



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

LETICIA TREJO ESPINDOLA

TUTORA: Dra. Shoshana Berenzon Gorn.

COMITÉ: Dra. Kalina Martínez Martínez.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Dra. Silvia Morales Chainé.

Dr. Raúl Ávila Santibáñez.

MÉXICO, D.F. ENERO 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.

Agradezco a la Dra. Shoshana, por su tiempo, su dedicación y paciencia ya que sin su valioso apoyo así como el seguimiento tan cercano, mi estancia, permanencia y egreso de la maestría no hubiera sido posible.

A Francisco, por la oportunidad y confianza para participar en su proyecto y poder convertir esa experiencia en parte de este documento.

A todos los miembros del comité por sus comentarios que me permitieron enriquecer este trabajo.

A mis maestros y compañeros por compartir sus experiencias y hacer de este recorrido un cumulo de buenos momentos.

A mis padres y hermanos por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo y sobre todo gracias por su amor.

A mi esposo e hijo por el tiempo dado para la inversión en mi desarrollo profesional y ser ambos el motor en mi vida.

INDICE

Introducción	4
Capitulo 1.- Panorama del consumo de drogas	6
1.1 Datos epidemiológicos del consumo de sustancias.....	6
1.2 Prevención. Factores de riesgo y de protección para el consumo.....	12
1.3.- Estudios sobre Intervención: cognitivo-conductual.....	21
1.4.- Alcances de los procedimientos y herramientas cognitivo conductuales en el campo de las adicciones	31
Capitulo 2.- Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve Para Bebedores Problema	37
2.1.- Aplicación del Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve Para Bebedores Problema.	44
Capitulo 3.- Investigación aplicada: conflicto y no conflicto en la relación de padres y adolescentes con síntomas de dependencia, abusadores y no consumidores de alcohol..-	59
3.1.- Antecedentes-	59
3.2.- Justificación.....	67
3.3.- Objetivos.....	68
3.4.- Método	69
3.5.- Resultados.....	75
Discusión.....	79
Referencias.....	86
Anexos.....	100

INTRODUCCION

El documento que se presenta es el resultado de mi experiencia en la residencia en adicciones al cursar la Maestría de Psicología del Programa de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el primer capítulo se muestran datos epidemiológicos sobre el fenómeno de las adicciones con la finalidad de ubicar al lector en un panorama general de la problemática, así mismo se describen los factores que ponen en riesgo a la población y de igual forma los factores que pueden ser de protección ante el consumo y para finalizar el capítulo se abordan las intervenciones breves desde el modelo cognitivo conductual, en el cual se basan las intervenciones que se realizaron en la residencia.

En el capítulo dos se describe el programa de intervención breve para bebedores problema (Echeverría, 2004.), aprendido en la maestría y de los cuales se tuvo la oportunidad de atender a diferentes usuarios, posteriormente se presenta a manera de ejemplo uno de los casos de los atendidos con las estrategias del programa, el descrito, fue un usuario que terminó el tratamiento y tuvo tres seguimientos.

En el tercer capítulo se presentan los resultados de un trabajo de investigación titulado temas de conflicto y no conflicto entre padres de familia y adolescentes con síntomas de dependencia a drogas y/o alcohol, abusadores y no consumidores, este estudio se realizó en la Universidad Autónoma de Aguascalientes y tuvo por objetivo conocer las diferencias en los temas que los padres y adolescentes consumidores y no consumidores abordan con y sin conflicto en su relación, los participantes pertenecen a centros de rehabilitación nueva vida y a diferentes preparatorias del mismo Estado.

Los dos últimos capítulos muestran los resultados de la experiencia en los programas de intervención en adicciones y el trabajo de investigación, los cuales obedecen a los requisitos que el programa de la residencia en adicciones solicita.

Al final del documento se incluye la discusión sobre los resultados de la experiencia de participación en el programa de atención así como el proyecto de investigación, concluyendo con una reflexión sobre la residencia de adicciones en su conjunto.

CAPITULO 1. Panorama del consumo de drogas.

Como ya se mencionó, en este capítulo se presentan los principales datos epidemiológicos del consumo de sustancias en nuestro país que permiten tener una visión general de la problemática, así mismo, se plantean los factores de riesgo y protección asociados en diferentes poblaciones. Para cerrar este capítulo, se presentan algunas intervenciones breves, propuestas desde el modelo cognitivo conductual para la atención del fenómeno de las adicciones.

Tener un panorama del consumo es una información necesaria porque nos permite ver las necesidades que se tienen en relación al tema, principalmente cuales son los programas de intervención que se requieren para enfrentar la problemática y del mismo modo poder justificar la importancia de las investigaciones relacionados con el tema, como la investigación que se presenta en el tercer capítulo.

1.1.- Datos Epidemiológicos

Como lo confirma la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), el consumo de drogas en nuestro país va en aumento. En relación con el consumo de tabaco se plantea que la edad de inicio promedio entre la población encuestada de 12 a 65 años fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. El 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; 17.1% corresponde a ex fumadores y 64.4% no había fumado. El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8% y de 9.9% en las mujeres. Al comparar

por grupo de edad, 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres lo hicieron por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores (ENA, 2008).

Debido a los recientes cambios en la legislación con respecto a espacios libres de humo, en esta encuesta resalta la opinión positiva que la mayoría de los participantes expresaron sobre las medidas de protección a la salud expresadas en el establecimiento de medidas para lograr lugares públicos libres de humo de tabaco, 87% estuvo completa o medianamente a favor de que se establecieran en restaurantes y otros lugares en donde se expenden alimentos; 86.3%, en cines y otros lugares de espectáculos; 68.6%, en bares y otros lugares en donde se venden bebidas alcohólicas; 89.3%, en hospitales y otros centros de atención a la salud; 85.8%, en lugares de trabajo; 87.3%, en el transporte público. El 89.1% estuvo completa o medianamente a favor de que debería prohibirse el consumo de tabaco en cualquier lugar cerrado (ENA, 2008).

En relación al alcohol, los datos de la encuesta 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas, donde se ha observado que el porcentaje de la población que bebe diario o casi diario no es muy elevado; 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. La cerveza es la bebida de

preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece (ENA, 2008).

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) muestra que el consumo de alcohol en América es 40% mayor que el promedio mundial. Mientras que la media global se encuentra en los 6.2 litros per cápita al año, en el continente llega a los 8.7. México ocupa uno de los niveles per cápita más altos del continente: 13.2 litros al año. Esto nos vuelve un país menos bebedor que Honduras (con 21.4 litros al año), pero mucho más arraigado en la cultura etílica que Colombia (8.9 litros), Brasil (11.3), Canadá (12.5) y Argentina (12.8). Traducido en gramos de alcohol, el volumen medio de consumo diario es de 10.33 para los hombres y de 1.14 para las mujeres.

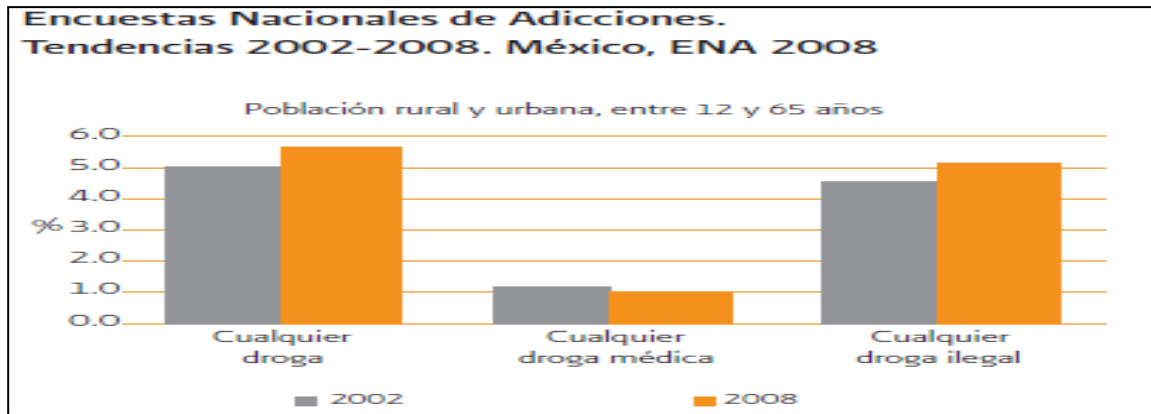
El reporte de la OPS (2007) También mide los patrones que demuestran el riesgo asociado de daño por el consumo. La calificación va del 1 al 4, siendo este último el que refleja el patrón más nocivo de consumo, es decir, la frecuencia de ingesta intensa en comidas y lugares públicos. Bajo este espectro, México se localiza entre los países americanos que mayor ingesta intensa tienen, con una calificación de 4. Los estadounidenses, por ejemplo, beben más litros, pero la intensidad de su ingesta es de la mitad (2). En este rango, ningún país del continente bebe de forma moderada, ya que ninguno obtuvo una calificación menor a 2. (Brasil, Colombia y Chile alcanzaron 3 puntos, mientras que Canadá, Cuba y Jamaica se encuentran a la par de Estados Unidos.) Los mexicanos suelen beber episódicamente, pero mucho en cada ocasión; en 2008, un millón 139 mil 926 mexicanos (4.3% de la población: un millón 34 mil 853 hombres y 105 mil 73 mujeres) tomaron 24 o más copas en un solo día.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), reporta que el 14.2% de las personas adultas que consumen alcohol en México son bebedores fuertes (18.1 hombres, 11.6 mujeres). Un bebedor fuerte, para la OMS, es aquel que excede un cierto volumen diario de ingesta (cinco copas por ocasión al menos una vez a la semana) o aquellos que beben diario.

El abuso de las bebidas alcohólicas se asocia frecuentemente con problemas de tipo familiar (10.8%), peleas (6%) y en menor proporción con problemas con la policía (3.7%), a pesar de que 41.3% de las personas detenidas están bajo los efectos del alcohol, según reportes (Medina-Mora, Villatoro *et ál.*, 2008). También representa un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, diversos cánceres y la presencia de traumatismos intencionales y no intencionales como los accidentes de tránsito, la violencia y el suicidio. Contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, muerte prematura y discapacidad. Además, es uno de los cuatro factores principales de peligro para el desarrollo de enfermedades no transmisibles y hay evidencia que señala que su uso también contribuye a aumentar la carga de morbilidad debido a enfermedades transmisibles, como el VIH/Sida y la tuberculosis (OMS, 2010).

En cuanto al consumo de drogas ilegales y médicas, los datos de la ENA 2008, demuestran que en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7%. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002 que fue del 1% (Ver Figura 1).

Figura 1. Tendencias del consumo de drogas ilegales y médica.



Fuente: ENA, 2008.

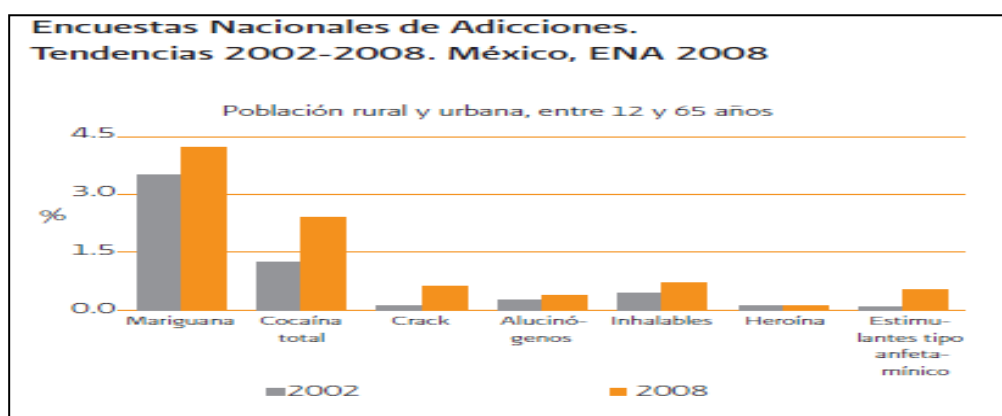
Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres se incrementó de 8 a 8.8%. La marihuana y la cocaína son las sustancias más consumidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones (ENA, 2008).

La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en

los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década. (ENA, 2008).

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar (ENA, 2008). (Ver Figura 2)

Figura 2. Tendencias del consumo por tipo de drogas.



Fuente. ENA, 2008

La edad de inicio para el consumo de cualquier droga es temprana: la mitad de los usuarios de mariguana (55.7%) se iniciaron antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína fue un poco más tardía, el 89.7% de los usuarios de drogas habrían iniciado antes de cumplir los 26 años. (ENA, 2008).

El panorama revisado nos enfrenta con diferentes situaciones para tomar en cuenta al momento de intervenir desde las diferentes áreas prevención, intervención e investigación como la edad de inicio cada vez menor en los usuarios, el incremento de consumo en las mujeres el cual se duplico en relación a la encuesta anterior y el repunte en la última década del consumo de cocaína y el crack.

1.2. Prevención. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo.

Hablar de factores de riesgo y protección es un tema obligado para quien este involucrado en la atención de las adicciones ya que a través del estudio de los mismos se ha logrado entender mejor como comienza y como progresa el abuso de las drogas. Estudios realizados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (2004) (NIDA por sus siglas en ingles) (NIDA 2004) permiten afirmar que existen muchos factores de riesgo para el abuso de drogas, cada uno representa un reto al desarrollo psicológico y social del individuo, y cada uno tiene un impacto diferente dependiendo de la fase de su desarrollo.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida por lo cual se abordara a continuación a que se refiere y cuáles son los más destacados en los diferentes estudios.

Un factor de riesgo es aquel que incrementa la probabilidad de que una conducta de riesgo aparezca, mientras que los factores de protección o resiliencia son variables que

disminuyen la posibilidad de que un problema se desarrolle. Lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra. (Sloboda y David, 2000)

La ausencia de un factor de protección puede ser considerado un factor de riesgo, el cual se refiere a una influencia causal en un problema de conducta, el factor de riesgo es similar al concepto de exposición y se refiere tanto a agentes e influencias externas como a las condiciones internas del individuo. Los epidemiólogos señalan que algunas de las exposiciones a factores de riesgo puede ser el mismo para todos los individuos en un grupo o comunidad, pero la susceptibilidad individual será diferente (Feinberg, 2012)

Rose (1985) se refirió a la intervención a nivel individual en términos de lo que ahora llamamos prevención indicada o focalizada en individuos de alto riesgo, y contrastó estas estrategias centradas en el individuo con las estrategias en diferentes poblaciones como la intervención universal, siendo ambas estrategias importantes para la prevención. Por lo anterior es útil comprender la distribución de los factores de riesgo y su influencia en el uso de sustancias y de esta manera agudizar la capacidad de priorizar los factores de riesgo y el objetivo de las intervenciones para un máximo impacto dentro de las comunidades (Stockwell et al, 2004)

La Figura 3 describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios, o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones.

Figura 3. - Factores de Riesgo y Protección.

Dominio	Factor Riesgo	Factor Protección
Conducta agresiva precoz	Individual	Autocontrol
Falta supervisión paterna	Familia	Monitoreo de padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica

Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Los factores de riesgo incluyen la historia familiar del uso de sustancias, inconsistencia en las reglas familiares , escasa supervisión por parte de los padres, conflictos familiares, asociación con amigos que consumen drogas, desordenes de depresión o conducta antisocial, pobre desempeño escolar, inicio temprano del consumo y la disponibilidad de las sustancias en la comunidad (Hawkins, Catalano y Miller, 1992)

Los factores de protección abarcan los fuertes lazos familiares, la exposición a reglas claras en el núcleo familiar, el interés de los padres en la vida de los hijos, el éxito escolar, las relaciones estrechas con instituciones pro-sociales y la percepción negativa sobre el uso de drogas (NIDA, 2004).

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2004) los programas de Prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo:

- El riesgo de convertirse en un abusador de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (Ej., actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección (Ej., el apoyo de los padres).
- El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.

- Una intervención temprana en los factores de riesgo (Ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.
- Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro.

En Europa de acuerdo al Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (Burkhart,, 2001) deduce que las medidas preventivas destinadas a mejorar la calidad de la educación parental deben empezar pronto, a más tardar, cuando los niños están entre las edades de cinco y ocho años, es evidente que en todos los países el objetivo general es promover los vínculos parentales, fomentando las competencias y las actitudes afectivas. Los enfoques se basan en la idea de que una fuerte integración madre-hijo, la capacidad de posponer el logro de la gratificación de deseos, de aceptar frustraciones y de evitar el aburrimiento son factores protectores conocidos contra los comportamientos adictivos. En

Europa, al parecer se considera que el papel de la familia en las intervenciones tempranas es mucho más importante. Parece existir una tendencia en algunos países a centrarse más intensamente en las intervenciones tempranas de prevención con niños pequeños, mientras que en otros países europeos la atención se dedica más a los problemas de tratamiento y a los hijos de drogadictos.

En México (Medina Mora y cols. 2003) analizan los factores de riesgo en adolescentes y encontraron que el riesgo de usar drogas se asoció con ser hombre, no estudiar, considerar fácil conseguir drogas, no ver mal el uso de drogas por parte de los amigos, que éstos las usaran, usarlas por parte de la familia y estar deprimido.

Otro estudio que se realizó con el fin de identificar indicadores de protección y riesgo del consumo de marihuana y/o cocaína, compararon los significados psicológicos de cinco conceptos clave (familia, amigos, yo, cocaína y marihuana) en jóvenes del sexo masculino, usuarios de marihuana, cocaína y ambas drogas que solicitaron tratamiento y estudiantes no consumidores de drogas, como indicadores psicosociales de protección positivos de la familia se identificaron dos necesidades, una de Seguridad: honestidad y otra Afectiva: amistad, lo cual es afín con la idea de que los lazos fuertes en la familia constituyen factores protectores del consumo de drogas, se identificó un indicador psicosocial protector negativo: el regaño, lo cual es congruente con reportes que vinculan al establecimiento de límites en la familia como factor protector del uso de drogas, así como las normas familiares inconsistentes como factor de riesgo (García, 2006).

Un estudio exploratorio, examinó la relación entre el apoyo y vigilancia de los padres de adolescentes de ambos sexos y el uso reciente de alcohol, cigarrillos y marihuana en una muestra de 980 adolescentes de Tijuana, México. Los resultados de este estudio proporcionan evidencias que sugieren que el apoyo de los padres y la vigilancia pueden

servir como factores de protección en la disminución reciente de alcohol cigarrillos y marihuana en adolescentes mexicanos hombres y mujeres. (Becerra y Castillo, 2011)

Los programas de prevención del consumo de drogas han evolucionado a través del tiempo; desde aquellos que únicamente proporcionaban información sobre drogas y sus efectos (1960-1970), los que se enfocaban al desarrollo personal y afectivo (1970-1980), los que pretendían capacitar en diversas habilidades (1980-1990), hasta llegar a los que se basan exclusivamente en la evidencia científica y cumplen con requerimientos metodológicos de planificación, diseño, instrumentación y evaluación, adaptándose a las características del contexto y grupo al que se dirigen, tomando en cuenta los riesgos y necesidades de intervención específica (Sánchez, 2009).

En México se han llevado a la práctica varios programas con el objetivo de prevenir el consumo de sustancias; enfocándose en uno o varios de los grupos de factores de riesgo. Otros que se llevan a cabo en espacios educativos y se dirigen tanto a los estudiantes, a las familias y a los maestros. Un aspecto muy importante para alcanzar el éxito en cualquier programa de prevención es la identificación de los grupos de mayor riesgo para desarrollar las adicciones. Algunos de los programas de prevención en México son Chimalli, Construye tu Vida sin Adicciones, Para Vivir Sin Drogas. En la Figura 4 aparecen las principales características de ellos (Campollo y López 2003).

Figura 4.- Características de los programas preventivos en México

PROGRAMA	“Chimalli. Modelo preventivo de riesgos psicosociales en la adolescencia mediante el desarrollo de factores protectores INEPAR	“ Para vivir sin drogas” CIJ”	“construye tu vida sin adicciones (CONADIC/SSA)
OBJETIVO	Hacer educación preventiva y crear una protección en los individuos y en la comunidades, mediante un modelo participativo y vivencial, de acción ecológica y de desarrollo humano	Promover estructuras de contención, como modelos de apoyo para la población en riesgo, brindando hábitos, valores y principalmente posibilitando la reducción de factores de riesgo y el desarrollo de factores protectores	Facilitar la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar el máximo potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y la comunidad

QUIEN LO PUEDE IMPLEMENTAR	Maestros, orientadores educativos, trabajadoras sociales, padres de familia y personas interesadas en el trabajo preventivo.	Centros de integración juvenil	Trabajadoras sociales. Psicólogos enfermeras u otros profesionales de la salud, agentes comunitarios y maestros
ENFOQUE	Preventivo Riesgo-protección	Integral	Modelo medico
A QUIEN VA DIRIGIDO	Adolescentes 1ª. Etapa 10-a 14ª 2ª. etapa 15-18 Padres, Maestros, comunidad	Niños, preadolescentes, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familias en su conjunto y población en general	Preadolescente (9 a 14 a) Adolescentes y jóvenes (15 a 20) Adultos.
NIVEL DE PREVENCIÓN	Selectiva	Primaria, secundaria y terciaria	Primaria secundaria y terciaria
DURACION	3 meses mínimo (1 sesión de 2 horas, por semana	Nivel informativo Charlas de 60ª 90 min. Nivel de orientación:8 a 12 sesiones de 90 min. Nivel de capacitación: de 8 a 12 sesiones de 2 horas Nivel de involucramiento. Programa permanente	3 meses mínimo (12 a 15) sesiones)
RECURSOS INMUEBLE MOBILIARIO	Aula o espacio para trabajar Sillas y mesas	Aula o espacio para trabajar Sillas y mesas	aula o espacio para trabajar Sillas y mesas
RECURSOS HUMANOS	1 conductor o facilitador por taller	Equipo multidisciplinario de CIJ	1 conductor o facilitador por taller o un asesor en el caso de la atención individual.
RECURSOS MATERIALES	En escuelas primarias: Libro del conductor Aprendiendo a pasarla bien. ¿Que puedo hacer por la prevención como maestro? Libro escolar. Intervención con jóvenes: Libro del conductor Libro del joven. Guía para el trabajo con grupos: Escala de actitudes de riesgo protección para padres de familia y hoja de calificación escala detección rápida del riesgo a desarrollar problemas relacionados al uso de drogas en hijos adolescentes.	Instrumentos y materiales varios de centros de integración juvenil	Guía para el facilitador Video de apoyo Manual del facilitador. población objetivo: adolescentes y jóvenes "cuestionario de el plan de acción", manual de autoayuda para adolescentes y jóvenes que Una evaluación histórica cuestionario de reflexión. Intervención con adultos Manual del facilitador "detección precoz de conductas adictivas y estilos de vida riesgosos
EVALUACION INICIAL FINAL	Aplicación de la escala de actitud hacia los mensajes protectores del chimalli" Aplicación de la escala de actitud hacia los mensajes protectores del chimalli y retroalimentación en la sesión final en una frase acerca de lo que se aprendió del taller por parte de los integrantes	Reporte por cada encargado de los programas, acerca de cómo se llevo a cabo, la respuesta de la gentes y el resultado, con ayuda de instrumentos de evaluación. Retroalimentación por parte de directivos del programa y aplicación de instrumentos de evaluación	Aplicación del cuestionario "diagnostico de estilos de vida" Aplicación del cuestionario de evaluación del plan de acción (construye tu vida sin adicciones"
AUTORES	Castro S.M.E., Llanes B.J.; Bonifaz R.; Gally, N.; Margain, M		Castro S.M.E., Mille M.C; Bonifaz R.; Gally, N.; Margain, C. M., Llanes B,J.

Fuente: Campollo y López. (2003)

En la evaluación de estos programas existen diferentes estudios que se han interesado en los resultados que tienen los programas; (Campollo y López, 2003) reporta que el programa Chimalli es amplio, robusto e integral, lo que implica un compromiso y participación activa de los diferentes actores involucrados maestros, directivos, padres de familia y estudiantes. Lo anterior puede ser considerado un alcance y al mismo tiempo en algunos escenarios una limitante para el desarrollo del mismo; Así mismo en el instrumento de evaluación de los niveles de riesgo y protección, se encontraron deficiencias ya que encontraron preguntas con errores y el software para la captura de información resulto defectuoso, sin poder llegar a la comprobación y validación del instrumento.

Respecto al programa de Centros de Integración Juvenil, “para vivir sin drogas” (Quintana, s.f.) a través de una observación directa en sesiones del programa de orientación infantil y la aplicación de cuestionarios a asesores y orientadores, comprobó que los materiales de apoyo que se usan son deficientes, ya que resultan tediosos y poco atractivos para los niños, por lo cual es necesario la implementación de un material colorido, atractivo, dinámico y con mayor información. Así mismo reportan (Castro y Llanes, 2008) el desarrollo de habilidades en tres aspectos básicos: información, orientación y capacitación, sin que los tres componentes se aborden con todos los sectores de la población. En su mayoría reciben información; niños, adolescentes y padres son incluidos en la orientación y pocos avanzan a la capacitación. Para evaluar se considera la opinión y percepción de daño de uso de drogas antes y después de la intervención. Finalmente comentan que cubre las necesidades de un sector amplio de la población, aunque en este momento no se conoce su impacto en la reducción del consumo.

Respecto al programa “Construye tu vida sin adicciones” mencionan (Castro y Llanes, 2008) los materiales fueron desarrollados por el INEPAR para el CONADIC y están diseñados para trabajar con grupos en centros de salud o similares, tiene un marco teórico constituido por la llamada "medicina mente-cuerpo", con ejercicios psi corporales y de reflexión para mejorar los estilos de vida de las personas que asisten a las clínicas y otros servicios de salud. Aún no se tienen resultados sistematizados sobre el impacto en el estilo de vida y la reducción del consumo de las personas, aunque ha tenido gran aceptación y está siendo aplicado actualmente en muchas partes del país. Construye Tu Vida está diseñado para grupos y personas con técnicas de autoayuda y de ayuda mutua.

Es claro que existen otros programas que se desarrollan en nuestro país y que hay mucho por hacer en lo que se refiere a la prevención (Castro y Llanes, 2008) No existen estudios longitudinales que demuestren que las intervenciones han sido eficientes en modificar la trayectoria vital a largo plazo, así como los recursos disponibles siempre insuficientes, obligan a lograr estrategias más eficaces y eficientes.

Los tres programas tienen elementos comunes, particularidades y algunas diferencias en la forma de llevarlos a cabo. Cualquiera de estos tres programas puede dar buenos resultados siempre y cuando se lleve a cabo correctamente. (Campollo y López, 2003) Los objetivos de los programas se cumplen en la medida que son aplicados por profesionales comprometidos, y que por supuesto existen limitaciones que tratan de resolverse en la medida que se aplican y se realiza investigación sobre los resultados que van arrojando con las diferentes poblaciones. Finalmente la participación de todos los actores redundara en el éxito de las intervenciones, familias, especialista, instituciones, comunidades.

Con base en lo revisado podemos reflexionar que la intervención tiene que dirigirse a disminuir los factores de riesgo y promover el aumento de factores de protección, lo cual puede tener importantes beneficios para la población en la medida en que los profesionales de la salud detecten e intervengan en los que la población se encuentra con mayores necesidades. Así mismo destaca la situación familiar entre los factores tanto de riesgo como de protección de ahí la importancia del estudio que se aborda en el capítulo tres.

En esta sección se ha tenido un panorama de los diferentes programas preventivos, los cuales se han llevado a cabo con poblaciones, contextos y estrategias variadas logrando los objetivos propuestos por los creadores de los mismos. Es importante considerar que la prevención es una herramienta fundamental para combatir el consumo de sustancias, sin embargo hablar de los programas de intervención con los consumidores resulta esencial ya que de esta manera se enfrenta el problema de manera directa, será en la siguiente sección que se aborden las intervenciones que se realizan con consumidores de las diferentes sustancias, edades y niveles de dependencia.

1.3.- Estudios sobre Intervención: cognitivo-conductual

En este punto se analizan los programas y modelos que se han llevado a cabo en nuestro país para el tratamiento de las adicciones con el enfoque cognitivo conductual, así como las investigaciones que se han realizado para evaluar el impacto de los mismos en la población.

La aproximación cognitivo conductual ha ganado amplia aceptación en el tratamiento de abuso de sustancias. Sus orígenes se remontan a la teoría conductual de condicionamiento clásico y operante, en las primeras décadas del siglo XX. En los años 60 se volvieron populares los tratamientos conductuales basados en principios de

condicionamiento operante. El concepto básico de estas aproximaciones era la suposición de que la conducta de consumir drogas tiene un alto valor reforzante y ocurre en circunstancias particulares, el análisis funcional de estímulos y contingencias de reforzamiento, relacionados con la droga fue establecido como un procedimiento clínico (Hunt y Azrin, 1973).

Los estudios basados en el condicionamiento operante fueron enfoques de amplia efectividad. Estos estudios a menudo involucraron entrenamiento en habilidades, en el supuesto de que las personas que consumen drogas reemplazan actividades relacionadas con la conducta de consumo, con conductas alternativas menos problemáticas. También hubo tratamiento de amplio espectro como: técnicas de reducción de la ansiedad, entrenamiento en relajación y de sensibilización sistemática (Sobell y Sobell, 1993).

En los años 70 se desarrollan las ciencias cognitivas, que son ciencias de la cognición, en las que intervienen los sistemas biofísicos, sociales, técnicos y formales; esto es, toda una serie de sistemas que conducen a la construcción de representaciones y a la elaboración de conocimiento (Codol, 1993), lo cognitivo complementa el trabajo que venía haciéndose en la terapia conductual, ya que surgen los tratamientos cognitivo-conductuales como el tratamiento dominante. El distintivo de este tipo de aproximaciones fue que los procesos de pensamiento se aceptaron como parte de la explicación de conductas anormales y se integraron como parte del trabajo del tratamiento.

1.3.1. Intervención breve.

El término intervención breve incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. Se define como una “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de

personas con una conducta de consumo de sustancias que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad –y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de consumo puede causarles problemas. La intervención breve es una aproximación proactiva que inicia el profesional de la salud más que el usuario y que no involucra juicios del especialista”. (Ayala y Echeverría, 1998)

Las intervenciones breves se definen como los esfuerzos dirigidos a la detección temprana de individuos que presentan abuso hacia las sustancias, con el objetivo de disminuir la progresión del problema. (Ayala y Echeverría, 1998).

Los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- Retroalimentación sobre los riesgos que se corren al consumir en exceso, este conocimiento puede producir un gran impacto para lograr resultados efectivos.
- Hacer énfasis en la responsabilidad personal que tiene el cliente o usuario por su forma de consumo, y que el cambio es una decisión personal.
- El consejo debe ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita.
- Tener varias alternativas para el cambio, aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de consumo.
- El estilo del terapeuta debe ser empático, hay claras evidencias de como el estilo terapéutico afecta de manera positiva los resultados en una intervención breve (Miller, 2007).

En general, las intervenciones breves se definen como intervenciones limitadas en el tiempo en comparación con los tratamientos tradicionales. Incluyen una evaluación global, asesoramiento breve y periodos de seguimientos (Orford y Edwards, 1977).

Son el tipo de aproximaciones que han demostrado resultados efectivos para incidir en el patrón de consumo de los adolescentes y adultos, así como en la reducción del daño

asociado a dicho consumo. El estudio Mesa Grande, que es una revisión sistemática actualizada, sobre la efectividad de diferentes tratamientos para el consumo perjudicial y de riesgo de alcohol, clasifica la efectividad de 48 modalidades distintas de tratamiento. En los resultados son las intervenciones breves las que encabezan la lista de métodos de tratamiento basados en la evidencia (Miller y Wilbourne, 2002).

Un estudio de Evaluación de Tecnología de Suecia (Berglund et al. 2003) concluyó que en la mayoría de los estudios de intervención breve, se ha demostrado un efecto significativo de la intervención breve en seguimientos de hasta dos años. El efecto del tratamiento es de la misma magnitud que el obtenido con muchos tratamientos médicos comunes para condiciones crónicas. Una revisión sistemática en Australia (Shand et al. 2003) concluyó que “las intervenciones breves oportunistas son efectivas para reducir el consumo de alcohol en bebedores problemáticos con bajos niveles de dependencia”.

Se reportaron los resultados de un estudio aleatorio y controlado de consejos médicos breves para el tratamiento de problemas de dependencia. (Fleming et al. 2002). De acuerdo a los hallazgos los sujetos en el grupo de tratamiento presentaron reducciones significativas en el uso de alcohol a siete días, en el número de consumos excesivos episódicos y en la frecuencia de consumo intenso en comparación con el grupo de control. El efecto ocurrió dentro de los seis primeros meses a partir de la intervención y se mantuvo durante el período de seguimiento durante 48 meses. La muestra de tratamiento también experimentó menos días de hospitalización y menos visitas a las salas de urgencias.

En México (Rojas et al, 2011) realizaron una revisión bibliográfica publicada de 1980 a 2010 en bases de datos y centros de documentación especializados. Incluyendo reportes de estudios para evaluar intervenciones y tratamientos para el consumo de alcohol,

tabaco y drogas. De las 220 publicaciones sobre tratamiento, el 11.8% correspondieron a ensayos clínicos para evaluar el impacto de diferentes intervenciones. El tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia.

En el ámbito internacional y nacional, se ha demostrado que las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social y que utilizan componentes de la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol, son apropiadas para personas que presentan un patrón de consumo problemático sin cubrir los criterios de dependencia (Ayala, 2001; Babor y Grant, 1992; Marlatt, 1999; Sobell y Sobell, 1993). Y es precisamente en estos postulados teóricos que se basan los programas que se abordarán en el segundo capítulo, por ahora se describe a que se refiere estas bases teóricas:

Teoría del Aprendizaje social.-En contraste con los modelos de enfermedad que solo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia el alcoholismo, la **Teoría del Aprendizaje Social (TAS)** expresada por Bandura (1969,1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo esta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos.

De acuerdo con Bandura (1985), esta Teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo. Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los

efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social. Además de todos estos factores externos, la Teoría del Aprendizaje Social recalca la importancia de los procesos simbólicos vicarios y auto-reguladores de la conducta, los cuales se describen a continuación.

Simbolización. Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. Permite al individuo generar y probar alternativas.

Anticipación de la acción y establecimiento de metas. Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones. Junto con la simbolización, la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

Aprendizaje vicario. Este se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Esta es la raíz de la definición de la teoría, ya que de acuerdo con el aprendizaje social –los patrones de conducta y las normas sociales y culturales– se adquieren mediante la observación de un modelo.

La autorregulación. Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas.

La capacidad auto-reflexiva es la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo.

Determinismo recíproco. En el planteamiento de esta tesis los individuos son agentes activos en determinar su destino, es también en el modelo del aprendizaje social sobre uso y abuso del alcohol una suposición importante, ya que los modelos médicos asumen al

individuo como un enfermo y los modelos biológicos asumen al individuo como un ser pasivo. La Teoría del Aprendizaje Social supone al individuo con una orientación adaptativa que puede elegir el alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines.

Expectativa de auto-eficacia. La Teoría del Aprendizaje Social enfatiza el mecanismo de auto-eficacia, para explicar como el pensamiento afecta a la acción y como los patrones de conducta son seleccionados por los individuos. Este mecanismo se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda. La expectativa de auto-eficacia supone que el individuo tiene habilidad suficiente para afrontar una situación específica, estas expectativas de eficacia influyen directamente sobre el desarrollo y mantenimiento del alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas.

La perspectiva que enfatiza la **TAS**, es que existe una interacción multi-determinada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo nos permite el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas.(Bandura, 1985)

Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el usuario a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene este en la elección de estas nuevas conductas, entrenándolo en:

- Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- Búsqueda de nuevas alternativas de afrontamiento.

- Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de la conducta más adecuada.
- Manejo y establecimiento de metas.
- Desarrollo de capacidades de autorregulación y autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.
- Entrenamiento en habilidades de auto eficacia

Que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. De esta forma la **TAS** supone que el individuo puede elegir el alcohol como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. Por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva.

La teoría del aprendizaje social es el constructo teórico sobre el cual se fundamenta la intervención que se realiza en los programas de intervención breve y a continuación se presentaran algunas de las técnicas más empleadas para los cambios cognitivos - conductuales.

Entrevista motivacional (Miller, 2007).- Señala que la motivación no es una característica individual o personal, es un estado de compromiso hacia una acción. La entrevista motivacional busca minimizar la resistencia del usuario y hacer que tome la responsabilidad de evaluar su propio problema y hacer un compromiso de cambio, a través de sus estrategias.

Se basa teóricamente en dos grandes áreas de forma prioritaria en el constructo de “ambivalencia” y el conflicto entre la indulgencia y la restricción, conflicto que surge claramente en las conducta adictivas (Oxford, 1995)

Se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.

- No busca la etiqueta, busca el reconocimiento por parte del paciente de posibles conductas-problema (hábitos no saludables).
- Responsabiliza al paciente en la elección de posibles alternativas.
- Implica una actitud de escucha respetuosa.
- Reconoce la ambivalencia en la que nos encontramos ante determinadas conductas, pensamientos, emociones... como algo intrínseco a la naturaleza humana (no patológico)
- Aumenta la motivación y favorece el deseo de cambio

Los principios generales son: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar el auto eficacia.

Dunn, DeRoo y Rivara (2001) llevaron a cabo un meta-análisis en el que evaluaron de manera sistemática veintinueve programas de intervención basados en la entrevista motivacional, de los cuales diecisiete estaban orientados al abuso de sustancias, tres al abandono del consumo de cigarrillo, cuatro al riesgo de contagio de VIH y seis a dietas y ejercicio. En el 60% de los programas se obtuvo por lo menos un cambio comporta mental significativo. Entre los diferentes programas basados en la entrevista motivacional, aquellos dirigidos a la disminución del consumo de sustancias son los que han presentado mejores resultados. Se encontró evidencia substancial sobre la efectividad de la entrevista

motivacional como herramienta para el control de estos comportamientos (Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; APA, 2000); La entrevista motivacional también es una herramienta útil cuando es utilizada por terapeutas clínicos que no tienen una formación especializada en el tratamiento del abuso de sustancias (Duran, 2003).

Prevención de recaídas.- La recaída para Marlatt, (1985), es definida como el momento en que la persona transgrede sus propias reglas. Marlatt considera que ciertos tipos de antecedentes situacionales, designados como situaciones de riesgo, fijan el antecedente para que la recaída ocurra. El que la recaída ocurra o no, depende de si la persona reconoce la situación de riesgo inherente y ejercita una alternativa de enfrentamiento adecuada. Si se pone en marcha una alternativa adecuada, el individuo, no solo evita la recaída sino que experimenta un alto sentido de autocontrol, lo que hace menos posible que la recaída ocurra en un futuro. Pero si pasa lo contrario se combina tres factores que aumentan la posibilidad de una recaída 1) fracaso en el enfrentamiento, 2) sentido disminuido de control personal resultante de no haber enfrentado la situación de riesgo, y 3) expectativas resultantes a corto plazo del uso de sustancias.

Las recaídas se ven como experiencias de aprendizaje más que como fracasos personales. Desde esta perspectiva, la recuperación se ve como un proceso de aprendizaje. Que ocurran problemas iniciales y como se manejan, son vistos como determinantes importantes de un resultado a largo plazo. Se espera que las experiencias exitosas lleven a un cambio de conducta a largo plazo, y que esta se mantenga. De igual manera se esperaría que las experiencias continuas de fracaso disipen las ganancias del tratamiento.

Técnicas de autocontrol.- El entrenamiento en autocontrol conductual como una forma de tratamiento que puede ser utilizada tanto para alcanzar la abstinencia o una meta de

moderación o de beber no problemático (Hester y Miller, 1990) Consiste en técnicas conductuales que incluyen el establecimiento de metas, el auto monitoreo, cambios específicos en la conducta de beber, recompensas por su logro, el análisis funcional de las situaciones en que se bebe y el aprendizaje de habilidades de alternativas de enfrentamiento. Es educacional, en tanto el usuario se involucra en los componentes específicos y se le asignan tareas a realizar entre las sesiones (Carrascoza, 2007)

López (2003) relacionó el consumo de drogas con el autocontrol y otras variables, donde participaron 53 sujetos consumidores de alcohol, hachís, cocaína y heroína que fueron reclutados en lugares de encuentro de jóvenes, la conclusión respecto al autocontrol fue que se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta. Observando que esta variable explica una parte importante de la variabilidad, tanto en la cantidad de consumo como en la cronicidad del mismo.

1.4 Alcances de los procedimientos y herramientas cognitivo conductuales en el campo de las adicciones.

Se describen algunos estudios en relación a los procedimientos y herramientas utilizados con población de consumidores y que han mostrado resultados positivos en la intervención.

En la Gran Bretaña se hizo un estudio con 909 bebedores excesivos, se utilizó el consejo breve del médico para reducir o dejar de consumir alcohol, empleando para ello un

folleto de auto-ayuda, tarjetas para llevar a cabo un auto-registro del consumo de alcohol y un documento describiendo el compromiso contraído por el usuario. El estudio mostro cambios significativos al disminuir el consumo de alcohol (Wallace, 1988).

Otras investigaciones encontraron efectos benéficos al enviar cartas o hacer llamadas telefónicas a los clientes, logrando un aumento considerable para que regresaran al tratamiento, (Intagliata, 1976; Niremberg, Sobell y Sobell, 1980; Panepinto y Higgins, 1969). Se reporto que el 82% de los usuarios completaron el tratamiento cuando el consejero los llamo comparado con el 37% debido a que la responsabilidad fue totalmente del usuario.

En Nuevo México (EUA), Miller y colaboradores (1989), desarrollaron una intervención breve conocida como “la lista de chequeo del bebedor”, basada en una retroalimentación sistemática de los resultados, dada a los usuarios sobre los resultados de su evaluación. En el primer experimento se documento una significativa reducción del consumo entre 28 bebedores problema, quienes contestaron la lista de chequeo del bebedor. Seis semanas después repitieron la lista de chequeo del bebedor y se encontró una reducción de 29%, este resultado, aunque modesto, soporto sin embargo 18 meses de seguimiento y fueron confirmados por entrevistadores colaterales. (Miller y Sobering, 1989). Estos hallazgos fueron replicados en una segunda prueba aleatoria, con 42 bebedores problema y se encontró una reducción de un 57% en el consumo, el cual se mantuvo después de un año de seguimiento (Miller, Benefield y Tonigan, 1993).

El valor del análisis funcional fue apoyado por estudios de laboratorio, demostrando que el consumo de drogas puede ser tratado como una conducta operante para el manejo de las contingencias (Hunt y Azrin, 1973)

En España se aplicó la entrevista motivacional a un grupo de consumidores de tabaco dirigida a los intereses del cliente con el objeto de establecer un espacio reflexivo, de constructor de mitos y activador de expectativas de cambio. El número de pacientes a estudio fue de 135. Se estudió la integración en programa multicomponente, después de 24-72 h de sedimentación de la información en el marco de un centro especializado en adicciones. Los resultados fueron que el 85.40% de las personas aceptaron la inclusión en el programa de cesación tabáquica, y verbalizaron un alto grado de motivación respecto a su estado basal previo a la entrevista motivacional, lo anterior permite concluir que la entrevista motivacional, adaptada a la dependencia a la nicotina, parece ser una herramienta semi-estructurada que favorece la disminución de la urgencia por comenzar el programa. Disminuye la ansiedad, así como la percepción del conflicto frente al síndrome de abstinencia proyectado o experimentado. Aumenta la motivación positiva y disminuye la incertidumbre como elemento de máximo estrés frente a la decisión de paso al acto (Fuentes, 2005).

En Lima Perú se llevó a cabo un estudio sobre el Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”- CEDRO. La investigación tuvo como objetivo la evaluación de la percepción y satisfacción, así como de las intervenciones breves a través del consejo psicológico y sesiones motivacionales del programa (Rojas, 2008).

La muestra estuvo constituida por 128 participantes de ambos sexos (9,4% mujeres y 90,6% hombres), con edades comprendidas entre 15 y 51 años de edad (Media = 23,65; Desviación estándar = 7,92), consumidores de marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y alcohol que asistieron al programa (Rojas, 2008).

Para medir la eficacia del programa «Lugar de Escucha» se evaluaron los estadios motivacionales de los consultantes, tanto en acogida como en derivación, el grado de satisfacción con relación al servicio recibido y el porcentaje de inserción a los diferentes programas de tratamiento de los consultantes derivados (Rojas, 2008).

Los resultados sobre percepción y satisfacción confirman el predominio de las fortalezas del programa. En lo que se refiere a las fases motivacionales, se encontró que las intervenciones de inducción motivacional mantienen y afianzan en el paciente la motivación de cambio de actitud y el nivel motivacional para interrumpir el consumo. De esta manera, de acuerdo con lo encontrado, dichas intervenciones tienden a incrementar su eficacia cuando los pacientes inician el proceso de tratamiento en los estadios de pre-contemplación y contemplación. Ello sugiere la necesidad de trabajar con muestras más homogéneas, considerando el tipo de drogas, edad y sexo, y la aplicación de instrumentos pre y post. Asimismo, lo encontrado sugiere la necesidad de clasificación de los pacientes en estadios de cambio; lo que puede ser una herramienta útil para el perfeccionamiento de los programas de tratamiento en drogodependencias. (Rojas, 2008).

En México se han realizado programas validados empíricamente con diversas poblaciones como: bebedores problemas (Echeverría, 2004) con personas adictas a la cocaína (Oropeza y cols. 2008), las adaptaciones realizadas para la intervención con adolescentes que empiezan a tener problemas con el manejo del consumo de alcohol y drogas (Martínez, 2008), la atención de familiares de alcohólicos en poblaciones urbanas, así como la adaptación para comunidades indígenas (Natera y cols. 2010), programa de satisfactores cotidianos (Flores y Barragán, 2010), obteniendo resultados exitosos.

Respecto al programa de bebedores problema, los resultados en los últimos años en México muestran, un incremento en el número de días de abstinencia, en los días de consumo se observa un cambio de consumo excesivo a consumo moderado, patrón de consumo que se mantiene a través de los seguimientos. (Echeverría, 2004)

Dentro de los resultados obtenidos del Tratamiento Breve Para Usuarios de Cocaína se ha encontrado que los usuarios disminuyen de manera significativa el consumo de la fase de línea base a la de tratamiento, y del tratamiento al seguimiento a los seis meses de haber dado de alta al usuario. También, el modelo ha manifestado que ayuda a los usuarios a alcanzar la abstinencia y a tener mayor confianza para resistirse al consumo de la sustancia en diversas situaciones de riesgo. Entre estas, destacan aquellas situaciones donde el usuario es presionado a consumir la droga. Otra estrategia que también los usuarios han señalado que es muy útil es la identificación y enfrentamiento de episodios de deseo fuerte de la droga. (Oropeza, 2008)

En lo que se refiere a la evaluación del programa de intervención Breve para adolescentes se utilizó un diseño de caso único con 25 réplicas, 17 casos de consumo de alcohol y 8 casos de consumo de marihuana. De los 25 adolescentes que participaron en el estudio, 24 mostraron una disminución en el patrón de consumo en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo, se dieron cambios en el nivel de auto-eficacia y los sujetos reportaron una reducción del número de problemas relacionados con su consumo. (Martínez, 2008).

El programa de atención a familiares de consumidores se llevo a cabo con 60 mujeres entre 18 y 65 años con problemas por el consumo de alcohol de un familiar (esposo o padre). Se integraron dos grupos, uno con intervención y otro sin ella. El grupo que

recibió la intervención tuvo una disminución significativa de síntomas físicos y psicológicos, así como de depresión, mientras que éstos aumentaron en el grupo sin intervención (Natera, 2010).

Los resultados del Programa de Satisfactores Cotidianos indican su eficacia para favorecer alcanzar y mantener la abstinencia en población mexicana al incrementar significativamente las variables de auto eficacia, satisfacción cotidiana, y calidad de vida, y disminuir significativamente a las de precipitadores, ansiedad, depresión así como la cantidad y dependencia en el consumo de sustancias adictivas (Flores y Barragán, 2010).

Podemos observar que los consumidores de alcohol son los principales sujetos de estudio en las diferentes investigaciones realizadas, así mismo que la inclusión de diversos materiales, considerar la motivación de los usuarios, brindarles retroalimentación en los programas es de gran ayuda para mejores resultados.

A través de lo revisado en este capítulo se tiene una base epidemiológica y teórica sobre las adicciones, considerando a la prevención, el tratamiento y la investigación en la problemática. Corresponde ahora en el segundo capítulo el describir el programa de intervención breve para bebedores problema y la forma en que se intervino con el usuario en la institución en que se puso en práctica lo aprendido.

CAPITULO 2.- Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve Para Bebedores Problema.

En este capítulo se abordará el Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve Para Bebedores Problema, de acuerdo a la experiencia profesional a lo largo de la residencia en psicología de las adicciones. Iniciare describiendo las características del programa y posteriormente la forma en que se trabajo con un usuario, en el Centro de Prevención de Adicciones.

El programa está dirigido a bebedores problema, con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, que deseen disminuir su consumo o dejar de consumir y a través de lecturas y ejercicios se brinda el apoyo para el cambio en el patrón de consumo.

Este Modelo se fundamenta en el programa de *Auto-Cambio Dirigido* desarrollado por los Drs. Sobell (1987) de la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá, y fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores (1998), para utilizarlo en nuestro país como el Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve para Bebedores Problema.

Este modelo es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. El usuario detecta los problemas relacionados con su manera beber, desarrolla un plan general para la solución de problemas para enfrentarse a las situaciones donde consume grandes cantidades de alcohol y lograr cambios en su comportamiento. Las características principales de esta aproximación son: (Echeverría y cols. 2004)

1. Se evita calificar o etiquetar a las personas.
2. No se confronta a la persona, sino a través de la escucha refleja se analiza la información, a fin de que el cliente tome conciencia sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de consumir alcohol.
3. Se proporciona retroalimentación objetiva no amenazante a los clientes para evitar la resistencia.
4. Se informa y orienta a los usuarios acerca de cómo es posible el cambio de sus hábitos.
5. Se permite a los usuarios intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento.

El enfoque del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema ayuda a los clientes a: fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Este modelo es similar al utilizado por el médico familiar para ayudar a sus pacientes a enfrentar muchos problemas de salud, por ejemplo: proporcionando información básica, consejo, motivando, monitoreando las condiciones para el cambio, retroalimentando y dando seguimiento.

Características generales:

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. Los criterios de inclusión al programa son: ser mayor de 18 años, consumo de riesgo o

perjudicial (puntaje de 1 a 25 en la escala de dependencia al alcohol BEDA), Saber leer y escribir, Domicilio permanente, que trabaje en la actualidad y viva con su familia.

De manera general en las seis sesiones del Modelo se consideran los siguientes aspectos:

A) Admisión: Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para la intervención breve.

B) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y el nivel de auto eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de riesgo en el consumo.

C) Paso uno: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.

D) Paso dos: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.

E) Paso tres: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol.

F) Paso cuatro: Nuevo establecimiento de metas.

La duración aproximada de cada sesión es de 45 minutos y se requieren cuatro pasos; posteriores a la sesión de admisión y evaluación, a fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio, registra su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo (abstinencia o moderación), identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio. Existen 4 sesiones más que son las de

seguimiento en las cuales se exploran los alcances de la intervención en un tiempo prolongado.

Instrumentos.

Para evaluar los cambios logrados, se aplican una serie de instrumentos al inicio, al final y en el seguimiento de intervención. A continuación se describen brevemente los mismos.

Entrevista Inicial semi- estructurada (Echeverría, y col. 2004)- La entrevista consta de 71 reactivos que permiten obtener información en diferentes áreas: datos de identificación, historia del consumo de drogas, historia de tratamiento área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar y consecuencias del consumo para iniciar el tratamiento. (Anexo uno).

Escala sobre dependencia al alcohol (BEDA) (Horn y Wanberg, 1969) (Ayala y col. 1998).- Fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que esta escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios. (Anexo dos).

Sub-escalas de pistas A y B.- (Reitan y Davison, 1974; Fernández Ballesteros y Vila, 1986) retomada de la batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan. Se trata de un instrumento para el examen neuropsicológico que explora a través de 5 pruebas: categoría,

capacidad táctil, golpeteo digital, percepción de sonidos del habla y test rítmicos, a través de la sub-escala de pistas es posible revisar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol. La prueba de Pistas, muestra similitudes con la sub-escala de símbolos y dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos Weschler (WAIS), principalmente en términos de la evaluación, de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario. La aplicación de esta prueba es de cinco minutos, cuenta con dos partes, en la primer parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario.(Anexo tres) (Anexo cuatro).

Línea Base Retrospectiva de Consumo De Alcohol (LIBARE) (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979, Echeverría y Ayala, 1997).- Se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han mostrado que la Línea Base Retrospectiva de Consumo es un instrumento de medición adecuado. No obstante, que **LIBARE** es superior a otros procedimientos de medición de consumo de alcohol, el reporte en forma retrospectiva es vulnerable a errores de memoria de los pacientes. Tiene una confiabilidad test-retest de .91 (Echeverría y Ayala, 1997). (Anexo cinco).

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, (ISCA) (Annis, Graham y Davis, 1987), (adaptación Echeverría, et al. 1998).- El **ISCA** es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías divididas en dos grandes grupos:

1) Situaciones personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías: Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando auto-control y Necesidad o urgencia por consumir.

2) Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en 3 sub-categorías que son: Conflicto con otros, Presión social y Momentos agradables con otros. (Anexo seis).

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS. (Annis y col. 1988, traducción y adaptación Echeverría y Ayala 1998) - fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída. (Anexo siete).

En la aplicación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, se ha utilizado este instrumento de forma breve, en el cual se presentan las categorías y algunos ejemplos de situaciones relacionadas con estas, por lo que el usuario responde a solo 8 preguntas, que señalan un porcentaje para evaluar que tan seguro se siente de controlar su forma de beber ante 8 situaciones diferentes.

Auto—registro (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998) El auto-registro es un formato en donde el sujeto reporta el día de consumo, capacidad de resistir el consumo, número de copas por tipo de bebida o cantidad de droga consumida, total de copas, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. (Anexo ocho).

Formato de Consentimiento.- Es un documento en el que el usuario acepta ingresar al programa de tratamiento y da el consentimiento para usar la información pertinente, para la realización de investigación concerniente a problemas ocasionados por el consumo de alcohol y drogas. Además, se le da la información relacionada con las actividades que se llevarán a cabo, que la información que proporcione al terapeuta será de carácter confidencial y los seguimientos que se realizarán. (Anexo nueve)

Podemos concluir que las características del modelo son muy claras y efectivas si se cumplen los criterios de inclusión, el cual ha servido de modelo para otros programas de intervención con usuarios consumidores de diferentes sustancias, la forma en que se llevo a cabo en la práctica es el aspecto del cual se aborda en el apartado siguiente.

2.3. Aplicación del Modelo de detección temprana e intervención Breve para bebedores problema.

Fue el primer programa en el cual se atendió a un usuario consumidor de sustancias. La practica en clases con los compañeros de la maestría me permitieron tener la habilidad en el manejo de los instrumentos de cada una de las sesiones, además de la observación en directo de sesiones de la responsable del programa, así como su asesoría y acompañamiento en el proceso de atención del caso que presento a continuación:

Breve descripción del paciente.

Se trabajo el programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema con un paciente consumidor de alcohol, de sexo masculino de 35 años de edad, que al momento de la intervención estudiaba la licenciatura en física en la Universidad Nacional Autónoma de México, trabajaba como empleado en una panadería junto con su madre los fines de semana. Llegó al centro enviado por los servicios médicos de la UNAM, por su consumo de alcohol.

El usuario menciona que la última vez que consumió alcohol de manera excesiva tuvo una discusión con su novia y se puso muy agresivo, golpeo fuertemente su coche e intento golpearla a ella. El recuerda muy poco del evento y es la novia quien le describe la situación, El joven menciona como principales motivo de consulta el no poder tener autocontrol y sentirse triste de manera constante.

Descripción de las Sesiones.

Admisión: En esta sesión, se trabajo con el usuario sobre la preocupación de recuperar el autocontrol sobre todo en la ira y la tristeza que siente cuando consume: “no sé que me paso” se refiere al incidente con su novia después de consumir alcohol; “no quiere saber nada de mí y la entiendo”. Esta situación es por la que decide dejar de consumir mostrándose firme ya que ha permanecido algunas semanas sin hacerlo.

En el desarrollo de la entrevista se retoma la historia de su consumo donde refiere que solo ha tenido consecuencias hasta ahora en las áreas, cognitiva porque siente que afecta su rendimiento en la escuela y a nivel interpersonal por los conflictos actuales con su novia.

En la aplicación de la escala breve de dependencia al alcohol (BEDA), su puntaje fue de 13 puntos que corresponde a un consumo de riesgo. De acuerdo al nivel de dependencia y nivel educativo del usuario no se considero necesario la aplicación del instrumento Pistas.

Posteriormente se le explicaron las características del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema y cómo se trabajara cada una de las sesiones. Se mostro interesado en participar y firmo su formato de consentimiento convencido de que logrará su meta.

En esa misma sesión se le explico al usuario el formato de línea base retrospectiva (LIBARE), es decir, que debía describir su patrón de consumo diario de los doce meses previos a que llegara a consulta. Cuando le quedaron claras las instrucciones para llenarlo se le solicito que lo concluya en casa, y que lo trajera terminado para la siguiente sesión.

Evaluación.- En esta sesión se analizó el patrón de consumo a partir de lo expuesto en el LIBARE; el usuario menciona consumir en diversos días y en cantidades variables que van desde una hasta 12 copas por ocasión. También se reportó el consumo de marihuana ocasionalmente, solamente cuando sus compañeros de clase le ofrecen o grupos de amigos le dan “las tres” al cigarro. En relación al tabaco consumía un cigarro diario desde hace ocho años.

Consideró que su mayor problema se debía a la forma en que consumía alcohol. También señaló que se sentía todo el tiempo triste, porque trabaja mucho y todavía no lograba tener cosas materiales que para él son importantes como por ejemplo: Una casa, un auto, etc. También mencionó la presencia de ideas suicidas en algún momento de su vida.

Del mismo modo, asumió tener metas claras en relación a su carrera y sentirse bien como persona ya que consideró que es buen estudiante y una persona con cualidades y valores.

Se aplicó el Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA) donde resaltaron como situaciones de mayor riesgo para el consumo de alcohol aquellas donde existe la presión social y en las que es necesario poner a prueba su autocontrol. Se muestra reflexivo en el momento de contestar a cada reactivo y a pesar de que inicialmente comentó situaciones donde las emociones desagradables lo llevan al consumo en el inventario las puntuó bajo.

En el cuestionario de confianza situacional (CCS) todas las situaciones puntuaron arriba del 90%, lo cual respaldó diciendo “estoy seguro que ya no voy a consumir, porque no quiero volver a vivir lo que pase”

Finalmente se le entregó y explicó el formato de auto registro así como la lectura que debía realizar. El usuario afirmó que no sería necesario el auto registro porque estaba seguro que ya no iba a consumir alcohol. Se comprometió a leer el material y contestar los ejercicios a pesar de la carga de tareas que menciona tener.

Primer paso: decidir cambiar y establecimiento de metas. Sesión uno.- El usuario llegó puntual a su cita y menciona que sigue sin consumir alcohol, trae su tarea de LIBARE terminada y su auto registro “fue fácil llenarlo porque no consumí y así quiero continuar...”, sin embargo manifestó sentir culpa, enojo, y tristeza. Por lo anterior se le aplicó el inventario de depresión de Beck (Beck, 1988) su puntuación dio un nivel de depresión moderada, por tal motivo es canalizado a servicios médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México a la especialidad de psiquiatría para su valoración y seguimiento.

En esta sesión se trabajaron algunas estrategias de manejo del enojo como detención del pensamiento, cambio de pensamiento y distracción. También se trabaja con técnicas de relajación como la respiración y relajación muscular para apoyarle con su meta de abstinencia. El usuario menciona que le cuesta trabajo relajarse ya que es una persona que piensa repetidamente en lo que le sucede y no logra detener sus pensamientos. En relación a la lectura no terminó los ejercicios por lo que se le propuso, revisarlos en la siguiente sesión.

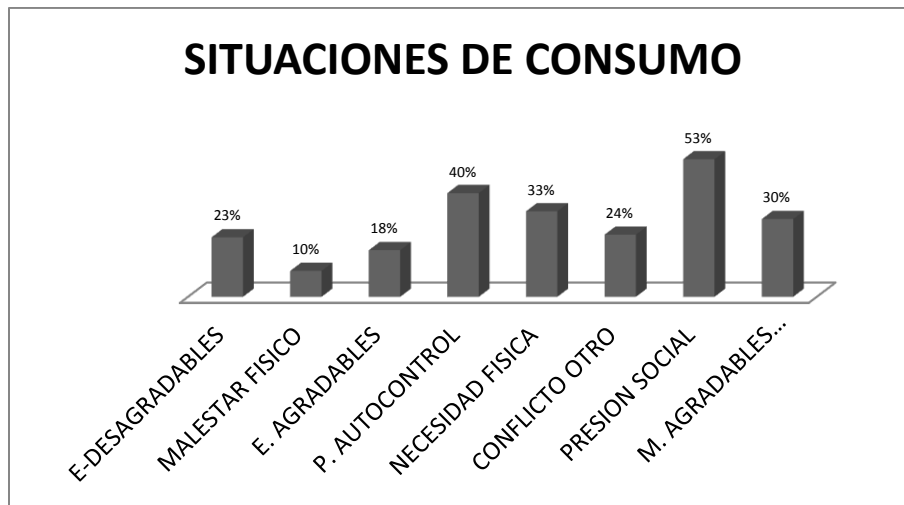
Sesión dos.- En esta sesión se trabajó directamente con el balance decisional, en el cual el usuario escribió de manera general las ventajas y desventajas que tiene el dejar de consumir. Encontró como principales razones para hacerlo, sus relaciones familiares y de

pareja así como su autoestima y seguridad. Consideró como los principales costos de no cambiar el tener una baja autoestima, causar preocupación a la familia, frustraciones en torno a su relación de pareja dolor y pérdida. También percibió que el consumo lo llevaba a no cumplir las metas que se proponía así como reflejar una imagen negativa a nivel social.

Al analizar los resultados de la LIBARE donde se le señaló un consumo de 157 tragos anuales, el usuario manifestó que le parecen un gran número de copas y dice “pensé que ya le había disminuido más” reafirmó su meta de no beber en absoluto siendo para él la meta más importante y con el 100 % de confianza para lograrla. Al final de la sesión se le entregó y explicó la lectura del paso dos.

Paso dos.- identificar situaciones de riesgo. Después de una semana, continuó sin consumir. Se inicia la sesión analizando las situaciones de riesgo de consumir alcohol. Como se observa en la figura 5, las que presentaron los porcentajes más elevados fueron aquellos donde existen presión social (reuniones sociales, amigos consumiendo, que alguien le ofrezca, etc.) y en las que es necesario probar su autocontrol (cuando piensa que solo tomara una, que él tiene el control de todo).

Figura 5. Situaciones de consumo



Al observar la gráfica con los resultados, comenta “Creo que ahora haría algunos cambios en la gráfica”. Agregó el mayor porcentaje de riesgo a las emociones desagradables y agradables ya que es algo que le costaba trabajo reconocer y lo omitió en el cuestionario, así mismo disminuye el porcentaje en necesidad física lo cual utilizaba como una justificación.

En los ejercicios del material del programa escribió situaciones de riesgo que ha vivido como: el festejar su cumpleaños donde recuerda que el último estuvo consumiendo solo, “ahora que lo pienso es como una autodestrucción o muerte lenta que buscaba”, sus disparadores en esa ocasión fueron, el creer que no había problema y solo por hábito, en relación a las consecuencias tuvo malestar físico y “cruda moral”.

En reuniones con amigos, sus disparadores fueron estar físicamente muy agotado, estar enojado días atrás, y presentar enojo en el momento, sus consecuencias del consumo fueron la violencia extrema, falta de autocontrol, dolor de cabeza, lagunas y depresión.

Continúa con sus citas de evaluación en psiquiatría y comenta que le han servido mucho todas las preguntas que le hizo el médico y hasta tuvo una plática sobre él y su desarrollo, con su madre. Al final de la sesión se le entregó y explicó la lectura del tercer paso.

Pasó tres.- planes de acción. Sesión uno.- Se realizaron planes de acción para cada una de las situaciones de riesgo identificadas, es en este momento cuando habla detalladamente de la preocupación que tenía por sentirse triste casi todo el tiempo.

En este sentido comentó que siempre ha sido así, desde niño muy solitario y con días o momentos en los que se acentuaba más la tristeza y la soledad; menciona que se acostumbró a ser así y lo integró como parte de sí mismo y aprendió a no pelear con ese sentimiento y encontró en el consumo de alcohol una muerte lenta ya que él no se atrevería a atentar directamente contra su vida.

Se rescata en la sesión la importancia del manejo de las emociones, en su caso la tristeza, la cual asume como constante en su vida y al mismo tiempo en los planes de acción se proponen actividades para distraerse (teatro, cine, ciclismo), cambio de pensamientos y centrarse en sus objetivos personales. Así mismo la importancia de seguir las indicaciones médicas respecto a la toma del medicamento.

Posteriormente, señaló como sus opciones para las reuniones y fiestas, el asistir a las mismas reuniones con amigos y no consumir o no asistir; sin embargo consideró que con esta segunda opción se puede aislar y sentirse fuera de lugar. Finalmente considera, como la opción más viable el asistir e integrarse sin consumir, señaló que esto le dará seguridad y podrá seguir conviviendo con sus amigos. Su plan de acción es asistir a la reunión, charlar,

buscar gente que no consume, integrarse a otras actividades que se realizan, acercarse a personas nuevas que no conozca, pasar menos tiempo en la fiesta y ser directo en rechazar diciendo no cuando le ofrezcan alcohol.

Sus opciones para manejar el enojo que va acumulando fueron: tener actividad física lo que le permite relajarse y sentirse mejor físicamente; buscar apoyo profesional lo que le facilitará tener mayor control y finalmente el autocontrol con la respiración.

Las opciones en relación a la tristeza fueron: enfocarse a sus objetivos como las tareas de la escuela, buscar otras opciones que complementen el trabajo que realiza para ser autónomo en lo económico y de esta manera obtener mayor confianza por lograr sus metas; tener otro tipos de actividades para distraer sus pensamientos y finalmente un tratamiento psicológico para tener ayuda y ver de manera distinta su situación. Sus planes de acción fueron organizar bien sus horarios y actividades respetando lo planeado y cumplir con sus obligaciones y no permitir que la tristeza se imponga.

El usuario continuó con la atención de psiquiatría donde le recetaron medicamento y comentó que le han servido las técnicas de respiración y relajación para el manejo de las emociones así como los cambios y detención de pensamientos aunque reconoció que no es fácil romper con los hábitos a los que ya estaba acostumbrado.

Se identificó como necesario reforzar las habilidades de comunicación para que lleve a buen término sus planes de acción.

Sesión dos.- Como ya se menciona se consideró necesario trabajar con algunas habilidades de comunicación y expresión de emociones para lo cual se utilizaron las técnicas de modelamiento y ensayo conductual. El usuario piensa que el movimiento corporal gasta

energía, por lo cual limitaba la expresión corporal, ahora sabe que es necesario y desea mejorar su expresión. Se inicia con observaciones sobre el tono de voz, volumen, mirar a los ojos etc., se practica el cómo iniciar conversaciones y como dar seguimiento a las relaciones de amistad que tiene.

Planteó algunos conflictos que tiene con su novia, como es el enojo hacia ella debido a que es poco flexible y no lo ha apoyado. Se realizaron algunas actividades para ensayar el cómo iniciar una conversación con ella. Se comprometió a aplicarlo en la semana.

Se retomaron algunas metas que tenía en diferentes áreas de su vida como son el seguir sin beber, mejorar sus relaciones sociales, su relación con su ex novia y sus calificaciones del semestre.

Al final de la sesión se entregó y explicó la lectura del paso 4, se le señaló que la siguiente sesión es la última de la intervención y que se tendrán 4 sesiones más de seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

Pasó cuatro.- nuevo establecimiento de meta. Asistió puntual como a cada una de las sesiones anteriores, continua sin consumir y no ha comprado el medicamento que le recetaron argumentando que no tiene dinero y si muchos gastos y trabajo por el fin de semestre.

Comenta que realizó la conversación con su ex novia como se ensayó la sesión pasada con muy buenos resultados ya que están saliendo nuevamente juntos y ver que se puede rescatar de su relación, continua con la aplicación de las estrategias aprendidas para manejar sus emociones de enojo y tristeza.

Menciona que acudió a reuniones y se integró en las mismas sin necesidad de consumir, lo cual le dio mayor seguridad, además de que le permitió mantener una mejor relación con sus compañeros y amigos de la escuela con los que a veces no convivía mucho.

Se concluye en esta sesión la intervención y posterior al análisis de los avances que ha tenido y las estrategias que lleva a cabo, renueva su meta de no beber en absoluto, aunque reconoce que hubo deseo de consumo no lo hizo y así desea continuar. Se da la cita del primer seguimiento a un mes.

Primer seguimiento. (Un mes).- El usuario asistió a la sesión puntual acompañado de su novia y la madre de ella, viste de colores diferentes rasurado y con el pelo más corto su actitud es alegre y comentó que en una fiesta con amigos consumió una copa y pudo detener el consumo, pensó “que caso tiene perder otra vez todo lo que ya llevo ganado” no desea perder sus beneficios de la abstinencia y menos ahora que regreso con su novia y sus relación se encuentra estable. En relación a la escuela comentó que aprobó todas su materias con buen promedio lo cual era una de sus más grandes preocupaciones, tiene planes de trabajo a través de enviar reactivos al CENEVAL y ya organizo sus materias y tiempos para el siguiente semestre.

Segundo seguimiento.(cuarto mes).- Se realizó el seguimiento por vía telefónica, el usuario comentó que continua sin consumir, se ha reunido con sus amigos pero sin ningún problema por el consumo ya no le ofrecen ni insisten en que consuma con ellos, solo en dos ocasiones consumió con ellos mariguana solo un “toque”. Solicitó una cita para hablar personalmente ya que no deseaba hablar algunas cuestiones que le preocupaban por

teléfono, “no es nada grave puedo esperar a fin de semestre para comentarlo”, así que se da cita para su tercer seguimiento cuando ya esté más tranquilo ya que estaba terminando semestre y sus horarios se encontraban muy saturados.

Tercer seguimiento. (Seis Meses).- Acudió el usuario puntual, afirmó sentirse muy bien concluyó nuevamente su semestre con buenas calificaciones y motivado para concluir su carrera y con proyectos para su servicio social y tesis que le puedan ayudar a ingresar a una maestría.

La situación por la cual solicitaba una cita y que lo tiene preocupado desde unos meses atrás es que terminó su relación de pareja, su novia se va a trabajar fuera de la ciudad, él se da cuenta que perdió mucho tiempo y ahora no tiene que ofrecerle, o alguna forma para pedirle que se quede. Terminan por la distancia ya que será complicado para ambos el poder verse, pero existe la promesa de continuar el contacto por internet y si más adelante deciden volver lo pueden considerar.

Se realizaron junto con el usuario planes de acción para manejar esta situación de la ruptura de la pareja. Estará ocupado con el proyecto de tesis y sus trámites de servicio social, lo que lo tiene motivado es que todavía hay esperanzas de volver y eso hace que se comprometa más con la terminación de la carrera y realmente tener un buen proyecto para titularse. Así mismo buscará actividades culturales y deportivas en sus tiempos libres además del ciclismo que ya practica.

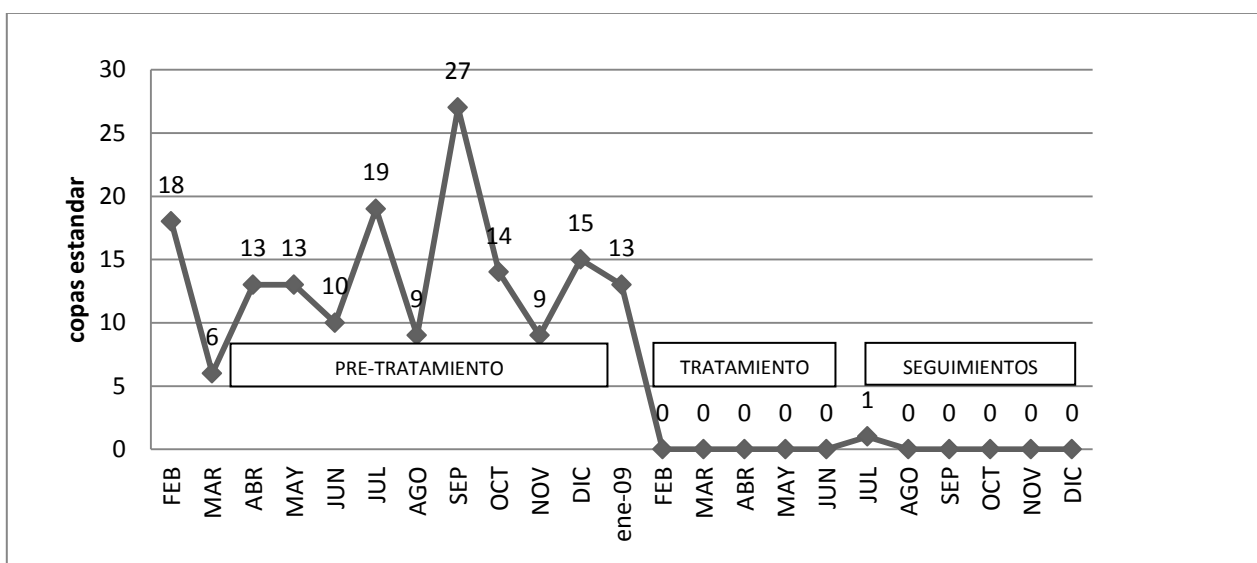
Se le reforzó que a pesar de estar triste no ha consumido alcohol además de que no ubicó el consumo como una opción ante su situación, se le recordó el seguir aplicando las estrategias aprendidas y se le dio cita para el cuarto seguimiento.

Resultados

El Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema se trabajo con el usuario ya que cubre los criterios de inclusión y es el más adecuado a su caso. Además el usuario obtuvo resultados positivos con las estrategias utilizadas.

En relación a la línea base podemos observar que su consumo era constante y es a partir del incidente con la novia que decide no consumir más, lo cual logra durante el desarrollo de la intervención y es hasta el primer seguimiento que consume nuevamente una copa, en los siguientes seguimientos logra mantener su abstinencia. (Figura 6).

Figura 6.- Cantidad de Consumo antes-durante y después de la intervención.



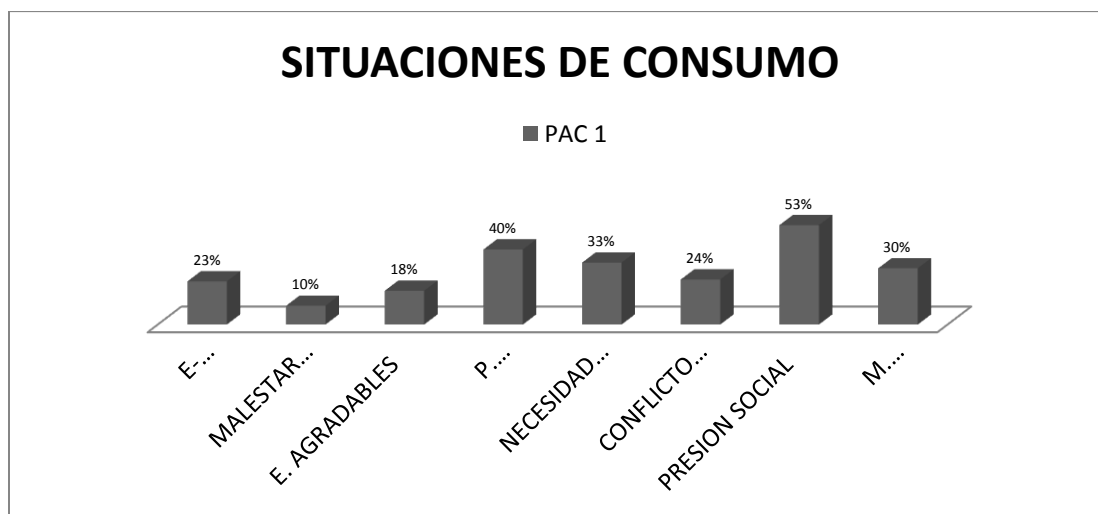
En cuanto a su patrón de consumo de acuerdo a la evaluación realizada, podemos decir que su consumo antes de la intervención fue de 157 unidades de bebida estándar anuales, sus días de abstinencia fueron 334 (86%) son un número mayor los días de abstinencia que los de consumo (54, 14%), su cantidad de tragos máximo fue de 12 y el mínimo de 1, en general el día de mayor consumo fueron los viernes. (Tabla 1)

Tabla. 1.- Resultados de Línea Base Retrospectiva.

días consumo	Abstinencia	tragos anuales	Tragos mensuales	tragos máximo	trago mínimo	días consumo
54 (14%)	334 (86%)	157	13	12	1	VIER

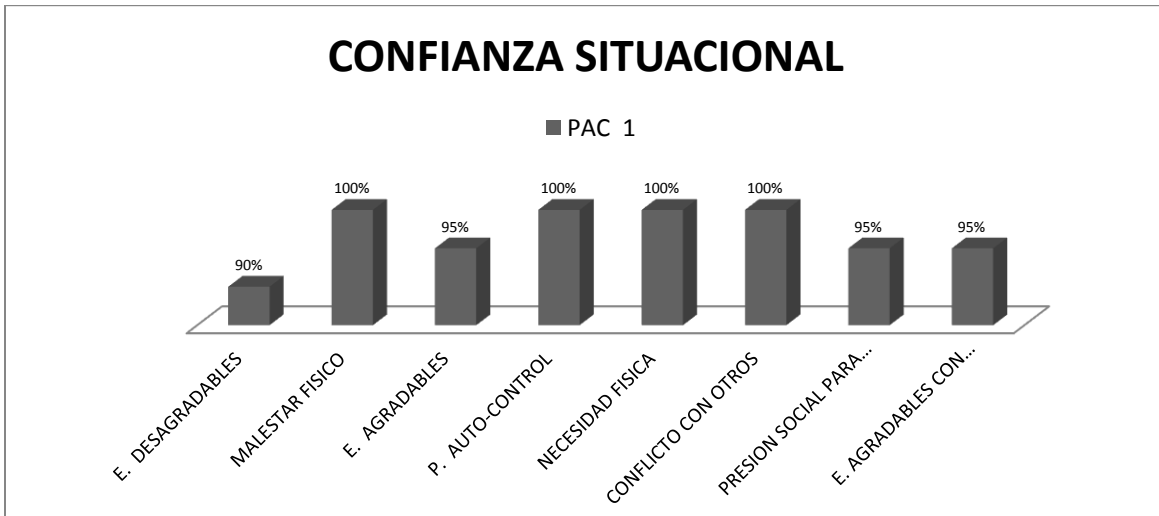
Las situaciones de riesgo que tenía el usuario fueron probando autocontrol y presión social con porcentajes arriba de 40%, los conflictos con otros y momentos agradables con otros sus porcentajes estaban arriba de 30%. Se corroboran después situaciones de riesgo como son las emociones desagradables depresión o tristeza en específico, las cuales decidió no reflejar en el instrumento y que posteriormente asumió. (Figura 7).

Figura 7.- Situaciones de Riesgo



Sus porcentajes de autoconfianza en todas las situaciones tuvieron porcentajes arriba de 90% porque refirió que estaba seguro que no quería volver a vivir lo mismo que le paso, es decir, perder el control. (Figura 8)

Figura 8.- Niveles de Autoconfianza para no consumir en las situaciones de riesgo.



La experiencia de trabajar con este usuario y en especial en este programa me deja la satisfacción de que a tres seguimientos el usuario continuo con su meta de no consumo, identifico también la importancia de la motivación con la que los usuarios llegan como esencial para el éxito de la intervención, además en el transcurso de la sesiones el problema con el consumo permite al usuario tener la oportunidad de retomar aspectos de su vida que requieren atención y mejora.

Del mismo modo, pude apreciar de manera práctica las ventajas de las intervenciones breves de corte cognitivo-conductual, en este sentido el Modelo de Detección Temprana E Intervención Breve Para Bebedores Problema es un programa de fácil aplicación y muy efectivo para este tipo de consumidores. Mi experiencia con este paciente reafirma la validez y los alcances del programa como una opción de tratamiento para aquellas personas que tienen problemas con su manera de beber

Otra de las competencias que se adquieren en la maestría de adicciones, tiene que ver con el instrumentar proyectos de investigación, en este sentido tuve la oportunidad de

llevar a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos. En el siguiente capítulo, se describe la experiencia de participación en un proyecto de investigación realizado en la Universidad Autónoma de Aguascalientes

CAPITULO 3.- Conflicto y no conflicto en la relación de padres y adolescentes con síntomas de dependencia, abusadores y no consumidores de alcohol.

En esta sección, se reportan los resultados de una investigación en la que participaron un grupo de adolescentes y sus padres, que viven en el estado de Aguascalientes. El propósito de la investigación fue conocer la percepción que tienen sobre los temas de conflicto y no conflicto en la relación padres-hijos, comparando tres grupos: Jóvenes con síntomas de dependencia, abusadores y no consumidores.

3.1. Antecedentes

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por cambios drásticos en lo físico, emocional, social, familiar y es en este proceso que se buscan respuestas sobre sí mismo, como incorporarse y responder ante los nuevos entornos en su vida. Al respecto se ha generado una gran cantidad de trabajos que vinculan la conducta de riesgo del adolescente con las características relacionales del núcleo familiar del que proceden.

Entre las principales conductas de riesgo en la adolescencia se encuentra el consumo de alguna sustancia y diferentes organismos internacionales como OMS, OPS, NIDA; señalan que la edad promedio para el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es a los 16 años; Sin embargo, la edad está disminuyendo, observándose en algunos casos a los 12 y 13 años. Aunque la mayoría de los niños de entre diez y catorce años aún no han comenzado a beber, la adolescencia temprana es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol (Organización Mundial de Salud, 2010. OMS).

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta. De hecho, los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas

combinadas (NIAAA, 2000) en México, el 21% de los estudiantes de escuelas preparatorias reportaron una ingesta de cinco o más tragos por ocasión durante el mes previo a la encuesta 12 a 18 años (Villatoro et al. 2005).

También es importante señalar que las diferencias en el consumo de alcohol entre los y las adolescentes son cada vez menos marcadas y esto es más evidente en las comunidades urbanas. Así, en comparación con los jóvenes de las comunidades rurales, donde el consumo de bebidas alcohólicas afecta a dos hombres por cada mujer, en las zonas urbanas éste sólo afecta a 1.39 hombres por cada mujer (Medina-Mora et al., 2003).

Aunado a lo anterior, las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en nuestro país muestran que aproximadamente del 8% de los jóvenes entre 12 y 17 años consumen cinco o más copas por ocasión y el 3% presenta tres o más síntomas de dependencia al alcohol a pesar de su corta edad (Medina-Mora et al, 2003).

El consumo de alcohol entre la población adolescente está relacionado con diferentes factores tales como la disponibilidad del alcohol, la exposición a actividades de alto riesgo, así como peculiaridades del entorno cultural y familiar; siendo este último el objeto de análisis de esta investigación.

Entre los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales se señalan la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes son tener una buena relación de vínculo con los padres, se ha comprobado que una comunicación pobre es propia de las

relaciones familiares de los adolescentes en los que está presente la conducta problema (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

Del mismo modo, se ha encontrado que la escasa presencia física o accesibilidad de los padres y la falta de supervisión de éstos, acompañada por una ausencia de comunicación con los hijos en relación a las actividades de la vida diaria, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991).

Por el contrario un mayor apoyo percibido de la familia se asocia a un menor consumo de alcohol y tabaco, incluso cuando su grupo de iguales tiene un consumo extremo (Martínez y Robles, 2001).

La literatura en el tema señala que en algún momento entre la infancia y la adolescencia la comunicación entre padres e hijos se deteriora, pasan menos tiempo interactuando juntos y hablan menos de sus asuntos espontáneamente por lo cual la comunicación se hace más difícil (Barnes y Olson, 1985).

Noller y Callan (1990) concluyen que la familia es importante para la mayoría de los adolescente durante toda su vida y que su ajuste social y emocional es mejor cuando estas son cohesivas, expresivas organizadas y fomentan la independencia de sus miembros, y se desajustan cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control, una comunicación eficaz es crucial para su bienestar; en cuanto a los adolescentes que reportan una relación positiva con sus padres, hablan sobre sus intereses, roles sexuales, relaciones interpersonales y problemas en general.

Chicos y chicas hablan a menudo sobre sus amigos, sus gustos e intereses, sus planes a futuro o las normas de la familia, siendo la sexualidad, política o religión temas infrecuentes (Parra y Oliva, 2002).

Muchos llegan a la adolescencia manteniendo un buen clima en sus relaciones familiares: permanecen en el hogar familiar hasta casi la edad adulta, piensan de forma similar o igual a la de sus padres en muchos aspectos y se sienten muy satisfechos en las relaciones con ellos (Grotevant, 1998; Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998).

Un estudio realizado en EEUU (Allison y Schultz, 2004) exploró los conflictos entre padres-adolescentes durante los primeros años de la adolescencia (edades de 11 a 14 de 6, 7 y 8 grado). Con una lista de chequeo con 40 temas (como conducta desconsiderada, uso de sustancias, apariencia personal, higiene personal, limpieza del cuarto, etc.) donde pone de manifiesto conflictos más frecuentes con los padres, alcanzando un máximo en el 7 grado entre padres e hijos. Plantean variaciones en el conflicto según la edad, y sugieren que la adolescencia temprana es el periodo de mayor intensidad de conflicto.

Los resultados de este estudio apuntan a la importancia de examinar tanto la frecuencia y la intensidad del conflicto, especificar cuestiones sobre las que existe conflicto, y el sexo de los participantes con el fin de comprender la naturaleza de esta relación durante la adolescencia (Allison y Schultz, 2004).

Un estudio más examinó los conflictos entre padres y adolescentes chinos (de 5 °, 7 °, 10 ° y 12 ° grado) de Hong Kong y de Shenzhen, República Popular China, quienes fueron entrevistados individualmente para informar desacuerdos con sus padres y resaltan los conflictos en la elección de las actividades, tareas escolares, las relaciones interpersonales, y las tareas domésticas.

Los conflictos eran relativamente pocos en número, con frecuencia moderada y la intensidad leve en distintos contextos, los conflictos son más intensos en la adolescencia temprana que en la adolescencia tardía. Hubo más conflictos en torno a las tareas y las relaciones interpersonales en Hong Kong que en Shenzhen y más conflictos por el trabajo escolar en Shenzhen, que en Hong Kong, especialmente entre los 7 ° y 12 ° grado (Yau y Smetana, 2003).

En España se llevo a cabo una investigación que consiste en analizar los conflictos entre padres e hijos/as y sus discrepancias en la percepción de los conflictos a lo largo de la adolescencia las edades comprendidas fueron entre los 12 y 17 años; aunque ambos perciben baja incidencia de conflictos en sus relaciones, padres e hijos/as discuten algunas veces por las tareas de la casa, las tareas del colegio, la hora de llegar a casa, el uso del dinero y las compras, ver la televisión, los amigos que tienen y el tabaco, el alcohol o las drogas.

Además, padres e hijos/as coinciden en que los principales conflictos entre madres y adolescentes surgen por la realización de las tareas de la casa; y entre padres e hijos/as por hacer las tareas del colegio (Motrico, Fuentes y Bersabé, 2001).

En un estudio realizado en México, se encontró que los estudiantes que beben cantidades elevadas de alcohol y los consumidores de otras drogas, a diferencia de lo que sucede con los abstemios, presentaron más problemas al destinar su tiempo libre a actividades como irse a beber con amigos, exhibir más conductas antisociales y tener un distanciamiento de la familia que se refleja en la baja participación en actividades compartidas, en el desinterés por cumplir con sus normas y en la percepción de conflictos al interior de la misma (Rojas-Guiot et al., 1999).

En una comunidad de Veracruz México, se estudiaron los conflictos entre los adolescentes y el padre, reportando que los conflictos de los y las adolescentes con sus padres, ocurren sobre aspectos cotidianos de las interacciones familiares, como son las actividades y deberes del hogar y la escuela, los amigos y actividades sociales.

Resalta que la ingesta de alcohol y el fumar, causan conflicto principalmente entre padres e hijos adolescentes y escasamente con las hijas adolescentes, no se tomó en cuenta la relación con la madre (Vallejo, 2005).

En un estudio más se analizó la relación de la estructura familiar (vinculación afectiva y flexibilidad), los estilos comunicativos y la satisfacción marital con la frecuencia e intensidad del conflicto intrafamiliar. Se aplicaron cuestionarios a 380 adolescentes y 81 madres. Los resultados mostraron que los adolescentes reportan conflictos frecuentes e intensos cuando sus padres son autoritarios o violentos al comunicarse, así como inflexibilidad familiar. Las madres, relacionaron al conflicto con estilos comunicativos violentos tanto en sus hijos como en ellas mismas, además de baja satisfacción marital. (Pérez y Aguilar, 2009).

Finalmente en un estudio que relaciona los conflictos y fracaso escolar, reporta que: los temas en los cuales existe mayor comunicación entre madres e hijos se relacionan con: normas de la familia, gustos e intereses del adolescente; en las temáticas en las cuales no existe una adecuada comunicación: sexualidad, el alcohol o tabaco, actividades que los jóvenes realizan cuando están fuera de casa, noviazgo y relaciones sentimentales. (Ascensio, 2010)

En relación a la parte teórica se retoma la teoría de la coerción de Patterson, donde resalta la importancia de las interacciones entre padres e hijos, podemos destacar que cuando la relación entre padres y adolescentes es de constantes conflictos o distante, es más probable que el adolescente consuma alcohol y desarrolle otro tipo de problemas. (Patterson, 1982)

Patterson, establece que las familias que se involucran en procesos coercitivos (estímulos aversivos) escalan de estímulos aversivos menores a episodios agresivos mayores. La teoría de la coerción de Patterson, asume que la conducta es inicialmente aprendida a través de la observación, pero las consecuencias de la conducta son las que la mantienen. (Patterson, 1982)

El modelo de Patterson, Reid y Dishion (1992) es desarrollado desde orientaciones conductuales y del aprendizaje social. Presenta una amplia experiencia de intervención y su marco teórico intenta especificar cómo se forja la conducta antisocial. Este modelo teórico busca las raíces de los comportamientos antisociales crónicos en las primeras etapas de la vida, donde se produce una “cascada” de eventos que orientan al sujeto hacia un estilo de vida delictivo.

Este modelo hace hincapié en las prácticas disciplinarias que tienen lugar en el medio familiar. Así, la teoría de Patterson explica cómo la conducta antisocial se desarrolla en cuatro etapas:

En la primera etapa las experiencias familiares adquieren una importancia relevante y el “entrenamiento básico “en conducta antisocial es fundamental, si las prácticas de crianza (ausencia de normas claras, los padres no refuerzan en el sentido oportuno las conductas del hijo) no son adecuadas, el niño percibe que emitiendo conductas aversivas

(llorar, romper objetos, pegar, explosiones emocionales) le resulta “beneficioso” al escapar de situaciones desfavorables o permitiéndole conseguir refuerzos positivos, esas son las primeras “conductas antisociales” del individuo; este aprendizaje sutil hace que el niño ejerza conductas “coercitivas” o manipuladoras sobre el resto de los miembros de la familia.

La segunda etapa se inicia en el mundo escolar donde el ambiente social reacciona” ante la conducta del sujeto, la falta de habilidades de interacción en nuevas situaciones, el rechazo de sus compañeros, evitar las tareas académicas o el desajuste escolar enfrentan al niño a sus primeros “fracasos” en el mundo.

En la tercera etapa el adolescente se implica con iguales desviados y “perfecciona” las habilidades antisociales, el fracaso académico recurrente y el rechazo por parte de los compañeros hacen que el sujeto se sienta excluido del mundo pro social y, por consiguiente, buscará relacionarse con individuos semejantes a él y las actividades antisociales se irán ampliando y se harán cada vez más severas.

Finalmente, en la cuarta etapa, el adulto desarrollará una “carrera” antisocial duradera, las habilidades deficitarias dificultarán la permanencia en un trabajo estable, la institucionalización reducirá las oportunidades de adoptar un estilo de vida convencional, las relaciones de pareja serán problemáticas y el alcohol u otras drogas impedirán un funcionamiento ajustado y progresivamente, el sujeto se irá confinando a una existencia marginal y las actividades antisociales se cronificarán.

Patterson aclara que cuando un individuo está en una etapa, existe una elevada probabilidad de que pase a la siguiente; pero muchos sujetos por razones diversas ven interrumpida esa progresión y el número de individuos que encontramos en cada etapa se

va reduciendo a medida que avanzamos en la secuencia. Este planteamiento teórico, por tanto, se aplicaría únicamente a un tipo de delincuentes, los de “inicio temprano”.

El tema central de la progresión propuesta por Patterson son la experiencias disciplinarias en la familia y, según el modelo, un entrenamiento a los padres en habilidades de crianza adecuada, que impida o bloquee el proceso coercitivo, será un arma fundamental para intervenir sobre las conductas antisociales.

3.2. Justificación

Como hemos revisado en los antecedentes el conflicto a nivel familiar es un tema de especial relevancia, ya que la familia es la primer fuente de aprendizaje para los seres humanos y es en este núcleo que se reciben fortalezas para desenvolverse en diferentes ambientes, de ahí el valor del estudio para investigar acerca de los temas que mantiene en conflicto a las familias principalmente en la etapa de la adolescencia y de la misma manera aquellos temas que no generan conflicto.

Como se ha visto, en la literatura existe investigación acerca de los diferentes temas de conflicto entre los adolescentes con sus padres, en los cuales se trabaja únicamente con adolescentes no consumidores y en el presente estudio, se incluirá además, adolescentes que abusan y presentan síntomas de dependencia al alcohol.

La importancia de este trabajo también radica en poder conocer la percepción que existen en los temas de conflictos y no conflicto entre padres y adolescentes con síntomas de dependencia, abusadores y no consumidores y así contar con mayores elementos para proponer acciones que contribuyan a mejorar la comunicación entre padres e hijos, sobre todo en la adolescencia, ya que es una etapa en la que los conflictos surgen con más

frecuencia y es necesario aprender a manejarlos ya que es un factor de protección para el consumo. Los resultados también pueden ser muy útiles para el diseño de programas de entrenamiento para padres y adolescentes en relación a la prevención del consumo y el mejorar su relación familiar.

De igual manera cabe destacar que para la intervención con adolescentes los profesionales de la salud pueden retomar los diferentes temas de conflicto y no conflicto para la realización de acciones de prevención universal, selectiva e indicada.

3.3. Objetivos

General.

Conocer la percepción que tienen tres grupos de adolescentes (no consumidores, abusadores y con síntomas de dependencia al alcohol) junto con sus padres sobre los temas de conflicto y no conflicto en su relación.

Específicos

1).- Identificar la percepción que tienen tres grupos de adolescentes (no consumidores, abusadores y con síntomas de dependencia) junto con sus padres sobre los principales temas de conflicto y de no conflicto en su relación.

2).- Conocer si existen diferencias en el número de temas percibidos de conflicto y no conflicto entre padres y adolescentes, comparando a los jóvenes con síntomas de dependencia, los abusadores y no consumidores.

3).- Analizar si existen diferencias de género en la percepción de los temas de conflicto y de no conflicto en los tres grupos de adolescentes junto con sus padres.

3.4.- Método

Participantes:

Se trabajo con una muestra de 23 padres de familia y 23 adolescentes (9 no consumidores, 7 abusadores y 7 con síntomas de dependencia) con edades entre 15 y 16 años los cuales participan en la investigación “estilos de interacción social de adolescentes que presentan síntomas de dependencia a las drogas”. (Pedroza, Martínez, Cervantes, Aguilera y Bárcenas, 2011)

La muestra se obtuvo de centros de Nueva Vida de Aguascalientes y Jesús María, así como de escuelas preparatorias de la ciudad en las que autorizaron el proyecto.

Los grupos se seleccionaron de acuerdo a la entrevista realizada, así como a los criterios de dependencia del DSM IV (tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo). Se requería para la investigación de estilos de interacción social de 10 participantes por grupo y hasta el momento de esta investigación se decidió hacer el análisis de la información con los adolescentes y padres que se tenían ya confirmados, los cuales fueron los 23 mencionados.

Instrumentos.

Lista de temas:- Para la investigación de “estilos de interacción social de adolescentes que presentan síntomas de dependencia a las drogas”, se elaboro un instrumento para analizar los temas que causan conflicto entre padres y adolescentes. Está compuesto por las principales áreas de conflicto como: Familia, normas familiares, relaciones con otros,

hábitos, escuela, actividades recreativas y temas sociales. La lista consta de 37 temas (Vacaciones, Sexualidad, Relaciones con miembros de la familia compañeros de escuela, Programa de T.V, mejor amigo etc.), la cual es entregada al padre junto con su hijo y ambos marcan con una (✓) si es un tema de no conflicto y una (X) si es un tema de conflicto. Además permite agregar otro tema no considerado, que suponga conflicto o no conflicto en su relación familiar.

El objetivo de la lista es conocer cuáles son los temas que pueden abordar sin conflicto y cuáles de esos temas causan conflicto cuando se hablan. Al realizarla se tuvo en cuenta el tipo de conflictos más significativos entre padres e hijos/as que recogen los estudios sobre el tema y fue validado por jueces en un nivel de acuerdo entre jueces de 80 por ciento.

Indicadores del DSM IV dependencia a las drogas (Martin del campo, 2007) Es una lista de indicadores de dependencia a las drogas. Fue elaborada a partir de los indicadores del DSM IV y está conformada por 7 reactivos que miden tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo. Este instrumento fue utilizado para definir el tipo de usuario e integrar al chico a alguno de los tres grupos:

Adolescente con síntomas de dependencia: Consume alcohol y presenta al menos un síntoma de dependencia según indicadores de DSM IV, abusador: Consume más de tres copas de alcohol por ocasión, sin síntomas de dependencia y no consumidor: No ha consumido sustancias en los últimos 12 meses.

Diseño de la investigación:

Descriptivo: ya que en este tipo de estudio solo se analiza la información reportada por los participantes en la investigación. Describe tendencias de un grupo o población.

Transversal: Porque el estudio es realizado en un solo momento específico y tiempo único.

No probabilístico: Ya que los elementos de la población fueron seleccionados de acuerdo a las características que requiere la investigación y no fue de manera probabilística.

Definición de variables

Conflicto: proceso interpersonal que se produce siempre que las acciones de una persona interfieren con las de la otra. Patterson (1982)

Operacional: Acuerdo que exista entre el padre y el adolescente en relación a las respuestas de la escala presentada, sobre cuales marcaran como temas de conflicto o no conflicto que existen en su relación al abordarlos.

Adolescente con síntomas de dependencia: Adolescente que consume alcohol y que presenta al menos un síntoma de dependencia según el DSM IV.

Operacional: Adolescentes que reportan en la entrevista, consumo de alcohol y que cumplan uno o más de los criterios diagnósticos a partir de la evaluación de los siguientes ítems en un periodo continuado de doce meses:

1. tolerancia: Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de sustancia para alcanzar la intoxicación o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

2. abstinencia: Cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la sustancia.

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía,

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia,

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia,

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia,

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Adolescente abusador: adolescentes que consumen más de tres copas de alcohol por ocasión, sin síntomas de dependencia.

Operacional.- Adolescentes que en la entrevista reportan consumir más de tres copas y que no reportan síntomas de dependencia de acuerdo al DSM IV.

Adolescente no consumidor: Adolescente que no ha consumido sustancias en los últimos 12 meses.

Operacional. Adolescentes que en la entrevista reportan que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses.

Procedimiento:

Se estableció contacto telefónico y por escrito con las autoridades del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes y directores de los centros de rehabilitación, en los que se les explicaban los objetivos de la investigación y se solicitaba su autorización para realizar el trabajo en el interior de los mismos,

Se inicio la fase de detección y selección de casos obtenida de los centros de rehabilitación, la muestra de adolescentes con síntomas de dependencia y adolescentes que abusan del alcohol.

Respecto a los adolescentes no consumidores estos fueron seleccionados de diferentes preparatorias del Estado, con las cuales la Universidad Autónoma de Aguascalientes, en específico el programa de adolescentes, ha trabajado el Programa de intervención breve para adolescentes (PIBA), la muestra se obtuvo de los alumnos que contestaron negativamente a un cuestionario de tamizaje sobre consumo de sustancias y aceptaron participar de manera voluntaria en el proyecto.

En sesión grupal todos los adolescentes de las diferentes instituciones fueron invitados a participar en una investigación sobre relaciones padre hijo y su participación fue voluntaria, se aplicó una entrevista para realizar la clasificación de los adolescentes de

acuerdo a su nivel de consumo de acuerdo a los indicadores del DSM IV de dependencia a las drogas.

Posteriormente se citó a los padres de los adolescentes que aceptaron participar voluntariamente y se les invitó a participar en el estudio y a firmar el formato de consentimiento informado, en el cual autorizaban su participación y la del adolescente en el proyecto y finalmente la evaluación consistió en entregar a cada diada una lista de temas de conversación y se les pidió que los clasificaran juntos (padre y adolescente) como temas de conflicto o no conflicto.

Cuidados éticos.

Se explico el proyecto a los participantes en relación a los objetivos que se persiguen y como se haría el manejo de la información, resaltando la confidencialidad de la misma. Se solicitó el consentimiento informado por escrito tanto para los adolescentes como para los padres.

Análisis de datos: En primer lugar procedimos a depurar la base de datos y posteriormente a realizar un análisis descriptivo de los datos. Se realizo un análisis de frecuencia y porcentajes de las diferentes variables, incluidas las características socio-demográficos, listado de temas y la sumatoria de temas de conflicto y no conflicto.

Finalmente el estudio de las diferencias de los temas y el sexo se realizo con la prueba Mann-Whitney U. Wilcoxon W y se utilizo Kruskal-Wallis para comparar temas de conflicto y no conflicto y grupos de adolescentes. Finalmente para la diferencia de temas por nivel de consumo y por sexo se realizo a través de crosstabs. Se utilizó para estos cálculos el paquete estadístico SPSS, v. 16.0.

3.5. Resultados

La muestra estuvo compuesta por 52% de hombres y 48 % de mujeres, en relación a la edad de los participantes el 65 % tiene 15 años, y el 35 % 16 años, de acuerdo a su situación de consumo el 40% es no consumidor 30 % es abusador 30% adolescentes con síntomas de dependencia.

Dentro de los objetivos del estudio fue conocer la percepción acerca de los temas de conflicto y de no conflicto entre los padres y los adolescentes. Observamos que del total de los usuarios, el 74% consideran el quehacer de la casa y las materias reprobadas como los temas que les causan mayor conflicto en su relación. En cuanto a las causas de no conflicto sobresalen las vacaciones (91%), la sexualidad (83%), relaciones con miembros de la familia (83%) y la relación con compañeros de escuela (78%) (Tabla 2)

Tabla 2.- Temas de conflicto y no conflicto. Frecuencias y porcentajes de la muestra total.

No conflicto	Frec.	%	Conflicto	Frec.	%
Vacaciones	21	91	quehacer de la casa	17	74%
Sexualidad	19	83	materias reprobadas	17	74%
Relaciones miembros familia	19	83			
compañeros de esc.	18	78			
Programa de T.V	18	78			
mejor amigo	17	74			
finés de semana	17	74			
salidas familia	17	74			
Estudios futuros	16	70			
Cine	16	70			
Alcohol	16	70			

Diferencias entre los grupos. En relación a los temas que se abordan por grupo cabe destacar que el mayor número de temas de conflicto son percibidos por los adolescentes con síntomas de dependencia en comparación a los no consumidores y los abusadores. El grupo de los jóvenes que presentan síntomas de dependencia consideran que los temas que causan mayor conflicto entre padres e hijos son: los quehaceres de la casa, la solicitud de permisos, las formas de hablar y de vestir y la relación con los padres. Como ya se mencionó, el número de temas de conflicto fue mucho menor para los grupos de abusadores y no consumidores. (Tabla 3)

Tabla 3.- Temas de conflicto y no conflicto por grupo de adolescentes

NO CONFLICTO	%	CONFLICTO	%
NO CONSUMIDOR			
Mejor amigo	89	Aseo del cuarto	78
Compañeros	89		
Fines de semana	89		
salidas con la familia	80		
ABUSADOR			
Relaciones padres	100	Materias	100
Permisos	100	Reglas de casa	71
Mejor amigo	100	horas de llegar	71
Novio	100		
SINTOMAS DE DEPENDENCIA			
Relaciones con miembros de la familia	86	Quehacer de casa	100
Sexualidad	86	Permisos	100
		Forma de hablar	100
		forma de vestir	86
		relaciones padres	86

Al destacar los temas más relevantes podemos ver que los adolescentes con síntomas de dependencia presentan 86% de conflicto en las relaciones con los padres, así como en su forma de vestir, y 100% considera la forma de hablar como un tema de

conflicto; mientras que en el grupo de abusadores ninguno de ellos reporta conflicto en la relación con los padres y los no consumidores considera solo el 44% la relación con los padres como tema de conflicto.

También podemos ver que el 89% de los no consumidores consideran el tema del mejor amigo y fines de semana como no conflictivo, así como el 71% el novio; el total del grupo de abusadores reporto como no conflictivo los mismos temas y finalmente en el grupo de dependientes solo el 29% reporto como no conflictivo temas como: fines de semana y mejor amigo. (Tabla 4)

Tabla 4.- Comparaciones de temas entre grupos y el nivel de significancia.

Temas	%	Grupo	Significancia
CONFLICTO			
Relación con padres	86	Dependencia	P=.005
	44	Abusadores	
	o	No consumidor	
Forma de vestir	86	Dependencia	p=.010
	14	Abusadores	
	22	No consumidor	
Forma de hablar	100	Dependencia	p=.019
	43	Abusadores	
	33	No consumidor	
NO CONFLICTO			
Mejor amigo	89	No consumidor	p=.022
	100	Abusadores	
	29	Dependencia	
Novio	71	No consumidor	p=.020
	100	Abusadores	
	33	dependencia	
Fines semana	89	No consumidor	p=.025
	100	Abusadores	
	29	dependencia	

En relación al sexo podemos ver algunas diferencias significativas en temas como fines de semana y salidas con la familia siendo reportado en la muestra total un mayor porcentaje en temas de no conflicto. En la comparación en relación al sexo son las mujeres quienes reportan un porcentaje de 91% en comparación a los hombres quienes solo dicen no tener conflicto en el tema de los fines de semana y salidas con la familia solo el 58% del grupo. (Tabla 5)

Tabla 5.- Comparaciones de temas por sexo y nivel de significancia.

No conflicto	% total	Gpo	% gpo	Significancia
fines de semana	73	M	91	p=.039
	21	H	58	
salidas con familia	74	M	91	p= .039
	22	H	58	

Discusión

Los datos nos indican que los adolescentes estudiados junto con sus padres, abordan una variedad de temas de los cuales reportan el quehacer de casa y materias reprobadas como los temas de mayor conflicto en la muestra total, así mismo las vacaciones, sexualidad y relaciones con los miembros de familia no genera conflicto.

Como se esperaba, debido a otras investigaciones (Rojas-Guiot. 1999; Muñoz-Rivas y Graña, 2001 y Martínez y robles 2001) el grupo de adolescentes con sistemas de dependencia fue quien tuvo el mayor número de temas percibidos como de conflicto y entre estos temas está considerada la relación con sus padres. Al comparar a los tres grupos de adolescentes no consumidor y abusador tienen una lista menor de temas de conflicto

Como se comenta en los antecedentes los conflictos y no conflictos entre padres y adolescentes es un tema de investigación constante por la relación que se da entre el tipo de relación familiar y las conductas del adolescente. En este trabajo se retoma el análisis de los temas de conflicto y no conflicto tomando una variable más que es la conducta de consumo.

Se encontraron que los temas de no conflicto fueron: vacaciones, sexualidad, relaciones con los miembros de la familia, compañeros de escuela y programas de T.V., temas de los cuales poco se ha documentado ya que en los diferentes estudios se centra la atención en los temas de conflicto y solo autores como Nollen y Callan;(1990) hablan en temas positivos que son: sus intereses, roles sexuales, relaciones interpersonales, Parra y Oliva, (2002) nos dice que los chicos en positivo hablan de sus amigos, sus gustos e interese, sus planes a futuro o las normas de la familia.

En relación a los temas de conflicto los principales encontrados son: quehacer de la casa, materias reprobadas, permisos y las reglas de la casa, los datos coinciden con otros autores como (Motrico, Fuentes y Bersabé, 2002) horas de llegar a casa, calificaciones, tareas, tv quehacer de casa.

No obstante es posible considerar que en relación al mayor número de temas de no conflicto en los no consumidores es un dato que resalta, siendo mínimos los temas de no conflicto en los usuarios con síntomas de dependencia. Lo anterior debe ser tomado en cuenta por los profesionales que trabajan con este grupo de sujetos y los distintos programas enfocados a esta población trabajando las problemáticas específicas y brindando el seguimiento necesario en relación a mejorar la comunicación buscando un acercamiento a través de los temas de no conflicto y llegar a los temas de conflicto con mayor facilidad para evitar que los temas potencialmente importantes sean evitados y surjan complicaciones en la comunicación familiar a futuro.

Así también el retomar los temas en el entrenamiento a padres para que puedan mejorar la relación con sus hijos adolescentes, y de esta manera poder disminuir o evitar que surjan otras conductas problema.

En relación a futuras investigaciones es importante considerar la frecuencia e intensidad de los conflictos que suceden, así como la percepción que tiene cada uno de los actores involucrados en este caso los adolescentes, padres y madres por separado. Así mismo ampliar la muestra, el rango de edad de los adolescentes para conocer diferencias relacionadas con la edad.

Respecto a la percepción de los temas de acuerdo al sexo de los adolescentes existen diferencias significativas en temas como salidas con la familia y fines de semana, siendo temas de no conflicto para ambos grupos. Lo anterior nos permite concluir que el sexo no es una variable de relevancia al comparar los temas.

Así mismo es importante comentar que en relación al análisis de los datos en relación al género solo se abordó en relación al sexo de los adolescentes participantes, ya que en la muestra de padres que participaron se vio muy reducido el número de padres varones, solo un padre que participó con su hija, uno más con su hijo y finalmente quien participó con su esposa e hijo, siendo solo tres los padres que participaron, serían interesante conocer que sucede en relación a los conflictos que se generan en relación a la diferencia de género entre padres, madres e hijos e hijas.

Este trabajo aporta resultados interesantes sobre la relación que existe entre padres y adolescentes ya que se cubrieron los objetivos planteados inicialmente, pero al mismo tiempo tiene sus limitaciones ya que el número de participantes de la muestra no nos permite generalizar los resultados, solo es posible indicar los temas de conflicto y no conflicto como un indicador importante a considerar y que es necesario confirmar con una muestra más grande de padres y adolescentes.

Conclusiones

A lo largo de este documento se describieron algunas de las actividades realizadas durante la Maestría en Adicciones. En cuanto a esta experiencia puedo concluir que fue muy enriquecedora, ya que por un lado me permitió ampliar mis conocimientos en el campo de las adicciones y por el otro desarrollar habilidades para brindar una mejor atención a la población que presenta problemas asociados con el consumo de drogas

La participación en los proyectos de investigación, permitió adquirir una serie de habilidades, además de que pude corroborar el constante trabajo de investigación y evaluación a la que son sometidos los programas de intervención lo que permite actualizar la información y mejorar la forma de aplicarlos, lo que contribuye de manera recíproca entre todos ellos.

También debe resaltarse el fundamento teórico que respalda cada uno de los programas, así como las técnicas o estrategias ya probadas dando resultados efectivos y en corto tiempo. Así mismo los instrumentos objetivos de evaluación nos permiten tener una visión completa de la problemática y clarificar los objetivos para la intervención.

También es importante destacar que los programas de intervención están desarrollados tomando en cuenta la gravedad del problema de los usuarios así como el tipo de sustancia y el nivel de dependencia, todo lo anterior garantiza un mayor éxito en la intervención.

Además las intervenciones están realizadas de acuerdo a las características de los usuarios quienes desean que la intervención les de resultados rápidos y concretos, como los efectos inmediatos que les dan las sustancias, de esta manera se encuentran con mayor motivación para involucrarse en el proceso.

También debe resaltarse el fundamento teórico que respalda cada uno de los programas, así como las técnicas o estrategias ya probadas dando resultados efectivos y en corto tiempo. Así mismo los instrumentos objetivos de evaluación nos permiten tener una visión completa de la problemática y clarificar los objetivos para la intervención.

En relación a las limitantes, considero que una de las más importantes tiene que ver con la disseminación de estos programas, que considero se ha dado de manera esporádica. Considero que es necesario unir esfuerzos entre todos los participantes de los programas y de los docentes para realizar la disseminación, para que de esta manera se aproveche el material humano con el que cuenta la residencia y también se tenga la oportunidad de tener un número mayor de usuarios que sin duda permitirían una mejor capacitación como alumnos de la maestría y mayor experiencia de los egresados.

El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, es adecuado para la población atendida en el centro y el número de sesiones convence a los usuarios por la brevedad del mismo ya que buscan una manera rápida de terminar con su consumo. La flexibilidad para trabajar con las sesiones, la oportunidad de integrar aspectos importantes que se consideran a trabajar con los usuarios a nivel clínico así como la supervisión cercana y certera de la responsable del programa, hacen del

programa una oportunidad para que el usuario deje de consumir y cumpla la meta que el mismo se propuso.

La sugerencia en relación al programa sería la oportunidad de realizar consejo breve ya que las sesiones de admisión y evaluación tiene una gran carga de instrumentos y en ocasiones los usuarios ya no regresan entonces es importante aprovechar al máximo esa sesión para brindarles algunos elementos de cambio ya que ellos llegan presionados o con una gran ansiedad por los problemas que están asociados a su consumo.

Como ya se menciona, hubo una actividad constante en el campo de la investigación en todas las sedes de entrenamiento de la maestría, ya que tanto en las actividades de intervención como de investigación se requería de poner en práctica la búsqueda de información, el análisis de textos científicos, redacción de informes y resultados de la intervención. Estas habilidades adquiridas a lo largo de la maestría fueron aplicadas durante mi participación en el proyecto “estilos de interacción social de adolescentes que presentan síntomas de dependencia a las drogas” realizado en la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

La experiencia me deja claro que el proceso de cualquier proyecto de investigación por pequeño que sea implica mucho tiempo invertido, pero al mismo tiempo nos deja la riqueza del conocimiento adquirido y la constante duda e inquietud de que siempre hay algo mas por investigar.

Las habilidades clínicas adquiridas a partir de la aplicación de los programas de intervención breve, aunadas al manejo de conceptos que los fundamentan y a la adquisición de los elementos teórico - metodológicos necesarios para identificar y plantear un problema

de investigación en el área de las adicciones sin duda me resultan de gran utilidad para realizar una práctica profesional cotidiana mucho más completa.

REFERENCIAS

Allison B; Schultz B. Spring (2004) *Parent-Adolescent Conflict In Early Adolescence Adolescence*; 39, 153; Proquest Health And Medical.

American Psychological Association (2000). *Society of clinical psychology. A guide to beneficial psychotherapies. Empirically Supported Treatments*. Washington: American Psychological Association.

Annis, H., Graham, J., & Martín, J., (1988). *Situational confidence questionnaire (SCQ) user's guide*. Toronto : Addiction Research Foundation. ,(adaptación Echeverría, et al., 1998)

Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario

Ascensio Y. O. (2010). *Comunicación y conflicto entre madres e hijos, adolescentes que presentan fracaso escolar*. Tesis de maestría, Universidad autónoma de Yucatán.

Ayala H, Echeverría L, Sobell M et al. *Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México*. Acta Comportamentalia 1998;1:71-93.

Ayala H, Echeverría L: *Autocontrol Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México*. Revista Mexicana Psicología, 14(2):113-127, 1997.

Ayala, H. (2001) *desarrollo y evaluación de modelos de intervención para Comportamientos adictivos en poblaciones urbanas y rurales*. Proyecto CONACYT G36266-H.

Ayala, H., Cardenas, G., Echeverria, L.& Gutierrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Mexico: Miguel Ángel Porrua.

Babor, T. F. y Grant, M. (Eds.) (1992) *Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care*, World Health Organisation.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart, & Winston. (1969). ix, 677.

Bandura, A. (1978) *The self-system in reciprocal determinism*. New York: Holt, Rinehart & Winston,33, 334-358.

Bandura, A. (1982) *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37,122–147.

Bandura, A. (1985) *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 359-373.

Barnes, H.L. y Olson, D. H. (1985) *Parent-adolescent communication and the circumplex model*. *Child Development*, 56, 438-447.

Becerra, D. y Castillo, J. (2011) *Culturally protective parentings practices against substance use among adolescents in Mexico*. *Journal of substance Use*, April, 16 (2) 136-149.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). *Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Berglund M, Thelander S, et al. (2003) *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence based Review*. *Alcohol Clin Exp Res*; 27, 10: 1645-1656.

Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). *The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials*. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 71 (5), 843-861.

Burkhart, G. *Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa* Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías * [Http://www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

Campollo Octavio, López Marvely (2003) *Análisis Comparativo De Programas De Prevención De Adicciones En México* Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones. CUCS. Universidad de Guadalajara Antiguo Hospital Civil de Guadalajara.

Carrascoza, V.C (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. UNAM

Castro, M.E, Llanes, J. *Prevención Científica en México*, http://grupotellso.com/inepar1/index.php?=com_content&task=view&id=47&Itemid=79 recuperado 9 de junio 2012, realizado el 1 de junio de 2008.

Codol, J.P, (1993) *¿Que es lo cognitivo?*, en Pascal, A., *psicología ordinaria y Ciencias cognitivas*. Barcelona, Gedisa 1993. Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual Para Trastornos de La Salud.

Cruz Martín del Campo Silvia L. (2007). *Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas..* México: Trillas.

Dishion, T., Patterson, G., Stoolmiller, M. y Skinner, M. (1991) *Family, school, and behavior antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers*. *Developmental Psychology*, 27, 172-180

Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara F. (2001). *The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review*. *Addiction*, 96, 1725-1742.

Duran, L. (2003). *Motivating health: Strategies for the nurse practitioner*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (5), 200-205.

Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A., Ayala, H. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Encuesta nacional de adicciones ENA (2008) consejo nacional contra las adicciones, instituto nacional de psiquiatría, dirección general de epidemiología, instituto nacional de estadística, geografía e informática.

Feinberg, M. E. (2012). *Community Epidemiology of Risk and Adolescent Substance Use: Practical Questions for Enhancing Prevention*, PhD, Vol 102, No. 3 | *American Journal of Public Health*

Fernandez- Ballesteros R. Vila E. *Estudio sobre el índice de deterioro de Halstead*. Psiquis 1986, 7:29-35.

Fleming, M. F., Mundt, M., O., French, M. T. et al. (2002) *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26,36-43.

Flores, M.M. Y Barragan, T. L. 2010 *Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos*. Salud Mental [online]. 2010, vol.33, n.1, pp. 47-55. ISSN 0185-3325.

Fuentes-Pila, J.M.; Calatayud, P.; López, E.; Castañeda, B. (2005)*La Entrevista Motivacional: Llave Del Proceso De Cambio En La Dependencia.Trastornos Adictivos*.07:153-65. - Vol.07 Núm 03

García-Aurrecochea R.;Díaz-Guerrero R; Reyes-Lagunes I;Medina-Mora M.E.; Andrade-Palos P.; Reidl L. R. (2006). *Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína*. Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica, Centros de Integración Juvenil, A.C.

Grotevant, H.D. (1998). *Adolescent development in family contexts*. En E. M.

Hetherington (ed.), P.H. Mussen (series ed.). Handbook of child psychology (5^a ed., vol 4, pp. 1097-1149). New York: Wiley

Hawkins, j. d. , catalano, r. f. & miller, j. y. (1992) *risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention*. Psychological bulletin, 112(1), 64-105

Hester RK y miller WR, 1990 *self control training*. En R.K Hester&W.R Miller eds, *Handbook of alcoholismo treatment approaches: Effective alternatives*. New York: Pergamon Press.

Horn JL, Wanberg KW. (1969)*Symptom patterns related to excessive use of alcohol*. Q J Stud Alcohol;30:35–58.

Hunt, G., & Azrin, N., (1973). *A Community Reinforcement Approach to alcoholism*. *Behavioral Research and Therapy*, Pergamon Press. Inglaterra, 11, pp. 91 – 104.

Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2004).*Como prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. NIDA.

Intagliata, J. (1976) *A telephone follow-up procedure for increasing the effectiveness of a treatment program for alcoholics*. Journal of Studies on Alcohol, 37:1330-1335,1976.

López- Torrecillas, F., Peralta, I. Muñoz-Rivas M. J., Godoy, J.F. (2003) *Autocontrol y consumo de drogas*. Adicciones, Vol.15 Núm. 2 págs. 127/136

Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M., & Sobell, L.C. (1979). *Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers*. Journal of Behavioral Assessment. 1 315-326.

Marlatt, 1999 *Effective relapse prevention and harm reduction therapy*. AABT Workshop handout. February 20

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press

Martínez, J.M., y Robles, L. (2001). *Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes*. Psicothema, 13(2), 222-228.

Martinez, M.K.I, Salazar G.M.L., Pedroza C.F.J., Ruiz.T.G.M., Ayala V. H.E. *Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas* (2008) SALUD MENTAL Vol. 31, No. 2, marzo-abril 2008

Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de*

Adicciones, 1998. *Salud Publica Mex*;45 supl 1:S16-S25.

Medina-Mora, M.E., J. Villatoro, M.L. Gutiérrez, M. Moreno, C. Fleiz, F. Juárez, C. Rodríguez, (2008)..*Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (capítulo de alcohol)*, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, México,

Miller , W. R. y Sovereing R. G. (1989), *The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors*. En T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G.

Miller RW, Stephen Rollnick. (2007). *La Entrevista Motivacional*. Editorial Paidós.

Miller, W. Y Tonigan, J. (1993) *Brief interventions for alcohol problems: a review*. *addictions*,88, 315-336.

Miller, W.R. & Wilbourne, P. L. (2002). *Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trails of treatment for alcohol use disorders*, *Addiction*, 97, 265-277.

Motrico E, Fuentes M. y Bersabé R. (2001) *Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia*. *anales de psicología* 1, vol . 17, nº 1 (junio), 1-13

Muñoz-Rivas y Graña, 2001 Muñoz, M., y Graña, J.L. (2001). *Factores familiares de*

riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema, 13(1), 87-94

Natera, R. G.; Medina A.P.S.; Callejas P. F.; Juarez F.; Tiburcio, M. (2010) *Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. 2 mayo jun. 2011*

National institute on alcohol abuse and alcoholism (NIAAA) (1999) *brief intervention for alcohol problems*. Recuperado el 22 mayo 2010 en <http://www.niaaa.nih.gov>

Niremberg, T. D., Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1980), *Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 7, 73-82.

Noller, P. y Callan, V. J. (1990). *Adolescent's perceptions of the nature of their communication with parents. Journal of Youth and adolescence 19, 349-362*

Orford, J y Edwards, G. (1977) *Alcoholism.: A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage* (Institute of Psychiatry, Maudsley Monograph no. 26, Nueva York, Oxford University Press.

Organización Mundial de la Salud, (2010). *“Estrategia mundial para reducir el uso*

nocivo de alcohol”, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Ginebra,

Organización Mundial de la Salud: *Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2000. *Global Status Report on Alcohol* publicado en 2004 por la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Reporte Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción*, Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C

Oropeza-Tena, R., Fukushima-Taniguchi, E y García-Quevedo R.L. (2008) *Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*, tercera versión (TBUC-III) CEAA, Anuario De Investigación En Adicciones Vol.9 No.1 Diciembre.

Oxford, 1995) 2000 *selection of levels of prevention*. Addictive Behaviors.25 (6). Pp833-842

Palacios, J. Hidalgo M.V. y Moreno, M.C. (1998). *Familia y vida cotidiana*. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 71-89). Madrid: Alianza.

Panepinto y Higgins, 1969 Panepinto, W. C. y Higgins, M. J. (1969), *Keeping alcoholics*

in treatment: Effective follow-through procedures. Quarterly Journal of Studies on Alcohol,30, 414-419

Parra, J.A., Oliva,. D.A. 2002 Parra, J.A., Oliva,. D.A. 2002) *comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia.* Anales de psicología. Vol.18, No. 2 dic. 215-231

Patterson, G. R. (1982). *Coercitive family process.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., Reid, J. B.y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys.* Eugene: Castalia.

Pedroza, C.F.J. Martinez, M.K. I., Cervantes H. A, Aguilera R. S. J., Bárcenas G. I. A. (2011) *Resultados Del Estudio Sobre Estilos De Interacción Social De Adolescentes Dependientes A Las Drogas.*

Pérez, M.;Aguilar J. (2009) *Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital.* Psicología y Salud, Vol. 19, Núm. 1, enero-junio, pp. 111-120 Universidad Veracruzana México

Quintana, R. G. G. Tesis de la Universidad de Sonora. Recuperado 20 junio 2012.

Reitan y Davison, 1974; *Clinical Neuropsychological: current status and applications.* Washington Winston, 1974.

Rojas, E., Real T., García-Silberman, S. Medina-Mora, M.E. (2011).Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México Salud Mental;34:351-3652011

Rojas, M.J., Valero;Espinoza Luis S. (2008). *Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha"- CEDRO. ADICCIONES*,Vol.20 Núm. 2 • Págs.185-196

Rojas-Guiot, Estela et al. 1999) *Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo* .salud pública de méxico / vol.41, no.4, julio-agosto de 1999 297

Rose G. *Sick individuals and sick population*. Int JEpidemiol 1985;14:32 – 8.

Sánchez Guerrero, 2009. *prevención del consumo de drogas retos y estrategias en la sociedad contemporánea* tomo I capitulo 3 marco teórico para la prevención de adicciones C.I.J A.C.

Sloboda, zili.,& david, l. susan (2000). *Previniendo el uso de drogas entre niños y adolescentes. Una guía basada en investigaciones*. División de investigación epidemiológica y preventiva. Instituto nacional sobre el abuso de drogas (NIDA

Sobell MBy Sobell LC 1993)*Problem drinkers. Guided self change treatment*. New york. The guilford press.

Stockwell,T., Toumbourou, J.W., Letcher, P., Smart D., Sanson, A., Bond, L. (2004) *Risk and protection factors for different intensities of adolescent substance use: when does the Prevention Paradox apply?* Drug and Alcohol Review. 23, 67 – 77

Vallejo, Aguilar, López. (2005) *Adaptación de un cuestionario para evaluar conflictos de adolescentes totonacas con el padre.*Trastornos Adictivos. 2005;07:153-65. - vol.07 núm 03

Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. (2005) *La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas.* Salud Mental; 28(1):38-51.

Wallace, P., Cutlers, S. y Haines, A. (1988), *Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption.* British Medical Journal, 297, 663-668.

Yau, Jenny, Smetana, Judith.- May 2003 *Teenagers parent conflict in Hong Kong and Shenzhen: A comparison of youth in two cultural contexts.* International Journal of Behavioral Development. Vol 27 (3), , 201-211.

ANEXOS

- 1.- *Entrevista Conductual* (Saucedo & Salazar, 2004.)
- 2.- escala de dependencia al alcohol BEDA
- 3.- *Sub-escala de pistas A*
- 4.- *Sub-escala de pistas B.*- (Reitan y Davison, 1974; Fernandez Ballesteros y Vila 1986)
- 5.- *Línea Base Retrospectiva de Consumo De Alcohol (LIBARE)* Sobell, Maisto, Sobell & Cooper 1979)
- 6.- *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, (ISCA)* (Annis, Graham y Davis en 1982),(adaptación Echeverría, et al., 1998)
- 7.- *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS.* (annis & martin 1985, traducción y adaptación Echeverria & ayala 1997)
- 8.- *Auto—registro* (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- 9.- *Formato de Consentimiento.-*
- 10.- *Indicadores del DSM IV dependencia a las drogas* (Martin del campo, 2007)
- 11.- lista de temas

ANEXO 1

ENTREVISTA INICIAL

Nombre: _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: (en años cumplidos) _____
2. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino _____
3. Escolaridad: (No. de años terminados) _____
4. Estado civil: (marque solo una opción):
(1) ___ Casado(a) (2) ___ Soltero(a) (3) ___ Separado(a)
(4) ___ Divorciado(a) (5) ___ Unión libre (6) ___ Viudo(a)
5. Con quien vive actualmente? (Marque las opciones necesarias):
(1) ___ Esposo(a) (2) ___ Niños (3) ___ Padres (4) ___ Hermanos
(5) ___ Amigos (6) ___ Parientes (7) ___ Solo (8) ___ Otros
6. Lugar de residencia en la actualidad:
(1) ___ Casa propia (3) ___ Cuarto (5) ___ Pensión
(2) ___ Departamento o casa rentada (4) ___ Sin dirección permanente (6) ___ Otra _____
7. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? _____

SALUD FÍSICA

8. Porque está buscando tratamiento? _____
9. Principal problema por el que está buscando ayuda? (Marque solo uno)
(1) ___ Alcohol (5) ___ Heroína: _____
(2) ___ Tabaco (6) ___ Pastillas. Nombre: _____
(3) ___ Marihuana/Cannabis (7) ___ Otras (drogas) _____
(4) ___ Cocaína (8) ___ Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia: _____

10. Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga? (1) ___ No, nunca (2) ___ Si

Tipo de tratamiento/ ayuda Alcohol/Drogas **Tipo de tratamiento/ ayuda Alcohol/Drogas**

- (3) ___ Centro de desintoxicación (6) ___ Tratamiento medico
- (4) ___ Tratamiento de consulta externa (7) ___ Tratamiento psiquiátrico
- (5) ___ Tratamiento de consulta interna (8) ___ Grupos de Auto-ayuda
11. Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?(1) ___ No (2) ___ Si .Cual?: _____
12. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?
(1) ___ No (2) ___ Si .Cual?, Cada cuando?, Por qué?: _____
13. ¿Cuánto pesa? _____ kg.
14. ¿Que actividades realiza en su tiempo libre?
(1) ___ No, ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas
(2) ___ Leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro
(3) ___ Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares
15. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?
(1) ___ No (2) ___ Si
16. ¿Cuando esta con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas? (1) ___ No
(3) ___ Si, pero solo mi familia
(2) ___ Si, pero solo mis amigos (4) ___ Si, tanto mis amigos como mi familia
17. Entre sus amigos o familiares, ¿quienes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas?

18. ¿Que tan satisfecho esta con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

- (1) ___ Muy satisfecho (2) ___ Satisfecho (3) ___ Inseguro (4) ___ Insatisfecho (5) ___ Muy insatisfecho

SITUACIÓN LABORAL

19. Situación laboral (marque solo una opción):
(1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante
(2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado
(3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado (9) ___ Labores del hogar
20. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

21. Numero de años trabajando en ocupación actual: _____

22. En los últimos 12 meses, .cuantas semanas estuvo desempleado? _____
23. En los últimos 12 meses, .cuantos días no trabajo, como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 360)?: _____
24. En los últimos 12 meses, .cuantos días no trabajo, como resultado de consumir drogas (0 a 360)?: _____
25. En los últimos 12 meses, .cuantas veces perdió el empleo, como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 360)?: _____
26. En los últimos 12 meses, .cuantas veces perdió el empleo, como resultado de consumir drogas (0 a 360)?: _____
27. Ingreso personal aproximado durante el año pasado: _____
28. En promedio, .que porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? _____
29. En promedio, .cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

30. En los últimos 12 meses, .cuantos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? _____
31. En los últimos 12 meses, cuantas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? _____

32. .Por cuantos años ha consumido alcohol? _____
33. .Por cuantos años ha sido un bebedor excesivo? _____
34. .Por cuantos años ha tenido problemas con su forma de beber? _____
35. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque solo una opción):
- _____ 1) Sin problema
- _____ 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- _____ 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- _____ 4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- _____ 5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

36. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, .Cuantas veces ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo? _____

37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema .Cual es el mayor número de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol? (mayor periodo de abstinencia.

Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ .Cuando ocurrió? _____ (mes y año)

.Porque se abstuvo en esa ocasión? _____

38. En caso de consumo de alcohol .en que porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?

_____ 0-100% Cerveza

_____ 0-100% Vino

_____ 0-100% Pulque

_____ 0-100% Destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.)

_____ 0-100% Coolers

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

39. En los últimos 12 meses, cuantos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____

40. En los últimos 12 meses, .cuantas veces fue arrestado (detenido) por el consumo de drogas? _____

41. .Por cuantos años ha consumido drogas? _____

42. .Por cuantos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____

43. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque solo una opción):

_____ 1) Sin problema

_____ 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).

_____ 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).

____ 4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).

____ 5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

44. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, cuantas veces ha intentado seriamente dejar de consumir? _____

45. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, cual es el mayor numero de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de drogas? (mayor periodo de abstinencia).

Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ . Cuando ocurrió? (mes y año) _____

. Porque se abstuvo en esa ocasión? _____

CONSUMO DE TABACO

46. Fuma? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado).

(1) ____ Nunca he fumado

(2) ____ Actualmente fumo

(3) ____ Ex fumador (menos de un año)

(4) ____ Ex fumador (más de un año), numero de años: _____

47. Por cuánto tiempo ha sido un fumador regular? _____

48. Promedio de cigarrros fumados diariamente _____

49. Numero de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde que se despierta en las mañanas hasta que enciendes su primer cigarrillo: _____ (para ex fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

50. **SUSTANCIAS CONSUMIDAS:** (Si el cuadro "Consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco).

Tipo de Droga

	Consumo * 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral, Inyectada, Fumada, Inhalada, Otras	Último año de consumo	Frecuencia de consumo** (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Mariguana					
Cocaina					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcoticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalantes (cemento, solvente,					

aerosoles					
Alucinogenos LSD, Polvo de angel, mescalina, psilocibina)					
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

*Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

**CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO 0= No consume 1= menos de un mes 2=1 vez al mes 3=1 a 2 veces a la semana 4=3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

Droga consumida durante los últimos seis meses 1=Si 2=No

NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIENDOSE A LA DROGA CONSUMIDA
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES

	1) ALCOHOL	(2) ESTIMULANTE	(3) TRANQUILIZANTES	(4) NARCÓTICOS	(5) SEDANTES	(6) SOLVENTES	(7) CANNABIS	(8) OTROS
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del medico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas								
Daño Cognitivo (agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones 2 = Mas de cinco ocasiones								
Daño afectivo (agudo o crónico, incluyendo borracheras ,cambios de humor, presiones relacionadas con el								

<p>consumo y cambios de personalidad)</p> <p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario)</p> <p>2 = Mayor (con consecuencias en el Comportamiento diario)</p>								
<p>Problemas Interpersonales</p> <p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Menor (solamente discusiones)</p> <p>2 = Mayor (perdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)</p>								
<p>Agresión</p> <p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Abuso verbal cuando esta drogado</p> <p>2 = Violencia física cuando esta drogado</p>								
<p>Problemas Legales</p> <p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Solamente acusación (tramite pendiente o sin cargos)</p> <p>2 = Convicto</p>								
<p>Problemas Financieros</p> <p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Menor (gastos en exceso)</p> <p>2 = Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo</p>								

Nombre del entrevistador: _____

Profesión: _____ **Firma:** _____

ANEXO 2

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ NOMBRE: _____

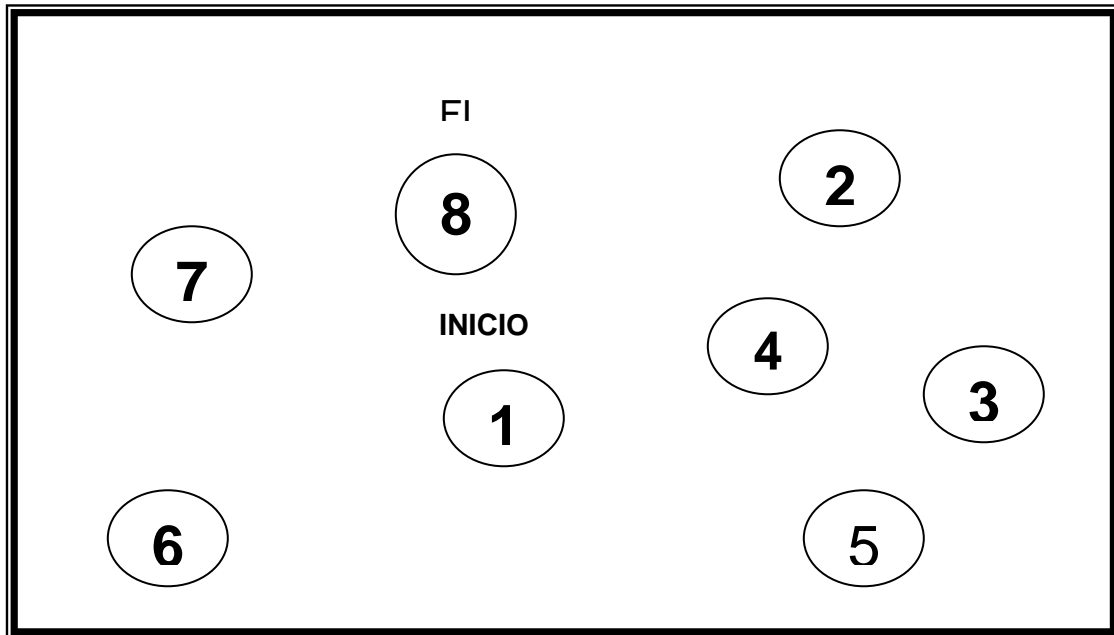
INTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción mas adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

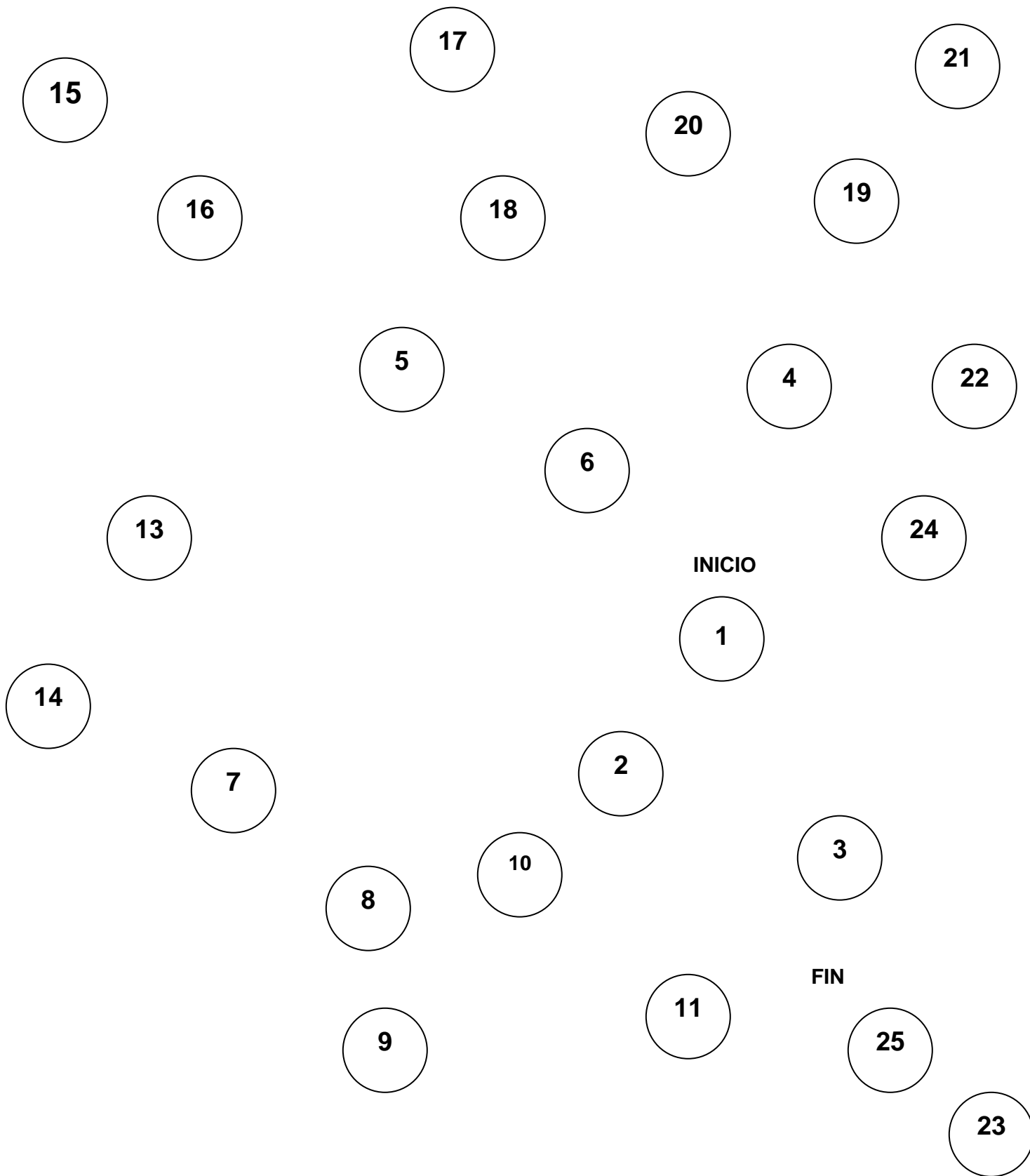
	nunca	Algunas veces	Frecuentem ente	Casi siempre
1. .Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?				
2. .Es más importante beber en Exceso que su próxima comida?				
3. .Organiza su vida de acuerdo a cuando y donde puede beber?				
4. .Bebe por la mañana, tarde y noche?				
5. .Bebe por el efecto del alcohol sin importar le que bebida es la que toma?				
6. .Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día				
7. .Bebe en exceso aun sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?				
8. .Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?				
9. .Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?				
10. .A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?				
? 11. .A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se Despierta con temblor en la manos?				
12. .Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?				
13. .A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?				
14. .Después de una ocasión de beber en exceso ove cosas que lo asustan, aun cuando después se da cuenta que eran imaginarias?				
15. .Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?				

ANEXO 3

PISTAS. PARTE A

EJEMPLO

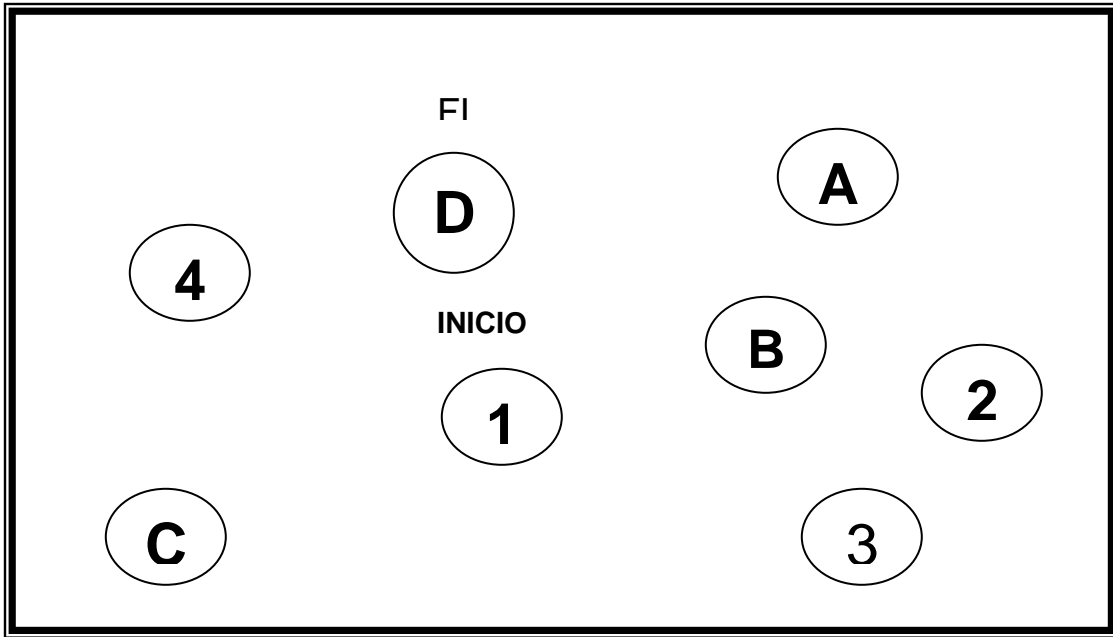




ANEXO 4

PISTAS. PARTE B

EJEMPLO



FIN

13

10

I

9

D

8

B

4

3

INICIO

5

7

1

H

C

12

G

A

J

L

2

6

E

11

K

F

ANEXO 5 LIBARE LÍNEA BASE RESTROSPECTIVA

Fecha: _____ Expediente: _____

Terapeuta: _____

Sesión: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
E		1	2	3	4	5	6
N	7	8	9	10	11	12	13
E	14	15	16	17	18	19	20
R	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30	31			

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
J		1	2	3	4	5	6
U	7	8	9	10	11	12	13
L	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30	31			

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
F					1	2	3
E	4	5	6	7	8	9	10
B	11	12	13	14	15	16	17
R	18	19	20	21	22	23	24
E	25	26	27	28	29		

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
A					1	2	3
G	4	5	6	7	8	9	10
O	11	12	13	14	15	16	17
S	18	19	20	21	22	23	24
T	25	26	27	28	29	30	31

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
M						1	2
A	3	4	5	6	7	8	9
R	10	11	12	13	14	15	16
Z	17	18	19	20	21	22	23
O	24	25	26	27	28	29	30
	31						

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
S	1	2	3	4	5	6	7
E	8	9	10	11	12	13	14
P	15	16	17	18	19	20	21
T	22	23	24	25	26	27	28
I	29	30					

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A		1	2	3	4	5	6
B	7	8	9	10	11	12	13
R	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
L	28	29	30				

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
O			1	2	3	4	5
C	6	7	8	9	10	11	12
T	13	14	15	16	17	18	19
U	20	21	22	23	24	25	26
B	27	28	29	30	31		

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
M				1	2	3	4
A	5	6	7	8	9	10	11
Y	12	13	14	15	16	17	18
O	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
N						1	2
O	3	4	5	6	7	8	9
V	10	11	12	13	14	15	16
I	17	18	19	20	21	22	23
E	24	25	26	27	28	29	30

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
J							1
U	2	3	4	5	6	7	8
N	9	10	11	12	13	14	15
I	16	17	18	19	20	21	22
O	23	24	25	26	27	28	29
	30						

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom
D	1	2	3	4	5	6	7
I	8	9	10	11	12	13	14
C	15	16	17	18	19	20	21
I	22	23	24	25	26	27	28
E	29	30	31				

ANEXO 6

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Nombre: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA _____

DIA / MES / AÑO

Pre- tratamiento () Post- tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()

3er seguimiento () 4to seguimiento ()

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado*.

Marque:

1. Si usted **"NUNCA"** bebió en esa situación.
2. Si usted **"OCASIONALMENTE"** bebió en esa situación.
3. Si usted **"FRECUENTEMENTE"** bebió en esa situación.
4. Si usted **"CASI SIEMPRE"** bebió en esa situación.

PREGUNTAS	<i>BEBIO</i>			
	Nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Casi Siempre
1. Cuando tuve una discusión con un amigo (a).	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido.	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	0	1	2	3

7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba.	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir.	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento.	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido.	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mí alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa.	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir.	0	1	2	3

24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente.	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido.	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo.	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita.	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos.	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado.	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente.	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo.	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el “dueño” del mundo.	0	1	2	3
38. Cuando pasaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía.	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta.	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado.	0	1	2	3
42. Cuando tenía un dolor físico.	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas.	0	1	2	3

44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probará.	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una “anécdota”.	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla.	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas.	0	1	2	3
51. Si me sentía mareado o con nauseas.	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí.	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado.	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien.	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes.	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien.	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba.	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	0	1	2	3

61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor.	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien.	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona.	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar.	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente.	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban copas.	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado.	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal.	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a).	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo.	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso.	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia.	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	0	1	2	3

79. Cuando me sentía contento con mi vida.	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que quería hacer.	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos.	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza.	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor.	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa.	0	1	2	3
90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida.	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme.	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar.	0	1	2	3
93. Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable.	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo.	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería	0	1	2	3

tener mayor intimidad.				
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa.	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago “hecho nudo”.	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado.	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3

ANEXO 7

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL. CCS

Nombre usuario: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga. Imagine que esta en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si esta INSEGURO ante esa situación o 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso.

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES: (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

2. MALESTAR FÍSICO: (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

3. EMOCIONES AGRADABLES: (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol).

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

6. CONFLICTO CON OTROS (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

7. PRESIÓN SOCIAL (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento...0% Inseguro _____ 100% Seguro

ANEXO 8

AUTOREGISTRO

Nombre	No. Exp.
Fecha	Terapeuta

Mi meta para la semana

No consumir				Reducir mi consumo							
				Días de consumo cantidad							
dia	Hubo consumo 1- Si 2- No 3- No hubo necesidad	Cantidad consumida Cerveza destilados Vino	Número total de copas	Situaciones en las que consumió			Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo.				
				solo	otros	1 / 2					

1. lugar publico 2. Lugar privado

ANEXO 9

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____, otorgo mi consentimiento para participar como paciente en una investigación sobre el estudio y tratamiento de problemas por el consumo de alcohol y drogas. Dicho tratamiento está integrado por 6 sesiones, al final del tratamiento seré requerido para llenar algunos cuestionarios; esta tarea tomará un tiempo adicional de 20 a 30 minutos.

Como parte del programa, leeré tres breves folletos y haré 3 ejercicios relacionados con las lecturas signadas.

También, mantendré registros diarios de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas. Estas tareas y lecturas Son parte de mi tratamiento.

1. Los datos que proporcionare serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre o alguna otra información que pueda identificarme será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.

2. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este

Tratamiento y durante un año. Entiendo que 4 entrevistas están programadas al transcurrir; 1, 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas y las conductas relacionadas. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista inicial.

3. Estoy de acuerdo en proporcionar nombres, direcciones y números telefónicos de por lo menos uno o si es posible de dos personas que puedan ser entrevistadas por mi terapeuta para que proporcionen información de mi consumo reciente de alcohol y/o drogas así como de algunas conductas relacionadas. Ésta información se le pedirá sólo a una persona, doy el nombre de dos en caso de que una de ellas no pueda ser contactada o se niegue a participar. A ambas personas se les enviará una carta, la cual yo leeré y firmaré, informándoles acerca de mi autorización para que sean entrevistadas. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del Terapeuta

Fecha

Informante 1

Nombre

Dirección

Teléfonos Casa

Trabajo

Relación o Parentesco

Informante 2

Nombre

Dirección

Teléfonos Casa

Trabajo

Relación o Parentesco

ANEXO 10

INDICADORES DE DEPENDENCIA DSM IV (Martín del Campo, 2007)

Fecha: _____ Nombre: _____

Conteste afirmativa o negativamente las siguientes preguntas.

Durante los últimos 12 meses:

preguntas	si	no
1. ¿Has observado que no experimentas los mismos efectos con la droga que los que experimentó la primera vez que la usó?		
2. Cuando ha suspendido el consumo de la droga, ¿ha experimentado malestar físico que se alivia con un nuevo consumo?		
3. ¿Has aumentado la cantidad o la frecuencia de consumo de la sustancia por arriba de sus expectativas?		
4. ¿Has tratado de reducir o suspender el consumo de la sustancia y no lo ha logrado?		
5. ¿Inviertes tiempos cada vez mayores en conseguir la droga y en consumirla?		
6. ¿Has dejado de ver a sus amigos, de hacer ejercicio o de realizar actividades que acostumbraba hacer como consecuencia del consumo de la droga?		
7. ¿Estás consciente de que al consumir la droga se hace daño y aun así no puede dejar de tomarla?		

ANEXO 11

LISTA DE TEMAS

Consigna: Marcar con una paloma () aquellos temas que no causen conflicto entre ustedes o que les resulten agradables. por el contrario, marcar con una equis (x) aquellos temas que no les gusten y/o causen conflicto.

	Relaciones con miembros de la familia
	Relación con los padres
	Reglas de la casa
	Hora de llegar a casa
	Permisos
	Amigos
	Mejor amigo
	Novio
	Maestros de la escuela
	Compañeros de la escuela
	Calificaciones
	Materias reprobadas
	Tareas
	Estudios futuros
	Habitos alimenticios
	Habitos de estudio
	Habitos de lectura
	Deporte (hacer ejercicio)
	Aseo de artículos personales
	Aseo del cuarto
	Quehacer de la casa
	Forma de vestir
	Forma de hablar
	Fines de semana
	Cine
	Fiestas con amigos
	Programas de televisión
	Salidas con la familia
	Música
	Vacaciones
	Drogas
	Alcohol
	Dinero
	Trabajo
	Sexualidad
	Religión
	Política

Si existiera algún tema agradable o desagradable que no se encuentre en la lista, por favor anotarlos a continuación. _____