó que el CRAFT es una alternativa para ayudar no sólo a la familia, sino al consumidor de sustancias (Meyers, Miller, Hill y Tonigan, 1998).

Otro programa de atención es la Terapia Familiar Estratégica para Adolescentes que Abusan de las Drogas, una intervención breve para el tratamiento de adolescentes que consumen sustancias y presentan otros problemas de conducta, entre ellos: delincuencia, relación con grupo de pares antisociales, agresión, violencia, así como conducta sexual de riesgo (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

Este modelo de intervención se fundamenta en tres principios básicos, en el primero se enfatiza la interdependencia de los miembros de la familia, en el cual el comportamiento de uno impacta en el sistema familiar en general. El segundo principio señala que los patrones de



interacción en la familia influyen en el comportamiento de cada uno de sus miembros, por lo que el orientador deberá identificar dichos patrones de interacción, estableciendo los precedentes y consecuentes de éstos. El tercer principio se refiere a la planeación cuidadosa de la intervención, en la cual se exploran las alternativas de cambio de los patrones de interacción relacionados con la conducta disruptiva y el consumo de sustancias (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

En un estudio realizado con población de hispanos para evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Estratégica para Adolescentes que Abusan de las Drogas frente al tratamiento grupal usual, se observó que las familias asignadas a la intervención de terapia estratégica mostraban mejores resultados en términos de la disminución de reportes de problemas de conducta y delincuencia, además de una disminución significativa en el consumo de marihuana y un incremento en los puntajes de funcionamiento familiar, por lo que se concluyó que este programa puede ser una alternativa efectiva en el tratamiento familiar (Santisteban *et al.*, 2003).

Como puede apreciarse al revisar el capítulo, en las últimas décadas se han desarrollado programas orientados a la atención de las adicciones, los cuales, como se ha mencionado, han mostrado efectividad para la disminución del patrón de consumo y los problemas

asociados al mismo. Sin embargo, cabe señalar que pese a los esfuerzos por integrar los resultados de la investigación y los procedimientos en el trabajo clínico, todavía hay obstáculos importantes que limitan tanto la atención como los resultados de las intervenciones, razón por la cual resulta imprescindible no sólo la disseminación de programas, sino la supervisión clínica de los mismos.

En el siguiente capítulo se exponen los resultados de los casos atendidos con tres programas de intervención de tipo cognitivo conductual y entrevista motivacional.

## **6. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS**

En este capítulo se describen los casos que fueron atendidos en el Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) con los programas: 1) Intervención Breve para Adolescentes (PIBA), 2) Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores en Riesgo, y 3) Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), como parte de las actividades de residencia de la Maestría en Psicología con residencia en Psicología de las Adicciones.

### **6.1 Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PIBA)**

#### ***6.1.1 Antecedentes***

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) es un tratamiento cognitivo conductual dirigido a jóvenes entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, inhalables o marihuana) y que reportan problemas asociados con el consumo, sin llegar a presentar criterios diagnósticos de un trastorno por dependencia a dicha sustancia.

El objetivo principal de este programa es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través de una intervención breve motivacional basada en la teoría del aprendizaje social; adicionalmente, el programa busca entrenar y guiar al adolescente en habilidades de autorregulación, a fin de controlar el consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo.

El PIBA está basado en un modelo propuesto en Canadá, llamado: “Primer Contacto. Tratamiento Breve para Jóvenes Consumidores de Sustancias”. Posteriormente, dicho programa fue adaptado para población mexicana con una muestra de 25 adolescentes: 17 casos de consumo de alcohol y ocho de marihuana. De éstos, se observó que 24 mostraban una disminución en el patrón de consumo, un incremento en el nivel de autoeficacia y un menor número de problemas relacionados con el consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008).

En otra investigación, cuyo objetivo fue evaluar el impacto del PIBA en comparación con el consejo breve, sobre el patrón de consumo se observó que ambas condiciones resultan efectivas y pueden integrarse además en una sola estrategia de atención, dependiendo de la problemática que se presente (Martínez, Pedroza, Salazar y Vacío, 2010).

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de adolescentes que inician en el consumo de sustancias, en función de la reducción del patrón de consumo, incremento en la autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo y reducción del número de problemas asociados al mismo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008; Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio, 2010).

A continuación se describen los casos atendidos en el Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) con el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA), en los que la autora participó como parte de las actividades de la Maestría en Psicología con residencia en Psicología de las Adicciones.

### **6.1.2 Método**

#### 6.1.2.1 Participantes

La muestra estuvo integrada por seis adolescentes que asistieron al Centro de Prevención y Atención para las Adicciones (CPAHAV) para recibir atención debido a los problemas relacionados con el consumo de sustancias. De los seis usuarios, cinco eran hombres y sólo un caso fue

mujer; la media de edad fue de 16 años (DE=0.89 años); en su mayoría, vivían con sus padres y hermanos, y sólo uno de ellos vivía con su padre y abuela. En relación con la ocupación, cinco de los participantes eran estudiantes y uno no reportó tener alguna ocupación.

#### 6.1.2.2 Instrumentos

**Entrevista inicial.** Esta entrevista fue diseñada para el PIBA, tomando como base la entrevista utilizada en el Programa de Autocambio para Bebedores Problema y del Tratamiento Breve para Jóvenes Consumidores de Sustancias, desarrollado en Canadá por Linda y Mark Sobell. El objetivo de la entrevista inicial es obtener información general acerca del adolescente, la historia de consumo y problemas asociados al mismo. La entrevista consta de 58 reactivos que miden diez áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia de consumo de sustancias, área de la salud, escolar, laboral, social, familiar, sexualidad y satisfacción en la vida. La validez de la entrevista se obtuvo por medio de jueces expertos, es decir, se les pidió a diez personas especialistas en el área de adicciones que igualaran los reactivos con cada una de las áreas que mide el instrumento. Se obtuvo un acuerdo entre jueces del 100% (Campos, Martínez y Ayala, 2001;

Saucedo y Salazar, 2004; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

**Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT).** Este instrumento permite detectar a los adolescentes que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias. La versión original está compuesta por 139 reactivos, los cuales permiten conocer el funcionamiento en diez áreas de vida; sin embargo, en la validación y adaptación a población mexicana se integró por 81 reactivos y siete áreas de funcionamiento. Para efectos del PIBA, únicamente se empleó el área de uso y abuso de sustancias, integrada por 19 reactivos con opción de respuesta de tipo dicotómico. La adaptación del instrumento en población mexicana determinó un alfa de 0.8708 en el área de uso y abuso de sustancias, y un alfa de 0.9057 en el cuestionario de manera global (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

**Línea Base Retrospectiva (LIBARE).** Este instrumento es un calendario cuyo objetivo es identificar el patrón de consumo y la cantidad consumida en un día típico. La línea base retrospectiva ha mostrado validez convergente y discriminante con otras mediciones, un alto nivel de acuerdo entre el reporte del usuario y el colateral, así como entre el reporte del usuario y los resultados de marcadores biológicos, entre ellos

las pruebas de orina para detectar consumo de drogas (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979; Sobell y Sobell, 1992; Fals-Stewart, O'Farrell, Freitas, McFarlin y Rutigliano, 2000). Este instrumento fue adaptado y validado para población mexicana, obteniendo una confiabilidad del 0.91 y una validez concurrente de 0.53 (Echeverría y Ayala, 1997).

#### **Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS).**

El objetivo de este instrumento es medir la autoeficacia percibida por el usuario, es decir, la confianza que tiene para afrontar las situaciones principales de riesgo de consumo. El cuestionario consta de ocho reactivos, en los cuales se le pide al usuario que valore el porcentaje de seguridad percibido (en una escala de 0 a 100%) para resistir el consumo en cada una de las situaciones de riesgo. Las situaciones medidas por el cuestionario son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. El cuestionario de confianza situacional fue adaptado y validado para población mexicana con una consistencia interna de 0.977 (Echeverría y Ayala, 1997).

#### **Formato de Consentimiento Informado (intervención).**

Es un documento en el que el usuario acepta ingresar al programa de tratamiento y da el consentimiento para usar la información para fines de investigación. Además, se establecen las actividades y objetivos



que se llevarán a cabo en cada una de las sesiones durante la fase de tratamiento; se resalta la importancia de la elaboración del autorregistro diario, así como de las lecturas y ejercicios. Por otra parte, se informa sobre la confidencialidad de la información tratada con el terapeuta y los principios éticos bajo los cuales tendrán lugar las sesiones de intervención. Finalmente, tanto el usuario como el terapeuta firman el formato de consentimiento informado (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

**Antidoping.** Es un examen que se realiza a través de tiras reactivas para detectar la presencia de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos) en los metabolitos en una muestra de orina. El procedimiento para la administración del antidoping fue, en primer lugar, obtener el consentimiento firmado de los padres, ya que los usuarios eran menores de edad. Se expuso la importancia de realizar dicha prueba, el manejo de la información, así como el procedimiento para la obtención de la muestra de orina. Posteriormente se solicitó el asentimiento de los usuarios adolescentes. Se pidió que un compañero del mismo sexo del usuario supervisara la administración del antidoping. Finalmente, se expusieron las tiras reactivas en la muestra de orina y se determinó una prueba positiva cuando sólo se iluminaba la región de control, y un resultado negativo

cuando se iluminaba tanto la región de control como la ventana correspondiente a cada una de las sustancias antes mencionadas.

**Alcoholímetro.** Es una prueba que determina qué tanto alcohol hay en la sangre, midiendo la cantidad de alcohol en el aire que se exhala. El procedimiento de aplicación fue el mismo que en el caso del antidoping; primero se solicitó el consentimiento informado firmado de los padres, posteriormente el asentimiento del adolescente y, finalmente, se aplicó e interpretó y se dieron a conocer los resultados tanto a los padres como al adolescente.

**Autorregistro de Consumo de Alcohol y Otras Drogas.** Este instrumento fue desarrollado con el objetivo de revisar, junto con el adolescente, los días en que se presentó consumo, la cantidad y las situaciones en las que éste tuvo lugar. El autorregistro es un formato en donde el usuario reporta el día de consumo, la capacidad de resistir a éste, la cantidad consumida, la situación, los pensamientos y emociones relacionadas con el consumo de sustancias. La validez del autorregistro se obtiene de la aplicación clínica al encontrar la convergencia entre el autorreporte y la observación de otro informante, entre ellos padres, amigos, maestros (Echeverría y Ayala, 1997; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

**Cuestionario de Validación Social.** Este cuestionario fue diseñado para medir la satisfacción del usuario en relación con los componentes que se abordaron durante la intervención, además de los materiales, los procedimientos empleados para lograr el cambio en el patrón de consumo y las metas alcanzadas durante el tratamiento. El instrumento está conformado por nueve reactivos, cinco de ellos son afirmaciones a las que el usuario debe marcar la opción que más se ajuste a su opinión; las opciones de respuesta van desde “Muy de acuerdo” hasta “Muy en desacuerdo”. Los últimos tres reactivos son preguntas abiertas en las cuales se pide al usuario que anote los elementos que le gustaron y no le gustaron de la intervención, así como las sugerencias. La validez del instrumento se obtuvo a partir de jueces expertos, quienes evaluaban si los reactivos estaban midiendo el área correspondiente (Martínez y Ayala, 2000; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

**Reportes de Seguimiento.** El objetivo de estos reportes es identificar los avances del adolescente para el logro de su meta, en periodos de uno, tres y seis meses posteriores al tratamiento. El formato de seguimiento está compuesto por cinco apartados en los que el usuario responde Sí/No. Las áreas de evaluación son: materiales, establecimiento de metas, manejo de recaídas y planes de acción (Echeverría y Ayala, 1997; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

### 6.1.2.3 Procedimiento

Se utilizó un diseño de caso único con seis réplicas y seguimientos. Este diseño permitió conocer el impacto del programa de intervención sobre variables como patrón de consumo de sustancias, problemas asociados al mismo y nivel de autoeficacia.

Se programó una sesión individual por semana, con duración de 45 a 60 minutos cada una. Los usuarios recibieron entre cuatro y ocho sesiones de tratamiento, con una media de 6.5 sesiones. Dos usuarios recibieron sesiones adicionales para el desarrollo de habilidades que facilitarían el mantenimiento de la abstinencia, entre ellas: análisis funcional, manejo de la tristeza y actividades sociales y recreativas. El tratamiento estuvo organizado en cuatro fases: admisión y evaluación, intervención, postevaluación y seguimientos.

### 6.1.2.4 Fase I: Evaluación

En esta fase se consideran dos sesiones, de 45 a 60 minutos cada una, una por semana. Durante la fase de admisión y evaluación se aplicaron los instrumentos antes descritos, a fin de conocer la historia de consumo y el patrón de consumo en función de la frecuencia y cantidad; los problemas relacionados con el mismo y la confianza percibida por

los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo sin ingerir sustancias, y se realizó el antidoping o prueba de alcoholímetro, dependiendo del caso.

Posteriormente, se proporcionó retroalimentación de los resultados de la evaluación, se dio información general sobre las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazos, asociadas al consumo y, finalmente, se explicó el procedimiento a seguir para iniciar el programa de intervención.

#### 6.1.2.5 Fase II: Intervención

Se eligió el PIBA, ya que los usuarios cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes entre los 14 y 18 años de edad.
- Estudiantes de nivel medio y medio superior.
- Criterios de abuso en el consumo de alcohol o drogas.
- Problemas relacionados con el consumo (escolares, familiares, económicos, accidentes, entre otros).
- Consumo en cinco o más ocasiones de alguna sustancia y/o problemas relacionados con la misma.

En esta fase se consideran de cuatro a seis sesiones individuales, con una duración de 45 a 60 minutos cada una, una por semana.

Una vez completada la fase de evaluación e inducción al programa, se consideran cuatro componentes en la fase de tratamiento. Cada uno de estos componentes tiene un objetivo específico y un formato de trabajo especial, diseñado para cada sesión. El primer componente de la fase de tratamiento se denomina “Balance decisional y establecimiento de metas de consumo”. Éste tiene el objetivo de propiciar que el adolescente identifique las ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo y logre establecer una meta.

En el segundo componente, “Situaciones de riesgo y planes de acción”, se identifican las principales situaciones de consumo y se elaboran planes de acción para enfrentarlas. Además, durante el desarrollo de esta sesión se abordan los temas relacionados con la recaída, lo cual permite al adolescente prepararse ante la posibilidad de que ésta ocurra como parte de un proceso de cambio, enfatizando la oportunidad de aprendizaje y establecimiento de nuevos planes de acción.

El tercer componente de la fase de tratamiento se llama “Metas de vida”. El objetivo de esta sesión es propiciar que el adolescente

analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazos en sus diferentes áreas de funcionamiento (escuela, familia, grupo de pares, tiempo libre, economía, entre otras). Además, este componente favorece que los usuarios identifiquen sus aspiraciones y competencias, más que enfocarse sólo en las áreas problemáticas.

El último componente de esta fase se conoce como “Restablecimiento de la meta de consumo”. Durante esta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción que faciliten el mantenimiento de la meta. El objetivo de este componente es lograr que el adolescente revise el progreso en la reducción de su consumo, así como la evaluación de las estrategias para mantener el cambio; por otro lado, se espera que, si es necesario, el usuario pueda establecer una nueva meta de consumo considerando las estrategias que desarrolló durante el proceso de tratamiento.

Se emplearon los formatos impresos para trabajar los componentes de cada una de las sesiones. Los usuarios resolvieron las actividades de los materiales junto con el terapeuta, y al finalizar la sesión se anexó una copia al expediente.

#### 6.1.2.6 Fase III: Postevaluación

En esta fase se considera una sesión de 45 a 60 minutos. Durante la fase de postevaluación se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación, así como el cuestionario de validación social, y se realizó el antidoping o prueba de alcoholímetro, dependiendo del caso. Al finalizar la sesión se explicó la importancia de realizar seguimientos a uno, tres y seis meses de concluida la fase de intervención y se programó la primera sesión de seguimiento.

#### 6.1.2.7 Fase IV: Seguimientos

En esta fase se considera una sesión por cada seguimiento, con una duración de 45 a 60 minutos. Las sesiones de seguimiento se realizaron a uno y tres meses de concluida la fase de intervención; durante estas sesiones se emplearon los formatos de seguimiento y se realizó el antidoping o prueba de alcoholímetro, dependiendo del caso.

### **6.1.3 Resultados**

Se aplicó el PIBA a seis usuarios que acudieron al centro. De acuerdo con la entrevista inicial, la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 13 años para dos de los seis adolescentes, de 14 años para



otros dos casos y los últimos dos no reportaron consumo de alcohol ni de manera experimental. En relación con el número de conductas antisociales cometidas previas a la intervención, se encontró que sólo uno de los usuarios no había cometido ninguna, dos de los adolescentes presentaron una y tres habían cometido dos, cuatro y cinco conductas antisociales, respectivamente.

La sustancia principal de consumo fue la marihuana para tres de los seis usuarios, seguida de los inhalables, consumidos por dos adolescentes y, por último, el alcohol, el cual fue reportado sólo en uno de los casos; adicionalmente, tres usuarios reportaron consumo de alcohol como segunda sustancia, y sólo un caso refirió consumo de marihuana como tercera sustancia de consumo.

Los resultados de la evaluación previa al tratamiento mostraron que, de acuerdo con el POSIT, el número de problemas relacionados con el consumo de sustancias fue de uno para uno de los casos, cinco problemas en dos adolescentes, seis problemas en dos casos y de siete problemas en un participante.

De los cuatro usuarios que reportaron consumo de alcohol, la línea base retrospectiva de los seis meses previos al tratamiento permitió identificar el número de días de consumo y el total de unidades

ingeridas. El primer usuario reportó nueve días de consumo de alcohol y un total de 29 tragos estándar; el segundo usuario presentó 14 días de consumo de alcohol y 99 tragos; un tercer usuario refirió haber consumido 28 días en los últimos seis meses y un total de 144 tragos estándar; finalmente, el cuarto usuario que reportó consumo de alcohol refirió 50 días de consumo y 460 tragos estándar.

Durante la evaluación, cuatro adolescentes reportaron haber consumido marihuana en los últimos seis meses, el menor número de días de consumo fue de tres y el total de unidades consumidas (cigarros) también fue de tres; otro usuario reportó cinco días de consumo en los últimos seis meses y el total de unidades consumidas fue de cinco; un tercer usuario refirió haber consumido 13 unidades de marihuana (cigarros) en 19 días; el cuarto adolescente que presentó consumo de esta sustancia reportó un total de 78 días de consumo y 74 cigarros.

Sólo dos usuarios presentaron consumo de inhalables durante los seis meses previos a la evaluación, uno de ellos reportó un total de 14 días de consumo y 525 unidades, medidas en “monas”, mientras que el segundo refirió 38 días de consumo y 729 unidades.

Los resultados del alcoholímetro para los adolescentes que reportaron consumo de alcohol en la evaluación previa a la intervención

fueron negativos. Para aquellos que reportaron consumo de drogas se aplicó el antidoping, en el cual se obtuvo un resultado positivo para marihuana en tres usuarios.

En la fase de postevaluación se observó que, en general, disminuyeron los problemas relacionados con el consumo de sustancias, evaluados por medio del POSIT. En el caso de dos usuarios se reportaron dos problemas relacionados, mientras que en un caso sólo se presentó un problema, y en tres de los adolescentes no se reportó ningún problema a causa del consumo de sustancias.

En relación con el patrón de consumo de alcohol se observó una disminución en los días y número de tragos estándar ingeridos durante el curso de la intervención. De los cuatro usuarios que reportaron consumo de alcohol, uno de ellos consumió tres días y el número de tragos estándar reportados fue de cuatro; otro usuario presentó nueve días de consumo y 18.5 tragos; un tercer usuario reportó haber consumido en 12 ocasiones un total de 21 tragos estándar. En un caso, el usuario presentó una disminución en el número de días de consumo, el cual fue de cinco; sin embargo, el número de tragos consumidos fue de 42, lo cual indica que se presentaron situaciones de consumo excesivo.

En relación con el consumo de marihuana, se observó una disminución tanto en el número de días como en las unidades consumidas durante la intervención. De los cuatro usuarios que reportaron consumo de marihuana, se observó que tres de ellos no presentaron consumo durante la etapa de intervención y sólo uno de los adolescentes reportó una fumada de marihuana en una sola ocasión. Por otro lado, el consumo de inhalables no fue reportado en la postevaluación.

Los resultados del alcoholímetro durante la fase de postevaluación fueron negativos, para aquellos a quienes se aplicó el antidoping el resultado en esta etapa fue negativo.

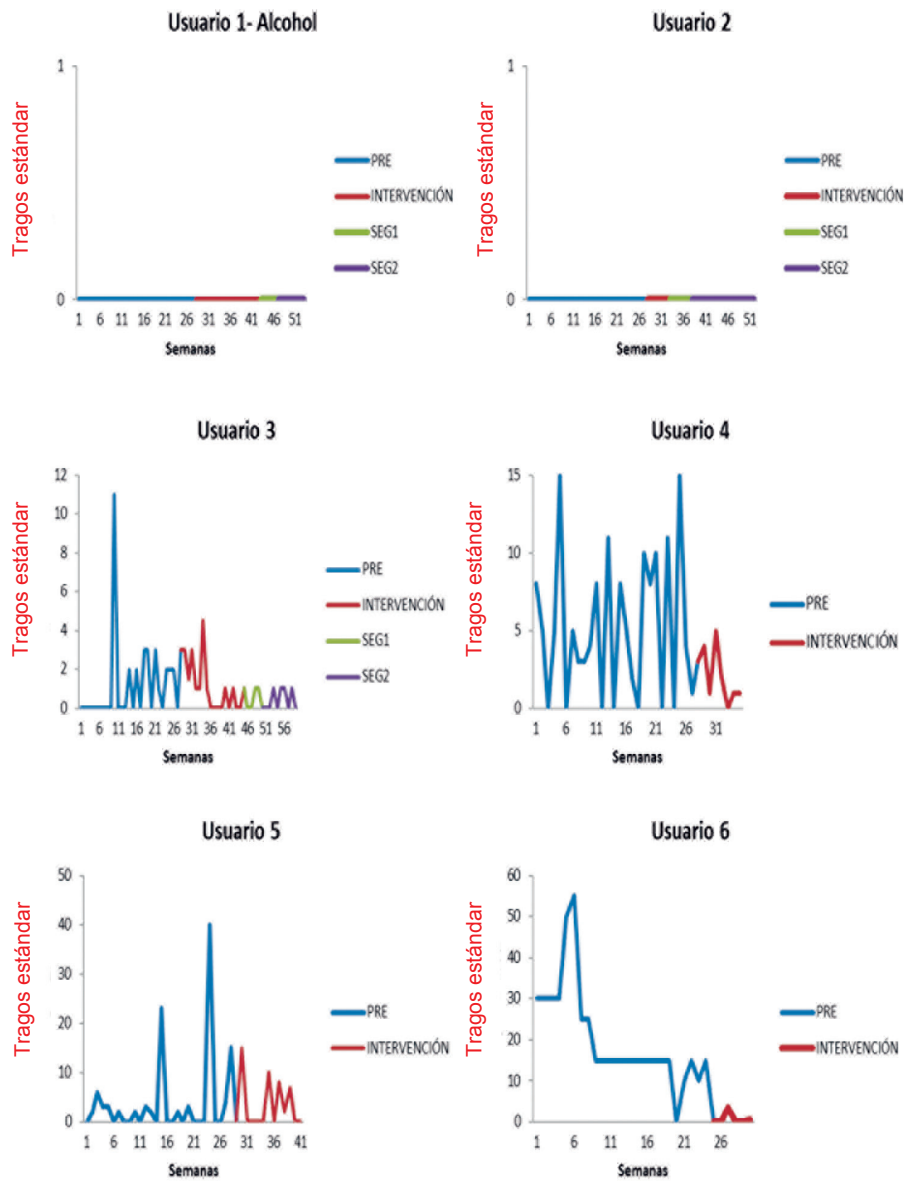
Durante la fase de seguimiento se localizó a los usuarios y se asignó cita para realizar la evaluación y obtener el marcador biológico que corroborara la información proporcionada por el usuario; sin embargo, para el seguimiento a un mes, sólo cuatro de los seis adolescentes asistieron al seguimiento para la evaluación. Por otro lado, de los usuarios que no asistieron, uno no se logró localizar en su domicilio, y del segundo se tuvo referencia por parte de la madre de que el adolescente no había presentado problemas de consumo, aunque el usuario no quería continuar asistiendo al centro debido a que se encontraba desmotivado a causa de problemas con la pareja.

Los adolescentes que fueron evaluados en el seguimiento a un mes de concluida la intervención no reportaron problemas a causa del consumo. Por otra parte, no se refirió consumo de marihuana ni inhalables y, en relación con la ingesta de alcohol, sólo un usuario reportó dos días de consumo y un total de dos tragos estándar.

Por otro lado, la prueba de alcoholímetro resultó negativa. En relación con la prueba de antidoping, uno de los cuatro usuarios resultó positivo a marihuana, aunque éste negó haber consumido; al abordar con los padres los resultados, la madre reveló que el usuario había estado presentando problemas severos en el área escolar y familiar, por lo que al finalizar la sesión se evaluó la necesidad de brindarle una intervención que reforzara el aprendizaje de los componentes revisados durante el tratamiento y se programaron dos sesiones adicionales a fin de restablecer la meta de consumo.

Durante el seguimiento a tres meses, asistieron cuatro de los seis usuarios, los cuales no reportaron problemas relacionados con el consumo de sustancias. Sólo un usuario refirió haber presentado consumo de alcohol durante los tres meses después de concluida la intervención; el total de días de consumo fue de seis y siete tragos estándar. No se reportó consumo de marihuana ni inhalables.

En la figura 6.1 se observa una disminución en el patrón de consumo de alcohol durante las fases de intervención, postevaluación



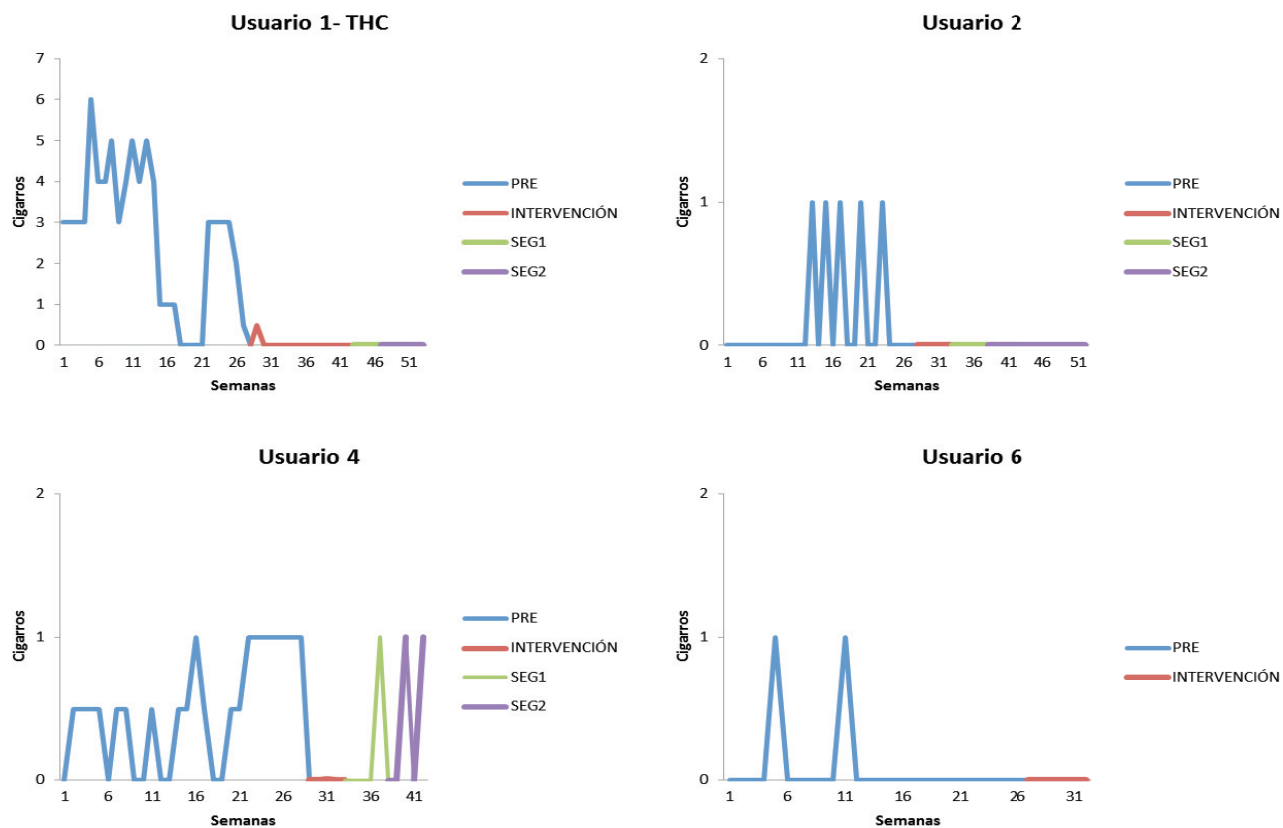
**Figura 6.1.** Representa el patrón de consumo de alcohol durante las fases de tratamiento.

y seguimiento en cada uno de los casos en los que se reportó consumo de alcohol. En dos casos los usuarios reportaron no haber consumido alcohol en el último año, lo cual se mantuvo a lo largo de la intervención y seguimientos; en ambos casos la sustancia de impacto fue la marihuana.

En la figura 6.2 se observa el patrón de consumo de marihuana para el caso de adolescentes que reportaron presentar problemas asociados con esta sustancia. Se observa que, en su mayoría, llegaron a la abstinencia, corroborada con la muestra biológica y reporte de los padres o tutores. El cambio se mantuvo, en el caso de dos adolescentes, tres meses después de concluida la intervención. En uno de los casos se reingresó a tratamiento, y en el último no se logró contactar al adolescente para realizar seguimientos.

En la figura 6.3 se muestra el patrón de consumo de inhalables; no obstante, a pesar de que los adolescentes no reportaron consumo durante la intervención, no fue posible realizar los seguimientos y, por otra parte, tampoco fue posible aplicar una muestra biológica que permitiera comparar el autorreporte, ya que la prueba de antidoping no registra esta sustancia.

En la tabla 6.1 se muestra la comparación de autoeficacia reportada antes, durante y después de la intervención. Se puede



**Figura 6.2** Patrón de consumo de marihuana de los adolescentes que reportaron haberla consumido en los seis meses previos a la evaluación.



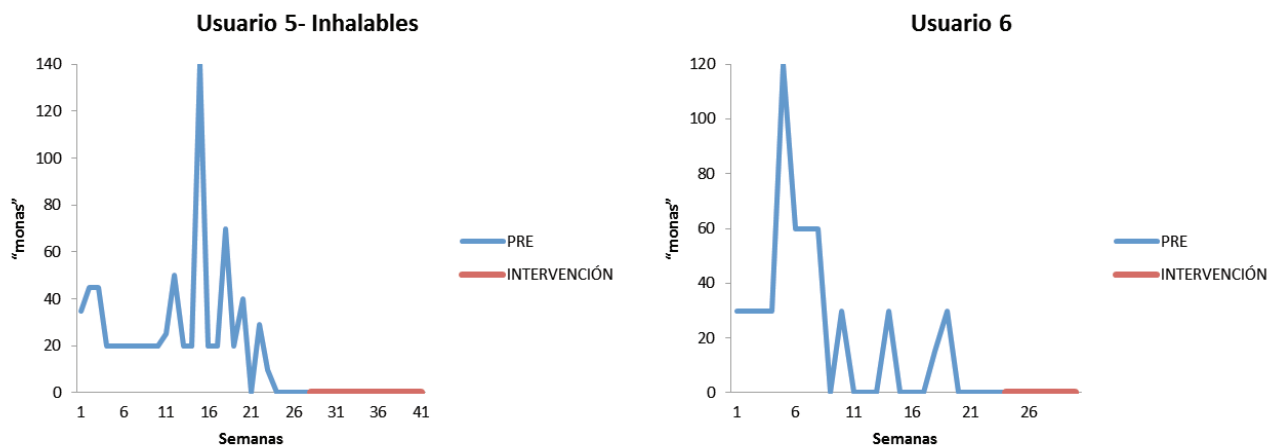


Figura 6.3. Consumo de inhalables durante los seis meses previos a la evaluación, así como a lo largo de la intervención.

**Tabla 6.1.** Nivel de confianza percibida por los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo de consumo a lo largo de las fases de tratamiento.

|                               | USUARIO 1 |      |       |       | USUARIO 2 |      |       |       | USUARIO 3 |      |       |       | USUARIO 4 |      |       |       | USUARIO 5 |      | USUARIO 6 |      |
|-------------------------------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-----------|------|
|                               | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | PRE       | POST |
| Emociones desagradables       | 25        | 80   | 100   | 100   | 80        | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 90   | 100   | 100   | 50        | 100  | 50        | 70   |
| Malestar físico               | 50        | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 20        | 50   |
| Emociones agradables          | 50        | 80   | 100   | 100   | 95        | 100  | 100   | 100   | 50        | 90   | 100   | 100   | 50        | 100  | 100   | 100   | 70        | 100  | 80        | 80   |
| Probando autocontrol          | 75        | 90   | 100   | 100   | 95        | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 30        | 90   | 40        | 60   |
| Necesidad física              | 30        | 70   | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 50        | 100  | 100   | 100   | 80        | 100  | 100   | 100   | 30        | 100  | 30        | 70   |
| Conflicto con otros           | 50        | 100  | 100   | 100   | 95        | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 70        | 90   | 80        | 90   |
| Presión social                | 75        | 100  | 100   | 100   | 100       | 100  | 100   | 100   | 0         | 90   | 100   | 100   | 100       | 90   | 100   | 100   | 20        | 100  | 90        | 100  |
| Momentos agradables con otros | 90        | 100  | 100   | 100   | 95        | 100  | 100   | 100   | 0         | 100  | 100   | 100   | 50        | 100  | 100   | 100   | 60        | 90   | 100       | 100  |

observar un incremento en la confianza percibida para enfrentar las ocho categorías de situaciones de riesgo.

#### **6.1.4 *Discusión***

Durante la intervención, los usuarios se mostraron interesados y comprometidos en realizar un cambio en su patrón de consumo, lo cual se vio reflejado durante y después de la intervención, traducándose en la reducción tanto de la frecuencia como de la cantidad. Por otro lado, se incrementó el nivel de autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo y se disminuyó el número de problemas relacionados con el consumo.

El programa tuvo un impacto positivo en el patrón de consumo, problemas asociados y autoeficacia. Es importante señalar que cada uno de los componentes constituyó un elemento facilitador en el inicio y mantenimiento de la abstinencia; sin embargo, se presentaron casos en los que fue necesario incorporar sesiones adicionales dependiendo de las necesidades específicas que presentaron los adolescentes.

Por otro lado, uno de los seis usuarios atendidos con el Programa de Intervención Breve para Adolescentes fue reintegrado al servicio para recibir una intervención complementaria al programa, ya que si bien

éste se benefició del tratamiento, el cambio no fue mantenido durante los seguimientos, lo cual podía indicar la necesidad de desarrollar otras habilidades que facilitarían que el adolescente se mantuviera sin consumo.

Una de las limitaciones que se tiene en el caso de consumo de inhalables es que la prueba de antidoping no lo registra, por lo que es importante estar en constante comunicación con los padres o tutores, a fin de tener el registro con el colateral que permita identificar situaciones de riesgo o, incluso, momentos de posible consumo.

El PIBA parece ser una alternativa efectiva en la atención de los problemas de consumo de sustancias entre los adolescentes; lo anterior en función de la reducción del consumo, además de ser una intervención breve y focalizada que permite que el usuario establezca metas por sí mismo, identificando las consecuencias tanto positivas como negativas en su toma de decisiones.

## **6.2 Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores en Riesgo**

### ***6.2.1 Antecedentes***

El Modelo de Detección Temprana e Intervención para Bebedores en Riesgo es una intervención motivacional breve que tiene

por objetivo propiciar que la persona se comprometa en la modificación de su conducta, a través del reconocimiento y uso de sus recursos y habilidades para cambiar el patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe la intervención desarrolla estrategias de solución de problemas, las cuales pueden ser generalizadas hacia otras conductas de cambio.

Este modelo de intervención permite que las personas se fijen metas, que encuentren razones para realizar el cambio, es decir, reducir o interrumpir el consumo de alcohol. Además, el programa está dirigido a incrementar la motivación en el usuario para que éste logre sus objetivos e identifique las situaciones en las cuales existe una mayor probabilidad de beber en exceso para, finalmente, busca que los usuarios desarrollen estrategias alternativas para enfrentarse a dichas situaciones de riesgo.

El Modelo de Detección Temprana e Intervención para Bebedores en Riesgo se fundamenta en el Programa de Autocambio Dirigido desarrollado por Linda y Mark Sobell en Toronto, Canadá, el cual fue adaptado para población mexicana y probado, inicialmente, en una muestra de 108 participantes que acudieron en busca de atención por sus problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados del estudio mostraron un aumento en los días de abstinencia

y de consumo moderado de alcohol, así como una reducción en los días de consumo excesivo y en los problemas asociados al mismo (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

En otro estudio realizado con una muestra de 177 participantes, se encontraron resultados similares, demostrando que el programa de bebedores en riesgo es efectivo en función de la reducción en la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, permitiendo el mantenimiento de un consumo moderado; además de disminuir el número de problemas asociados e incrementar la confianza del usuario para controlar las situaciones de riesgo de consumo excesivo (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Lozano-Blanco, Sobell y Ayala, 2002; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

A continuación se describen los casos que fueron atendidos en el Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) con la Intervención para Bebedores en Riesgo, como parte de las actividades de residencia de la Maestría en Psicología con residencia en Psicología de las Adicciones.

## **6.2.2 Método**

### **6.2.2.1 Participantes**

La muestra se integró por tres usuarios que asistieron al Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) para recibir atención debido a los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de los cuales dos eran mujeres, de 18 y 23 años de edad, y un hombre de 40 años. Las dos mujeres vivían con su familia de origen y eran estudiantes de tiempo completo, mientras el hombre vivía con su esposa e hijos y tenía un empleo de tiempo completo.

### **6.2.2.2 Instrumentos**

**Entrevista inicial.** El formato de entrevista inicial recopila información de siete áreas, comprendidas en: datos de identificación, salud física e historia de tratamientos previos, situación laboral, historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas, consumo de tabaco y consecuencias adversas al uso de sustancias.

**Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).** Este instrumento fue diseñado para medir la dependencia en población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que

esta escala tiene confiabilidad y validez como medida de dependencia; tiene confiabilidad test-retest, pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Esta escala se diseñó como un instrumento de autorreporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada; ésta consta de 15 reactivos con cuatro opciones de respuesta (Nunca, Algunas veces, Frecuentemente y Casi siempre), de los cuales se obtiene un puntaje que va del cero al 45 y es interpretado en tres niveles de dependencia (baja, media, severa).

#### **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).**

Este instrumento se desarrolló con el objetivo de medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1982; Annis, 1986); además, fue adaptado y validado para población mexicana, mostrando buena confiabilidad en cada una de las categorías que evalúa (De-León y Pérez, 2001). La inclusión del inventario en este programa de intervención es debido a que constituye una herramienta que facilita la planeación en el tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo, las cuales son retomadas en el desarrollo de planes de acción, a fin de disminuir la posibilidad de que se presente el consumo excesivo de alcohol. Es un cuestionario que consta de 100 reactivos, diseñados para medir ocho categorías (emociones



desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables). La respuesta para cada reactivo obedece a una escala de cuatro opciones (Nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente y Casi siempre), en donde el usuario identifica las situaciones de consumo durante el último año (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

**Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS).**

El objetivo de este instrumento es medir la autoeficacia percibida por el usuario, es decir, la confianza que tiene para afrontar las situaciones principales de riesgo de consumo. El cuestionario consta de ocho reactivos, en los cuales se pide al usuario que valore el porcentaje de seguridad percibido (en una escala de 0 a 100%) para resistir el consumo en cada una de las situaciones de riesgo. Las situaciones medidas por el cuestionario son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. El cuestionario de confianza situacional fue adaptado y validado para población mexicana con una consistencia interna de 0.977 (Echeverría y Ayala, 1997).

**Línea Base Retrospectiva (LIBARE).** Este instrumento es un calendario cuyo objetivo es identificar el patrón de consumo y la cantidad

consumida en un día típico. La línea base retrospectiva ha mostrado validez convergente y discriminante con otras mediciones; un alto nivel de acuerdo entre el reporte del usuario y el colateral, así como entre el reporte del usuario y los resultados de marcadores biológicos, entre ellos las pruebas de orina para detectar consumo de drogas (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979; Sobell y Sobell, 1992; Fals-Stewart, O'Farrell, Freitas, McFarlin y Rutigliano, 2000). Este instrumento fue adaptado y validado para población mexicana, obteniendo una confiabilidad del 0.91 y una validez concurrente de 0.53 (Echeverría y Ayala, 1997).

**Formato de Consentimiento Informado.** Este formato representa un compromiso de participación en la Intervención Breve de Bebedores en Riesgo; dicho compromiso comprende tanto los lineamientos que deberán seguirse durante el curso de las sesiones, como el objetivo y el procedimiento de la fase de intervención y seguimiento. Una vez que se ha expuesto dicha información al usuario y éste está de acuerdo en recibir dicho programa de intervención, se le pide que firme el formato de consentimiento (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

**Alcoholímetro.** Es una prueba que determina qué tanto alcohol hay en la sangre, midiendo la cantidad de alcohol en el aire

que se exhala. El procedimiento de aplicación comprendió: primero, la solicitud y firma del consentimiento informado, en el cual se expuso la importancia de esta prueba, así como el manejo de la información y la confidencialidad de la misma; finalmente, se aplicó, interpretó y se dieron a conocer los resultados al usuario.

**Autorregistro de Consumo de Alcohol.** El autorregistro es un formato en donde el usuario reporta el día de consumo, la cantidad, la situación en que se encontraba y el tipo de bebida alcohólica que ingirió. La validez del autorregistro se obtiene de la aplicación clínica al encontrar la convergencia entre el autorreporte y la observación de otro informante (Echeverría y Ayala, 1997).

**Entrevista de seguimiento.** El formato de entrevista de seguimiento fue diseñada para obtener información respecto al patrón de consumo de alcohol y las consecuencias negativas asociadas al mismo, además de explorar la percepción del usuario con referencia a la utilidad del tratamiento (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

### 6.2.2.3 Procedimiento

Se utilizó un diseño de caso único con tres réplicas y seguimientos. Este diseño permitió conocer el impacto del programa

de intervención sobre variables como patrón de consumo de alcohol, problemas asociados al mismo y nivel de autoeficacia.

Se programó una sesión individual por semana, con duración de 45 a 60 minutos cada una. Los usuarios recibieron entre cinco y seis sesiones de tratamiento, además, se consideraron de una a dos sesiones adicionales para el desarrollo de habilidades que facilitaran el mantenimiento de la abstinencia, entre ellas el análisis funcional de la conducta de consumo, manejo de la ansiedad, metas de vida y habilidades para rehusarse al consumo. El tratamiento estuvo organizado en cuatro fases: admisión y evaluación, intervención, postevaluación y seguimientos.

#### 6.2.2.4 Fase I: Evaluación

Esta fase se llevó a cabo en dos sesiones, de 45 a 60 minutos cada una. Durante esta fase de admisión y evaluación se aplicaron los instrumentos antes descritos, a fin de conocer la historia de consumo, el patrón de consumo en función de la frecuencia y cantidad, los problemas relacionados con el mismo, las principales situaciones de consumo de alcohol y la confianza percibida por los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo, y se realizó la prueba de alcoholímetro.

Posteriormente se proporcionó retroalimentación de los resultados de la evaluación y se explicó el procedimiento a seguir para iniciar el programa de intervención.

#### 6.2.2.5 Fase II: Intervención

Se eligió la Intervención para Bebedores en Riesgo, ya que los usuarios cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años y menor de 70 años de edad.
- Saber leer y escribir.
- Contar con un domicilio permanente.
- Tener trabajo.
- Vivir con la familia.
- No presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones o delirium tremens).
- Beber menos de 30 tragos estándar a la semana.
- Acudir a tratamiento por voluntad propia.
- No consumir heroína.
- Que no exista alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol.

La intervención consta de seis sesiones, con una duración de 45 a 60 minutos cada una, una por semana. En el curso de las sesiones se trabaja mediante lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol.

Durante la primera sesión, “Admisión”, se identifica la disposición al cambio y si el usuario es candidato o puede beneficiarse con la inclusión a este programa. En la segunda sesión se realiza la evaluación, con el objetivo de obtener información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones en que éste se presenta y la confianza percibida por el usuario de enfrentar dichas situaciones de riesgo.

Posteriormente tienen lugar las sesiones de tratamiento, las cuales constituyen cuatro componentes o pasos básicos en el proceso de cambio. El primero se denomina “Decidir cambiar y establecimiento de metas”; el objetivo es ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol y a encontrar las razones para moderarlo o suspenderlo. Otro de los objetivos de la sesión es ayudar al usuario a explorar y reducir la ambivalencia ante el cambio, de tal forma que al finalizar la sesión pueda establecerse con el usuario una primera meta de consumo para trabajar durante las siguientes semanas.

El segundo paso es “Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso”; durante esta sesión el terapeuta guía al

usuario a identificar la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de esta forma de consumo.

El siguiente paso es “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”, el objetivo de esta sesión es que el usuario desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo.

El paso final es el “Nuevo establecimiento de metas”, en el cual se analiza el progreso del usuario durante la intervención, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales; por su parte, el usuario debe definir, por segunda ocasión, su meta de consumo. Esta sesión también considera la postevaluación, la cual permite tener una comparación de las variables de trabajo antes y después de la intervención; para finalizar, se expone la importancia de que acuda a las sesiones de seguimiento y se programa una nueva cita.

Finalmente, el programa contempla tres sesiones de seguimiento, llevadas a cabo a uno, tres y seis meses después de concluida la fase de tratamiento. El objetivo de los seguimientos es poder identificar los avances del usuario para el logro y mantenimiento del cambio.

Se emplearon los formatos impresos para trabajar los componentes de cada una de las sesiones. Los usuarios resolvieron

las actividades de los materiales junto con el terapeuta y al finalizar la sesión se anexó una copia al expediente.

#### 6.2.2.6 Fase III: Postevaluación

La postevaluación se realizó en una sesión de 45 a 60 minutos. Durante esta fase se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación, así como el cuestionario de validación social, y se realizó la prueba de alcoholímetro. Al finalizar la sesión se explicó la importancia de realizar seguimientos a uno, tres y seis meses de concluida la fase de intervención, y se programó la primera sesión de seguimiento.

#### 6.2.2.7 Fase IV: Seguimientos

Cada sesión de seguimiento tuvo una duración de 45 a 60 minutos. Las sesiones de seguimiento se realizaron a uno, tres y seis meses de concluida la fase de intervención; durante estas sesiones se emplearon los formatos de seguimiento y se realizó la prueba de alcoholímetro.

### **6.2.3 Resultados**

Se aplicó el Programa de Intervención Breve para Bebedores en Riesgo. La sustancia principal de consumo fue alcohol para los tres



usuarios y la bebida de preferencia fue la cerveza para dos de ellos y los destilados para el tercer caso. En general, se reportó que en una situación de consumo el gasto oscilaba entre 150 y 200 pesos.

Los problemas asociados al consumo de alcohol en el área física fueron: gastritis, ansiedad, lagunas mentales, depresión, insomnio, temblor ligero en manos después de un día de consumo excesivo de alcohol, problemas de atención, concentración, memoria, toma de decisiones, celos, culpa y cambios drásticos en el estado de ánimo. En el área familiar se reportó pérdida de la confianza, comunicación y agresión verbal; la consecuencia negativa predominante del área social es el aislamiento. En los tres casos se negaron problemas en el área legal, además, ninguno de los usuarios estaba recibiendo tratamiento médico o psiquiátrico.

En los resultados de la Escala de Dependencia al Alcohol se observó que dos usuarios presentaban un nivel de dependencia baja, con una puntuación de 10 y 12, respectivamente; mientras que en un caso se obtuvo una puntuación de 14, lo cual representó un nivel de dependencia media.

En la tabla 6.2 se muestran los resultados de la preevaluación en relación con el patrón de consumo: porcentaje de días de abstinencia y

**Tabla 6.2.** Patrón de consumo de alcohol reportado en número de tragos estándar, días de abstinencia, consumo moderado, excesivo y muy excesivo, durante las fases de tratamiento.

|                          | Usuario 1 |      | Usuario 2 |      |       |       |       | Usuario 3 |      |       |
|--------------------------|-----------|------|-----------|------|-------|-------|-------|-----------|------|-------|
|                          | PRE       | POST | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | SEG 3 | PRE       | POST | SEG 1 |
| Total de días de consumo | 23        | 2    | 118       | 0    | 0     | 0     | 0     | 14        | 1    | 2     |
| Consumo moderado         | 8.22%     | 5.7% | 21%       | 0    | 0     | 0     | 0     | 0.27%     | 0    | 0     |
| Consumo excesivo         | 5.28%     | 0    | 10%       | 0    | 0     | 0     | 0     | 2.46%     | 2%   | 6.7%  |
| Días de abstinencia      | 0         | 0    | 1%        | 0    | 0     | 0     | 0     | 0.54%     | 0    | 0     |
| Copas consumidas         | 105       | 4    | 502       | 0    | 0     | 0     | 0     | 137       | 8    | 15    |

consumo, este último dividido en consumo moderado, excesivo y muy excesivo. Como se muestra en la tabla, hay un porcentaje mayor de días de abstinencia; sin embargo, se refiere que cuando se presenta el consumo excesivo o muy excesivo es cuando se incrementa el número de problemas asociados en las diversas áreas de funcionamiento.

El ISCA reflejó que las tres situaciones de mayor riesgo para el usuario 1 fueron malestar físico (77%), probando autocontrol (73%) y conflicto con otros (57%). Entre las situaciones de menor riesgo para este usuario, se encuentran momentos agradables con otros (40%), presión social (40%), emociones desagradables (23%), emociones agradables (17%) y necesidad física (17%).

Para el usuario 2, las situaciones predominantes de consumo fueron momentos agradables con otros (57%), probando autocontrol (43%) y malestar físico (43%); entre las situaciones de menor riesgo de consumo se encontraron: conflicto con otros (37%), presión social (17%), emociones agradables (10%), emociones desagradables (3%) y necesidad física (0%).

En el caso del usuario 3, se observó que las situaciones de mayor consumo fueron: necesidad física (50%), probando autocontrol (40%), presión social (36.67%) y momentos agradables con otros (36.67%);

entre las situaciones de menor riesgo se encontraron: emociones agradables (33.33%), emociones desagradables (16.67%), conflicto con otros (13.33%) y malestar físico (6.67%).

En relación con la confianza percibida por los usuarios para enfrentar dichas situaciones sin consumo excesivo, se encontró una relación inversa en donde las situaciones de mayor riesgo representan las puntuaciones de menor confianza para los usuarios. El usuario 1 reportó que sentía mayor confianza para evitar beber en exceso, cuando se encontraba en situaciones tales como emociones agradables (90%) y presión social (60%); sin embargo, ante la necesidad física (40%), conflicto con otros (40%), emociones desagradables (35%), momentos agradables con otros (25%), malestar físico (15%) y probando autocontrol (5%), el usuario experimentaba menor confianza de lograr la abstinencia o el consumo moderado de alcohol.

Por otro lado, el usuario 2 mencionó que debido a los problemas que había experimentado a causa del consumo de alcohol, él consideraba tener gran confianza en que podría enfrentar, sin necesidad de consumo excesivo, las diferentes situaciones de riesgo. El nivel de autoeficacia se reportó de la siguiente manera: necesidad física (90%), emociones desagradables (85%), presión social (85%),

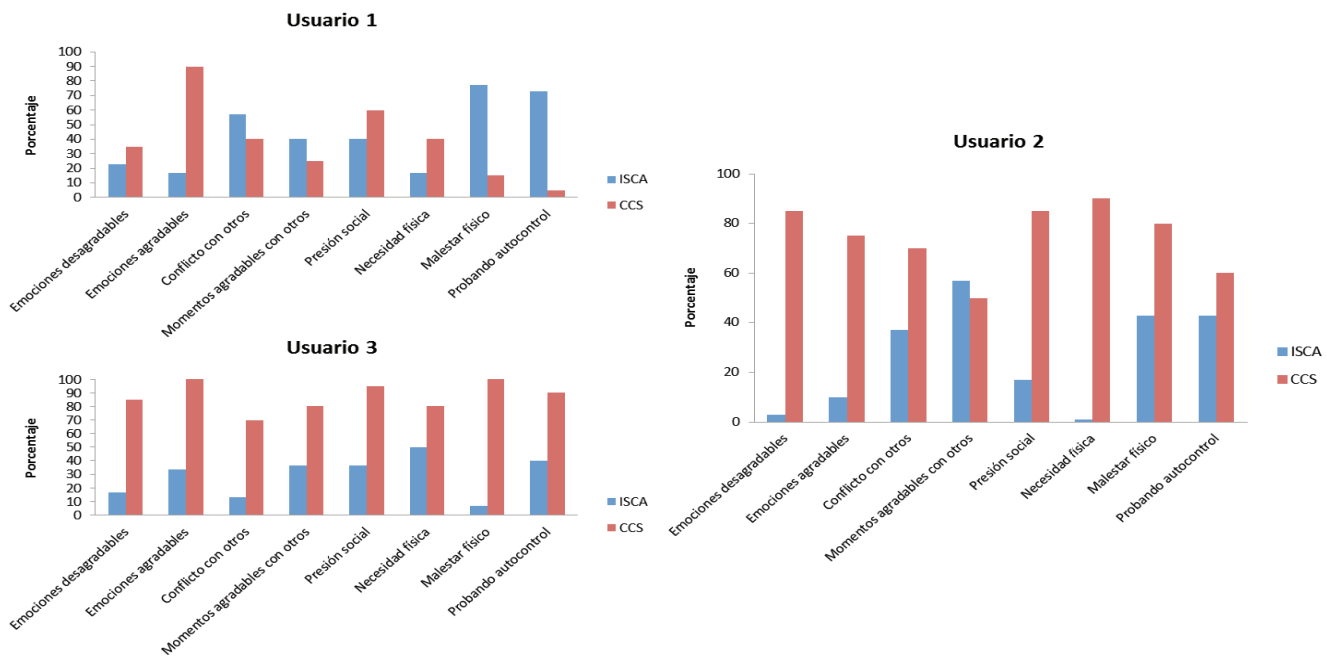
malestar físico (80%), emociones agradables (75%), conflicto con otros (70%), probando autocontrol (60%) y momentos agradables con otros (50%).

En cuanto a la confianza percibida por el usuario 3 para enfrentar determinadas situaciones sin el consumo excesivo de alcohol, se observó la siguiente distribución: emociones agradables (100%), malestar físico (100%), presión social (95%), probando autocontrol (90%), emociones desagradables (85%), momentos agradables con otros (80%), necesidad física (80%) y conflicto con otros (70%).

En la figura 6.4 se observa la comparación entre las situaciones de consumo (ISCA) y la confianza percibida por cada uno de los usuarios (CCS) durante la preevaluación.

Dos usuarios eligieron la moderación como meta de consumo y sólo uno eligió la abstinencia. Durante la fase de postevaluación se observó una reducción en el patrón de consumo y un incremento en el nivel de confianza percibido por los usuarios.

Durante la fase de seguimiento no fue posible localizar al usuario 1 para que realizara el seguimiento en el centro de atención, debido a que mencionó que se encontraba realizando el servicio social por la mañana



**Figura 6.4.** Situaciones de consumo de alcohol (ISCA) y nivel de confianza situacional (CCS) reportados por los usuarios durante la preevaluación.

y estudiando por las tardes, lo cual dificultaba su asistencia al centro; sin embargo, refirió: “...he estado tan ocupada que no he tenido ni ganas de beber, ya estoy en otro momento...” (*sic*). No fue posible corroborar esta información con el autorregistro ni con prueba de alcoholímetro.

El usuario 2 acudió a los seguimientos a 1, 3 y 6 meses de concluida la intervención, y refirió continuar en abstinencia y con altos porcentajes de confianza de continuar un estilo de vida libre de consumo de alcohol, a pesar de las situaciones de riesgo que se presentaban. El usuario 3 acudió al primer seguimiento, se observó que de acuerdo con el autorregistro se había presentado una situación de consumo muy excesivo, aunque a decir del usuario, sin las consecuencias negativas que había presentado en otros momentos, y se procedió a trabajar con estrategias adicionales de rechazo de consumo.

En la figura 6.5 se muestra el patrón de consumo antes, durante y después de la intervención.

Finalmente, en la figura 6.6 se observa un incremento en la confianza percibida por los usuarios, la cual es mantenida, en su mayoría, durante los seguimientos.

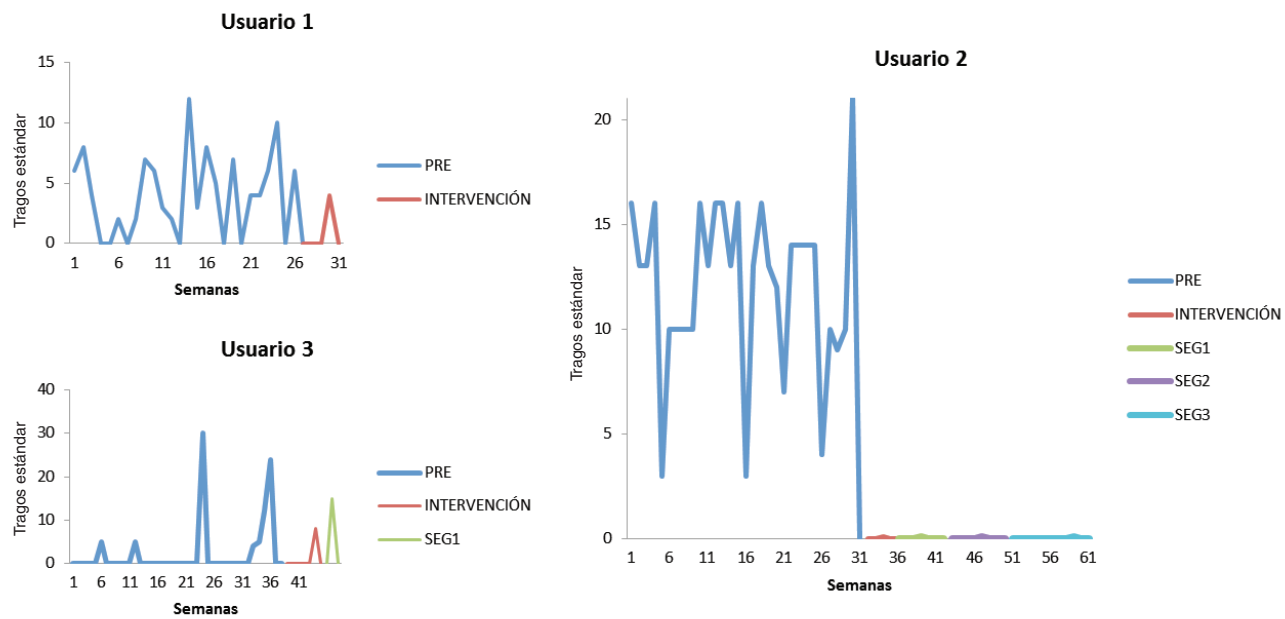


Figura 6.5. Patrón de consumo de alcohol durante la fase de preevaluación, intervención y seguimientos.



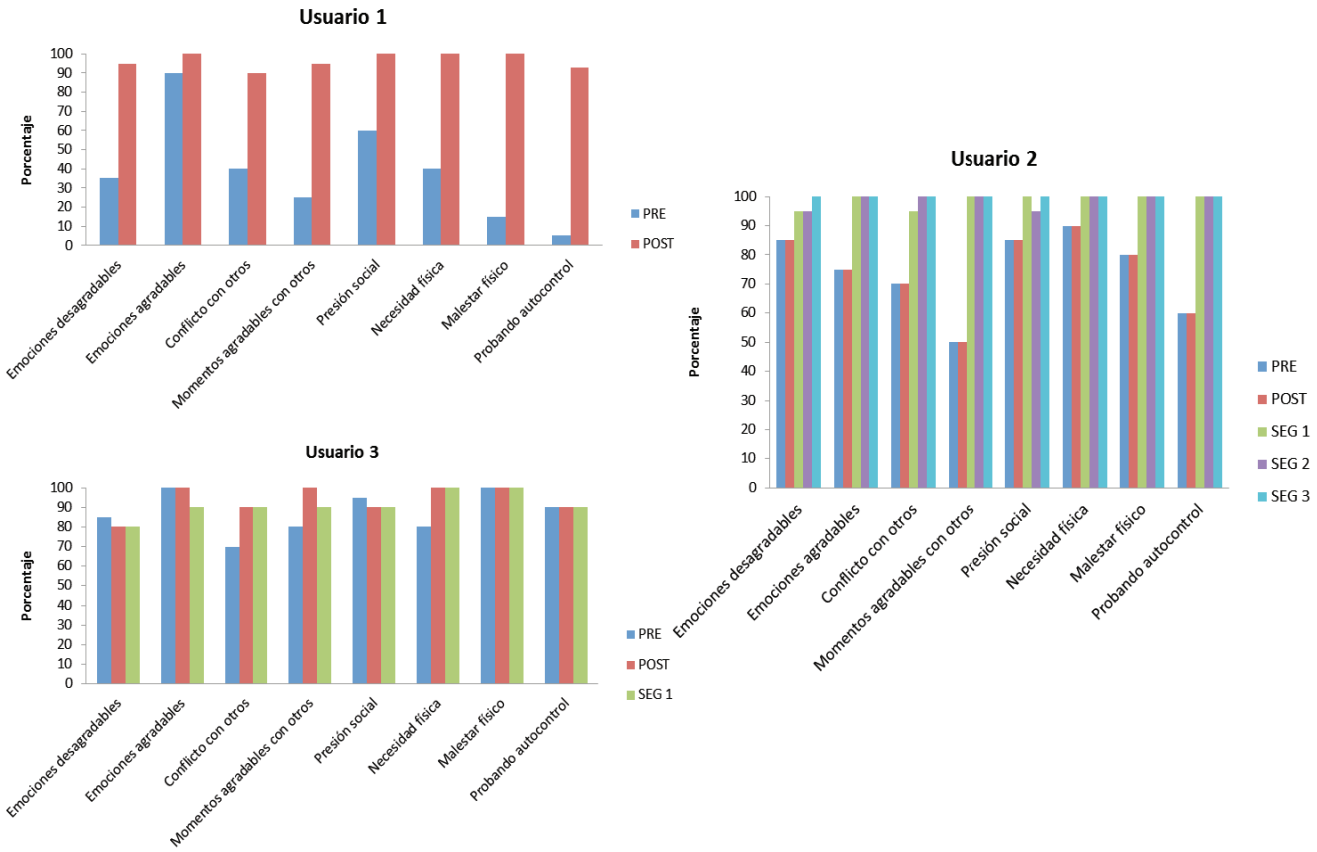


Figura 6.6. Nivel de confianza percibida por los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.

#### **6.2.4 *Discusión***

Los usuarios asistieron al CPAHAV para buscar atención a causa del consumo de alcohol, el cual les estaba ocasionando problemas en diferentes áreas de funcionamiento (escolar, familiar, entre otras).

Durante la intervención se mostraron interesados y comprometidos en realizar un cambio en su patrón de consumo, lo cual se vio reflejado durante y después de la intervención, traduciéndose en la reducción tanto de la frecuencia como de la cantidad. Por otro lado, se incrementó la percepción de confianza para enfrentar las situaciones de riesgo y se disminuyeron los problemas relacionados con el consumo.

El programa tuvo un impacto positivo en el patrón de consumo y autoeficacia. Es importante señalar que cada uno de los componentes constituye un paso que facilita el logro de la moderación o abstinencia en el consumo de alcohol; sin embargo, se presentaron casos en los que fue necesario incorporar sesiones adicionales, dependiendo de las necesidades específicas que presentaran los usuarios.

Por otro lado, durante el seguimiento se observó que uno de los usuarios había presentado una ocasión de consumo muy excesivo, en una situación social en la que se encontraba disfrutando de un viaje con sus compañeros de escuela. El usuario refirió que si bien había bebido

un gran número de tragos, no había alcanzado niveles tan altos como en otras ocasiones, por lo que no había experimentado consecuencias negativas tan severas, aunque reconocía que aún le hacía falta poner en marcha sus habilidades de rechazo, ya que ante la presión social y los momentos agradables con otros, todavía no se sentía tan confiada como para enfrentarlos sin beber en exceso. Lo anterior puede indicar que si bien el usuario se benefició del tratamiento, es importante que haya un trabajo continuo de automonitoreo y anticipación de las situaciones de riesgo para que el cambio sea mantenido.

Una de las limitaciones que se tiene con la prueba del alcoholímetro es que registra la presencia de alcohol por un periodo muy corto, por lo que es importante reiterar en el usuario la importancia de realizar su autorregistro de manera veraz, en función del objetivo de consumo que se plantee durante la intervención.

El programa es una alternativa de intervención que tiene resultados positivos en función de la reducción o abstinencia de alcohol, además de ser una intervención breve y focalizada que permite que el usuario establezca metas por sí mismo, identificando las consecuencias, tanto positivas como negativas, de sus decisiones.

## **6.3 Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)**

### **6.3.1 Antecedentes**

El Programa de Satisfactores Cotidianos es la adaptación del modelo original, Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés) a población mexicana; esto con el objetivo de sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto del modelo de intervención en la disminución del patrón de consumo en usuarios con dependencia al alcohol y otras drogas (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

La adaptación del modelo se llevó a cabo con nueve usuarios con dependencia a sustancias. Los resultados mostraron un decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, y un incremento en el nivel de satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento, lo cual permitió constatar la efectividad del modelo en población mexicana.

Adicionalmente, se concluyó que era necesario incluir un componente de entrenamiento para el autocontrol de emociones (depresión, ansiedad y enojo) y la implementación de un grupo de actividades sociales y recreativas (club social), a fin de reforzar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Barragán, González,

Medina-Mora y Ayala, 2005; Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

El Programa de Satisfactores Cotidianos tiene por objetivo restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean al usuario, además de enseñarle las habilidades necesarias para crear estilos de vida prosociales deseados (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

A continuación se describen los casos que fueron atendidos en el Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) con el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), como parte de las actividades de la Maestría en Psicología con residencia en Psicología de las Adicciones, bajo la supervisión de la Dra. Lydia Barragán Torres.

### **6.3.2 Método**

#### **6.3.2.1 Participantes**

La muestra se integró por siete usuarios que asistieron al Centro de Prevención y Atención para las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) para recibir atención debido a los problemas

relacionados con el consumo de alcohol y drogas, de los cuales seis eran hombres y sólo uno correspondía al sexo femenino. La media de edad fue de 34.6 años (DE=12.7), en donde el usuario de menor edad tenía 20 y el de mayor edad 55 años.

En relación con el estado civil, se encontró que cuatro eran solteros, dos estaban divorciados o separados y sólo un usuario se encontraba viviendo en unión libre. Además, en cuanto a la ocupación, cuatro usuarios reportaron el trabajo como su ocupación principal, dos refirieron estudiar y trabajar, y sólo en un caso se mencionó el estudio como principal ocupación. Por otro lado, cinco de los siete usuarios reportaron estar viviendo con alguno de los padres, otro refirió vivir con la pareja, y sólo en un caso el usuario vivía solo.

La sustancia principal de consumo fue el alcohol para cuatro de los siete usuarios, y de cocaína “crack” para el resto de los participantes; adicionalmente, cinco de los usuarios reportaron el consumo de otra sustancia, entre ellas el alcohol y las benzodiazepinas, y en dos casos se refirió el policonsumo (marihuana, metanfetaminas, inhalables, benzodiazepinas, cocaína, entre otras). La media de edad de inicio en el caso de la sustancia principal de consumo fue de 21.57 años (DE=9.95), en donde la edad mínima que se reportó fue de nueve años y la máxima

de 41; en cuanto a la segunda sustancia de impacto, la media fue de 22.5 años (DE=11.9), con un mínimo de 11 años y un máximo de 39.

En su mayoría reportaron consumir solos (cinco de siete usuarios), y sólo en el caso de dos usuarios de menor edad el consumo se refirió como acompañados. Para cinco usuarios el consumo se presentó en un lugar privado, mientras que dos lo hacían en un lugar público. La media en el número de días de consumo a la semana fue de 4.14 (DE=2.12), en donde el menor número corresponde a uno y el mayor número de días de consumo semanal fue de siete. En relación con el gasto mensual destinado al consumo, la media se ubicó en \$1871 (DE=718), con un gasto mínimo de \$600 y un gasto máximo de \$3000 del salario percibido.

En cuanto a los problemas asociados con el consumo de sustancias, se reportaron predominantemente los problemas cardiacos, digestivos, del sistema nervioso central, alteraciones óseas, problemas cognitivos, dificultades emocionales, problemas interpersonales, conductas agresivas, problemas legales, dificultades económicas, problemas de tipo laboral y de tipo escolar. En cuanto a los días de hospitalización a causa del consumo de sustancias, un usuario reportó haber permanecido 35 días, dos reportaron un día y cuatro usuarios no reportaron ninguno.

Por otro lado, se observó que cinco usuarios ya habían asistido a otros tratamientos, entre ellos desintoxicación (2 de 7), consulta externa (2 de 7) o internamiento (2 de 7). Por otra parte, entre los profesionales de la salud, se reportó que ninguno había asistido con un médico general, pero sí con un médico psiquiatra (5 de 7) o un psicólogo (2 de 7); adicionalmente, tres usuarios habían recurrido a los grupos de Alcohólicos Anónimos.

El número de tratamientos previos reportados para el consumo de sustancias, osciló entre cero y cuatro; en donde dos usuarios habían recibido al menos tres tratamientos previos, dos más no habían recibido ninguno y tres usuarios reportaban uno, dos y cuatro tratamientos, respectivamente. Además, cinco de los siete usuarios estaban siendo atendidos por algún problema físico o tomaban medicamentos de prescripción médico-psiquiátrica al momento de la entrevista inicial.

#### 6.3.2.2 Instrumentos

**Entrevista inicial.** El formato de entrevista inicial fue desarrollado para recabar información general acerca del usuario, con respecto al motivo de consulta y datos de identificación, historia de consumo de sustancias, disposición al cambio, situación social y familiar, situación laboral, estado de ánimo, estado de salud física,



consecuencias adversas presentadas a causa del consumo de sustancias e historia de tratamientos previos.

**Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).** Este instrumento fue desarrollado a partir del inventario de consumo de alcohol. La Escala de Dependencia al Alcohol es un cuestionario que consta de 25 reactivos con diferentes escalas, las cuales pueden ser dicotómicas, de tres o cuatro opciones de respuesta. Al finalizar el cuestionario se suma el puntaje total y se obtiene el nivel de dependencia al alcohol (baja, moderada, media o severa) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006). La escala tiene una confiabilidad de 0.92 y validez concurrente de 0.58 (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

**Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20).** Este instrumento fue desarrollado por Skinner en 1982, y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001. El análisis psicométrico se llevó a cabo con 256 participantes que buscaban tratamiento por problemas relacionados con el consumo de sustancias; los índices de confiabilidad oscilan entre .95 y .86 para usuarios de alcohol y drogas. Es un cuestionario de autoinforme, compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No). El objetivo del instrumento es medir la percepción que tiene el usuario hacia las consecuencias relacionadas con el consumo de drogas. El puntaje total corresponde al nivel de problemas relacionados

con el consumo; el cuestionario permite conocer cuatro niveles de problemática, nivel bajo, moderado, sustancial y severo (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

### **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).**

Este instrumento se desarrolló con el objetivo de medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1982; Annis, 1986); además, fue adaptado y validado para población mexicana, mostrando buena confiabilidad en cada una de las categorías que evalúa (De León y Pérez, 2001). La inclusión del inventario en este programa de intervención se debe a que constituye una herramienta que facilita la planeación en el tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo, las cuales son retomadas en el desarrollo de planes de acción, a fin de disminuir la posibilidad de que se presente el consumo excesivo de alcohol. Es un cuestionario que consta de 100 reactivos, diseñados para medir ocho categorías (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables). La respuesta para cada reactivo obedece a una escala de cuatro opciones (Nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente y Casi siempre), en donde el

usuario identifica las situaciones de consumo durante el último año (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

**Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD).**

Este instrumento fue elaborado por Annis, Graham y Martin en 1988, y se adaptó a población mexicana por De León y Pérez en el 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de 0.98. El objetivo de este inventario es identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída; consta de 60 reactivos, en donde el usuario debe indicar la frecuencia con que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos se agrupan en ocho categorías de situaciones de consumo de drogas, como son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

**Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).** El objetivo de este instrumento es medir la autoeficacia percibida por el usuario, es decir, la confianza que tiene para afrontar las situaciones principales de riesgo de consumo. El cuestionario consta de ocho reactivos, en los cuales se le pide al usuario que valore el porcentaje de seguridad percibido (en una escala de 0 a 100%) para resistir el consumo en cada una de las situaciones de riesgo. Las situaciones medidas por el

cuestionario son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. El cuestionario de confianza situacional fue adaptado y validado para población mexicana con una consistencia interna de 0.977 (Echeverría y Ayala, 1997).

**Línea Base Retrospectiva (LIBARE).** Este instrumento es un calendario cuyo objetivo es identificar el patrón de consumo y la cantidad consumida en un día típico. La línea base retrospectiva ha mostrado validez convergente y discriminante con otras mediciones, un alto nivel de acuerdo entre el reporte del usuario y el colateral, así como entre el reporte del usuario y los resultados de marcadores biológicos, entre ellos las pruebas de orina para detectar consumo de drogas (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979; Sobell y Sobell, 1992; Fals-Stewart, O'Farrell, Freitas, McFarlin y Rutigliano, 2000). Este instrumento fue adaptado y validado para población mexicana, obteniendo una confiabilidad del 0.91 y una validez concurrente de 0.53 (Echeverría y Ayala, 1997).

**Escala de Satisfacción General.** Este instrumento fue desarrollado por Azrin, Naster y Jones en 1973, y ha mostrado una confiabilidad de 0.76. La Escala de Satisfacción General es una valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas

de funcionamiento del individuo, entre ellas: consumo, progreso en el trabajo o escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción en general. Consta de diez reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del usuario (0 a 10 puntos) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

**Inventario de Depresión de Beck.** Este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El usuario debe elegir la opción que refleje mejor cómo se sintió durante la semana pasada e incluso el día de la aplicación; al finalizar se obtiene un puntaje total y se interpreta en base al rango establecido en: depresión mínima, leve, moderada o severa. La estandarización del instrumento a población mexicana se realizó con 1508 adultos, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998; Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

**Inventario de Ansiedad de Beck.** Está compuesto por 21 reactivos que permiten evaluar síntomas de ansiedad; las respuestas se clasifican en poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente. El puntaje total indica el nivel de ansiedad, el cual puede ser mínimo,

leve, moderado o severo. La estandarización del instrumento a población mexicana se realizó con 1000 participantes, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.83 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

**Escalas de Retención de Dígitos y Símbolos y Dígitos de WAIS.** El objetivo de incluir ambas escalas es obtener información general sobre el funcionamiento cognitivo del usuario, lo cual cobra importancia al realizar un perfil de éste e identificar si es posible que se beneficie de la intervención mediante el Programa de Satisfactores Cotidianos.

**Autorregistro.** El autorregistro es un formato en donde el usuario reporta el día de consumo, la cantidad, la situación en que se encontraba, pensamientos, sensaciones físicas y emociones, antes y después del episodio de consumo, y las consecuencias asociadas al mismo. La validez del autorregistro se obtiene de la aplicación clínica al encontrar la convergencia entre el autorreporte y la observación de otro informante (Echeverría y Ayala, 1997).

**Formato de Consentimiento Informado.** Una vez que se explica el programa y se aclaran las dudas del usuario, se procede a la firma del Formato de Consentimiento Informado, el cual señala los lineamientos que deben cumplir, tanto el usuario como el terapeuta,

durante el tratamiento. Además, se menciona que en caso de ser necesario, el usuario deberá comprometerse a asistir con el psiquiatra y seguir las indicaciones de éste (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

**Antidoping.** Es un examen que se realiza a través de tiras reactivas para detectar la presencia de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos) en los metabolitos en una muestra de orina. El procedimiento para la administración del antidoping fue, en primer lugar, obtener la firma del consentimiento informado; se expuso la importancia de realizar dicha prueba, el manejo de la información, así como el procedimiento para la obtención de la muestra de orina. Posteriormente, se pidió que un compañero del mismo sexo del usuario supervisara la administración del antidoping. Finalmente, se expusieron las tiras reactivas en la muestra de orina y se determinó una prueba positiva cuando sólo se iluminaba la región de control, y un resultado negativo cuando se iluminaba tanto la región de control como la ventana correspondiente a cada una de las sustancias antes mencionadas.

**Alcoholímetro.** Es una prueba que determina qué tanto alcohol hay en la sangre, midiendo la cantidad de alcohol en el aire que se

exhala. El procedimiento de aplicación fue el mismo que en el caso del antidoping: primero se solicitó la firma del consentimiento informado, posteriormente se aplicó, interpretó y se dieron a conocer los resultados al usuario.

#### 6.3.2.3 Procedimiento

Se utilizó un diseño de caso único con siete réplicas y seguimientos. Este diseño permitió conocer el impacto del programa de intervención sobre variables como patrón de consumo de sustancias, problemas asociados al mismo y nivel de autoeficacia.

Se programaron dos sesiones individuales por semana, con duración de 45 a 60 minutos cada una. Los usuarios recibieron entre 12 y 42 sesiones de tratamiento, con una media de 23.86 sesiones. El tratamiento estuvo organizado en cuatro fases: admisión y evaluación, intervención, postevaluación y seguimientos.

#### 6.3.2.4 Fase I: Evaluación

Durante la fase de admisión y evaluación se aplicaron los instrumentos antes descritos, a fin de conocer la historia de consumo, el patrón de consumo en función de la frecuencia y cantidad, los problemas



relacionados con el mismo, las principales situaciones de consumo de alcohol y drogas, así como la confianza percibida por los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo. Se realizó la prueba de alcoholímetro o antidoping, dependiendo el caso. Posteriormente se proporcionó retroalimentación de los resultados de la evaluación y se explicó el procedimiento a seguir para iniciar el programa de intervención.

#### 6.3.2.5 Fase II: Intervención

Se eligió el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), ya que los usuarios cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Saber leer y escribir.
- Nivel de dependencia medio o severo para alcohol, o sustancial o severo en el caso de drogas.
- Cantidad de consumo por ocasión, en el caso de hombres 14 o más tragos, y en mujeres diez o más.
- Recaídas, internamiento o tratamientos previos.
- Pérdidas en diferentes áreas de la vida cotidiana.

Se emplearon los formatos impresos para trabajar los componentes de cada una de las sesiones. Los usuarios resolvieron las actividades de los materiales junto con el terapeuta.

El programa está integrado por 12 componentes, los cuales están orientados hacia la identificación, el establecimiento y el logro de metas. En promedio, cada componente tiene una duración de una o dos sesiones de 45 a 60 minutos cada una; sin embargo, el tiempo puede modificarse dependiendo del usuario.

El primer componente es el análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo; es una entrevista estructurada que examina los antecedentes y consecuentes de una conducta específica, entre ellas el consumo de sustancias, establece los precipitadores y las consecuencias, tanto positivas como negativas, de dicha conducta. El objetivo de este componente es analizar la conducta de consumo del usuario y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad, así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.

El siguiente componente es la muestra de abstinencia, mediante la cual se motiva al usuario para adquirir el compromiso de mantenerse sin consumo por un periodo limitado y acordado, el cual se incrementa paulatinamente, hasta alcanzar la abstinencia. El objetivo del componente es que el usuario establezca su muestra de abstinencia por un periodo viable que de preferencia le cubra 90 días sin consumo,

que es el tiempo aproximado que dura la intervención, a fin de que el usuario pueda identificar aquellos beneficios que le trae la abstinencia y facilite que este periodo sin consumo se prolongue.

El componente de metas de vida cotidiana enfatiza la importancia de plantearse logros o metas a alcanzar en diferentes áreas de su vida cotidiana, ya que de esta forma el individuo puede identificar las consecuencias positivas tanto de su esfuerzo como de las conductas eficientes orientadas a conseguirlo. El objetivo principal es que el usuario adquiera las habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y periodos para su consecución.

Los siguientes componentes del programa enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. El número de sesiones necesarias para el trabajo de cada componente puede variar, dependiendo de las necesidades y características especiales del usuario; sin embargo, en general la duración es de una a dos sesiones, con una duración de 45 a 60 minutos cada una. Entre los componentes se encuentran: rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones, esta última dividida en habilidades de manejo del enojo, tristeza, ansiedad y celos.

El componente de rehusarse al consumo juega un papel muy importante para el usuario en el afrontamiento de situaciones de riesgo tanto externas como internas. El objetivo de esta sesión es que el usuario aprenda a enfrentar situaciones de riesgo de consumo eficazmente, mediante la utilización de habilidades de rehusarse al consumo, entre las que se encuentran: el ofrecimiento de justificación, la interrupción de la interacción, la negación asertiva, la búsqueda de alternativas, entre otras.

El entrenamiento en habilidades de comunicación busca mejorar la comunicación entre el usuario y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable. Las habilidades de comunicación que se trabajan en este componente son: iniciar conversaciones, escuchar a otras personas, ofrecer entendimiento o empatía, asumir o compartir responsabilidad de la situación, ofrecer ayuda, dar y recibir reconocimiento, compartir sentimientos, recibir críticas, solicitar apoyo y expresar desacuerdo.

El siguiente componente es el entrenamiento en solución de problemas, bajo el supuesto de que con frecuencia las personas consumen alcohol o drogas como respuesta a problemas familiares, económicos,

laborales, de pareja, entre otros. Por ello el objetivo de este componente es enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana, que le permitan resolverlas, controlar su ambiente, disminuir tensión y, en consecuencia, mantenerse en abstinencia.

El entrenamiento en habilidades sociales y recreativas es un componente importante del programa, ya que la adquisición de estas habilidades permite al usuario establecer actividades que compitan con el uso de alcohol y drogas y que apoyen su abstinencia.

El componente de control de las emociones tiene la finalidad de que el usuario aprenda las estrategias necesarias para el control de la intensidad y duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos, para favorecer de esta forma el mantenimiento de su abstinencia.

El Programa de Satisfactores Cotidianos también integra un componente de consejo marital, el cual tiene el objetivo de incrementar la satisfacción de los cónyuges mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiar gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.

La búsqueda y mantenimiento de empleo se fundamenta en que un empleo adecuado es una fuente importante de reforzamiento, ya que provee la oportunidad para elevar la autoestima, involucrarse en retos estimulantes, adquirir reconocimiento social, contar con redes de apoyo, tener interacciones placenteras con compañeros y una mejor situación económica. En este componente se proporciona apoyo al usuario en la obtención y mantenimiento de un empleo satisfactorio, en el cual establezca una meta laboral, aprenda a elaborar la documentación requerida, detectar y dar seguimiento a fuentes probables de empleo, y enfrentar mediante conductas eficientes la entrevista laboral.

Finalmente, el programa considera un componente de prevención de recaídas, el cual consiste en entrenar al usuario para reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

Es importante mencionar que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente metas de vida cotidiana y del reporte del usuario respecto a

situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. En algunos casos, no todos los componentes son utilizados.

Por otra parte, cabe señalar que aun cuando el orden y el número de componentes pueden variar en función de las necesidades de cada usuario, las estrategias conductuales para la adquisición de habilidades siguen una secuencia que permite la consolidación del aprendizaje; dicha secuencia está conformada por cuatro elementos primordiales: enseñanza, modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación.

#### 6.3.2.6 Fase III: Postevaluación

Durante la fase de postevaluación se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación y se realizó la prueba de alcoholímetro o antidoping, dependiendo del caso. Al finalizar la sesión, se explicó la importancia de realizar seguimientos a uno, tres y seis meses de concluida la fase de intervención, y se programó la primera sesión de seguimiento.

#### 6.3.2.7 Fase IV: Seguimientos

Las sesiones de seguimiento se realizaron a uno y tres meses de concluida la fase de intervención. Durante estas sesiones se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación y se realizó la prueba de alcoholímetro o antidoping, dependiendo del caso.

### 6.3.3 Resultados

Se aplicó el Programa de Satisfactores Cotidianos a siete usuarios que asistieron al Centro de Prevención y Atención para las Adicciones (CPAHAV) para recibir atención debido a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas. Durante la preevaluación se identificó el nivel de dependencia que presentaban los usuarios, así como el patrón de consumo de sustancias; en general, se observó una disminución en la frecuencia y cantidad de consumo y un incremento en la puntuación de las escalas de satisfacción y confianza situacional. A continuación se describen los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados.

En relación con la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, se observó que cinco usuarios presentaban una dependencia moderada, uno dependencia baja y otro usuario tenía una dependencia media. De acuerdo con los resultados obtenidos en el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20) se observó que de los cuatro usuarios que reportaron consumo de drogas, dos presentaban una dependencia sustancial, uno dependencia moderada y otro usuario una dependencia severa.

El inventario Beck de ansiedad reflejó que en el caso de tres usuarios tenían un nivel de ansiedad moderada, dos presentaron un



nivel leve y sólo uno tenía un nivel de ansiedad severo. En cuanto al nivel de depresión se observó que tres usuarios tenían síntomas correspondientes a un nivel de depresión severo, seguido de un nivel moderado presentado en dos de los siete usuarios, y sólo uno reportó un nivel de depresión mínima. La media en la puntuación de la escala de repetición de dígitos del WAIS fue de 9.14 (DE=1.72) y en la escala de símbolos y dígitos la media se ubicó en 9.43 puntos (DE=1.72).

En la tabla 6.3 se muestra el patrón de consumo de alcohol y drogas por cada uno de los usuarios durante la fase de evaluación previa al tratamiento, en ésta se observa el número de días de consumo de alcohol y drogas, así como el porcentaje de días de abstinencia; además, es posible observar el número total de unidades consumidas previo a la intervención.

**Tabla 6.3.** Frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y drogas previo al tratamiento.

|                           | USUARIO<br>1 | USUARIO<br>2 | USUARIO<br>3 | USUARIO<br>4 | USUARIO<br>5 | USUARIO<br>6 | USUARIO<br>7 |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Consumo de alcohol</b> |              |              |              |              |              |              |              |
| Días de consumo           | 24           | 40           | 159          | 65           | 182          | 56           | 21           |
| Copas estándar consumidas | 286          | 540          | 903          | 1464         | 2296         | 698          | 163          |
| Días de abstinencia       | 87.8%        | 81.6%        | 12%          | 64%          | 67%          | 79%          | 90%          |
| Consumo moderado          | 1.5%         | 0            | 66%          | 0            | 0            | 0.75%        | 2.86%        |
| Consumo excesivo          | 0.5%         | 0            | 0            | 0            | 7.25%        | 1.12%        | 6.20%        |
| Consumo muy excesivo      | 10.2%        | 18.4%        | 18%          | 36%          | 25.75%       | 19.13%       | 0.95%        |
| <b>Consumo de alcohol</b> |              |              |              |              |              |              |              |
| Días de consumo           | 18           | 21           | 159          | 80           | 0            | 0            | 9            |
| Unidades consumidas       | 242          | 32.5         | 216.5        | 324          | 0            | 0            | 145          |

Entre las situaciones de consumo que se reportaron con mayor frecuencia se encuentran: momentos agradables con otros ( $\bar{\lambda}=71.9$ ), probando autocontrol ( $\bar{\lambda}=66.2$ ), presión social ( $\bar{\lambda}=61.8$ ), necesidad de consumo ( $\bar{\lambda}=53.1$ ) y emociones agradables ( $\bar{\lambda}=52.3$ ). En el caso de emociones desagradables ( $\bar{\lambda}=49.9$ ), conflicto con otros ( $\bar{\lambda}=41.1$ ) y malestar físico ( $\bar{\lambda}=39.9$ ) se reportaron como situaciones de riesgo de consumo, aunque en menor porcentaje.

La media de confianza percibida para enfrentar dichas situaciones sin consumo de sustancias se distribuyó de la siguiente forma: primero, conflicto con otros ( $\bar{\lambda}=57.9$ ), seguida de malestar físico ( $\bar{\lambda}=55.7$ ), necesidad física ( $\bar{\lambda}=50.7$ ) y emociones agradables ( $\bar{\lambda}=49.3$ ); en el caso de emociones desagradables ( $\bar{\lambda}=40$ ), probando autocontrol ( $\bar{\lambda}=36.4$ ), momentos agradables con otros ( $\bar{\lambda}=36.7$ ) y presión social ( $\bar{\lambda}=38.6$ ) se observó que la media del nivel de autoeficacia era menor a 45%.

En general, se observa una puntuación elevada en la mayoría de las situaciones de consumo, por lo que se puede inferir una generalización del consumo y, por otro lado, la confianza percibida por los usuarios para enfrentar situaciones de riesgo sin consumo es menor al 60% en todas las situaciones, por lo que es importante considerar el desarrollo de habilidades que favorezcan en los usuarios el enfrentamiento de dichas situaciones.

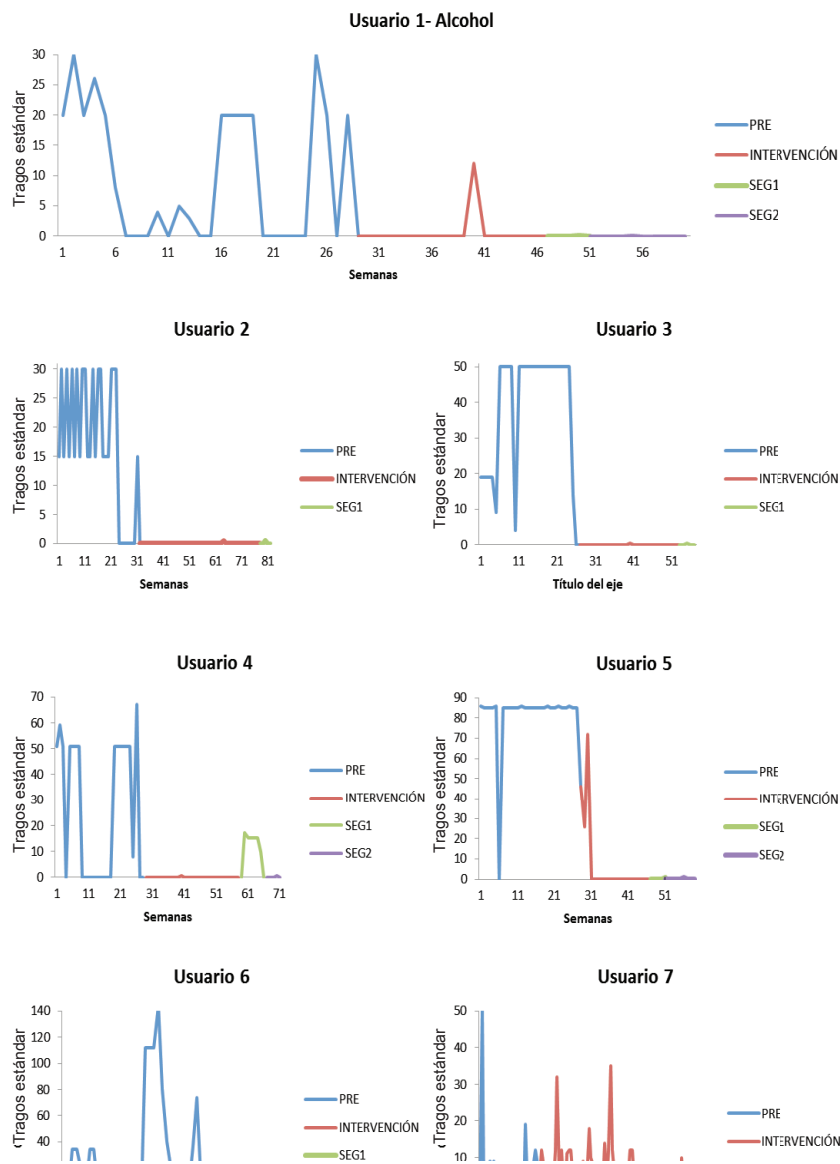
En la tabla 6.4 se muestra una comparación del nivel de autoconfianza (CCS) percibida en cada una de las categorías durante las fases de preevaluación, postevaluación y seguimientos. Es posible observar un incremento en el nivel de autoconfianza antes y después de la intervención, cambio que es mantenido a lo largo de las sesiones de seguimiento.

Por otra parte, es posible observar una disminución en el patrón de consumo de alcohol a lo largo de la intervención y durante los seguimientos, en función de los días de consumo y el número de unidades ingeridas. Al realizar una prueba  $t$  para comparar la media de unidades consumidas antes y después de la intervención, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $t=2.711$ ,  $gl=6$ ,  $p\leq 0.05$ ).

En la figura 6.7 se observa el patrón de consumo de alcohol. Cabe señalar que además de la disminución en el número de unidades y días de consumo, también se observó que aquellos usuarios que presentaron consumo de alcohol durante la intervención lo hicieron, en general, dentro del parámetro de moderación o consumo excesivo, en su mayoría, sin llegar a consumir más de diez tragos estándar por ocasión de consumo. Por otra parte, aunado a esto reportaron un menor número de problemas relacionados con los episodios de ingesta de alcohol.

|                               | USUARIO 1 |      |       |       | USUARIO 2 |      |       | USUARIO 3 |      |       | USUARIO 4 |      |       |       | USUARIO 5 |      |       |       | USUARIO 6 |      |       | USUARIO 7 |      |
|-------------------------------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|
|                               | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST |
| Emociones desagradables       | 90        | 100  | 90    | 90    | 80        | 70   | 70    | 20        | 100  | 100   | 20        | 90   | 60    | 80    | 0         | 100  | 95    | 95    | 40        | 100  | 100   | 30        | 90   |
| Malestar físico               | 80        | 100  | 100   | 100   | 90        | 100  | 100   | 70        | 100  | 100   | 0         | 100  | 75    | 90    | 0         | 100  | 100   | 100   | 70        | 100  | 100   | 80        | 90   |
| Emociones agradables          | 5         | 90   | 90    | 90    | 80        | 90   | 90    | 80        | 100  | 100   | 40        | 90   | 100   | 100   | 40        | 100  | 100   | 85    | 50        | 100  | 100   | 50        | 100  |
| Probando autocontrol          | 50        | 80   | 100   | 90    | 70        | 100  | 100   | 70        | 90   | 90    | 0         | 80   | 80    | 80    | 0         | 90   | 90    | 90    | 30        | 100  | 90    | 35        | 70   |
| Necesidad física              | 60        | 100  | 90    | 100   | 85        | 90   | 90    | 50        | 100  | 100   | 30        | 90   | 75    | 85    | 40        | 100  | 100   | 95    | 50        | 100  | 100   | 40        | 80   |
| Conflicto con otros           | 95        | 90   | 80    | 100   | 90        | 80   | 80    | 20        | 90   | 100   | 0         | 90   | 90    | 90    | 40        | 80   | 85    | 100   | 80        | 100  | 95    | 80        | 90   |
| Presión social                | 10        | 100  | 80    | 90    | 90        | 80   | 80    | 80        | 100  | 100   | 20        | 100  | 100   | 100   | 10        | 90   | 95    | 100   | 30        | 100  | 100   | 30        | 80   |
| Momentos agradables con otros | 2         | 100  | 80    | 90    | 85        | 70   | 70    | 70        | 100  | 100   | 0         | 100  | 100   | 100   | 10        | 100  | 90    | 90    | 60        | 100  | 100   | 30        | 100  |

**Tabla 6.4.** Comparación del nivel de autoconfianza (CCS) percibida en cada una de las categorías durante las fases de preevaluación, postevaluación y seguimientos.



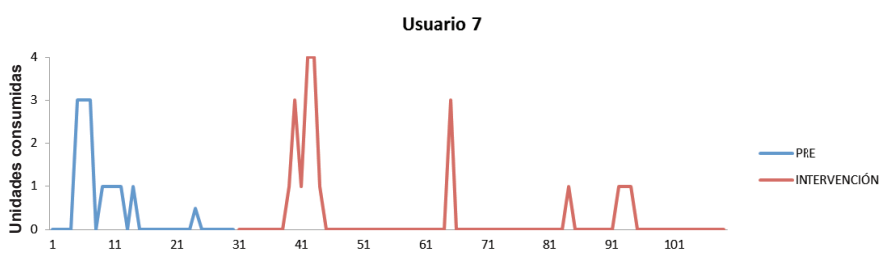
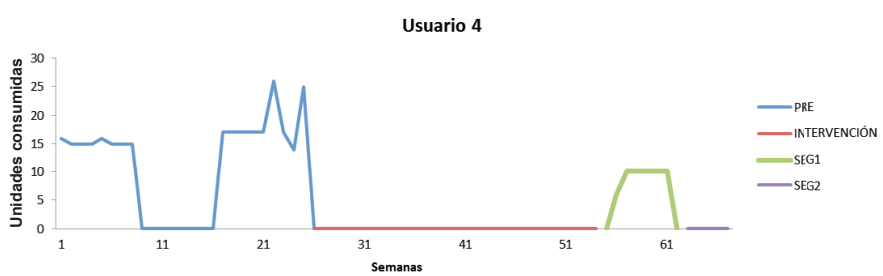
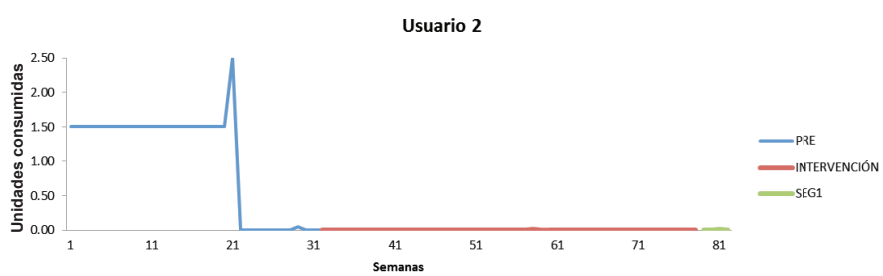
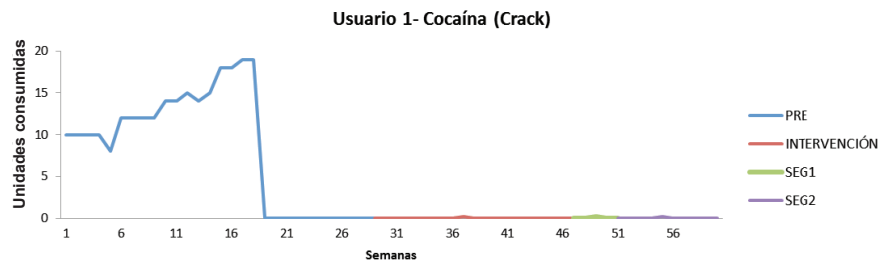
**Figura 6.7.** Patrón de consumo de alcohol en cada uno de los usuarios ingresados a tratamiento.

La figura 6.8 es la representación gráfica del patrón de consumo de cocaína “crack” a lo largo de la intervención y durante los seguimientos, en la cual se observa una disminución tanto en los días de consumo como en las unidades. En su mayoría, los usuarios que consumían cocaína “crack” comenzaron la abstinencia una vez iniciada la intervención; sin embargo, en un caso, el usuario presentó consumos esporádicos, llegando a la abstinencia al final del tratamiento. Y finalmente, otro usuario mantuvo la abstinencia durante la intervención, pero en el seguimiento 1 reportó una recaída con duración aproximada de tres semanas; posteriormente el usuario logra la abstinencia y se mantiene hasta el seguimiento a tres meses.

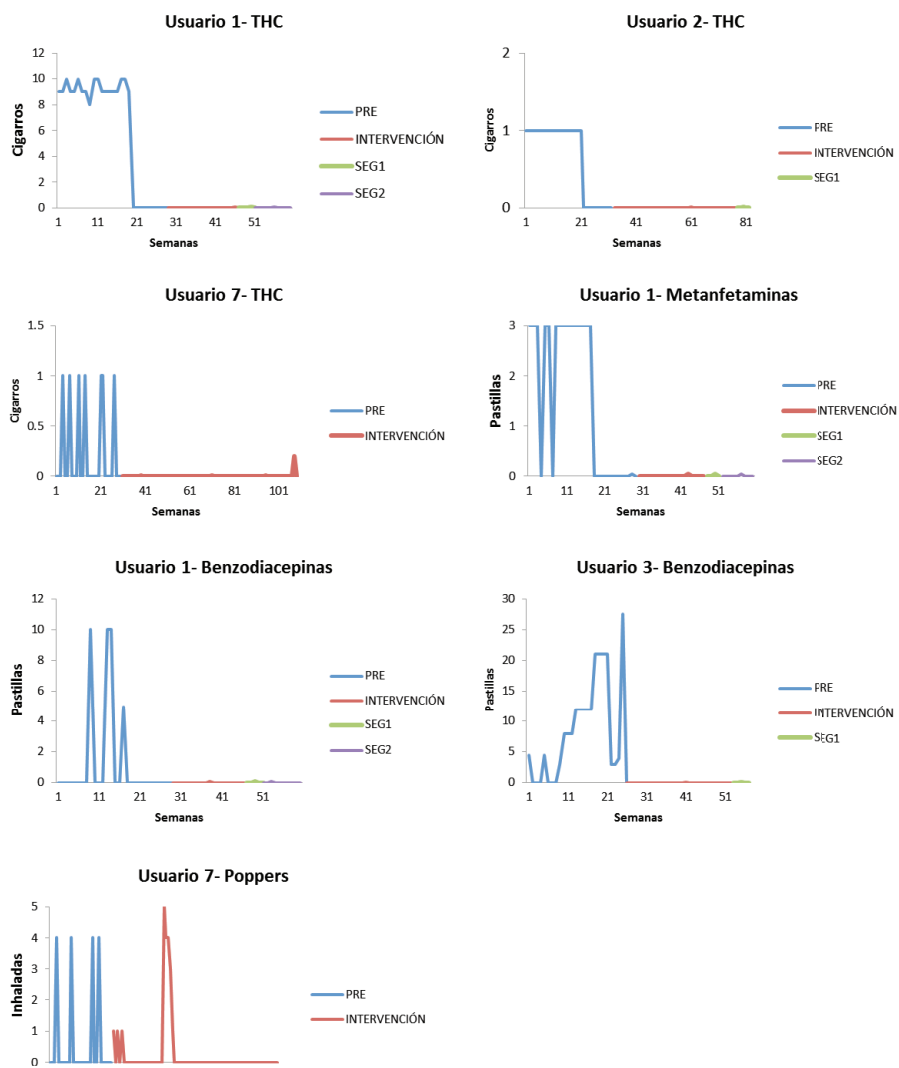
La figura 6.9 muestra el patrón de consumo de otras drogas, entre ellas las benzodiazepinas, marihuana, metanfetaminas e inhalables.

En relación con el nivel de satisfacción, en la tabla 6.5 se puede observar la comparación del nivel de satisfacción percibido en cada una de las áreas de funcionamiento del individuo. En general, se reportó un incremento en los niveles de satisfacción después de concluida la intervención, cambio que es mantenido durante los seguimientos.

Por otra parte, los componentes que se abordaron durante la intervención se distribuyeron de la siguiente forma: todos los usuarios



**Figura 6.8.** Patrón de consumo de “crack” durante las fases de tratamiento



**Figura 6.9.** Consumo de otras drogas en función de la frecuencia (semana) y cantidad en los usuarios seis meses antes de ingresar a tratamiento.



**Tabla 6.5.** Evaluación del nivel de satisfacción en las diez áreas de funcionamiento de los usuarios, a lo largo de las diferentes fases de tratamiento.

|                        | USUARIO 1 |      |       |       | USUARIO 2 |      |       | USUARIO 3 |      |       | USUARIO 4 |      |       |       | USUARIO 5 |      |       |       | USUARIO 6 |      |       | USUARIO 7 |      |
|------------------------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-----------|------|
|                        | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | SEG 2 | PRE       | POST | SEG 1 | PRE       | POST |
| Consumo                | 2         | 8    | 9     | 9     | 1         | 9    | 9     | 2         | 10   | 10    | 4         | 9    | 6     | 9     | 1         | 8    | 8     | 9     | 1         | 10   | 10    | 4         | 9    |
| Progreso en el trabajo | 2         | 9    | 10    | 10    | 4         | 8    | 8     | 4         | 5    | 8     | 3         | 9    | 6     | 9     | 3         | 8    | 8     | 8     | 5         | 9    | 9     | 3         | 8    |
| Progreso en la escuela | 3         | 9    | 9     | 10    | 5         | 6    | 6     | 1         | 5    | 5     | 2         | 8    | 6     | 8     | 10        | 10   | 10    | 10    | 6         | 10   | 10    | 4         | 8    |
| Manejo del dinero      | 5         | 8    | 8     | 9     | 1         | 7    | 7     | 4         | 9    | 9     | 1         | 8    | 5     | 9     | 4         | 7    | 7     | 8     | 1         | 8    | 9     | 3         | 8    |
| Vida social            | 5         | 8    | 8     | 8     | 5         | 10   | 10    | 1         | 9    | 9     | 6         | 8    | 5     | 8     | 2         | 8    | 8     | 8     | 6         | 9    | 8     | 6         | 10   |
| Hábitos personales     | 6         | 9    | 10    | 10    | 2         | 8    | 8     | 8         | 10   | 10    | 3         | 9    | 6     | 10    | 4         | 9    | 10    | 10    | 6         | 10   | 10    | 5         | 10   |
| Relaciones familiares  | 1         | 9    | 9     | 9     | 7         | 9    | 9     | 1         | 9    | 9     | 3         | 8    | 7     | 8     | 6         | 9    | 9     | 9     | 3         | 7    | 8     | 6         | 9    |
| Pareja                 | 8         | 8    | 7     | 8     | 3         | 9    | 9     | 1         | 5    | 5     | 6         | 6    | 4     | 6     | 8         | 8    | 8     | 9     | 5         | 8    | 9     | 4         | 9    |
| Vida emocional         | 1         | 8    | 8     | 8     | 3         | 8    | 8     | 8         | 8    | 9     | 1         | 8    | 6     | 9     | 2         | 9    | 9     | 9     | 6         | 10   | 9     | 3         | 8    |
| Comunicación           | 1         | 8    | 8     | 8     | 5         | 8    | 8     | 9         | 8    | 8     | 5         | 8    | 6     | 9     | 5         | 8    | 8     | 8     | 6         | 10   | 8     | 8         | 9    |

recibieron el componente de análisis funcional, cinco recibieron el componente de muestra de abstinencia, sólo tres usuarios revisaron el componente de rehusarse al consumo, todos los usuarios tuvieron al menos una sesión para el desarrollo de habilidades de comunicación, sólo a un usuario se le dio el componente de consejo marital, a un usuario se le dio la sesión de relaciones interpersonales, con seis de los siete usuarios se abordó el componente de metas de vida, cinco recibieron el componente de actividades sociales y recreativas, todos desarrollaron habilidades de control de ansiedad y tristeza, cinco usuarios desarrollaron habilidades para el control del enojo, todos los usuarios desarrollaron habilidades de solución de problemas, y cinco de los siete usuarios trabajaron en el componente de prevención de recaídas. Los componentes que no fueron abordados durante la intervención fueron el manejo de los celos y la búsqueda de empleo.

De acuerdo con las necesidades identificadas durante la intervención, se llevaron a cabo componentes adicionales, entre ellos la adherencia al tratamiento farmacológico y comorbilidad psiquiátrica en dos de los siete usuarios; además, en un caso se abordó el componente de manejo del deseo, tomado del Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, en complemento del componente de control de ansiedad del PSC.

Finalmente, durante las fases de evaluación se reportó un indicador del estado de ánimo por medio del Inventario Beck de Depresión y Ansiedad, en las cuales se observa una disminución tanto de la sintomatología depresiva como ansiosa durante las fases de postintervención y seguimiento.

Los resultados del inventario Beck de depresión mostraron que durante la fase de postevaluación sólo dos de los siete usuarios atendidos tenían un nivel de depresión leve, mientras que el resto presentaba un nivel mínimo, con una puntuación de cero. Durante la fase de seguimiento se mantuvo un nivel bajo de depresión, el cual fue reportado como leve en tres casos, mínimo en dos usuarios y sólo en un caso se reportó un nivel moderado.

En el caso de los resultados del inventario Beck de ansiedad se observó un patrón similar, en donde las puntuaciones durante la fase de postevaluación corresponden a un nivel de ansiedad mínima en cinco de los siete usuarios, y en dos casos a un nivel de depresión leve. En general, el nivel de ansiedad durante los seguimientos se mantuvo bajo (mínimo y leve), y sólo un usuario reportó un incremento a un nivel de ansiedad moderado, lo cual se relaciona con un episodio de consumo de cocaína.

Los resultados antes mencionados podrían estar relacionados no sólo con la reducción en el patrón de consumo, sino con el desarrollo de habilidades de control de las emociones, específicamente ansiedad y tristeza; así como con la inclusión del componente de comorbilidad psiquiátrica.

## **7. DISCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS**

El objetivo del presente capítulo es realizar una breve discusión de los casos atendidos durante el programa de Residencia en Psicología de las Adicciones con los tres programas de intervención utilizados en la atención de dichos usuarios, haciendo énfasis en las fortalezas y obstáculos que se presentaron a lo largo del programa, así como una propuesta de mejora a éstos.

En total se atendió a 16 usuarios que acudieron al centro de atención debido a sus problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. El 37.5% recibió el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, el 18.75% fue atendido con el Programa de Bebedores en Riesgo y el 43.75% recibió el entrenamiento en habilidades del Programa de Satisfactores Cotidianos.

Las sustancias de consumo de mayor impacto en los usuarios atendidos fueron el alcohol, la cocaína (crack) y la marihuana, lo cual coincide con los resultados de las encuestas realizadas a nivel nacional, en las que se refiere que las principales sustancias por las cuales se acude a centros de atención son el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína (CENADIC, 2012).

Por otra parte, en el caso de los adolescentes se observó que, en general, son los padres quienes presionan o llevan al menor al centro de atención, ya sea porque encuentran algún objeto relacionado con el consumo, la sustancia misma o porque se presenta una situación problemática fuerte (por ejemplo, una suspensión escolar o reprobación de materias, etc.), lo cual les lleva a buscar ayuda y condicionar el comportamiento del adolescente.

En el apartado de factores de riesgo se ha mencionado que existen diversos factores que favorecen o protegen del consumo de alcohol y drogas, aunque ninguno de éstos se considera determinante en dicha conducta. En relación con los usuarios atendidos, se observó que, por lo general, cuando los padres se involucraban en el tratamiento del adolescente mediante la escucha, el diálogo y la generación de acuerdos, éste respondía de manera favorable, ya que referían sentirse apoyados y con una nueva oportunidad no sólo de cambio, sino de acercamiento con los padres y familiares. Por otro lado, cuando los padres se involucraban mediante la vigilancia, los castigos y con una comunicación poco asertiva, los usuarios referían sentir malestar debido a que manifestaban estar haciendo un cambio que no era observado por los padres.

Otro factor de riesgo o protección observado durante la intervención con adolescentes fue la percepción de riesgo o permisividad ante el consumo. En general, se observó que los padres tenían una percepción de riesgo mayor ante el consumo de drogas, en comparación con el consumo de alcohol, a pesar de que este último era un consumo más frecuente y en mayor cantidad. Lo anterior podría tener un impacto negativo, ya que si bien el adolescente cesaba el consumo de marihuana o inhalables, incrementaba el consumo de alcohol, lo cual facilitaba, a su vez, que el usuario comenzara, nuevamente, el consumo de otras drogas.

Ante estos fenómenos se observa que uno de los elementos que puede favorecer la intervención con el adolescente es el involucramiento de los padres durante el tratamiento,; sin embargo, se debe establecer al menos una sesión que permita orientar al padre o tutor con respecto a la comunicación y acuerdos que se pueden establecer con el usuario, a fin de favorecer la relación entre ellos y lograr un trabajo colaborativo entre los padres, el adolescente y el terapeuta.

Por otra parte, en relación con los usuarios atendidos con el Programa de Bebedores en Riesgo, se observó que en términos generales los usuarios respondieron de manera favorable con el

programa, establecieron una meta de consumo que fue mantenida por dos usuarios durante los seguimientos, reduciendo de esta forma el porcentaje de días de consumo excesivo y muy excesivo, así como los problemas relacionados con el consumo e incrementando el porcentaje de días de abstinencia y consumo moderado de alcohol. No obstante, se observó que en uno de los tres casos atendidos no se mantuvo la meta de consumo durante el seguimiento, lo cual podría ser un indicador de la necesidad de implementar sesiones adicionales que le permitieran el restablecimiento de su meta de consumo, así como el desarrollo de otras habilidades de rechazo ante la presión social y, adicionalmente, el tratamiento psiquiátrico y psicológico que le permitiera abordar el fallecimiento del padre y la sintomatología depresiva concomitante.

Con lo anterior es posible observar que si bien el Programa de Intervención para Bebedores en Riesgo es efectivo en la reducción del patrón de consumo de alcohol y los problemas relacionados con el mismo, también es importante considerar que existen otros padecimientos psiquiátricos y eventos estresantes que influyen en la vida de los usuarios y que en muchas ocasiones exacerban el consumo de alcohol, por lo que deben, en primer lugar, identificarse dichas problemáticas para posteriormente atenderlas de manera integral y mejorar la efectividad de los tratamientos.



En el caso de los usuarios que recibieron la intervención con el Programa de Satisfactores Cotidianos, se observó, en general, una reducción en los días de consumo de alcohol y drogas, así como en los problemas relacionados con el mismo. Por otro lado, se observó un incremento en la confianza percibida para enfrentar las situaciones de riesgo, así como en el nivel de satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento.

Los usuarios que recibieron este programa de intervención presentaban una mayor severidad en el consumo, en su mayoría habían recibido otro tratamiento, ya fuera psiquiátrico o psicológico, habían asistido previamente a grupos de Ayuda Mutua o, incluso, habían sido internados para lograr la desintoxicación y rehabilitación. Adicionalmente, se identificaron factores que incrementaban la severidad en el consumo y en ocasiones constituían fuertes precipitadores de recaída; el primero de ellos fue la sintomatología aguda del síndrome de abstinencia y la comorbilidad psiquiátrica.

En relación con el fenómeno de comorbilidad psiquiátrica, se ha reportado que entre el 50 y el 75% de las personas que asisten a un centro especializado para la atención de las adicciones presentan un trastorno psiquiátrico comórbido (World Health Organizations, 2001;

SAMHSA y CSAT, 2005), por lo que resulta relevante el abordaje multidisciplinario. De los siete usuarios que recibieron el programa de PSC, se observó que cinco presentaban un trastorno psiquiátrico comórbido, principalmente del estado de ánimo y ansiedad, por lo que fue importante considerar dicha patología en el plan de tratamiento y número de sesiones. El apego al tratamiento psiquiátrico fue monitoreado durante las sesiones, a fin de reducir la probabilidad de recaída como resultado del incremento en la sintomatología psiquiátrica.

El Programa de Satisfactores Cotidianos parece ser eficaz en el tratamiento de la dependencia media o severa de alcohol, y sustancial o severa en el caso de drogas, traduciéndose en la reducción del consumo de alcohol y drogas, así como en los problemas asociados al mismo y el incremento en el nivel de confianza y satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento del individuo.

Un tema de relevancia: en relación con las pruebas de alcoholímetro y antidoping, es importante mencionar que constituyen un elemento de cotejo del formato de autorregistro. Sin embargo, es imprescindible no sólo establecer una meta clara con el usuario, sino que además esté convencido de las consecuencias negativas que ha ocasionado el consumo en las diferentes áreas de vida, las ventajas que tendrá dicha meta para

el logro de otros objetivos y para el incremento en el funcionamiento y satisfacción en otras esferas de su vida, de tal forma que sea el propio usuario quien tome la decisión y responsabilidad de cambio, lo anterior con el objetivo de que las pruebas biológicas no se conviertan sólo en un método de vigilancia, sino que coadyuven en el tratamiento.

Por otro lado, durante la intervención fue posible observar que, si bien todos los usuarios comparten un consumo y algunos problemas relacionados con el funcionamiento familiar, social, escolar, laboral, cada uno se presenta con necesidades particulares, entre ellas comorbilidad psiquiátrica, pérdidas de familiares o amigos, dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales profundas, entre otras, las cuales deben ser consideradas en el curso del tratamiento, a fin de incrementar la efectividad y lograr un trabajo colaborativo con el usuario, en el cual pueda asumir un rol activo, propiciando el análisis funcional de la conducta y la toma de decisiones.

Aunado a lo anterior, es importante señalar que existen elementos que impactan de manera indirecta, pero resultan imprescindibles en el curso de la intervención y, por lo tanto, en los resultados de la misma; uno de estos elementos es el ambiente de atención, ya que puede convertirse

en un facilitador para el usuario que busca apoyo sin sentirse juzgado o señalado incluso por el personal de la sede de tratamiento. Por otro lado, en ocasiones, debido a la demanda de atención, el tiempo que se destina a cada usuario resulta limitado, y es importante que pese a la demanda de tiempo, cada usuario encuentre el espacio de trabajo terapéutico que le permita identificar las principales situaciones de riesgo y desarrollar los planes de acción y habilidades necesarias que le faciliten el proceso de cambio.

Finalmente, otro elemento de relevancia se refiere a la supervisión de casos, el cual, en un primer momento, permite mantener el apego o fidelidad a la intervención que se está proporcionando al usuario, además de que enriquece el tratamiento y provee la retroalimentación del equipo de expertos, lo cual permite anticipar y resolver obstáculos durante el curso de las sesiones de tratamiento.

## **8. REPORTE DE CASO ÚNICO**

A lo largo del presente capítulo se integran los conceptos básicos en relación con la comorbilidad psiquiátrica y adicciones, epidemiología y tratamiento. Posteriormente se presenta el reporte de un caso de comorbilidad psiquiátrica severa y consumo de alcohol y tabaco, el cual fue atendido con el Programa de Satisfactores Cotidianos, como parte de las actividades de residencia en la Maestría en Psicología, con residencia en Psicología de las Adicciones.

### **8.1 Adicciones y comorbilidad psiquiátrica**

El término de comorbilidad fue introducido del campo de la medicina general por Feinstein (1970) para designar cualquier entidad clínica distinta a la existente o que podía ocurrir en el curso del estudio clínico de un trastorno en particular. Más tarde, el término comorbilidad fue adoptado en el campo de la psiquiatría para designar la presencia de dos entidades psicopatológicas en un mismo individuo (Mueser, Drake y Wallach, 1998).

Existen diferentes formas de conceptualizar la comorbilidad, dependiendo del área de aplicación; sin embargo, se reconoce la ambigüedad del término y la falta de precisión en el establecimiento

de los límites diagnósticos, la temporalidad en la que se presentan, el número de trastornos en estudio, así como la relación causal vs. casual entre cada uno (Mueser, Drake y Wallach, 1998).

El concepto de comorbilidad ha tenido un desarrollo histórico importante en el área de la psiquiatría y las adicciones. Algunos términos con que se ha nombrado son: diagnóstico dual (*dual diagnosis*), trastorno dual, trastorno co-ocurrente (*co-occurring disorder*), comorbilidad, entre otros (SAMHSA y CSAT, 2005).

La comorbilidad en el campo de la psiquiatría y las adicciones fue identificado por clínicos especializados en el área a finales de los años 70 y principios de los 80 (Drake y Wallach, 2000), dicho fenómeno ha cobrado importancia debido a las implicaciones sociales, económicas y de salud pública. En la tabla 8.1 se enlistan las aportaciones teóricas que se han descrito en la literatura, a lo largo del tiempo, con respecto a la conceptualización del fenómeno de comorbilidad.

### ***8.1.1 Epidemiología de la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos***

En las últimas décadas se ha identificado una alta prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con

**Tabla 8.1.** Aportaciones teóricas a la conceptualización del fenómeno de comorbilidad

| <b>Autor</b>                       | <b>Aportación al concepto de comorbilidad</b>  |
|------------------------------------|--|
| Feinstein (1970)                   | En un paciente con un trastorno específico, el término comorbilidad se refiere a cualquier enfermedad adicional coexistente. Incluyendo aquellas que no son propiamente enfermedades, como embarazo, pérdida de peso a causa de dieta, reacciones sintomáticas (entre ellas náusea) que pueden ocurrir como resultado de maniobras terapéuticas. |
| Rutter (1994)                      | Argumenta que la comorbilidad debe servir de impulso a la investigación para dar validez a los constructos diagnósticos actuales, de tal forma que abandonar el término puede dar como consecuencia involuntaria que el curso de la investigación se detenga.  |
| Lilienfeld, Waldman, Israel (1994) | Sugieren que el término comorbilidad debe ser reemplazado por términos más apropiados, como co-ocurrencia o co-varianza, por ser más precisos.   |
| Spitzer (1994)                     | La comorbilidad como una etiqueta razonable de entidades co-ocurrentes que no pueden ser elevadas a un nivel conceptual de categorías auténticas o bien definidas en función de su etiología y patofisiología.   |
| Vella, Aragona, Alliani (2000)     | La comorbilidad debe ser definida como dos o más trastornos, con distinta etiopatogénesis, presentes en el mismo individuo, en un periodo definido.  |
| Lilienfeld (2003)                  | Restringe el uso del término a covarianza entre los trastornos en un mismo individuo.  |

otros trastornos psiquiátricos (Daley y Moss, 2002; SAMHSA y CSAT, 2005). Los estudios epidemiológicos realizados en escuelas y hogares señalan que aproximadamente el 29% de la población general presenta un trastorno comórbido (Regier *et al.*, 1990), mientras que la prevalencia en centros de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) es mayor. En centros especializados en la atención a las adicciones la prevalencia oscila entre el 50% y el 75%; mientras que en sedes psiquiátricas se encuentra entre el 20% y el 50% (World Health Organizations, 2001; SAMHSA y CSAT, 2005).

Se ha demostrado que las personas que padecen esquizofrenia presentan mayor riesgo a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de su vida. En una encuesta realizada en hogares, se observó que las personas que padecían esquizofrenia presentaban un incremento en la probabilidad de consumir alcohol hasta 3.6 veces mayor; aunado a esto, se estima que entre el 70% y el 90% de las personas con esquizofrenia tienen una comorbilidad con consumo de tabaco.

Además de lo ya descrito, existen otras implicaciones a las que estos pacientes se ven expuestos, como son el riesgo de padecer alguna



enfermedad infectocontagiosa (VIH, hepatitis B y/o C), incremento de la ideación suicida, conducta suicida y suicidio consumado, mayor riesgo de involucrarse en problemas legales y sociales, lo que puede aumentar la probabilidad de indigencia y/o reclusión (Drake y Wallach, 2000; Daley y Moss, 2002; SAMHSA y CSAT, 2005).

Se ha identificado que los pacientes que presentan un trastorno por consumo de sustancias en comorbilidad con un trastorno psiquiátrico tienen mayores dificultades en la adherencia al tratamiento, tanto psicológico como farmacológico, lo que conlleva a intentos de atención poco exitosos en función del alto índice de recaída (Sacks, Sacks, De León, Brenhardt y Staines, 1997; Brunette, Mueser y Drake, 2004; SAMHSA y CSAT, 2005).

### ***8.1.2 Tratamiento***

La comorbilidad fue identificada hacia finales de la década de 1970 y principios de los años 80. Los investigadores y especialistas en el área de salud mental observaron que los altos índices en el consumo y abuso de sustancias afectaba significativamente el funcionamiento de muchos de sus pacientes con enfermedad mental severa (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

En un esfuerzo por atender tal problemática, se añade al tratamiento tradicional la atención del padecimiento concomitante, con lo cual surgen dos aproximaciones predominantes al tratamiento de pacientes con comorbilidad. En la primera, se considera que antes de ingresar a otro sistema de atención es necesario obtener un tratamiento definitivo de uno de los dos padecimientos, es decir, se refiere a una aproximación secuencial. En la segunda, se afirma que ambos tratamientos son independientes y el paciente puede ser referido de un sistema de atención a otro, con lo cual se obtiene una atención en paralelo de ambos trastornos (Drake y Wallach, 2000; Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

Sin embargo, para finales de la década de los 80, se observa que en muchas ocasiones los pacientes con comorbilidad eran excluidos de ambos sistemas de tratamiento; además de que aquellos que eran atendidos obtenían pobres resultados, peores pronósticos y consecuencias más desfavorables, entre ellas mayor índice de hospitalización, desalojo, criminalidad, etc. Por tanto, se establece la necesidad de realizar modificaciones a las aproximaciones tradicionales e integrar el tratamiento, combinando los servicios de intervención en salud mental y adicciones, además de la consolidación de equipos multidisciplinarios que pudiesen comprender y tratar tanto la problemática del consumo de sustancias como el trastorno psiquiátrico.

A mediados de la década de los 90, comenzaron a reportarse estudios controlados, en los cuales se incluían programas de tratamiento que consideraban tanto el trastorno psiquiátrico como el abuso de sustancias, además de realizar intervenciones específicas, las cuales eran modificadas y probadas en ambientes clínicos. Por otra parte, se estudió la eficacia del desarrollo de intervenciones breves para atender dicho fenómeno (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

Minkoff (1989) menciona que en un tratamiento integral las intervenciones en salud mental, como en abuso de sustancias, deben ser proporcionadas por el mismo profesional, o bien por el mismo grupo de profesionales especializados en el área, con el objetivo principal de que el paciente reciba una información consistente y coherente sobre ambas patologías, además de evitar el surgimiento de conflicto entre los clínicos, el desgaste del paciente al atender a dos filosofías de tratamiento (en ocasiones tan disímiles), el aprovechamiento de los recursos económicos y algunas otras barreras u obstáculos que se pudiesen presentar durante el mismo (Minkoff, 1989; Drake y Mueser, 2000).

Ahora bien, en el desarrollo histórico del tratamiento integral existieron también diferentes aproximaciones para lograr integrar y consolidar un programa de atención. Uno de los primeros acercamientos

del tratamiento integral para pacientes con comorbilidad fue incluir el tratamiento grupal para abuso de sustancias en los programas tradicionales de salud mental, a fin de incrementar el conocimiento acerca de los mecanismos de acción de las sustancias y el desarrollo de habilidades para lograr la moderación o abstinencia.

Una segunda aproximación fue la implementación de intervenciones intensivas relacionadas con el consumo de sustancias, cuya finalidad era lograr la abstinencia del sujeto de manera pronta; con esto el paciente asistía a repetidas sesiones a lo largo del día, ya fuera en un programa de modalidad residencial, ambulatoria o de media estancia (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

Finalmente, surge una tercera postura hacia finales de la década de los 80, caracterizada por ser más comprehensiva, en tanto que busca la modificación e interconexión de los programas, no sólo la inclusión de los mismos; considera la importancia de la adherencia del paciente a tratamiento, ya que se observaba que éste en muchas ocasiones no reconocía su consumo de sustancias como problemático. Por otra parte, se resalta la necesidad de individualizar el tratamiento e incluir a la familia en el trabajo clínico con el paciente (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

Como consecuencia de la integración de los programas de tratamiento se observaron mejores resultados, aunque también surgieron diferentes consideraciones sobre las características de los pacientes comórbidos, entre ellas la dificultad para integrarse, adherirse y mantenerse en tratamiento; es por ello que Osher y Kofoed (1989) propusieron cuatro etapas generales de atención a considerar en el paciente con comorbilidad: la primera hace referencia a la necesidad de enganchar al paciente a tratamiento, considerando ambos trastornos; la segunda, de persuasión, encaminada a lograr que el paciente esté dispuesto no sólo a recibir atención, sino al cambio; ya en la tercera etapa se habla del tratamiento activo, en la cual se integran las intervenciones específicas de cada programa de tratamiento, y finalmente la cuarta etapa, prevención de recaídas, considerando la dificultad del fenómeno, desarrollo y evolución (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

Adicionalmente, se han integrado elementos como la entrevista motivacional, ya que se sabe que la mayoría de los pacientes con un padecimiento psiquiátrico no están listos para considerar la abstinencia como uno de los objetivos principales del tratamiento, de esta forma se logran identificar los objetivos del paciente y cómo su patrón de consumo interfiere en el cumplimiento de los mismos (Negrete, 2003; Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

### 8.1.2.1 Modalidades de tratamiento

El tratamiento para pacientes duales puede variar dependiendo su modalidad, es decir, ambulatoria (consulta externa, hospital de día), residencial (corta, mediana y larga estancia) y medio camino; de la duración del tratamiento y/o número de sesiones, y se divide en intervenciones breves (no más de diez sesiones), de corta o larga duración (con un número de sesiones variables que van de los tres meses hasta un año); de acuerdo con las intervenciones individuales, grupales o mixtas; del enfoque teórico, entre otros; además de las combinaciones que se han realizado entre las mismas, por ejemplo, modo ambulatorio con intervención breve.

### 8.1.2.2 Programa de tratamiento en modalidad ambulatoria

Los tratamientos ambulatorios no fueron posibles sino hasta la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico, que surge hacia la segunda mitad del siglo XIX, además de otros factores que incrementaron el éxito en la implementación de esta modalidad de atención. En Estados Unidos se desarrollaron dos grandes modelos especializados de tratamiento para atender el diagnóstico dual en modalidad ambulatoria: el ACT (Assertive Community Treatment), que surge en la década de 1970 en Wisconsin, y el ICM (Intensive Case Management), que es

implementado a finales de los 80 y principios de los años 90 (SAMHSA y CSAT, 2005).

Ambos programas de tratamiento son intensivos, utilizan las etapas de cambio propuestas por Prochanska y DiClemente para evaluar y guiar el tratamiento, tienen como objetivo la abstinencia a largo plazo y consideran diversas estrategias para lograrlo; por ejemplo, prevención de recaídas con enfoque cognitivo conductual, psicoeducación, intervención en crisis, acompañamiento individual, además de que se propicia la participación del paciente en el programa de 12 pasos, entre otras.

De acuerdo con la evidencia empírica, se sugiere que la eficacia puede variar en función de las características del paciente, es decir, del grado en que se presenta la enfermedad mental, por lo que pareciera que a menor severidad en el padecimiento psiquiátrico, son mejores los resultados que se obtienen de esta modalidad ambulatoria de tratamiento, aunque también existen otros factores que se relacionan estrechamente, como son: el nivel de motivación para recibir atención, el deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento del individuo, la severidad del trastorno adictivo, entre otros (SAMHSA y CSAT, 2005).

El ingreso a un programa de atención ambulatorio puede además representar una primera aproximación a tratamiento, o bien formar

parte del seguimiento de atención del modo residencial. Por lo general, los pacientes que acuden a tratamientos ambulatorios se encuentran más estables o presentan una menor severidad en términos tanto del padecimiento psiquiátrico como del trastorno por consumo de sustancias, lo cual incrementa la probabilidad de éxito en la recuperación.

En los últimos años se ha reconocido la importancia de realizar una evaluación adecuada antes de ingresar al individuo a una modalidad ambulatoria de atención, a fin de obtener mejores resultados, considerando que no todos los pacientes comórbidos se beneficiarán de éste en cualquier momento, además de que, de esta forma, será posible realizar un plan de tratamiento individualizado, tomando en cuenta la gravedad de ambas patologías, el funcionamiento cognitivo, el deterioro social, familiar, laboral, etc. (Drake y Mueser, 2000; SAMHSA y CSAT, 2005).

Por otra parte, se deberán considerar no sólo las ventajas, sino los riesgos de la atención ambulatoria, en referencia al nivel de monitoreo que podría requerir el paciente en caso de ideación suicida o una alta probabilidad de conductas autolesivas o criminales, e incluso la incapacidad para mantenerse en abstinencia en una modalidad de este tipo, cuando quizá la estancia en un medio residencial fuera más favorable (SAMHSA y CSAT, 2005).



Una vez que la persona esté recibiendo tratamiento ambulatorio, se deben llevar a cabo evaluaciones periódicas que puedan dar cuenta del cambio, las condiciones en que se encuentra el individuo, así como el progreso obtenido, a fin de realizar, en caso necesario, modificaciones al tratamiento (SAMHSA y CSAT, 2005).

#### 8.1.2.3 Programa de tratamiento en modalidad residencial

Los programas residenciales han sido utilizados para atender a aquellos pacientes con trastornos comórbidos más severos (SAMHSA y CSAT, 2005), o bien que no han respondido favorablemente en un tratamiento ambulatorio, viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, caracterizados generalmente por la falta de estabilidad, o no cuentan con una red de apoyo (Drake y Wallach, 2000).

Por otra parte, la atención a pacientes con comorbilidad psiquiátrica, que con frecuencia se encuentran en condiciones de indigencia, hospitalización o encarcelamiento, es muy costosa, por lo que se considera que estas poblaciones son candidatas para el ingreso a programas en medio residencial (Brunette, Mueser y Drake, 2004).

La literatura señala que un tratamiento residencial efectivo cuesta más o menos lo mismo que un tratamiento ambulatorio en

paralelo, pero a diferencia de este último, el paciente evita el ingreso constante a las salas de urgencia por intoxicación aguda de la sustancia o para estabilización del padecimiento psiquiátrico, además de los días de internamiento en clínicas de salud mental (Drake y Mueser, 2000; Brunette, Mueser y Drake, 2004).

Los programas residenciales están contenidos en diversas formas, desde aquellos en donde se considera una larga estancia, que va de los seis a los 12 meses, los programas en un medio penitenciario, los de media estancia (también llamados casas de medio camino) o bien los de corta estancia (igual o menor a seis meses). La duración dependerá de las necesidades del paciente y de su evolución; en términos generales, los estudios han demostrado que los tratamientos en medio residencial tienen resultados positivos sobre el consumo de sustancias, la criminalidad y el empleo (SAMHSA y CSAT, 2005).

Se ha establecido la permanencia mínima de 90 días en un programa de este tipo, ya que la investigación ha demostrado mejores resultados cuando se retiene al paciente al menos tres meses en un medio residencial, ya que en ese periodo podría estabilizarse la patología concomitante o remitir el padecimiento psiquiátrico (Brunette, Mueser y Drake, 2004; SAMHSA y CSAT, 2005).

De la misma forma que en los tratamientos ambulatorios, es necesario realizar una evaluación adecuada del paciente, a fin de conocer sus necesidades, la gravedad de los trastornos que presenta, el posible riesgo que pueda representar para su vida o la de los demás, los objetivos propios del paciente, soporte familiar y social, entre otros. Por otra parte, al término del tratamiento será de vital importancia que el paciente tenga un seguimiento, ya que, como se ha observado, tanto el trastorno mental como aquel por consumo de sustancias son padecimientos que requieren un monitoreo constante y cercano, debido al alto índice de reincidencia, además de considerar que posterior al internamiento el individuo deberá enfrentarse al medio social del que es parte.

Es recomendable un seguimiento de 24 meses, el cual tendrá como objetivo principal mantener la abstinencia; continuar el proceso de recuperación; desarrollar habilidades para reinsertarse en la comunidad y resolver problemas con la familia, así como en un medio laboral o escolar; profundizar en el entendimiento psicológico; incrementar la asunción de responsabilidad, y consolidar los cambios logrados durante la estancia en el tratamiento residencial (SAMHSA y CSAT, 2005).

Uno de los tipos más comunes de este programa es la comunidad terapéutica, basada en la comunidad como método, en la cual se establecen reglas, tienen una identidad común y se generan expectativas con respecto a sus miembros. Por lo general tiene una duración de 12 meses, cuyo objetivo es promover la abstinencia de alcohol y drogas, y asume que el individuo en su totalidad tiene un problema y éste es reflejado a su vez en conducta, valores y estado de ánimo desadaptativos, por lo que se busca el cambio en el estilo de vida global a través del trabajo intenso con el programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, principalmente, aunque hay diferentes tipos y enfoques dentro de las mismas (Drake y Mueser, 2000; Brunette, Mueser y Drake, 2004; SAMHSA y CSAT, 2005).

En los últimos años se han realizado diferentes modificaciones a la comunidad terapéutica, caracterizándose por mayor flexibilidad, menor intensidad y mayor grado de individualización del tratamiento; además, se ha observado la relevancia en la inclusión del área vocacional, a fin de dotar al paciente con las herramientas necesarias para el ingreso o reingreso al medio escolar y/o laboral al finalizar su estancia (Drake y Mueser, 2000).

#### 8.1.2.4 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico ha sido introducido en algunos programas de tratamiento, con el objetivo principal de atender el trastorno psiquiátrico. No obstante, en ocasiones se ha observado que también hay una modificación con respecto al consumo de sustancias; por ejemplo, al mejorar el estado de ánimo, reducir la ansiedad o disminuir síntomas concernientes a la esquizofrenia, hay un decremento en el consumo de sustancias (Drake y Wallach, 2000).

Apesar de la investigación que se ha realizado entorno al beneficio de la prescripción de medicamentos para atender el padecimiento psiquiátrico, en la actualidad sigue habiendo especialistas clínicos que conservan ciertas reservas para hacer uso de la farmacoterapia, entre ellas está el temor a que el paciente comience a abusar del medicamento de prescripción, que presente alguna dificultad en caso de que se combine el fármaco con la sustancia de abuso o, incluso, que el padecimiento psiquiátrico sea causa del consumo de sustancias y, por lo tanto, que la atención a dicho trastorno no tenga efecto sobre el estado de ánimo o cualquier otro síntoma que pudiese presentarse (Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Un estudio realizado por Greenfield *et al.* (1998) demostró que los pacientes con depresión y abuso o dependencia de sustancias tenían tres veces más probabilidad de recaída que aquellos sin depresión, y más aún, aquellos pacientes deprimidos sin manejo farmacológico recaían aún más rápido en comparación con los pacientes a los que se les había incluido un antidepresivo en su tratamiento (Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Por otro lado, existe una fuerte controversia en torno a la prescripción de benzodiazepinas como parte del tratamiento farmacológico, algunos especialistas aseguran que éste es un manejo contraindicado, ya que se ha observado que en ocasiones el paciente comienza a abusar de esta sustancia, además de que puede ser reemplazada por su droga de preferencia o incluso tomarse en combinación con la misma para intentar potenciar el efecto (Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Cabe mencionar que el tratamiento farmacológico, sin importar cuál sea, deberá evaluarse considerando las ventajas y consecuencias que tenga para el propio individuo, así como la modalidad de tratamiento (ambulatorio, residencial, media estancia) en que se administran. Es por esta razón que se necesita un monitoreo constante y cercano

que permita conocer la evolución de los síntomas psiquiátricos, pero además el apego a las indicaciones médicas sobre la administración de los fármacos (SAMHSA y CSAT, 2005).

#### 8.1.2.5 Tratamiento psicológico

Se han modificado las diversas corrientes teóricas para conceptualizar y atender la comorbilidad de los pacientes, el objetivo de cada una varía en función de la forma de abordar el fenómeno, de la meta a alcanzar y las técnicas mediante las cuales se buscará lograrla. Sin embargo, se cree que la psicoterapia en el campo de los trastornos adictivos es relativamente nueva y se han ido incorporando y desarrollando elementos que permiten el mantenimiento de la abstinencia, la mejoría en cuanto a la adherencia al tratamiento, la reducción de síntomas y el incremento en las habilidades para enfrentar el medio social del que forma parte el individuo, entre otros (Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Hacia 1985, Khantzhian desarrolla la hipótesis de la automedicación, por lo que se pensaba que la persona consumía determinada sustancia para mitigar los síntomas de una enfermedad psiquiátrica, con lo cual la utilidad de la psicoterapia no era del todo reconocida, ya que una vez que se atendiera el padecimiento mental,

el uso de sustancias remitiría. No obstante, se ha demostrado que el trastorno adictivo, en conjunto con el psiquiátrico, posee diferente etiología y conlleva una serie de cambios no sólo a nivel biológico, sino que hay fuertes modificaciones y desadaptaciones en el medio social, familiar e individual del paciente, por lo que es necesario considerar que probablemente sea importante reeducar al individuo en el establecimiento de relaciones interpersonales, manejo de estrés ante abstinencia, problemas cotidianos, entre otros (Negrete, 2003; Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Los tratamientos con un enfoque cognitivo conductual han arrojado resultados positivos para el trastorno por consumo de sustancias, además de involucrar otras áreas de la persona, permitiéndole desarrollar herramientas para la solución de problemas dentro del seno familiar y laboral, mejora en funcionamiento psicosocial, estrategias para la reinserción escolar y laboral, además de la prevención de recaídas (Conrod y Stewart, 2005). Aunado a esto, ya se ha mencionado que los pacientes con comorbilidad presentan una pobre adherencia al tratamiento, lo cual incrementa el riesgo de recaída, hospitalización y calidad de vida, por lo cual se han implementado estrategias motivacionales, entre ellas la entrevista motivacional (Daley y Zuckoff, 1998; Negrete, 2003; Pray y Watson, 2008).



Se ha demostrado que el implementar sesiones motivacionales, previas al inicio del tratamiento, incrementa la adherencia (Thylstrup y Johansen, 2009), la disposición al cambio y reduce el reingreso a hospital por padecimiento psiquiátrico y abandono del tratamiento (Daley y Zuckoff, 1998). En relación con la esquizofrenia en comorbilidad con el trastorno por consumo de alcohol, se ha demostrado que la incorporación de un estilo de entrevista motivacional a lo largo del tratamiento permite no sólo incrementar la adherencia al mismo, sino que además mejora los resultados de la intervención en función de la reducción del consumo de alcohol, así como el funcionamiento social y curso del trastorno psiquiátrico (Carey, Leontieva, Dimmock, Maisto y Batki, 2007).

Martino, Carroll, Kostas, Perkins y Rounsaville (2002) señalaron que una problemática compleja, como es el padecimiento dual, requería que se realizaran modificaciones a las técnicas motivacionales tradicionales y, en consecuencia, diseñaron la entrevista motivacional dirigida al paciente con diagnóstico dual (Thylstrup y Johansen, 2009), aunque cabe mencionar que no es la única modificación que se ha realizado a dichas estrategias.

Por otra parte, en torno a la inclusión de la familia, hay evidencia que indica que aquellos pacientes cuya familia se involucra en sus

vidas durante el proceso de recuperación, tienen mejor pronóstico, es decir, tienen un mejor curso de la enfermedad mental y disminuyen el consumo de sustancias (Thylstrup y Johansen, 2009).

#### 8.1.2.6 Grupos de Ayuda Mutua o Programa de 12 Pasos

El Programa de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos ha sido incorporado a algunos programas de tratamiento farmacológicos y psicosociales (Pray y Watson, 2008); su utilidad ha sido controvertida, ya que mientras algunos argumentan que dicho programa no está dirigido a una población con padecimiento comórbido, debido a la recomendación de no tomar los medicamentos psiquiátricos indicados por temor a nuevo trastorno adictivo, otros aseguran que éste ha sido vital, tanto en la recuperación como en la reestructuración del estilo de vida (Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

Por otro lado, el Programa de 12 Pasos se ha implementado en programas integrales, en los que se incluye el manejo farmacológico, terapia de orientación psicológica, familia, etc., lo cual ha arrojado mejores resultados al tratamiento (Negrete, 2003; Weiss, Najavits y Hennessy, 2004).

En conclusión, la comorbilidad psiquiátrica es un fenómeno que demanda atención oportuna e integral en los diferentes sectores de atención; además, la inclusión del estilo de entrevista motivacional al tratamiento resulta fundamental, a fin de incrementar la adherencia al tratamiento y lograr mejores resultados. Sin embargo, es imprescindible realizar un monitoreo continuo del usuario y considerar tratamientos más intensivos.

A continuación se realiza el reporte de caso único atendido en el Centro de Prevención y Atención para las Adicciones (CPAHAV), con el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

## **8.2 Reporte de caso**

Se presentó al centro de atención usuaria de 62 años, refiriendo consumo excesivo de alcohol. Se procedió a realizar la ficha de identificación de la entrevista inicial, en la cual refirió como estado civil divorciada; en cuanto a la situación laboral, mencionó ser empleada desde hacía 36 años, contaba con casa propia y vivía sola.

En los siguientes puntos se describe, brevemente, la información obtenida durante la entrevista inicial y la evaluación realizada mediante pruebas o cuestionarios.

### **8.2.1 Examen del estado mental**

Se presentó usuaria de 62 años en condiciones regulares de higiene y aliño; se encontró orientada en tiempo, espacio, circunstancia y persona; la atención, concentración y memoria se encontraban disminuidas. El humor fue referido como “Me siento mal, estoy defraudada...” (*sic*); presentó labilidad emocional, con llanto fácil. El discurso era circuloquial, llegando a meta con ayuda; el pensamiento era predominantemente concreto. No refería ideación o planeación suicida, reportó diagnóstico psiquiátrico previo de esquizofrenia paranoide; sin embargo, mencionó que la sintomatología se encontraba controlada por el medicamento que no había suspendido. Durante el curso de la entrevista refirió ideas de daño propias del trastorno psiquiátrico, sin ser predominantes en su discurso.

### **8.2.2 Información obtenida de la entrevista inicial**

#### **8.2.2.1 Motivo de consulta y evaluación**

El motivo de consulta fue referido por la usuaria como: “He roto todos los platos... por eso estoy aquí, empecé a beber otra vez y no puedo parar, necesito ayuda...” (*sic*).

La usuaria mencionó que en enero de 2011 asistió por primera vez al centro para recibir atención a causa del consumo de alcohol, manteniéndose en tratamiento durante tres meses, en los cuales disminuyó, de manera importante, el consumo. Sin embargo, mencionó que en junio del mismo año salió de vacaciones a Cancún con sus hermanos y comenzó a beber en el avión, manteniendo un consumo regular de tres a cuatro tragos estándar casi diario, lo cual se vio incrementado en frecuencia y cantidad durante los meses de julio y agosto. Comenzó a presentar consecuencias asociadas al consumo en las áreas familiar (distanciamiento, riñas), laboral (ausentismo, retardos, problemas con el jefe inmediato) y de salud (infecciones frecuentes en vías urinarias, gastritis), por lo que decidió asistir nuevamente al centro.

#### 8.2.2.2 Consumo de sustancias

La principal sustancia de consumo fue alcohol y el tipo de bebidas de preferencia fueron los destilados (90%) y la cerveza (10%). Refirió haber consumido alcohol durante 47 años y que, aproximadamente, los últimos ocho años había bebido en forma excesiva.

Por lo general la usuaria consumía sola, en un lugar privado; consideró que una vez que empezaba a consumir podía detener su consumo voluntariamente, y calculó que la ingesta tenía lugar de tres

a cuatro días por semana, consumiendo cinco tragos estándar por ocasión. El gasto destinado al consumo fue, aproximadamente, del 20% del sueldo mensual. La usuaria consideró que su consumo de alcohol, en una escala del 1 al 4, en donde 1 significaba ningún problema y 4 representaba un gran problema (consecuencias serias), ella se encontraba en la puntuación mayor, ya que refirió estar presentando problemas importantes en las distintas áreas de funcionamiento.

#### 8.2.2.3 Disposición al cambio

El mayor periodo que dejó de consumir fue de ocho años. Durante 1989 la usuaria mencionó que la abstinencia fue motivada por la pareja; sin embargo, al experimentar problemas en esta área, esto se convirtió en un precipitador de recaída. Al momento de la entrevista, la usuaria consideró que era muy importante para ella dejar de consumir, y las razones principales para hacer dicho cambio fueron mejorar la salud y su funcionamiento en las diversas áreas de vida.

#### 8.2.2.4 Situación social-familiar

Entre los antecedentes familiares de consumo de alcohol se encontró el padre, quien falleció a causa del consumo excesivo. Por

otro lado, la usuaria mencionó que, en general, sus hermanos también consumían de una manera excesiva; uno de ellos falleció a causa de una hemorragia por várices esofágicas.

Entre los amigos y familiares que refirió que podrían ayudarle a cambiar su consumo de alcohol mencionó a dos de sus hermanos, uno de ellos dejó de beber desde hace ocho años, por lo que mencionó que podría apoyarle en la guía para dejar de beber. Por otro lado, también refirió que su hermana podría ayudarle; sin embargo, ella también consumía alcohol y la relación que mantenía con ambos era percibida como ambivalente, y en ocasiones agresiva hacia la usuaria.

#### 8.2.2.5 Situación laboral

La usuaria refirió que desde hace 36 años laboraba como médico en el área de rehabilitación, y que si bien no había perdido su empleo a causa del consumo, éste le estaba generando conflictos con el jefe inmediato debido al ausentismo y retardos. En general, estimó que en los últimos 12 meses había dejado de trabajar 25 días como resultado del consumo excesivo de alcohol.

#### 8.2.2.6 Estado de ánimo

En relación con el estado de ánimo, mencionó que no se sentía triste con frecuencia, aunque los días que experimentaba tristeza era debido a la sensación de soledad. Por otro lado, refirió que a los 18 años intentó quitarse la vida, por lo que se le preguntó si en los últimos meses había tenido ideas de muerte, a lo que contestó afirmativamente, aunque sin llegar a planear o intentar hacerlo.

Durante la entrevista, la usuaria refirió que con frecuencia se sentía ansiosa, ya que temía decir la verdad sobre su consumo y que fuera estigmatizada en el plano laboral, tanto por su padecimiento psiquiátrico como por los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

#### 8.2.2.7 Salud física

En la actualidad estaba siendo atendida por problemas de salud, en las áreas de endocrinología y ortopedia; además, se encontraba tomando medicamentos de prescripción médica para el control de síntomas propios de la esquizofrenia paranoide. Entre los medicamentos prescritos se indicaron: ecitalopram, olanzapina y clonazepam. En los últimos 12 meses no había requerido hospitalización a causa del consumo ni del trastorno psiquiátrico; sin embargo, refirió haber sido



internada al menos tres veces a lo largo de la vida para desintoxicación y estabilización del padecimiento psiquiátrico.

#### 8.2.2.8 Consecuencias adversas al consumo de sustancias

Entre las consecuencias adversas al consumo de alcohol, había presentado desnutrición y gastritis, entre las alteraciones digestivas; lagunas mentales, temblor, golpes, caídas, confusión mental y accidentes, entre las alteraciones del sistema nervioso central. Por otro lado, refirió que ha presentado alteraciones cognitivas, principalmente problemas de concentración y memoria. Las alteraciones emocionales que refirió fueron: ansiedad, culpa, depresión, desesperación, ideas suicidas y temor. Entre las alteraciones en relaciones interpersonales se encontraron el aislamiento, pérdida de confianza de amigos y familiares, así como la ruptura de relaciones de pareja.

Adicionalmente, había tenido complicaciones en el área económica debido al gasto excesivo, el cual le había llevado a empeñar sus pertenencias o adquirir deudas bancarias. Las alteraciones laborales que mencionó son el ausentismo, problemas con el jefe y los retardos.

Por otro lado, refirió estar presentando alteraciones respiratorias a causa del consumo excesivo y prolongado de tabaco, entre éstas mencionó enfisema pulmonar obstructivo y tos crónica.

La usuaria mencionó que en casi 20 años, en los cuales se había agravado tanto su situación de consumo como del trastorno psiquiátrico, había recibido aproximadamente tres tratamientos de internamiento en clínicas psiquiátricas. Al respecto, mencionó que le había servido para desintoxicarla y recibir atención médica y psiquiátrica, aunque no había logrado mantenerse en abstinencia por periodos prolongados, con excepción de los ocho años sin consumo a partir de 1989. Por otro lado, mencionó haber asistido a grupos de ayuda mutua de manera más o menos regular durante los últimos años.

La evaluación que dio la usuaria con respecto a la satisfacción con su forma o estilo de vida al momento de la entrevista, en una escala del 1 al 5 (en donde 1 era muy satisfecho y 5 muy insatisfecho), fue de 3, el cual correspondía a un nivel medio, en donde la usuaria refirió sentirse insegura. Entre las metas para el futuro se encontraron seguir trabajando y crear un servicio de rehabilitación de manera independiente.

### ***8.2.3 Evaluación realizada por pruebas o cuestionarios***

#### **8.2.3.1 Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)**

De acuerdo con el resultado de esta escala, la usuaria presentó una dependencia media, obteniendo 26 puntos en la valoración.

### 8.2.3.2 Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Durante la intervención previa, el patrón de consumo anual fue de 1563 tragos estándar, en promedio 30.2 tragos estándar por semana; se reportaron 156 ocasiones de consumo y 13 tragos, en promedio, por ocasión de consumo. Se reportó que durante las 52 semanas se había presentado al menos un momento de consumo, la usuaria refirió que el mayor periodo en que había logrado la abstinencia durante el año previo fue de cuatro días. En general, el consumo tenía lugar los días viernes, sábado y domingo.

Cuando la usuaria regresó al servicio para pedir atención, refirió que había presentado consumo moderado los días viernes, sábado o domingo, sin exceder los tres tragos estándar; sin embargo, en junio comenzó a beber de manera regular, tres a cuatro días por semana, aproximadamente tres tragos estándar, y para julio y agosto incrementó su consumo a ocho tragos diario o casi diario. Se calculó que durante junio, julio y agosto, la usuaria bebió 362 tragos estándar, presentando 54 ocasiones de consumo, con una media de 6.7 tragos por ocasión.

### 8.2.3.3 Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

Al realizar la aplicación de este inventario se observó que las situaciones en que se presentaba con mayor frecuencia la ingesta era

cuando experimentaba una emoción desagradables, principalmente cuando se sentía triste y sola (73.3%); la segunda situación fue la presión social, que si bien refirió que directamente no le ofrecían bebidas alcohólicas, existía una presión social indirecta que incrementaba su deseo de consumo (50%).

La presión social estaba acompañada de una idea delirante, en la cual refirió que una persona, con la que tuvo una relación amorosa y con la cual no concluyó de forma cordial, era quien mandaba todas las señales para que cuando la usuaria pasara por determinados lugares, alguien estuviera bebiendo, dejaran botellas vacías de cerveza o destilados, colocaran publicidad relacionada con alcohol, entre otros. De esta forma, la usuaria manifestó que el deseo de consumo se incrementaba y terminaba bebiendo.

Otra de las situaciones de mayor riesgo para el consumo fue el conflicto con otros, presentado 45% de las veces, seguido del malestar físico (43.3%), el cual se presentó en general como consecuencia de la dificultad para dormir. Posteriormente, se observó la necesidad física (36.7%) y los momentos agradables con otros (36.7%); por último, se observó que la situación de menor consumo fue cuando la usuaria experimentaba una emoción agradable (33.3%).

#### 8.2.3.4 Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

En relación con los resultados de este cuestionario, se observó que las situaciones en donde se percibía mayor confianza era en emociones agradables, probando autocontrol y presión social (90%); posteriormente, le siguieron los momentos agradables con otros (80%), emociones desagradables (50%) y malestar físico (50%). Las situaciones en que se percibió menor confianza fue cuando se presentaba necesidad física (30%) y conflicto con otros (30%).

#### 8.2.3.5 Escala de Satisfacción General

El nivel de satisfacción general de vida cotidiana fue de 6, la usuaria refirió identificar que hay áreas de funcionamiento que se habían visto alteradas de manera importante a causa del consumo de alcohol. La evaluación por cada una de las áreas de funcionamiento se distribuyó de la siguiente forma: consumo, 4; progreso en el trabajo, 8; manejo del dinero, 7; actividades sociales y recreativas, 5; relaciones familiares, 6; relaciones de pareja, 4; hábitos personales, 7; vida emocional, 6, y comunicación, 6.

#### 8.2.3.6 Inventario Beck de Ansiedad y Depresión

El nivel de ansiedad, de acuerdo con el inventario Beck, fue moderado (22 puntos), el cual se manifestó principalmente por

inseguridad, terror, latidos acelerados, nerviosismo y manos sudorosas. El nivel de depresión fue leve (16 puntos), en donde predominó la pérdida de apetito, culpa, pérdida de peso, cansancio y preocupaciones físicas.

#### **8.2.4 Diagnóstico**

- **Eje I.** Esquizofrenia paranoide y trastorno por dependencia al alcohol
- **Eje II.** Rasgos paranoides de la personalidad
- **Eje III.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- **Eje IV.** Problemas relativos al grupo primario de apoyo, al ambiente social y laboral
- **Eje V.** 60 puntos EEAG: moderadas dificultades en la actividad social y laboral

#### **8.2.5 Recursos disponibles y déficit**

Uno de los elementos a resaltar fue que la usuaria MBB conservaba un empleo estable, el cual le permitía mantenerse activa al cumplir un horario de trabajo bien establecido y actividades que le

permitían obtener satisfacción al ser de apoyo a otras personas. Además, en un momento de su vida pudo permanecer sin consumo durante ocho años, lo cual podría ser un indicador de que cuando se fija una meta puede lograrlo y cuenta con herramientas para ello.

Por otro lado, acudió previamente al centro mostrando constancia en la asistencia a sus sesiones y compromiso al realizar las actividades tanto de autorregistro como de llenado de los folletos, además de lograr la reducción del consumo, lo cual, en conjunto, podría favorecer la adherencia a un tratamiento más intensivo que considerara el trastorno psiquiátrico comórbido.

En relación con el trastorno psiquiátrico, un elemento favorable fue que los síntomas se encontraban controlados con el tratamiento farmacológico. Por otro lado, se observó que la usuaria buscaba atención y se adhería a las indicaciones de los médicos, a fin de mantener un buen estado de salud.

Dentro de los elementos en contra podrían haberse considerado que la usuaria vivía sola y no contaba con una red de apoyo favorable, ya que si bien refirió que sus hermanos podrían apoyarle a cambiar su consumo, también manifestó una relación agresiva y de rechazo, en muchas ocasiones, por parte de sus hermanos, la cual era experimentada

con enojo y tristeza, llevándole a una sensación de soledad, con un consumo consecuente.

Por otra parte, en el área laboral, MBB refirió tener relaciones interpersonales poco profundas, ya que en ocasiones percibía rechazo por parte de sus compañeros de trabajo, impidiéndole entablar comunicación con ellos.

El que la usuaria tuviera un trabajo estable fue un factor protector, ya que le permitía la independencia económica, y constituyó una actividad estructurada y que requería constancia. Sin embargo, cabe mencionar que ésta era un área que se encontraba en alerta, ya que la usuaria estaba presentando problemas con el jefe inmediato debido al ausentismo y los retardos, a causa del consumo diario, por lo que era vital el cese de consumo para evitar que los problemas se intensificaran y pusieran en riesgo la conservación del empleo.

Los síntomas psiquiátricos estaban controlados; no obstante, debido al desconocimiento de la enfermedad mental, en México sigue existiendo prejuicio al respecto, lo cual impacta en el establecimiento de relaciones interpersonales. Aunado a esto, los rasgos paranoides de personalidad y el propio trastorno limitan la interacción social, al presentar suspicacia ante la respuesta de los otros. Y, por otra parte, se



ha reportado que el consumo de alcohol incrementa la probabilidad de que el padecimiento psiquiátrico se agrave, lo cual constituía un riesgo para la usuaria, al no contar además con una red de apoyo favorable.

### **8.2.6 Plan de tratamiento**

La usuaria fue atendida con el Programa de Satisfactores Cotidianos, una intervención cognitivo conductual descrita en el capítulo 6. Adicionalmente, se mantuvo un estilo de entrevista motivacional a lo largo del tratamiento, en la cual se emplearon técnicas tales como: oraciones reflexivas, plática de cambio, preguntas abiertas, pros y contras tanto de la conducta de consumo como de cambio (balance decisional), identificación de problemas, plan de acción para el cambio, generación de una atmósfera de colaboración para el cambio, creación de discrepancias, validación de fortalezas y autoeficacia.

En total, la usuaria recibió 47 sesiones de 45 a 60 minutos cada una. Primero se le citó dos veces por semana, pero como se observó que la usuaria no lograba mantenerse en abstinencia y presentaba alteraciones laborales, familiares y de salud que podían ponerle en riesgo y, por otro lado, no le era posible el internamiento para una desintoxicación, se le citó tres veces por semana, durante cinco semanas; de esta forma,

en la primera sesión semanal se revisaba el componente del programa, en la segunda se evaluaba cómo lo había llevado a cabo durante el día anterior, y en la tercera sesión se realizaban planes de acción para el fin de semana.

Posteriormente se le citó dos veces por semana, observando que lograba mantenerse sin consumo, aunque con pequeñas recaídas. Una vez que la usuaria logró mantenerse sin beber durante más días, se le comenzó a citar una vez por semana y, finalmente, antes de concluir la intervención se le citó cada dos semanas, para realizar el cierre del proceso de intervención y comenzar la fase de seguimiento.

El tratamiento farmacológico estuvo a cargo de un médico psiquiatra del ISSSTE, con el que la usuaria acudía de forma regular; adicionalmente, durante la intervención se monitoreó la adherencia al tratamiento farmacológico, para evitar que se desencadenara la sintomatología psicótica que pusiera en riesgo la integridad de la usuaria o de terceros; el trastorno psiquiátrico se mantuvo controlado durante la intervención.

Como parte del plan de tratamiento, se incluyó la identificación de ideas de referencia y manejo de síntomas psiquiátricos, a fin de disminuir el consumo de alcohol, como una medida para aminorar el malestar provocado por la sintomatología psiquiátrica residual.

El objetivo del tratamiento fue detener el consumo excesivo de alcohol, reducir los problemas asociados con el mismo e incrementar la satisfacción percibida en las diferentes áreas de funcionamiento de la usuaria. La hipótesis fue que el Programa de Satisfactores Cotidianos, con la integración de un componente de comorbilidad psiquiátrica, podría representar un tratamiento efectivo para un caso de consumo excesivo de alcohol y comorbilidad psiquiátrica severa.

A continuación se realiza la descripción de los componentes que integraron la intervención.

### ***8.2.7 Componentes utilizados a lo largo de la intervención***

#### **8.2.7.1 Consecuencias asociadas al consumo de alcohol**

**Objetivo terapéutico.** Identificar las consecuencias, tanto negativas como positivas, a corto y largo plazos, relacionadas tanto con el consumo excesivo de alcohol como con la realización de un cambio, permitiendo de esta forma incrementar la motivación de la usuaria para realizar un cambio en su conducta.

Después de indagar sobre las consecuencias percibidas por la usuaria, y con apoyo de la entrevista y los problemas asociados, se le

proporcionó retroalimentación sobre los resultados de la evaluación, resaltando la importancia de realizar un cambio en la conducta de consumo, así como de las características positivas y habilidades que poseía y que podían favorecer su proceso durante la intervención. Las técnicas empleadas durante la sesión fueron la instrucción verbal, reforzamiento positivo y retroalimentación.

#### 8.2.7.2 Análisis funcional

**Objetivo terapéutico.** Analizar la conducta de consumo y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos. Analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo, para resaltar los beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia. Analizar los precipitadores de recaída y elaborar planes de acción.

El componente de análisis funcional se dividió en tres momentos, en el primero se trabajó el análisis funcional de la conducta de consumo durante dos sesiones de 45 a 60 minutos cada una. En un segundo momento se realizó el análisis funcional de la conducta de no consumo; sin embargo, se observó que la usuaria presentaba dificultades para identificar una conducta satisfactoria, por lo que se buscó trabajar otros componentes para proporcionar mayores herramientas a la usuaria.

El análisis funcional de la reincidencia se llevó a cabo en distintos momentos durante la intervención; en general, éste se trabajó ante situaciones de consumo, resaltando además las consecuencias negativas asociadas al mismo para, finalmente, elaborar planes de acción que le permitieran detener el consumo y mantener la abstinencia. Las técnicas utilizadas durante la sesión fueron instrucción verbal y retroalimentación.

#### 8.2.7.3 Importancia del tratamiento psiquiátrico

**Objetivo terapéutico.** Identificar la importancia de la adherencia al tratamiento psiquiátrico, como parte fundamental de la atención multidisciplinaria para la atención del consumo excesivo de alcohol en comorbilidad con el trastorno psiquiátrico.

Se trabajó una sesión al inicio de la intervención, en la cual se resaltó la importancia de que la usuaria se adhiriera al tratamiento farmacológico para controlar los síntomas de la esquizofrenia paranoide y de esta forma poder trabajar el desarrollo de habilidades para cesar el consumo de alcohol. Posteriormente se asociaron episodios de consumo con alteraciones en el pensamiento y estado de ánimo, por lo que se enfatizó la importancia de detener el consumo, a fin de evitar los

riesgos a la salud y el surgimiento de episodios psicóticos que pudieran poner en riesgo la seguridad de la usuaria. Las técnicas usadas fueron la instrucción verbal y las correspondientes a la entrevista motivacional.

#### 8.2.7.4 Muestra de abstinencia

**Objetivo terapéutico.** Establecer un periodo de abstinencia, en el cual sea posible observar las consecuencias positivas y la mejora en las áreas de funcionamiento, así como en las capacidades cognitivas de atención, concentración y memoria, que faciliten el proceso de desarrollo de habilidades.

El componente de muestra de abstinencia se trabajó en cuatro sesiones a lo largo de la intervención. En un principio, debido a que la usuaria tenía un consumo diario o casi diario, se motivó para iniciar un periodo corto, pero que fuera alcanzable, a fin de incrementar la confianza percibida por MBB para lograr metas.

El primer periodo que se fijó fue de 15 días; una vez que se cumplió la meta se propuso prolongar un poco más el tiempo en abstinencia. La usuaria se fijó 45 días como objetivo, pero no completó el periodo; se trabajó en el desarrollo de otras habilidades que le facilitarían el logro de la abstinencia, además de motivar a la usuaria para fijar una nueva

meta. En un tercer momento, se retomó el componente y la usuaria se fijó una meta de 90 días sin consumo de alcohol, además de comenzar la abstinencia de tabaco, fijándose un mes como meta de no consumo.

Las técnicas empleadas para este componente fueron la instrucción verbal, retroalimentación, reforzamiento positivo y lluvia de ideas, además de mantener un estilo motivacional durante las sesiones de intervención.

#### 8.2.7.5 Manejo de ansiedad

**Objetivo terapéutico.** Aprender estrategias para el control de la intensidad y duración de la ansiedad.

La usuaria recibió cuatro sesiones de manejo de ansiedad durante la intervención; en la primera se leyó el folleto de control de ansiedad, se explicó la función de la ansiedad, los precipitadores, así como las técnicas de respiración profunda, autoinstrucción y relajación.

Durante la segunda sesión se realizó modelamiento y ensayo conductual de las estrategias para controlar la ansiedad; algunos ejercicios de relajación se acompañaron de música ambiental, a fin de favorecer el proceso de relajación y respiración profunda. Los ejercicios de modelamiento tuvieron una duración aproximada de 30

minutos, posteriormente se le preguntaba a la usuaria cómo se sentía y se exploraban situaciones de ansiedad en donde pudiera llevar a cabo las estrategias. Finalmente, se realizaban planes de acción para evitar el consumo durante la semana y se fijaba un día mínimo en que se pudiera realizar dicha actividad.

En la tercera y cuarta sesiones de manejo de ansiedad, se recordaron las estrategias de control; fue necesario incluir estas dos sesiones, ya que en algunos momentos durante la intervención se presentó consumo, lo cual constituyó uno de los principales precipitadores de ansiedad y éste, a su vez, desencadenaba el deseo de consumo, por lo que una vez identificado, se reafirmó el componente.

#### 8.2.7.6 Identificación y manejo de síntomas del síndrome de abstinencia

**Objetivo terapéutico.** Identificar síntomas propios del síndrome de abstinencia y desarrollar estrategias para disminuir el malestar del mismo, resaltando la importancia del tratamiento farmacológico coadyuvante.

Al inicio de la intervención, cuando la usuaria estableció su primera meta de no consumo, se inició el desarrollo de habilidades para manejo de ansiedad, además de indicarle la necesidad de informar a



su psiquiatra del plan de acción a seguir, a fin de recibir monitoreo del medicamento psiquiátrico que facilitara el proceso y aminorara los síntomas del síndrome de abstinencia, evitando de esta forma cualquier complicación física asociada al mismo.

Este componente se llevó a cabo en dos sesiones: una de ellas tuvo lugar al interior del centro de atención, con una duración de 60 minutos, y la segunda se hizo como parte de un monitoreo telefónico de diez minutos, aproximadamente, en el cual se le pidió a la usuaria que llamara para reportar su estado general y de esta forma dar contención para el mantenimiento de la abstinencia.

Adicionalmente, se otorgó información acerca de qué era el síndrome de abstinencia, por qué se producía, cuáles eran las señales y las estrategias para aminorar los síntomas. Se identificó un ciclo que esquematiza el consumo de alcohol como estrategia para evitar la ansiedad generada por el síndrome de abstinencia, resaltando las consecuencias negativas asociadas y enfatizando la circularidad del consumo.

Se realizaron ejercicios de respiración profunda para aminorar la ansiedad, además de emplear la validación de fortalezas, como parte del reforzamiento positivo ante las estrategias que empleó la usuaria para evitar el consumo.

#### 8.2.7.7 Manejo de la tristeza

**Objetivo terapéutico.** Aprender estrategias para el control de la intensidad y duración de la tristeza. Identificar pensamientos negativos relacionados con la tristeza y el consumo. Realizar el cambio de pensamientos negativos por positivos.

El componente de manejo de la tristeza fue revisado en distintos momentos a lo largo de la intervención, ya que las emociones desagradables, principalmente la tristeza, constituyeron la principal situación de consumo de alcohol. Durante las primeras sesiones se revisó el folleto de “Manejo de tristeza”, se explicó la función de la tristeza como motivación para el cambio, se asoció la emoción como precipitador del consumo de alcohol y, finalmente, se expusieron las estrategias para el manejo de la tristeza.

Durante las sesiones fue posible identificar que parte del surgimiento de la tristeza se debía al aislamiento y el deterioro social que presentaba la usuaria, lo cual se acompañaba de pensamientos negativos y juicios que emitía hacia ella misma, en relación con su incapacidad para establecer relaciones interpersonales profundas. Otro generador de tristeza y sensación de minusvalía y soledad fue el consumo de alcohol, el cual fue referido en ocasiones como un paliativo ante el malestar provocado por la emoción, pero también como un elemento clave en el aislamiento.

Las técnicas empleadas fueron la instrucción oral, reestructuración cognitiva, modelamiento y ensayo conductual, además de mantener un estilo de entrevista motivacional durante el curso de las sesiones.

#### 8.2.7.8 Importancia de la adherencia al tratamiento médico

**Objetivo terapéutico.** Identificar los beneficios a la salud de adherirse al tratamiento médico y psiquiátrico. Dar contención ante el deterioro importante en el área de la salud.

La usuaria faltó a dos sesiones, refiriendo que en la primera tuvieron que hacerle estudios debido a que se estaba sintiendo muy cansada, tenía dificultad para respirar, presentaba dolor en el pecho y palidez. Los resultados de los estudios mostraron una afección importante en el corazón, por lo que los médicos le indicaron que debía conseguir un tanque de oxígeno de manera inmediata.

La segunda ocasión en que se ausentó la usuaria, buscó apoyo para conseguir el tanque de oxígeno por parte de su institución de salud, ya que debía dormir con el oxígeno puesto, de lo contrario tenía el riesgo de presentar una insuficiencia respiratoria durante la noche, sin poder recibir atención, debido a que vivía sola y no había alguien que se quedara a su cuidado.

Durante estas dos sesiones se monitoreó por medio del teléfono, en llamadas de 10 a 15 minutos, aproximadamente. En el curso de las llamadas se establecían planes de acción para evitar beber y disminuir el consumo de tabaco, los cuales empeoraban su condición general de salud y, por otra parte, se retomaba de manera rápida el componente de solución de problemas, mediante el cual se buscaban alternativas de solución ante los obstáculos que se le presentaban, como fue el caso de conseguir el tanque de oxígeno.

Una vez que asistió al centro, se dio reforzamiento positivo por las acciones que había realizado para resolver la situación, además de las estrategias empleadas para no beber ante las emociones desagradables desencadenadas por el deterioro a su salud. La usuaria presentaba labilidad emocional, refiriendo que el resto de su vida estaría conectada a un tanque de oxígeno y que podía morir sin que nadie se diera cuenta. Se trabajó el cambio de pensamiento negativo mediante las estrategias vistas en sesiones anteriores de manejo de tristeza, brindándole de esta forma contención.

La usuaria refirió que había identificado que uno de los beneficios de continuar con el tratamiento médico y adherirse a él era que se sentía con menos sueño y más activa, ya que el oxígeno le

permitía descansar mejor y que su sangre estuviera mejor oxigenada; por otro lado, la usuaria mencionó que otra de las ventajas de utilizar la máquina de oxígeno era que hacía tanto ruido durante la noche que podía callar de esta forma los ruidos que la aterraban durante la noche (signos residuales del trastorno psicótico) y que muchas veces eran los que la hacían beber.

Las técnicas empleadas fueron reforzamiento positivo, reestructuración cognitiva e instrucción verbal, además de mantener un estilo de entrevista motivacional a lo largo de las sesiones, enfatizando la práctica de cambio, validación de fortalezas, preguntas abiertas, oraciones reflexivas y colaboración para el cambio.

#### 8.2.7.9 Impacto del consumo de alcohol y tabaco para la salud física y mental

**Objetivo terapéutico.** Identificar las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y tabaco, así como el impacto que tienen para la salud física y mental. Establecer planes de acción para mantener la abstinencia en el consumo de alcohol e iniciarla en caso de tabaco.

Este componente tuvo una duración de una sesión de 45 a 60 minutos, en la cual se indagaron las consecuencias que había presentado,

en el área de la salud física y mental, a causa del consumo crónico de alcohol y tabaco. Se profundizaron las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco por medio de una presentación en diapositivas.

Las técnicas usadas fueron la de instrucción verbal, además de mantener un estilo de entrevista motivacional, en el cual se enfatizaron las preguntas abiertas, oraciones reflexivas y colaboración para el cambio.

#### 8.2.7.10 Balance decisional del consumo de tabaco

**Objetivo terapéutico.** Indagar los beneficios de cesar el consumo de tabaco e incrementar la motivación para el cambio.

Debido al riesgo que representaba el continuar el consumo fuerte de tabaco (30 a 40 cigarrillos diarios) para el estado de salud, se incluyó un componente de balance decisional durante la intervención, a fin de incrementar la motivación para el cambio. La usuaria refirió que desde hacía un par de meses estaba intentando disminuir el consumo, e incluso el neumólogo le había prescrito un fármaco (Champix) para ayudarle a disminuirlo; sin embargo, la usuaria refirió que si bien lo estaba tomando, no había visto la necesidad tan apremiante de dejar el consumo de tabaco, como en ese momento en que su salud estaba tan deteriorada.

Se realizó el balance decisional, a fin de incrementar la motivación al cambio, manteniendo un estilo de entrevista motivacional. Se realizaron planes de acción para mantener la abstinencia de alcohol e iniciar la de tabaco (entre los planes para comenzar la abstinencia de tabaco refirió: deshacerse de las cajetillas de cigarros, limpiar los ceniceros y guardarlos en un lugar en donde no pudiera verlos continuamente, pensar en las consecuencias que le estaba ocasionando el consumo de tabaco, entre otros).

#### 8.2.7.11 Identificación de situaciones de consumo de tabaco

**Objetivo terapéutico.** Identificar las situaciones en que se presenta el consumo de tabaco, así como los antecedentes y consecuentes de dicha conducta.

Este componente se llevó a cabo en una sesión de 45 a 60 minutos, en la cual se trabajó con el folleto del programa de “Intervención Breve Motivacional para Fumadores” y, por otro lado, se realizó el ejercicio de análisis funcional de la conducta de consumo de tabaco del PSC.

Al final de la sesión se revisaron situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco, se elaboraron planes de acción y se propuso fijar una nueva muestra de abstinencia en la cual se incluyeran ambas sustancias, lo cual se trabajaría para la siguiente sesión.

Las técnicas utilizadas fueron instrucción verbal, reforzamiento positivo y retroalimentación, además del estilo de entrevista motivacional.

#### 8.2.7.12 Planes de acción para dejar de fumar

**Objetivo terapéutico.** Generar estrategias para dejar de fumar, así como planes para evitar y enfrentar situaciones de riesgo de consumo.

Se trabajó una sesión de 45 a 60 minutos, haciendo uso del folleto del programa de “Intervención Breve Motivacional para Fumadores”, en el cual se proporcionaron algunas estrategias para dejar de fumar, además se indagaron las situaciones de mayor consumo de tabaco. La usuaria mencionó que para ella el fumar y beber se presentaba, principalmente, cuando se encontraba sola en casa después de un día de trabajo; refirió que la función que cumplían las sustancias era el acompañarla ante la soledad y el permitirle olvidarse de todo por un momento (emociones desagradables), pero también refirió que la sensación de soledad volvía por la mañana, de esta forma se resaltó la importancia de realizar actividades que le fueran gratas, aun cuando se encontraba sola en casa, y además de fijarse ciertas metas por las cuales pudiera trabajar durante un tiempo definido y ver los beneficios.



Las técnicas que fueron empleadas son: instrucción verbal, reestructuración cognitiva y reforzamiento positivo, además de mantener un estilo de entrevista motivacional.

#### 8.2.7.13 Metas de vida

**Objetivo terapéutico.** Desarrollar habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y periodos para su consecución.

Este componente se llevó a cabo en tres sesiones de 45 a 60 minutos cada una. Al principio la usuaria refirió sentirse triste, porque sus hermanos en repetidas ocasiones le habían mencionado que a sus 62 años ella ya no podía tener metas de vida, ya que no tenía un esposo ni hijos y que para ella sería muy difícil salir adelante. Sin embargo, se le explicó la importancia de establecer metas y fijar periodos en los cuales ella pudiera trabajar para alcanzar objetivos y obtener satisfacción de los mismos.

Se revisó el folleto “Metas de vida”, se exploraron las áreas en las cuales la usuaria percibía menor satisfacción, a fin de establecer metas y planes para alcanzarlas. La primera meta que se fijó la usuaria fue con respecto al área de sobriedad, en la cual estableció que trabajaría

durante mes y medio para mantenerse sin consumo de alcohol y tabaco. Las actividades a realizar se relacionaron con el área de actividades sociales y recreativas, en la cual la usuaria refirió que si bien no contaba con amigos a los cuales recurrir, ella podía acompañarse de sí misma y buscar mejorar su desempeño en esta área.

En relación con el trabajo, la usuaria reportó identificar que podía seguir aprendiendo y que quizá en un futuro, cuando tuviera que retirarse de su empleo actual, podría ver pacientes en un consultorio privado, haciendo uso de las habilidades que poseía y de la experiencia que había adquirido a lo largo de los años. Los pasos que debía dar para lograr la meta eran leer el manual completo de la máquina que empleaba en su trabajo, a fin de aprender toda su funcionalidad y tener un mayor rendimiento, lo cual contribuía a su meta, ya que de esta forma podría tener mayor conocimiento de las máquinas en las que tendría que invertir, además de mejorar sus habilidades.

Otra meta fue el manejo del dinero, en la cual refirió que si dejaba de consumir tendría la posibilidad de ir pagando sus deudas de tarjetas bancarias, con lo cual podría darse pequeños gustos y continuar invirtiendo en su salud. Mencionó que una de las cosas que le gustaría hacer era arreglarse los dientes, para poder sonreír con mayor confianza

y de esa forma poder hablar con otras personas sin miedo a que la rechazaran por su apariencia. Por otro lado, refirió que al cumplir la meta podría salir al cine o a tomar café, lo cual le permitiría relacionarse con otras personas y evitar la sensación de soledad.

En el área social y recreativa mencionó que a pesar de que había asistido a su grupo de Ayuda Mutua, y que esto también le había permitido estar sin beber, no le hablaba a nadie, por lo que le gustaría poder tener mayor comunicación con sus compañeros y convivir con ellos. Además, consideró que otro de los puntos clave era la compañía que podía construir ella misma, por lo que una de las metas era poder tener una mascota que le permitiera sentirse acompañada y que además le diera la posibilidad de ocupar el tiempo en cuidarla, sacarla a pasear y demás.

Finalmente, una de las metas que consideró más importante fue en relación con su salud y hábitos personales, por lo que refirió que para lograr mejorar su salud debía iniciar comiendo mejor, es decir, balanceadamente, en horarios establecidos, además de hacer algunos estiramientos que fortalecieran su cuerpo.

Las técnicas empleadas en este componente fueron la instrucción verbal, el reforzamiento positivo, la reestructuración cognitiva, además de

mantener un estilo de entrevista motivacional, enfatizando las preguntas abiertas, oraciones reflexivas, plática de cambio, validación de fortalezas y generando un ambiente de colaboración para el cambio.

#### 8.2.7.14 Habilidades de comunicación

**Objetivo terapéutico.** Mejorar la comunicación entre la usuaria y las personas con las que convive, para lograr mayor satisfacción en las relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.

El desarrollo de este componente se llevó a cabo en dos sesiones de 45 a 60 minutos cada una. La usuaria mencionó que estaba presentando dificultades para comunicarse con otras personas, ya que comenzaba a sentirse preocupada respecto a qué decir o cómo hacerlo; por otro lado, refirió que en ocasiones sentía el rechazo de las personas que conocían su padecimiento psiquiátrico, a pesar de que éste se encontraba controlado.

Se trabajó con el folleto de “Habilidades de comunicación”; en un primer momento se abordó la importancia de la comunicación en el establecimiento de relaciones interpersonales y se trabajó de manera general cada una de las habilidades propuestas, haciendo énfasis en las habilidades para iniciar conversaciones, escuchar a otras personas,

ofrecer ayuda y compartir sentimientos, las cuales, a decir de la usuaria, eran elementales en los lugares en donde se desenvolvía.

Las técnicas que se llevaron a cabo durante las sesiones fueron instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual, reforzamiento positivo y retroalimentación; además de mantener el estilo de la entrevista motivacional.

#### 8.2.7.15 Solución de problemas

**Objetivo terapéutico.** Desarrollar conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana, que le permitan resolverlas, controlar su ambiente, disminuir tensión y, consecuentemente, mantenerse en abstinencia.

El desarrollo de este componente se llevó a cabo en diferentes sesiones a lo largo de la intervención. Cada sesión tuvo una duración de 45 a 60 minutos; además, en algunos momentos, por lo general al inicio del desarrollo del componente, fue necesario brindar contención telefónica de 10 a 15 minutos, aproximadamente.

Se revisó el folleto de “Solución de problemas” junto con la usuaria y se resaltó la importancia de la búsqueda de alternativas de solución ante las situaciones problemáticas. La usuaria mencionó que

una de las formas que había empleado a lo largo de la vida para enfrentar o evadir los problemas era precisamente el consumo de alcohol y tabaco, por lo que le resultaba complejo el poder dar otras alternativas.

Se tomó el ejemplo de una situación problemática que había experimentado, en la cual ella dejó su coche con el mecánico para que éste hiciera la reparación del motor; sin embargo, el mecánico no le entregó el coche en el tiempo que se había previsto y se presentaron dificultades de comunicación entre ellos. La usuaria refirió que en ese momento comenzó a pensar que seguramente el señor le iba a robar el automóvil, por lo que entró en un estado de angustia y pensó en beber y fumar.

Una vez que se delineó la situación problemática, se exploraron las ventajas y desventajas de realizar un cambio. Posteriormente se le pidió a la usuaria que diera opciones de solución, por muy absurdas o raras que le parecieran; una vez que la usuaria presentó numerosas alternativas, se cuestionó sobre cuál sería la opción que podría llevar a cabo y cuáles serían los pasos que necesitaría dar. Finalmente, la usuaria llegó a una opción que parecía adecuada para ella y con la cual se sintió segura y satisfecha.

Es importante señalar que previo a este componente fue necesario trabajar con el manejo de ansiedad y el cambio de pensamientos

negativos, ya que se observó que ante situaciones problemáticas, la usuaria experimentaba mucha ansiedad y pensamientos de referencia, los cuales eran precipitadores para el consumo; por lo que una vez que la usuaria logró evitar el consumo inmediatamente después de una situación de estrés, se le guió en la búsqueda de alternativas, enfatizando la importancia de considerar todas las herramientas que iba adquiriendo a lo largo del proceso, antes de consumir.

Las técnicas empleadas fueron reestructuración cognitiva, modelamiento, ensayo conductual y reforzamiento positivo, además de mantener un estilo de entrevista motivacional durante las sesiones.

#### 8.2.7.16 Identificación y planes de acción ante sintomatología psiquiátrica

**Objetivo terapéutico.** Identificar los síntomas propios del trastorno psiquiátrico residual, establecer planes de acción ante dicha sintomatología, enfatizar la importancia de continuar el tratamiento farmacológico para el control del trastorno psiquiátrico.

El componente fue revisado en cuatro momentos durante la intervención, cada sesión con duración de 45 a 60 minutos, en las cuales se abordaron los síntomas psiquiátricos propios del trastorno de esquizofrenia paranoide, ya que en repetidas ocasiones la usuaria hizo

referencia a una idea delirante de daño, en la cual una persona generaba un ambiente hostil que precipitaba el consumo de alcohol, volviéndola indefensa, “Como una niña de cuatro años” (*sic*). En algunas ocasiones la usuaria hizo referencia a cuando era una niña de cuatro años, e incluso mencionó que uno de los precipitadores de la sintomatología psiquiátrica estaban relacionados con el ver a niñas pequeñas, más o menos de esa edad. Al indagar sobre dicha etapa de vida, la usuaria refirió eventos adversos, entre ellos un abuso sexual y el maltrato físico y psicológico por parte de la madre.

Posteriormente, se identificaron las herramientas con que contaba la usuaria para enfrentar las situaciones problemáticas, regresando a ella el control sobre el medio en que se desenvolvía, así como la toma de decisiones. La usuaria identificó que una de las señales de las cuales se podía auxiliar para saber que los síntomas estaban surgiendo y era necesario visitar al psiquiatra para hacer cambios en el manejo farmacológico, fue cuando comenzaba a sentirse embotada, con un pensamiento centrado en las niñas de cuatro años, y además cuando empezaba a escuchar ruidos constantes que le provocaban ansiedad.

Ante dichas señales se establecieron como planes de acción el asistir con el psiquiatra de manera inmediata, además de recordar la respiración profunda para aminorar la ansiedad. La usuaria refirió



identificar que si bien alguien quisiera hacerle daño atemorizándola con los ruidos, ella era lo suficientemente capaz de controlar su propio ambiente; por ejemplo, mencionó que una de las ventajas de tener que usar oxígeno por la noche era que hacía tanto ruido que no podía escuchar los ruidos del exterior, o al contrario, cuando había tanto silencio, que se sentía atemorizada, ella podía encender el televisor y subir el volumen hasta obtener el ruido que deseara.

Es cierto que los síntomas del padecimiento psiquiátrico no remitieron por completo, aun cuando la usuaria había estado bajo tratamiento farmacológico por años; no obstante, un elemento importante fue el poder identificar y manejar cierta sintomatología sin necesidad de consumir alcohol o tabaco para disminuir el malestar provocado por los mismos.

Las técnicas empleadas fueron reforzamiento positivo, instrucción verbal, modelamiento de autoinstrucción para control de ansiedad y ensayo conductual del mismo, además de mantener un estilo de entrevista motivacional, haciendo énfasis en la creación de discrepancias, preguntas abiertas, oraciones reflexivas, validación de fortalezas, plática de cambio y generar una atmósfera de colaboración para el cambio.

#### 8.2.7.17 Habilidades sociales y recreativas

**Objetivo terapéutico.** Adquirir conductas que permitan establecer actividades que compitan con el consumo y apoyen la abstinencia.

El componente de habilidades sociales y recreativas se desarrolló en tres sesiones a lo largo de la intervención, con una duración de 45 a 60 minutos cada una. Durante el desarrollo de este componente fue posible identificar que la usuaria tenía deseos de realizar diversas actividades y que muchas de ellas no requerían forzosamente que estuviera acompañada para iniciarlas; sin embargo, sí servían de abrepuestas para el establecimiento de relaciones interpersonales.

La usuaria mencionó que una de las actividades sociales que podía desempeñar era asistir a su grupo de Ayuda Mutua de Alcohólicos Anónimos, ya que en éste encontraba a personas con las cuales compartir la experiencia de recuperación que estaba enfrentando, además de que al interior del grupo estableció relaciones interpersonales más profundas y pudo compartir actividades sociales, como salir a tomar café, ir de compras, pasar una Navidad con uno de sus compañeros y su familia, entre otros.

Las actividades que se realizaron durante estas sesiones fueron la instrucción verbal, el reforzamiento positivo y el estilo de entrevista

motivacional, enfatizando la elaboración de planes de acción para llevar a cabo las actividades sociales y recreativas, preguntas abiertas, oraciones reflexivas, plática de cambio y validación de fortalezas.

#### 8.2.7.18 Prevención de recaídas

**Objetivo terapéutico.** Aprender a prevenir el consumo de alcohol, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo las situaciones difíciles que se presentan de manera cotidiana.

Este componente fue desarrollado durante siete sesiones a lo largo de la intervención, con una duración de 45 a 60 minutos cada una. En estas sesiones se resaltó la importancia de establecer planes de acción ante situaciones problemáticas y de riesgo que se pudieran presentar. Se observó que una de las situaciones de mayor riesgo se refería a la sintomatología psiquiátrica, tanto psicótica residual como depresiva, las cuales precipitaban el consumo de alcohol, por lo que se enfatizó la necesidad de la adherencia al tratamiento farmacológico y la búsqueda de alternativas que le permitieran a la usuaria recobrar el control sobre su ambiente y toma de decisiones. Las técnicas revisadas fueron instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual, reforzamiento positivo, así como las técnicas de entrevista motivacional.

### **8.2.8 Resultados**

Una vez concluidas las sesiones de intervención, se realizó la postevaluación y cuatro sesiones de seguimiento a 1, 3, 6 y 9 meses de concluido el tratamiento. Se observó que en relación con el nivel de depresión y ansiedad, las puntuaciones habían disminuido a niveles mínimos (4 y 6, respectivamente).

Por otro lado, la confianza percibida por la usuaria para enfrentar las situaciones de riesgo sin consumo se vio incrementada, obteniendo puntajes superiores al 80% en cada una de las áreas. En la tabla 8.2 se realiza la comparación del nivel de autoconfianza a lo largo del proceso, considerando además la puntuación obtenida en cada uno de los seguimientos.

Con respecto al patrón de consumo de alcohol se observó una disminución en la frecuencia y cantidad de consumo. Durante la pre-intervención la usuaria había reportado un consumo diario o casi diario de alcohol; sin embargo, durante la intervención se observó que los episodios de consumo se espaciaron y la cantidad no llegó a niveles basales.

En la tabla 8.2 se observa la comparación de los puntajes de patrón de consumo en la preevaluación, intervención y seguimientos.

**Tabla 8.2.** Comparación de la puntuación del Cuestionario de Confianza Situacional durante la preevaluación, postevaluación y seguimientos.

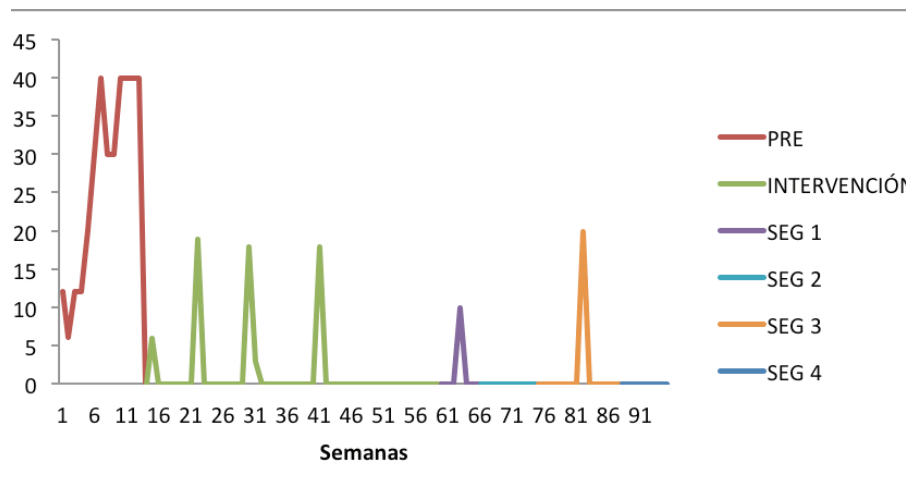
|                                   | PRE<br>% | POST<br>% | SEG 1<br>% | SEG 2<br>% | SEG 3<br>% | SEG 4<br>% |
|-----------------------------------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Emociones desagradables           | 50       | 80        | 100        | 100        | 100        | 100        |
| Malestar físico                   | 50       | 100       | 100        | 100        | 100        | 100        |
| Emociones agradables              | 90       | 100       | 100        | 100        | 100        | 100        |
| Probando control sobre el consumo | 90       | 100       | 100        | 100        | 100        | 100        |
| Necesidad física                  | 30       | 100       | 100        | 100        | 100        | 100        |
| Conflicto con otros               | 30       | 100       | 90         | 100        | 100        | 100        |
| Presión social                    | 90       | 100       | 90         | 100        | 100        | 80         |
| Momentos agradables con otros     | 80       | 90        | 90         | 100        | 100        | 100        |

**Tabla 8.2.** Comparación del patrón de consumo de alcohol en función de la cantidad de tragos consumidos.

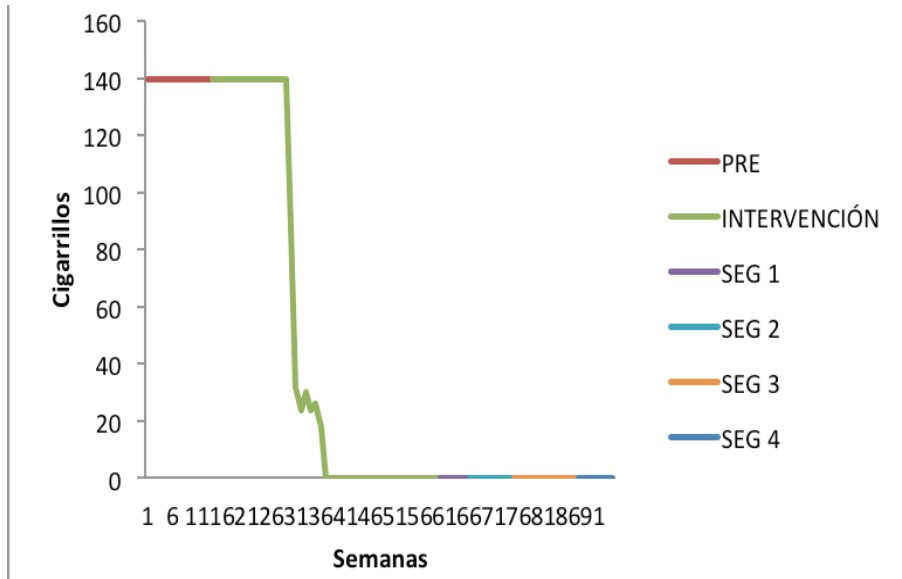
|                            | PRE   | POST  | SEG 1 | SEG 2 | SEG 3 | SEG 4 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total días de consumo      | 54    | 10    | 2     | 0     | 3     | 0     |
| Consumo moderado           | 15.6% | 1.5%  | 0     | 0     | 1.4%  | 0     |
| Consumo excesivo           | 44.4% | 1.5%  | 5.4%  | 0     | 2.9%  | 0     |
| Consumo muy excesivo       | 0     | 0.7%  | 0     | 0     | 0     | 0     |
| Total copas consumidas     | 362   | 64    | 10    | 0     | 20    | 0     |
| Promedio copas por ocasión | 6.7   | 6.4   | 5     | 0     | 6.7   | 0     |
| Días de consumo            | 60%   | 3.7%  | 5.4%  | 0     | 4.3%  | 0     |
| Días de abstinencia        | 40%   | 96.3% | 94.6% | 100%  | 95.7% | 100%  |

En la figura 8.1 se observa la representación del patrón de consumo por cada una de las semanas durante el proceso de tratamiento, observando una disminución del número de tragos consumidos, así como el incremento de los periodos de abstinencia.

Por otro lado, en la figura 8.2 se observa la representación gráfica del patrón de consumo de tabaco, mostrando el cese en el consumo durante la fase de intervención, cambio mantenido a lo largo de las sesiones de seguimiento.



**Figura 8.1.** Patrón de consumo de alcohol a lo largo del proceso de tratamiento.



**Figura 8.2.** Patrón de consumo de tabaco a lo largo del proceso de tratamiento.

Finalmente, en relación con el nivel de satisfacción en las diversas áreas de funcionamiento se observó un incremento en la satisfacción percibida por la usuaria en cada una de las áreas. El cambio fue mantenido a lo largo de los seguimientos; sin embargo, se observó que cuando se presentaba un episodio de consumo o había referencia a la sintomatología psiquiátrica, el nivel de satisfacción disminuía, aunque no se reportó menor a los 7 puntos.

En la tabla 8.3 se observa la comparación de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Satisfacción General durante la fase de pre-evaluación, postevaluación y seguimiento.



**Tabla 8.3.** Puntuación de la Escala de Satisfacción General durante las fases de evaluación y seguimiento.

|                          | PRE | POST | SEG 1 | SEG 2 | SEG 3 | SEG 4 |
|--------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|
| Consumo                  | 4   | 10   | 9     | 10    | 10    | 10    |
| Progreso en el trabajo   | 8   | 10   | 8     | 8     | 10    | 7     |
| Manejo del dinero        | 7   | 10   | 8     | 9     | 9     | 9     |
| Vida social y recreativa | 5   | 8    | 7     | 8     | 9     | 7     |
| Hábitos personales       | 7   | 8    | 7     | 9     | 10    | 7     |
| Relaciones familiares    | 6   | 8    | 8     | 10    | 10    | 7     |
| Relaciones de pareja     | 4   | 8    | 7     | 8     | 8     | 7     |
| Vida emocional           | 6   | 9    | 8     | 10    | 10    | 7     |
| Comunicación             | 6   | 9    | 7     | 8     | 9     | 8     |
| Satisfacción general     | 6   | 9    | 7     | 10    | 10    | 9     |

### **8.2.9 *Discusión***

El Programa de Satisfactores Cotidianos y la integración de técnicas de la entrevista motivacional han demostrado ser efectivos en población de personas que cursan con una dependencia a sustancias, de moderada a severa (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006).

Diversas investigaciones señalan que el fenómeno de comorbilidad ha cobrado relevancia en los centros de tratamiento, ya que en aquellos encargados de la atención a las adicciones se ha observado que del 50% al 75% de la población padecen un trastorno psiquiátrico comórbido (World Health Organizations, 2001). Lo anterior resulta de gran importancia, ya que a pesar de que la investigación evidencia la necesidad de tratamientos integrales para las adicciones y salud mental, aún son limitados los centros en que se logra una atención multidisciplinaria, lo cual lleva, la mayoría de las veces, a tratamientos paralelos o secuenciales, incrementando de esta forma los costos de atención y reduciendo la efectividad de los mismos (Mueser, Drake y Wallach, 1998).

Se ha mencionado que la población comórbida presenta una mayor severidad en ambas patologías y un mayor índice de reincidencia,

por lo que resulta imprescindible la adaptación y evaluación de los programas de atención establecidos para la población comórbida, brindando una atención integral a ambos padecimientos.

En el caso que fue reportado durante este apartado, es posible observar una disminución en el patrón de consumo de alcohol. Si bien a lo largo del tratamiento y durante los seguimientos se observan episodios de consumo, también es cierto que éstos se van espaciando en el tiempo sin llegar a niveles basales. Cabe mencionar que en ocasiones los disparadores de consumo se relacionan directamente con el agravamiento en la sintomatología psiquiátrica, principalmente con los síntomas positivos de la esquizofrenia (ideas delirantes).

Lo anterior permite identificar la necesidad de incorporar un componente al programa, que tenga como objetivo no sólo la identificación, sino el establecimiento de planes de acción ante la sintomatología psiquiátrica, para lo cual sería importante el trabajo multidisciplinario que permitiera advertir situaciones de riesgo ante cambios de medicamento, reducción o aumento en las dosis, entre otros, de tal forma que se pudieran anticipar planes específicos de acción ante dichos movimientos en el manejo psiquiátrico.

Por otro lado, en relación con el nivel de autoconfianza se observó un incremento: la usuaria manifestó sentirse más segura

ante situaciones cotidianas como emociones desagradables, conflicto con otros, emociones agradables, probando autocontrol y momentos agradables con otros; sin embargo, en términos del padecimiento comórbido, podría incorporarse el nivel de confianza percibido por el usuario para enfrentar situaciones relacionadas con la sintomatología psiquiátrica, lo cual podría ser un indicador para el establecimiento de planes de acción.

Adicionalmente, un elemento de relevancia fue que en la situación relacionada con la presión social, la usuaria percibía confianza en términos de ésta; sin embargo, cuando incrementaba la sintomatología psiquiátrica, la usuaria se percibía en ocasiones sobreexpuesta a la presión social indirecta, lo cual, a decir de la usuaria, limitaba sus herramientas, ya que mencionaba sentir que los estímulos a su alrededor eran indicadores de consumo de alcohol, para lo cual se establecían nuevos planes de acción, entre los que se encontraban la asistencia con el psiquiatra, la asistencia a un grupo de ayuda mutua, la comunicación con el terapeuta, asistir a la iglesia, entre otros.

Por otro lado, los niveles de satisfacción en diversas áreas de funcionamiento se incrementaron durante el tratamiento y seguimientos; no obstante, en ocasiones la usuaria reportaba niveles menores a 8,

relacionados con eventos estresantes que estuviera pasando en dicho momento. Ante estas puntuaciones bajas, se pedía a la usuaria que describiera la situación que estaba viviendo, se indagaba cómo le gustaría que se modificara su funcionamiento en determinada área y se establecían planes de acción, lo anterior haciendo uso de las técnicas de entrevista motivacional y reestructuración cognitiva.

Durante el tratamiento se hizo evidente la necesidad de establecer un mayor número de sesiones y seguimientos, lo cual por un lado permitió que la usuaria enfrentara de manera paulatina las situaciones de riesgo y trabajara las áreas de oportunidad durante el proceso, aunque por otro se reconoce que la demanda de atención en el sistema de salud limita por mucho los recursos y espacios destinados a la atención de esta población.

Dada la demanda de atención y lo escasos e inaccesibles que resultan algunos centros de atención, los grupos de Ayuda Mutua han cobrado relevancia. En el caso particular de la usuaria que fue atendida, el grupo de Ayuda Mutua (12 pasos) le permitió encontrar una red de apoyo positiva a su proceso de recuperación, ya que no contaba con un sistema de apoyo entre su familia; los compañeros del grupo constituyeron la idea de una familia y guía que, a decir de la usuaria, le

permitía sentirse apoyada sin ser juzgada y acompañada en el proceso de aprendizaje que estaba viviendo.

Por otro lado, la asistencia al grupo le permitió poner en práctica las habilidades de comunicación, relaciones interpersonales, actividades sociales y recreativas, solución de problemas, entre otras, desarrolladas durante la intervención con el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

Finalmente, el PSC parece ser eficaz en el tratamiento para personas que tienen un trastorno por dependencia a sustancias en comorbilidad con un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, es importante señalar la necesidad de incluir un componente de comorbilidad en el cual se desarrolle la habilidad de identificación de la sintomatología psiquiátrica y la elaboración de planes de acción ante la misma, además de promover y monitorear la adherencia al tratamiento psiquiátrico farmacológico y, en caso de ser necesario, la asistencia a grupos de ayuda mutua como un elemento de apoyo y mantenimiento de la abstinencia.

## 9. REFERENCIAS

- Alexander, G. L., McClure, J. B., Calvi, J. H., Divine, G. W., Stopponi, M. A., Rolnick, S. J. y Johnson, C. C. (2010). A Randomized Clinical Trial Evaluating Online Interventions to Improve Fruit and Vegetable Consumption. *American Journal of Public Health*, 319-326.
- Alexander, P. C., Morris, E., Tracy, A. y Frye, A. (2010). Stages of Change and the Group Treatment of Batterers: A Randomized Clinical Trial. *Violence and Victims*, 571-587.
- Andrade, L. F., Alessi, S. M. y Petry, N. M. (2011). The Impact of Contingency Management on Quality of Life among Cocaine Abusers with and without Alcohol Dependence. *The American Journal on Addictions*, 47-54.
- Annis, H. (1982). Inventory of Drinking Situations. Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. (1986). A Relapse Prevention Model for Treatment of Alcoholics. En W. Miller y N. Heather, *The Addictive Behaviors*: vol. 11 Processes of Change. New York: Pergamon Press.
- Axberg, U., Hansson, K. y Broberg, A. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series - An Open Study of its Effects When

First Introduced in Sweden. *Nord Journal Psychiatry*, 61:143-151.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18-24.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa-Facultad de Psicología.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 71-93.

Babor, T. (1992). Nosological Considerations in the Diagnosis of Substance Use Disorders. En M. Glantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 53-71). Washington DC: American Psychological Association.

Baker, A., Richmond, R., Castle, D., Kulkarni, J., Kay-Lambkin, F., Sakrouge, R., . . . Lewin, T. J. (2009). Coronary Heart Disease Risk Reduction Intervention Among Overweight Smokers With a Psychotic Disorder: Pilot Trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 129-135.



- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Barragán, L. (2005). Modelo de Intervención Cognitivo Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas. (Disertación Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 61-71.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. J. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del terapeuta. Tomo I*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. J. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta. Tomo II*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, M. E. y Ayala, H. (2007). Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas. *Salud Mental*, 30 (3):29-38.

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, C., Ramírez, N., Medina-Mora, M. E. y Reidl, L. (2009). Programa de Satisfactores Cotidianos para Dependientes de Alcohol y Otras Drogas. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 10 (1).

Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Pelayo-Delgado, E. (2005). Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal. *Actas Esp Psiquiatr*, 352-358.

Beckie, T. M. y Beckstead, J. W. (2010). The Effects of a Cardiac Rehabilitation Program Tailored for a Women on Global Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Women's Health*, 1977-1985.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica.

- Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J. y Daeppen, J.-B. (2010). Change Talk Sequence During Brief Motivational Intervention, Towards or Away from Drinking. *Addiction*, 2106-2112.
- Brailowsky (2006). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*, 3a. Ed., México: Fondo de Cultura Económica.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Richter, L. y Whiteman, M. (2003). Risk and Protective Factors of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention Programs. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski, *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice* (pp. 265-287). Akron OH: Springer.
- Brown, R. L., Saunders, L. A., Bobula, J. A., Mundt, M. P. y Koch, P. E. (2007). Randomized-Controlled Trial of a Telephone and Mail Intervention for Alcohol Use Disorders: Three-Month Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1372-1379.
- Brown, T. G., Dongier, M., Ouimet, M. C., Tremblay, J., Chanut, F., Legault, L. y Kin, N. M. (2010). Brief Motivational Interviewing

for DWI Recidivists Who Abuse Alcohol and Are Not Participating in DWI Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 292-301.

Brunette, M. F., Mueser, K. T. y Drake, R. E. (2004). A Review of Research on Residential Programs for People with Severe Mental Illness and Co-occurring Substance Use Disorders. *Drug and Alcohol Review*, 471-481.

Campbell, M. K., Carr, C., DeVellis, B., Switzer, B., Biddle, A., Amamoo, A., . . . Sandler, R. (2009). A Randomized Trial of Tailoring and Motivational Interviewing to Promote Fruit and Vegetable Consumption for Cancer Prevention and Control. *Ann. Behav. Med*, 71-85.

Campos, E., Martínez, K. y Ayala, H. (2001). *Desarrollo y validación de entrevista inicial para adolescentes*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

Carballo, J., Fernández-Hermida, J., Secades-Villa, R., Carter-Sobell, L., Sum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: A Methodological Review of the Literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann y

- L. Carter-Sobell (eds.), *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment.* (pp. 87-101). Nueva York, NY, Springer Science.
- Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A. y Batki, S. L. (2007). Adapting Motivational Interventions for Comorbid Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Clin Psychol*, 39-57.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos.* México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *Am J Psychiatry*, 1452-1460.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991). A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 229-247.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Keller, D. S. (1991). Relapse Prevention Strategies for the Treatment of Cocaine Abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 249-265.

CENADIC (2012). *Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas: Boletín de Sustancias Psicoactivas*. México D.F.: Secretaría de Salud.

Clayton, R. R. (1992). Transitions in Drug Use: Risk and Protective Factors. En M. Glantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 15-50). Washington DC: American Psychological Association.

Conrod, P. J. y Stewart, S. H. (2005). A Critical Look at Dual-Focused Cognitive-Behavioral Treatments for Comorbid Substance Use and Psychiatric Disorder: Strengths, Limitations, and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 261-284.

Cowell, A. J., Brown, J. M., Mills, M. J., Bender, R. H. y Wedehase, B. J. (2012). Cost-Effectiveness Analysis of Motivational Interviewing With Feedback to Reduce Drinking Among a Sample of College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 226-237.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., . . . Salloum, I. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. National Institute on Drug Abuse

Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*, 493-502.

CSAT, S. A. (2005). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. *Treatment Improvement Protocol 42*. DHHS Publication.

Daeppen, J.-B., Bertholet, N., Gmel, G. y Gaume, J. (2007). Communication During Brief Intervention, Intention to Change, and Outcome. *Alcohol/Drug Screening and Brief Intervention*, 43-51.

Daley, D. C. y Marlatt, G. A. (2005). Relapse Prevention. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod, *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook* (pp. 772-784). Philadelphia, USA: Lippincott Williams y Wilkins.

Daley, D. C. y Zuckoff, A. (1998). Improving Compliance with the Initial Outpatient Session among Discharged Inpatient Dual Diagnosis Clients. *Social Work*, 470-473.

Daley, D. C., Mercer, D. y Carpenter, G. (2002). *Drug Counseling for Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model*. US: US Department of Health and Human Services National Institutes of Health; National Institute on Drug Abuse.

- Daley, D. y Moss, H. (2002). *Dual Disorder: Counseling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness*. Minnesota: Hazelden.
- Danielsson, A.-K., Romelsjö, A. y Tengström, A. (2011). Heavy Episodic Drinking in Early Adolescence: Gender-Specific Risk and Protective Factors. *Substance Use and Misuse*, 633-643.
- De León, B. y Pérez, F. (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. México: Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Dinwiddie, S. H. y Cloninger, R. C. (1991). Family and Adoption Studies in Alcoholism and Drug Addiction. *Psychiatric Annals*, 206-214.
- Drake, R. E. y Mueser, K. T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 105-118.
- Drake, R. E. y Wallach, M. A. (2000). Dual Diagnosis: 15 Years of Progress. *Psychiatric Services*, 1126-1129.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F. y McHugo, G. J. (2004). A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 360-374.



Drummond, C., Coulton, S., James, D., Godfrey, Ch., Parrott, S., Baxter, J., Ford, D., Lervy, B., Rollnick, S., Russell, I. y Peters., T. (2009). *The British Journal of Psychiatry*, 448-456.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M. y Tiburcio, M. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., Freitas, T., McFarlin, S. y Rutigliano, P. (2000). The Time Followback Reports of Psychoactive Substance Use by Drug-Abusing Patients: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 134-144.

Feinberg, M. E. (2012). Community Epidemiology of Risk and Adolescent Substance Use: Practical Questions for Enhancing Prevention. *American Journal of Public Health*, 457-468.

Forsberg, L., Ernst, D. y Farbring, C. A. (2011). Learning Motivational Interviewing in a Real-Life Setting: A Randomized Controlled Trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 177-188.

- Freidenberg, B. M., Blanchard, E. B., Wulfert, E. y Malta, L. S. (2002). Changes in Physiological Arousal to Gambling Cues Among Participants in Motivationally Enhanced Cognitive-Behavior Therapy for Pathological Gambling: A Preliminary Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 251-260.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez-López, H., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S. y Higgins, S. T. (2011). Long-Term Benefits of Adding Incentives to the Community Reinforcement Approach for Cocaine Dependence. *European Addiction Research*, 139-145.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J. R. y Higgins, S. T. (2011). Adding Voucher-Based Incentives to Community Reinforcement Approach Improves Outcomes during Treatment for Cocaine Dependence. *The American Journal on Addictions*, 456-461.
- Geller, J., Brown, K. E. y Srikameswaran, S. (2011). The Efficacy of a Brief Motivational Intervention for Individuals with Eating Disorders: A Randomized Control Trial. *International Journal of Eating Disorders*, 497-505.

- Gillham, S. y Endacott, R. (2010). Impact of Enhanced Secondary Prevention on Health Behaviour in Patients Following Minor Stroke and Transient Ischaemic Attack: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*, 822-830.
- Gjeruldsen, S., Myrvang, B. y Opjordsmoen, S. (2003). Risk Factors for Drug Addiction and its Outcome. A Follow-Up Study Over 25 Years. *Nord J Psychiatry*, 373-376.
- Goti, J., Diaz, R., Serrano, L., Gonzalez, L., Calvo, R., Gual, A. y Castro, J. (2010). Brief Intervention in Substance-Use Among Adolescent Psychiatric Patients: A Randomized Controlled Trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 503-511.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 64-105.
- Heffner, J. L., Tran, G. Q., Johnson, C. S., Barret, S. W., Blom, T. J., Thompson, R. D. y Anthenelli, R. M. (2010). Combining Motivational Interviewin With Compliance Enhancement Therapy (MI-MET): Development and Preliminary Evaluation of a New Manual-Guided Psychosocial Adjunct to Alcohol-

Dependence Pharmacotherapy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61-70.

Herman, K. C. y Fahnlander, B. (2003). A Motivational Intervention to Reduce Cigarette Smoking Among College Students: Overview and Exploratory Investigation. *Journal of College Counseling*, 46-55.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives Improve Outcome in Outpatient Behavioral Treatment of Cocaine Dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 568-576.

Hollenstein, T., Granic, I., Stoolmiller, M. y Snyder, J. (2004). Rigidity in Parent-Child Interactions and the Development of Externalizing and Internalizing Behavior in Early Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 6:595-607.

Huang, Y.-S., Tang, T.-C., Lin, C.-H. y Yen, C.-F. (2011). Effects of Motivational Enhancement Therapy on Readiness to Change MDMA and Methamphetamine Use Behaviors in Taiwanese Adolescents. *Substance Use y Misuse*, 411-416.

Jones, H. E., Tuten, M. y O'Grady, K. E. (2011). Treating the Partners of Opioid-Dependent Pregnant Patients: Feasibility and Efficacy.

*The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 170-178.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26-31.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 231-244.

Kistenmacher, B. R. y Weiss, R. L. (2008). Motivational Interviewing as a Mechanism for Change in Men Who Batter: A Randomized Controlled Trial. *Violence and Victims*, 558-570.

Klingemann, H. (2004). Natural Recovery from Alcohol Problems. En N. Heather y T. Stockwell, *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems* (pp. 161-176). Inglaterra, John Wiley y Sons Ltd.

Kosten, T. (2003). Desipramine and Contingency Management for Cocaine and Opiate Dependence in Buprenorphine Maintained Patients. *Drug Alcohol Depend*, 315-325.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E. y Petry, N. M. (2008). Coping Skills Training and Contingency Management

Treatments for Marijuana Dependence: Exploring Mechanisms of Behavior Change. *Addiction*, 638-648.

Loon, M. S.-V., Weijden, T. V., Steenkiste, B. V., Ronda, G., Winkens, B., Severens, J. L., . . . Grol, R. (2009). Involving Patients in Cardiovascular Risk Management with Nurse-Led Clinics: A Cluster Randomized Controlled Trial. *CMAJ*, E267-E274.

Lozano-Blanco, C., Sobell, L. y Ayala, H. (2002). Diseminación del Modelo de Tratamiento Autocambio Dirigido para Bebedores Excesivos de Alcohol en Instituciones de Salud de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 259-273.

MacPherson, L., Strong, D. R., Kahler, C. W., Abrantes, A. M., Ramsey, S. E. y Brown, R. A. (2007). Association of Post-Treatment Smoking Change with Future Smoking and Cessation Efforts Among Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Nicotine y Tobacco Research*, 1297-1307.

Mariño, M. C., González-Forteza, C., Andrade, P. P. y Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por consumo de drogas. *Salud Mental*, 27-36.

- Marlatt, G. A. y Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. En G. A. Marlatt y D. M. Donovan, *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 1-44). USA: Guilford Press.
- Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M. y Vacio, M. D. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35-53.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. y Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Salud Mental*, 119-127.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2005). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2004). The Efficacy of Single-Session Motivational Interviewing in Reducing Drug Consumption and Perceptions of Drug-Related Risk and Harm Among Young

People: Results from a Multi-Site Cluster Randomized Trial. *Addiction*, 39-52.

Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 3-19.

Medina-Mora, M. E., Real, T. y Robles, R. (2011). Epidemiology of Drug Abuse: A Global Overview. En H. Ghodse, H. Herman, M. Maj y N. Sartorius, *Substance Abuse Disorders: Evidence and Experience* (pp. 3-26). John Wiley.

Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 67-73.

Medina-Mora, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista, Téllez-Rojo, Mendoza-Alvarado, Romero-Martínez, . . . Guisa-Cruz (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud , INPRFM, México DF.



- Mercer, D. (2000). Description of an Addiction Counseling Approach . En N. I. Abuse, *Approaches to Drug Abuse Counseling* (pp. 81-90). United States: US Department of Health and Human Services.
- Merom, D., Bauman, A., Phongsavan, P., Cerin, E., Kassis, M., Brown, W., . . . Rissel, C. (2009). Can a Motivational Intervention Overcome an Unsupportive Environment for Walking - Findings from the Step-by-Step Study. *Ann. Behav. Med.*, 137-146.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. y Tonigan, J. S. (1998). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 291-308.
- Meyers, R. J., Villanueva, M. y Smith, J. E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and New Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 251-264.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas* (A. T. Pociello, trad.). Barcelona, España: Paidós.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press.

- Miller, W. R., Meyers, R. J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 116-121.
- Minkoff, K. (1989). An Integrated Treatment Model for Dual Diagnosis of Psychosis and Addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 1031-1036.
- Monahan, K., Egan, E. A., Horn, M. L., Arthur, M. y Hawkins, D. (2011). Community-Level Effects of Individual and Peer Risk and Protective Factors on Adolescent Substance Use. *Journal of Community Psychology*, 478-498.
- Moos, R. (1975). Social Climate: The “Personality” of the Environment. En *Evaluating Correctional and Community Settings*. Wiley-Interscience.
- Moral, M. D. y Lorenzo, P. (2003). Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias. Prevención y tratamiento. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación*. (pp. 27-55). Madrid: Médica Panamericana.
- Mueser, K. T., Drake, R. E. y Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories. *Addict Behav*, 717-734.

Myklestad, I., Roysamb, E. y Tambs, K. (2012). Risk and Protective Factors for Psychological Distress Among Adolescents: A Family Study in the Nord-Trondelag Health Study. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*, 771-782.

Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P. y Murphy, D. (2006). Healthy Choices: Motivational Enhancement Therapy for Health Risk Behaviors in HIV-Positive Youth. *AIDS Education and Prevention*, 1-11.

Negrete, J. C. (2003). Clinical Aspects of Substance Abuse to Persons with Schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 14-20.

Newcomb, M. (1992). Understanding the Multidimensional Nature of Drug Use and Abuse: The Role of Consumption, Risk Factors, and Protective Factors. En M. Glantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 255-297). Washington DC: American Psychological Association.

Newcomb, M. D., Maddahian, E. y Bentler, P. M. (1986). Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analyses. *American Journal of Public Health*, 525-531.

Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, S155-S163.

OEA (2011). *Informe del uso de drogas en las Américas*. Washington D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

Offord, D. y Kraemer, H. C. (2000). Risk Factors and Prevention. *Evidence Based Mental Health*, 70-71.

Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D. y Hennen, J. (2006). An Ongoing Study of Group Treatment for Men Involved in Problematic Internet-Enabled Sexual Behavior. *Cyber Psychology & Behavior*, 348-360.

Petry, N. M. (2000). A Comprehensive Guide to the Application of Contingency Management Procedures in Clinical Settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 9-25.

Petry, N., Martin, B., Cooney, J. y Kranzler, H. (2000). Give Them Prizes and They Will Come: Contingency Management for Treatment of Alcohol Dependence. *J Consult Clin Psychol*, 250-257.

Plomin, R. (1991). Genetic Risk and Psychosocial Disorders: Links Between the Normal and Abnormal. En M. Rutter y P. Casaer, *Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders* (pp. 101-138). Cambridge: Cambridge University Press.

- Polcin, D. L., Galloway, G. P., Palmer, J. y Mains, W. (2004). The Case for High-Dose Motivational Enhancement Therapy. *Substance Use & Misuse*, 331-343.
- Pray, M. E. y Watson, L. M. (2008). Effectiveness of Day Treatment for Dual Diagnosis Patients with Severe Chronic Mental Illness. *Journal of Addictions Nursing*, 141-149.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood IL: Dorsey/Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. En W. Miller y N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York: Plenum Press.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 2511-2518.
- Rehm, J. y Patra, J. (2010). Psychoactive Substance Use: Epidemiology and Burden of Disease. En WHO, *Atlas on Substance Use* (pp. 7-22). Geneva: World Health Organization.

- Rende, R. (1993). Genes, Environment, and Addictive Behavior: Etiology of Individual Differences and Extreme Cases. *Addiction*, 1183-1188.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 211-218.
- Rohsenow, D. y Monti, P. (1999). Does Urge to Drink Predict Relapse After Treatment? *Alcohol Research & Health*, 225-232.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K. y Christensen, B. (2009). General Practitioners Trained in Motivational Interviewing can Positively Affect the Attitude to Behaviour Change in People with Type 2 Diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 172-179.
- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. y Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of General Practice* (55), 305-312.
- Sacks, S., Sacks, J., De León, G., Brenhardt, A. I. y Staines, G. L. (1997). Modified Therapeutic Community for Mentally Ill Chemicals “Abusers”: Background; Influences; Program Description; Preliminary Findings. *Substance Use and Misuse*, 1217-1225.

Santisteban, D. A., Pérez-Vidal, A., Coatsworth, J. D., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. y Szapocznik, J. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *J Fam Psychol*, 121-133.

Saucedo, F. y Salazar, M. (2004). Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. Documento presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. México DF: FES Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Schaub, M., Sullivan, R. y Stark, L. (2011). Snow Control - An RCT Protocol for a Web-Based Self-Help Therapy to Reduce Cocaine Consumption in Problematic Cocaine Users. *BMC Psychiatry*, 153-160.

Scheier, L. M., Botvin, G. J. y Baker, E. (1997). Risk and Protective Factors as Predictors of Adolescent Alcohol Involvement and Transitions in Alcohol Use: A Prospective Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 652-667.

Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. y Arnáez-Montaraz, C. (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention

Among Drug User Patients: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 1369-1378.

Secades-Villa, R., Sánchez-Hervás, E., Zacarés-Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Santoja-Gómez, F. J. y García-Fernández, G. (2011). Community Reinforcement Approach (CRA) for Cocaine Dependence in the Spanish Public Health System: 1 Year Outcome. *Drug and Alcohol Review*, 606-6012.

Shaffer, D. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. México: Editorial Thomson.

Sloboda, Z. (2002). Drug Abuse Epidemiology: An Overview. Separata del *Bulletin on Narcotics*, 1-13.

Sloboda, Z., Glantz, M. D. y Tarter, R. E. (2012). Revisiting the Concepts of Risk and Protective Factors for Understanding the Etiology and Development of Substance Use and Substance Use Disorders: Implications for Prevention. *Substance Use and Misuse*, 944-962.

Smith, J. E., Meyers, R. J. y Miller, W. R. (2001). The Community Reinforcement Approach to the Treatment of Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*, 51-59.



Sobell, L. y Sobell, M. (1992). Time Line Follow-Back. En R. Litten y J. Allen, *Measuring Alcohol Consumption* (pp. 41-72). Toronto, Ontario, Canadá: Humana Press.

Sobell, L., Maisto, S., Sobell, M. y Cooper, M. (1979). Reliability of Alcohol Abusers' Self-Reports of Drinking Behavior. *Behavior Research and Therapy*, 157-160.

Stitzer, M. y Vandrey, R. (2008). Contingency Management: Utility in the Treatment of Drug Abuse Disorders. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 83, 644-647.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) and Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol*, vol. 42. DHHS Publication, No. (SMA) 05-3992.

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., . . . Kessler, R. (2010). Mental Disorders as Risk Factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from 10-Year Follow-Up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 1117-1128.

- Szapocznik, J., Hervis, O. y Schwartz, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*, NIH Publication 03-4751. Bethesda, Md: National Institute on Drug Abuse.
- Thylstrup, B. y Johansen, K. S. (2009). Dual Diagnosis and Psychosocial Interventions - Introduction and commentary. *Nord J Psychiatry*, 202-208.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L. y Spence, J. (2010). Randomized Controlled Trial of Internet Cognitive Behavioural Treatment for Social Phobia With and Without Motivational Enhancement Strategies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 938-945.
- Trujols, J., Luquero, E., Siñol, N., Bañuls, E., Tejero, A., Batlle, F. y Cobos, J. P. (2007). Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales para el Tratamiento de la Dependencia de la Cocaína. *Actas Esp Psiquiatr*, 190-198.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., . . . Guisa-Cruz, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, INPRFM, México DF.

- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988). Contributions from Behavioral Theories of Choice to an Analysis of Alcohol Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 181-195.
- Weir, B. W., O'Brien, K., Bard, R. S., Casciato, C. J., Maher, J. E., Dent, C. W., . . . Stark, M. J. (2009). Reducing HIV and Partner Violence Risk Among Women with Criminal Justice System Involvement: A Randomized Controlled Trial of Two Motivational Interviewing-Based Interventions. *AIDS Behav*, 509-522.
- Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Hennessy, G. (2004). Overview of Treatment Modalities for Dual-Diagnosis Patients. En H. R. Kranzler y J. A. Tinsley, *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment. Substance Abuse and Comorbid Disorders* (pp. 103-127). New York: Marcel Dekker.
- Westra, H. A. y Dozois, D. J. (2006). Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cogn Ther Res*, 481-498.
- WHO (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organizations (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: WHO.