

PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

Lydia Barragán-Torres*, Marlene Flores-Mares*, Carolina Ramírez- Mendoza*, Nayeli Ramírez García*, Ma. Elena Medina-Mora Icaza, Lucy Ma. Reidl-Martínez*.

*Facultad de Psicología, UNAM; ** Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Correspondencia:

Dra. Lydia Barragán Torres
Centro Acasulco. Cerrada de Acasulco #18.
Col. Oxtopulco-Universidad. C.P. 04518. México, D.F.
Tél. 56-58-39-11
Fax: 56-58-37-44
lydipepe@terra.com.mx

Recibido: 28 de Jul. de 2009

Aceptado: 25 de Nov. de 2009

RESUMEN

En México incrementó la prevalencia de jóvenes con dependencia en el consumo de sustancias adictivas, propiciando un mayor índice de adultos dependientes y poliusuarios. Es indispensable disponer de opciones de intervención psicológica e interdisciplinaria evaluadas científicamente para alcanzar y mantener la abstinencia. El modelo de tratamiento "Community Reinforcement Approach" (CRA) es reconocido internacionalmente por su eficacia para favorecer la abstinencia. Los fundamentos cognitivo-conductuales señalan déficits en los usuarios que al adquirir y desarrollar habilidades para enfrentar situaciones precipitadoras, incrementar autoeficacia para resistirse al consumo, satisfacción con su vida cotidiana y con su calidad de vida, y autocontrol emocional impactan disminuyendo la cantidad y dependencia en el consumo. En México se adaptó el CRA añadiéndole un componente de autocontrol emocional y habilidades de comunicación y rehusarse al consumo. En el presente estudio se evaluó si el *Programa de Satisfactores Cotidianos* favoreció cambios en estas variables al impartirse dos veces semanales y utilizar la instrucción verbal, modelamiento y ensayos conductuales para facilitar el aprendizaje de habilidades. Los resultados indican su eficacia para favorecer alcanzar y mantener la abstinencia en población mexicana al incrementar significativamente las variables de autoeficacia, 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. Los consumidores de marihuana requirieron de mayor práctica para el mantenimiento de la abstinencia. El enojo disminuyó aunque no tuvo un cambio significativo, por lo que es necesario mejorar las estrategias didácticas de este componente.

Palabras clave: Tratamiento, cognitivo-conductual, dependencia, sustancias adictivas, abstinencia.

GRATIFYING PROGRAM FOR ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCY

ABSTRACT

In Mexico the prevalence of young people with dependency problems relating to the consumption of addictive substances has increased, which has led to a larger number of dependent adults and poly-users. It is indispensable to have options for psychological and interdisciplinary intervention that have been scientifically assessed and which have the aim of achieving and maintaining abstinence. The Community Reinforcement Approach treatment model (CRA) is recognized internationally as a method conducive to abstinence. Cognitive-behavioral groundwork show that acquiring and developing the skills to withstand trigger situations, increasing self-effectiveness in resisting consumption urges, satisfaction with daily life and the quality of life, and emotional self-control have an effect on decreasing consumption amounts and addiction levels. In Mexico, CRA has been adapted to add a component dealing with emotional self-control and communications skills for refusing consumption. In this study, it was assessed whether

the *Program of Daily Satisfiers* favors changes in these variables, based on a twice-weekly session that includes the use of verbal instruction, modeling and behavioral tests for skill acquisition. The results indicate a significant increase in self-effectiveness, day-to-day satisfaction and quality of life, as well as a significant decrease in triggers, anxiety, depression and consumption amounts and dependency levels for addictive substances. Marihuana users required more practice. Although anger also decreased, it did not do so significantly.

Key words: Treatment, cognitive-behavioral, dependence, addictive substances, abstinence.

INTRODUCCIÓN

En México el porcentaje de individuos con dependencia en el consumo de alcohol se mantuvo estable en los períodos de 1998 a 2002, correspondiendo a un porcentaje de 8% y 9% en individuos de entre 18 a 65 años y disminuyó a 5.5% en 2008. Sin embargo, entre 1988, 1998 y 2008 la prevalencia de adolescentes dependientes a sustancias adictivas incrementó en mujeres desde el .2%, al .8% y hasta el 1.1%, en hombres del .6% al 2.7% y después disminuyó levemente a 1.9% (1,2,3). En el período de 1988 a 1998, disminuyó en diez años la edad en la que los hombres consumieron la mayor cantidad de alcohol al reducirse de entre los 30 a 39 a edades de entre 20 a 29 años. Adicionalmente, la cantidad de alcohol consumida aumento en mujeres de diferentes grupos de edades (1,2). En suma, estos datos sugieren el riesgo de un mayor incremento en la prevalencia de adultos poliusuarios y con dependencia en el consumo de sustancias adictivas, debido a que adolescentes a edades cada vez más jóvenes presentan dependencia en el consumo de alcohol y drogas. En nuestro país, los reportes de las Instituciones de Salud y de Procuración de Justicia, refieren que incrementó significativamente de 1986 a 1998, el porcentaje de consumidores de drogas ilegales cuya preferencia es la cocaína desde un 1.6% hasta un 63.4% (4).

El consumo dependiente de sustancias adictivas se asocia a daños y alteraciones irreversibles, cuyas secuelas impactan al individuo, la familia y la sociedad. Es considerada como una problemática de Salud Pública debido a la severidad de sus consecuencias (5,6). En México, la ingesta excesiva de alcohol se relaciona con cinco de las diez principales causas de defunción (7); a nivel

mundial, México es considerado como uno de los primeros países con mayor índice de mortandad por cirrosis hepática (5). Por lo que, cronicidad y dependencia en el consumo de sustancias adictivas favorece muertes prematuras y encarece la calidad de vida (7). Los criterios de ingesta perjudicial en el consumo de alcohol incluyen el consumir hasta 18 copas semanales en hombres y 12 en mujeres; tener al menos, un período de embriaguez al mes, o un consumo por ocasión de más de 10 copas, así como quejas de amigos y familiares por su forma de beber (8); otros indicadores de dependencia al alcohol incluyen: tener familiares directos afectados por el consumo, lo que constituye en “un riesgo siete veces mayor de desarrollar dependencia” (9); consumir diariamente; seguir usando la sustancia a pesar de saber que se tienen problemas asociados, así como el consumo aún en situaciones de riesgo físico.

La epidemiología psiquiátrica indica que de todos los consumidores con dependencia solamente el 17% reciben tratamiento, y que de éstos únicamente el 3% permanecen por más de ocho sesiones, que son las mínimas requeridas para obtener un beneficio (7). En lo referente al tipo de intervención que se proporcione a los usuarios, se sugiere utilizar aquéllos modelos que han demostrado su validez empírica y pueden adaptarse a otras poblaciones (10). La literatura científica reitera que los modelos de intervención con enfoque cognitivo-conductual son eficaces en la disminución del patrón de consumo de diferentes sustancias adictivas (11-17). Desde esta perspectiva, el consumo dependiente es un comportamiento aprendido, que se constituye en un hábito desadaptativo debido a las consecuencias negativas que a mediano y largo plazo afectan el funcionamiento del individuo en diferentes áreas de vida (18). Las técnicas del tratamiento diseñadas en este marco conceptual posibilitan la modificación y el mantenimiento en el cambio de la conducta. El usuario es el responsable de su conducta de consumo, es parte activa del cambio y aprende a funcionar como su propio terapeuta modificando la conducta “blanco”.

Los principios psicológicos que explican este comportamiento problemático son el análisis conductual, la teoría del aprendizaje social, el condicionamiento operante y la economía conductual (18). El análisis conductual favorece la modificación del patrón de consumo al identificar

los eventos ó estímulos precipitadores, las características del consumo y la función no adaptativa, así como sus consecuencias asociadas (19). La teoría del aprendizaje social demuestra que déficits en habilidades de afrontamiento y de rehusarse al consumo amplían el repertorio conductual del usuario y favorecen cambios en la conducta de consumo. Otros eventos disparadores del consumo incluyen la disponibilidad de la sustancia y las expectativas positivas asociadas a sus efectos, así como el impacto del ambiente al reforzar dicha conducta como pudiera ser la aceptación y pertenencia del individuo en un grupo de consumidores (20). El condicionamiento operante explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo (21). La autoadministración de la droga decremента si se requieren un gran número de respuestas para su consumo, si se elimina el efecto reforzante de la droga, si se castigan las respuestas en las que es contingente el efecto reforzante de la droga, y si se organizan y estructuran reforzadores alternativos para conductas incompatibles (21-26). Entre los efectos reforzantes del consumo de sustancias adictivas están el relajamiento, la preferencia por cierto tipo de sustancia debido al sabor, la aceptación de amigos y/o familiares consumidores y el evitar los malestares físicos causados por la abstinencia (18). Esta teoría explica la dependencia a la sustancia adictiva a partir del incremento de su efecto reforzador y de la pérdida de otras fuentes de satisfacción como amistades, familia, trabajo, recreación, etc. Es necesario, por tanto, el restablecimiento de los reforzadores vocacionales, sociales, recreativos y familiares del individuo (18). Las estrategias motivacionales disminuyen la resistencia al cambio; se basan en una relación terapéutica no confrontativa y permiten que el usuario se oriente hacia sus metas al movilizar al usuario hacia la acción y mantenimiento (27). Los principios de la economía conductual enfatizan aspectos como el "precio" que incluye el análisis del usuario de todos los recursos invertidos y los eventos negativos referentes a la compra, el consumo y la recuperación del uso de la droga. El costo de oportunidad, implica el perder la oportunidad de realizar conductas alternativas al escoger la conducta de consumo (22); por lo que al cambiar el costo de oportunidad se modifica la frecuencia del consumo (28,29). La miopía temporal impide percibir los efectos nocivos de un consumo

excesivo a largo plazo; aquéllos individuos con un consumo excesivo son quienes más descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos (29). Los usuarios consumidores muestran déficits en sus habilidades sociales y competencias interpersonales. Miller señala que tienen dificultad en habilidades de asertividad y comunicación, sobre todo en la expresión de sentimientos negativos (10), y en la competencia de solución de problemas (30). Allsop, Saunders y Phillips (31) señalan que un funcionamiento cognitivo pobre afecta la adquisición de habilidades y el desarrollo de conductas de enfrentamiento; y a 6 meses de seguimiento, las variables autoeficacia y funcionamiento cognitivo predijeron la abstinencia. De un total de 311 factores, los que con mayor frecuencia precipitaron las recaídas fueron los estados emocionales negativos con un 35%, conflictos interpersonales con un 16% y presión social con un 20% (32); por lo que los déficits en habilidades para hacer frente a emociones desagradables, resolver problemas y rehusarse al consumo favorecen las recaídas.

En México se requieren modelos integrales, sistematizados y de intervención inter-disciplinaria, que dispongan de un sistema de escrutinio a mediano y largo plazos y accesibles a usuarios dependientes para favorecer su rehabilitación (33). Instancias con reconocimiento internacional en el campo de las adicciones, como el Instituto Nacional de Abuso en el Consumo de Drogas (NIDA) y el Instituto Nacional del Alcoholismo y el Abuso en el Consumo de Alcohol (NIAAA) indican, a partir de diversas evaluaciones que el "*Modelo de Reforzamiento Comunitario*" (CRA) de Hunt y Azrin (18, 34) se ubica entre los seis más efectivos para el tratamiento de usuarios crónicos consumidores de alcohol. Este modelo es una intervención intensiva orientada a propiciar el aprendizaje de habilidades que favorecen el alcanzar y mantener la abstinencia y frenar los padecimientos físicos y psicológicos asociados al consumo.

En el estudio inicial se propone al CRA como una intervención novedosa contra el alcoholismo (18). En el grupo control se impartió un programa didáctico hospitalario y en el grupo experimental se les impartió además, el CRA. Al mes de finalizado el tratamiento se evaluó el mantenimiento; el tiempo de consumo para los participantes del CRA fue del 14% y para el grupo control de 79%, permanecer desempleados del 5% y 62%, estar alejado de la

familia 16% y 36%, estar institucionalizados 2% y 27%. Por lo que quienes recibieron el CRA se mantuvieron más tiempo sobrios, en mayor convivencia con familiares, duplicaron sus ingresos, y se ocuparon en casi el doble de actividades sociales en sus fines de semana. Posteriormente, se le añadieron al CRA otros componentes: entrenamiento al otro significativo, auto-reporte, consejo grupal, y motivación social para apoyar la autoadministración del Disulfiram y como advertencia temprana de recaídas. A 6 meses de seguimiento, quienes recibieron el CRA: consumieron menos, trabajaron más, pasaron más tiempo en casa con sus familiares y menos tiempo hospitalizados en comparación con sus pares, del grupo control. Los casados, a quienes se administró el CRA sin Disulfiram, obtuvieron los mismos resultados que los de los solteros del CRA con apoyo farmacológico del Disulfiram; lo cual pudiera asociarse a la falta de apoyo social que enfrentan los solteros (34). En un estudio de Higgins, et al. (35) se dio el tratamiento conductual CRA a dependientes de cocaína. Se les asignó aleatoriamente a un programa de 24 semanas impartido con y sin incentivos. En el grupo de incentivos el 75% de los usuarios completaron las 24 semanas y en el que no tuvo incentivos, sólo el 40% completaron dicho periodo. El enfoque motivacional del CRA propicia el cambio y resultados favorables, debido a que las consecuencias positivas más que las negativas facilitan mayor aceptabilidad y menor deserción. En un estudio de Higgins, Budney, Bickel y Badger (36) con 52 usuarios dependientes de cocaína en tratamiento externo, se proporcionó en un grupo el CRA con la participación del otro significativo, y en el otro, un tratamiento de consejo con la orientación de 12 pasos. Los usuarios del CRA con inclusión del otro significativo, lograron mantenerse en abstinencia por un período 20 veces mayor. La participación del otro significativo fue un predictor robusto que se asoció significativamente con la abstinencia.

El CRA también se ha instrumentado en consumidores de opiáceos, con resultados favorables (37). Se aplicó en combinación con el sistema de incentivos en 39 individuos dependientes de opio. Se incrementó el costo de los incentivos. Los usuarios que recibieron el CRA con incentivos completaron las 24 semanas de abstinencia y mantuvieron, durante el seguimiento,

períodos más largos sin consumo. La eficacia de la intervención se favorece al permanecer en el tratamiento, mostrar cambios en su patrón de consumo y los resultados en el seguimiento (38). En tres estudios clínico-experimentales con usuarios dependientes de alcohol, cocaína y opiáceos en los que se comparó al CRA con otros programas como el de 12 pasos, el didáctico hospitalario acompañado de disulfiram (39), el comunitario de asistencia social (40) y con uno de metadona (41), el CRA demostró mayor efectividad para que los usuarios logran mantener la abstinencia.

Diversos estudios de meta-análisis que comparan la efectividad entre diferentes tipos de tratamiento para el alcoholismo, jerarquizan a los que demuestran mejores resultados y el CRA aparece entre los primeros modelos de efectividad (42-44). La ventaja del CRA es que incluye varios de los tratamientos que se reportan efectivos: habilidades sociales, terapia conductual marital, manejo del estrés (mediante el componente de solución de problemas), entrevista motivacional y contrato conductual, además, tiene un manual de tratamiento publicado por Meyers y Smith (19). Se concluye que el CRA es una modalidad terapéutica efectiva para el tratamiento de consumo de alcohol, cocaína y opiáceos, manteniendo los efectos de su intervención en seguimientos a 6 meses y un año. En una investigación con 12 parejas mexicanas, se aplicó el componente de consejo marital propuesto por Azrin, Naster, y Jones (45). Estas parejas recibieron entrenamiento en la aplicación de conductas básicas de comunicación, de reforzamiento recíproco y de solución de problemas. Se instrumentaron 12 sesiones de tratamiento, asistiendo la pareja una vez por semana a sesión de 1½ hora. Los cambios significativos identificados en las 12 parejas mediante la prueba "t" pre-postest para muestras igualadas, fueron incremento en el uso de categorías conductuales positivas, en el intercambio recíproco de gratificantes, en razonamientos verbales y satisfacción marital y disminución en el uso de agresión verbal y física al enfrentar conflictos, y en la frecuencia de conflictos reportados en la relación marital (46).

El CRA es una modalidad de intervención que integra diferentes modalidades terapéuticas de corte cognitivo-conductual, es flexible, favorece el diseño específico de estrategias y componentes para el usuario y para quienes le rodean, y favorece

un ambiente e interacción de apoyo. El CRA quedó finalmente integrado por 11 componentes de intervención en los que se aprenden conductas eficientes para alcanzar y mantener la abstinencia: análisis funcional, muestra de abstinencia, metas, comunicación, rehusarse al consumo, solución de problemas, habilidades de búsqueda de empleo, habilidades recreativas, consejo marital, prevención de recaídas y entrenamiento al otro significativo. En México, el CRA, se aplicó en un estudio piloto a una pequeña muestra de 9 usuarios con dependencia a sustancias adictivas, para identificar los requerimientos de su adaptación en población mexicana (47). Se evaluó si la intervención proporcionada impactó en las variables mediadoras y si los cambios se mantuvieron al año después de terminado el tratamiento, por lo que se aplicó el análisis estadístico de la prueba t para muestras relacionadas con un puntaje de 8 grados de libertad, en el que se compararon los resultados pre-postest y pre-seguimiento, obteniéndose cambios significativos: incremento en la autoeficacia ($t = -5.08$ con $p = .001$; y $t = -4.37$ con $p = .002$), disminución en los precipitadores ($t = 5.80$ con $p = .000$; $t = 5.3$ con $p = .001$), incremento en la satisfacción cotidiana ($t = -3.94$ con $p = .004$; y $t = -4.03$ con $p = .004$), así como disminución en la variable dependiente: cantidad de consumo ($t = 4.75$ con $p = .001$; y $t = 4.28$ con $p = .002$). En estos usuarios se corroboró la necesidad de utilizar habilidades adicionales de comunicación (48) y de rehusar el consumo, que en población mexicana les son útiles para frenar ofrecimientos. Se constató lo señalado por Cummings, et al., (32) respecto a que el tipo de precipitadores mayormente asociado a recaídas fue el de emociones desagradables, por lo que se detectó la necesidad de añadir el componente de autocontrol de las emociones. Una limitación en este estudio fue que el análisis estadístico utilizado antes y después para evaluar la cantidad de consumo a través del tiempo de la intervención, no controló la dependencia serial de los datos (49,50). La adaptación del CRA a población mexicana se consolidó a partir de la integración del "Programa de Satisfactores Cotidianos". En un estudio realizado con 20 usuarios dependientes a sustancias adictivas en el que se evaluaron las variables de autoeficacia, precipitadores, rehusarse al consumo, solución de problemas, comunicación, ansiedad y depresión, se detectó que las que de manera independiente se asociaron

significativamente con la abstinencia fueron: precipitadores, satisfacción cotidiana, autoeficacia, y rehusar consumo. El nivel de satisfacción cotidiana fue próximo, predijo la abstinencia y funcionó como advertencia temprana de recaídas. Este conocimiento, fue útil para retroalimentar al terapeuta respecto a la importancia que tiene el que el usuario aplique en diferentes escenarios las habilidades para alcanzar equilibrio, bienestar, avances/logros; por lo que la intervención en estos usuarios, debe orientarse a construir un estilo de vida abstinentes y satisfactorio con acceso a reforzadores alternativos, razón por la cual se le denominó así para enfatizar la función adaptativa y de sustitución de los reforzadores (51).

Por lo que es necesario evaluar en población mexicana, las ventajas y limitaciones que tiene el impacto del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para favorecer cambios en usuarios con dependencia en el consumo de sustancias adictivas.

MATERIAL Y MÉTODO.

El objetivo en este estudio fue evaluar en población mexicana, el efecto del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en usuarios con dependencia en el consumo de sustancias adictivas respecto a sus precipitadores, autoeficacia, satisfacción con su vida cotidiana, depresión, ansiedad, calidad de vida, nivel de dependencia de alcohol/drogas, enojo, y cantidad de consumo.

Preguntas de Investigación. El entrenamiento del *Programa de Satisfactores Cotidianos* en usuarios con dependencia en el consumo de sustancias adictivas modificará: las ocasiones en las que consumen al enfrentar situaciones de riesgo, la seguridad que tienen para resistirse a consumir, la satisfacción con el desempeño en su vida cotidiana, los síntomas de depresión y ansiedad, la percepción de su calidad de vida, el nivel de dependencia a la sustancia adictiva, la frecuencia de síntomas de enojo y la cantidad de sustancia adictiva que consumen?

Diseño de Investigación. Se utilizó un diseño de caso único con réplicas (49,50). $O_1O_2X_1O_1O_1X_2O_1X_3O_1X_4..X_5...O_1O_2$. En donde O_1 es la medición de la cantidad de consumo antes, durante, y después de la intervención, $O_2, O_3...$ es la evaluación de variables cognitivo-conductuales mediadoras antes y después de la intervención: autoeficacia, precipitadores, dependencia, calidad de vida, satisfacción cotidiana, ansiedad, depresión

y enojo antes, después de la intervención y en seguimientos y X es la intervención del PSC.

Participantes. El tratamiento lo solicitaron 141 usuarios, de los cuales 50 se canalizaron a otro tratamiento (internamiento, otra modalidad de intervención para adicciones acorde a sus expectativas), 53 terminaron tratamiento y 38 fueron dados de baja por inasistencia o al no realizar sus ejercicios o no alcanzar en tres ocasiones su muestra de abstinencia. Los 53 usuarios egresados cubrieron el perfil de dependencia a sustancias adictivas y asistieron voluntariamente a un Centro de atención psicológica, por lo que fue una muestra intencional no probabilística.

Las características sociodemográficas de los usuarios se muestran en la siguiente tabla (Ver tabla 1). Se identifica que los usuarios tienen una edad promedio de 36 años, en su mayoría tienen escolaridad de Licenciatura, son casados o en unión libre, tienen antecedentes familiares de consumo y una historia de consumo de 18 años, en promedio su nivel de dependencia al alcohol es media y sustancial a las drogas y evalúan como “grave” la severidad de su problemática.

Variables. Las variables que se evaluaron mediante instrumentos, formatos y registros fueron: precipitadores, autoeficacia, satisfacción cotidiana, depresión, ansiedad, calidad de vida, dependencia al alcohol y a drogas, enojo y cantidad de consumo. En la siguiente tabla se definen cada una de las variables y se describen los instrumentos utilizados para su evaluación (Ver Tabla 2).

Escenario. El entrenamiento del Programa se impartió en un Centro de atención psicológica para problemas de consumo de sustancias adictivas, dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM. El Centro está ubicado al sur de la Ciudad de México. Impartieron el modelo de intervención cuatro terapeutas (una doctora, una egresada del posgrado y dos egresadas de la licenciatura en Psicología). Se evaluó previamente el dominio que tenían los terapeutas en la impartición del tratamiento mediante ensayos conductuales. Se requirió cubrir un 90% de conductas eficientes de cada componente en las listas de cotejo para impartir la intervención (66).

Procedimiento. Admisión. Una vez que el usuario solicitó el servicio psicológico se le aplicó una entrevista conductual, la escala de dependencia al alcohol y/o el cuestionario de abuso de drogas, así

como los subtests de retención de dígitos y símbolos y dígitos para detectar si cubría el perfil de dependencia a sustancias adictivas (nivel de dependencia y/o cantidad de consumo, recaídas previas, intentos fallidos por dejar el consumo, alteraciones o pérdidas en al menos 3 áreas de vida cotidiana, saber leer y escribir, funcionamiento cognitivo que favorezca su aprendizaje en las sesiones, tener al menos 18 años de edad y escolaridad de preparatoria en adelante) [51]. Se evaluó también el nivel de satisfacción general del usuario con su funcionamiento en las diferentes áreas de vida cotidiana.

Posteriormente, se le informó sobre las características del tratamiento “Programa de Satisfactores Cotidianos” y se le solicitó firma de la carta compromiso con apego a la NOM-028-SSA2-1999 (67) en sus artículos 3.9, 5.4.4 y 5.4.5 para favorecer el apego a los lineamientos del Programa, y la impartición del tratamiento bajo los estándares de la Ética profesional.

Los usuarios con antecedentes de ideas e intentos suicidas fueron canalizados al Instituto Nacional de Psiquiatría para recibir adicionalmente este tipo de intervención.

Evaluación. En dos sesiones se aplicaron instrumentos para medir: precipitadores, autoeficacia, línea base retrospectiva, depresión, ansiedad, enojo, y calidad de vida y se le proporcionaron sus resultados y gráficas correspondientes. Al término del tratamiento y en los seguimientos se aplicaron nuevamente, los instrumentos para evaluar el cambio en estas variables. La evaluación diaria de la cantidad de consumo se mantuvo durante el tratamiento y en los seguimientos.

En la impartición de las sesiones terapéuticas se utilizó material didáctico para apoyar la adquisición del aprendizaje; las sesiones tuvieron una duración de 1 1/2 hrs. - 2 hrs., dos veces por semana; las técnicas didácticas utilizadas fueron: instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación. La secuencia de impartición de los componentes fue flexible y acorde a las necesidades específicas de cada usuario, por lo que si el usuario reportaba ansiedad en la admisión se trabajaban técnicas de relajación del componente de autocontrol emocional.

Diez usuarios fueron canalizados para tratamiento complementario de atención psiquiátrica por problemática dual y uno para apoyo de Disulfiram.

Dos usuarios fueron canalizados a tratamientos adicionales: Uno a terapia sexual por intento de abuso a un menor y otro para entrenamiento a padres. Dos usuarios asistían a grupo de AA. Tres usuarios recibieron el tratamiento en un lapso menor a 3 meses de duración: uno, por cambio de empleo y necesidad de viajar; el otro, por iniciar tratamiento con alteraciones de hígado graso pero aplicaba estrategias de autocontrol por lo que tenía seis semanas de abstinencia y el tercero, por facilidad en el aprendizaje y generalización de las habilidades a escenarios naturales.

Análisis Funcional. En promedio se utilizaron dos sesiones para que identificaran sus propios precipitadores del consumo. Identificaron los estímulos y/o eventos internos y externos de riesgo ante los cuales reacciona buscando la ocurrencia del consumo; detectaron las consecuencias positivas inmediatas y las negativas mediatas que prosiguen al inicio de la ingesta. Aprendieron a anticipar la ocurrencia de los eventos precipitadores y planearon conductas de enfrentamiento para lograr mantenerse sin consumir. Posteriormente, analizaron una conducta agradable de no consumo y sus consecuencias; reconocieron su utilidad para permitirles alcanzar efectos positivos que buscan obtener mediante la conducta de consumo y la sustituyen.

Muestra de Abstinencia. Establecieron un compromiso de abstinencia negociable por un período recomendable de 90 días, para experimentar los beneficios de la abstinencia. Se les motivó, considerando su máximo periodo previo sin consumo, los recursos y apoyos disponibles, así como los beneficios a obtener y elaborar y practicar planes de acción para no consumir. Si el usuario tenía muchos precipitadores para el consumo de alcohol, se le motivó para el uso de Disulfiram involucrando al otro significativo. El otro significativo es una persona cercana, no consumidora y con disposición a apoyarlo, que aprende estrategias para motivar al usuario a ingerir el medicamento que apoye su período de sobriedad. Este apoyo farmacológico requiere de la supervisión de un psiquiatra especializado y el usuario firma carta compromiso, aceptando estar informado de las secuelas que pudieran ocurrir si al tomar el fármaco persiste en el consumo de alcohol, lo cual pone en riesgo su vida. Se canalizó a tratamiento conjunto para atención farmacológica a usuarios por problemática dual y a consumidores de

crack para disminuir la necesidad impulsiva de consumir. Se canalizó a Internamiento al fracasar en tres intentos por alcanzar la muestra de abstinencia, o al no detener el consumo excesivo de la sustancia poniendo en riesgo su integridad física o la de alguno de sus familiares ante recaída severa; canalización a desintoxicación al presentar síntomas del síndrome de abstinencia y para evitar recaídas asociadas al malestar físico; canalización a otra modalidad de tratamiento, al no cumplir con los requerimientos del modelo en la realización de tareas y asistencia.

Rehusarse al Consumo. Aprendieron estrategias para rechazar ofrecimientos al negarse asertivamente, proponer otra alternativa, cambiar el tema de conversación, utilizar una justificación, confrontar al otro e interrumpir la conversación; y rechazar pensamientos precipitadores al aplicar la reestructuración cognitiva.

Autocontrol Emocional. Se trabajaron en 4 sesiones las estrategias de autoinstrucciones positivas, tiempo fuera, distracción del pensamiento, relajación, búsqueda de lo positivo, reestructuración cognitiva, sustitución de conductas y realización de actividades recreativas para disminuir la intensidad y duración del enojo, tristeza, ansiedad y celos.

Metas. Identificaron y se comprometieron a alcanzar metas en diferentes áreas de su vida; elaboraron y aplicaron planes de acción para rendir eficazmente y obtener logros, que funcionaron como reforzadores positivos que compitieron con el consumo.

Comunicación. Aprendieron y aplicaron en su vida diaria habilidades de expresión de entendimiento, aceptar o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda, iniciar y escuchar conversaciones, aceptar y hacer críticas positivas, compartir sentimientos positivos y negativos, dar y recibir reconocimiento, manifestar desacuerdos y solicitar ayuda.

Solución de Problemas. Enfrentaron sus problemas al precisar la situación, generar alternativas de solución, analizar las ventajas/desventajas de cada opción, decidir la de su elección, y evaluarla después de llevarla a la práctica.

Habilidades de Búsqueda de Empleo. Los usuarios desempleados recibieron entrenamiento en el que identificaron sus intereses y capacidades laborales, llenaron la solicitud de empleo, elaboraron su currículum, realizaron llamadas telefónicas para solicitar ayuda de familiares y amigos, establecieron

contactos telefónicos para solicitar citas para entrevistas, y practicaron ensayos de entrevista laboral para emplearse en menor tiempo.

Habilidades Recreativas. Identificaron y reemplazaron las diversiones asociadas al consumo con otras agradables que incluían diferentes pasatiempos y asistencia a actividades sociales, para evitar hacer del tiempo en abstinencia un período de aislamiento e insatisfacción que precipite la recaída. Se les integró a sesiones grupales recreativas y de apoyo, una vez al mes a quienes durante el tratamiento dejaron de consumir.

Consejo Marital. Ambos cónyuges recibieron entrenamiento en habilidades de intercambio de peticiones, comunicación y reforzamiento recíproco.

Prevención de Recaídas. Utilizaron la advertencia temprana para reconocer oportunamente los signos de una posible recaída y las de reestructuración cognitiva y afrontamiento para prevenirla. Se realizaron análisis funcionales de situaciones de riesgo a mediano plazo y se consideró que la recaída es parte natural del proceso de recuperación.

Son elementos y componentes opcionales: Apoyo con Disulfiram, atención psiquiátrica, canalización a tratamiento especializado, entrenamiento al otro significativo, búsqueda de empleo, y consejo marital. Se les aplicaron a algunos usuarios medidas de detección de consumo de la sustancia con muestras de orina durante los seguimientos; se les solicitó su consentimiento para aceptar que otro terapeuta coteje que no se altere la muestra de orina.

Satisfacción con la Intervención Recibida. Se aplicó a los usuarios al final del tratamiento, un cuestionario de satisfacción con la intervención recibida, para evaluar el aprendizaje de análisis funcional, comunicación, solución de problemas y desempeño del terapeuta (66).

RESULTADOS.

En la siguiente Figura se incluyen los resultados de las variables: precipitadores, autoeficacia, satisfacción cotidiana, depresión, ansiedad, calidad de vida, dependencia al alcohol, dependencia a droga y enojo, antes, después del tratamiento y en los seguimientos (Ver Fig. 1)

Con la finalidad de evaluar si la intervención impactó a estas variables cognitivo-conductuales que favorecen el cambio en el patrón de consumo

de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas se corrió en el paquete estadístico SPSS el análisis de varianza para medidas repetidas. El análisis estadístico indica que después del tratamiento y en los seguimientos disminuyeron significativamente los precipitadores, la dependencia al alcohol y a drogas, la depresión, y ansiedad; el enojo no mostró disminución significativa; e incrementaron significativamente la autoeficacia, calidad de vida y satisfacción con su vida cotidiana (Ver Tabla 3).

La cantidad promedio del consumo semanal en los 53 usuarios mostró disminución orientándose hacia la abstinencia, ya que antes del tratamiento fue de 20.32 tragos estándar de alcohol, y disminuyó a 2.89 tragos después del tratamiento y a .16 en los seguimientos; el consumo de marihuana fue de 9.81 cigarros que disminuyeron a 2.95 y .01, el de benzodiazepinas era de 32.67 pastillas que disminuyeron a 1.22 y a 0, el consumo de inhalable fue inicialmente de 358.46 mililitros, durante el tratamiento no se consumió ni en los períodos de seguimiento y el de cocaína de 21.56 gramos disminuyó a 8.77 gms. y .18 respectivamente (Ver Tabla 4). El paquete estadístico SPSS se utilizó para aplicar el análisis de varianza de medidas repetidas y evaluar la significancia grupal del cambio en la cantidad diaria de consumo, resultando significativa la disminución en el consumo de alcohol, benzodiazepinas, inhalable y cocaína después de la intervención; la cantidad de marihuana aunque disminuyó no tuvo un cambio significativo en esta fase y en el seguimiento se mantuvo la disminución en el consumo de estas sustancias y fue también significativa en esta fase la disminución en el consumo de marihuana.

La evaluación individual de cada uno de los patrones de consumo mediante el análisis de series temporales interrumpidas indica cambios significativos en 51 usuarios. La sustracción estadística de la dependencia serial de los datos garantizó evitar errores de medición implicando que la disminución en el consumo se atribuye a los efectos de la intervención (Ver tabla 5).

En esta tabla el número de observaciones corresponde al número de datos diarios de la cantidad de consumo desde 365 días antes de iniciado el tratamiento hasta el número de días de su tratamiento y seguimiento; se reporta la autocorrelación parcial y la significancia de la prueba "t" al .05. El usuario 1 que solicitó el servicio

para mantener abstinencia a pesar de que se mantuvo en abstinencia durante el tratamiento y en los seguimientos no resultó un cambio significativo debido a que cuando se inició su participación en el PSC ya tenía tiempo en abstinencia. El usuario 18 presentó recaída severa durante el tratamiento de 31 tragos estándar cantidad que rebasó el número de tragos estándar que había consumido antes de iniciado el tratamiento.

Las limitaciones en este estudio fueron: no haber aplicado medición concurrente de la ocurrencia de consumo mediante la detección de la sustancia en análisis de orina a todos los usuarios. Es necesario también, medir el patrón de consumo en seguimientos a más largo plazo y evaluar el cambio no solamente en el usuario sino también en el otro significativo quien recibe el entrenamiento. En estudios posteriores se pueden analizar si el tipo de sustancia adictiva favorece diferencias en cada una de las variables estudiadas, así como la generalización de estrategias a personas y escenarios.

DISCUSIÓN.

La adaptación a población mexicana del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia en el consumo de sustancias adictivas requirió evaluar su eficacia para modificar este hábito mal adaptativo al detectar si su impacto favoreció en los usuarios la reducción de esta problemática de Salud Pública, si percibieron mejoría en su vida cotidiana, si favoreció cambios en variables que intervienen y mantienen el problema; y adicionalmente, detectar sus limitaciones y requerimientos para favorecer su eficacia.

A continuación, se analizan las características de los usuarios que según el reporte de estudios previos favorecen la problemática. Los participantes del PSC fueron en su mayoría hombres, lo cual coincide con el señalamiento de que inciden en el comportamiento adictivo con mayor frecuencia que las mujeres (2,3); su edad promedio fue de 36 años con una historia de años de consumo promedio de 18, que los sitúa en alto riesgo de presentar daños físicos y mentales asociados al consumo (68). Tuvieron un nivel de dependencia elevado cuyas manifestaciones incluyeron alteraciones en su desempeño en diversas áreas (emocional, social, familiar, económica, laboral) por lo que percibieron su problemática como “grave”. El nivel de

dependencia “medio” al alcohol implicó que algunos usuarios requirieran el servicio de desintoxicación por la intensidad de los síntomas de abstinencia; la dependencia “sustancial” a otras drogas, incluyó síntomas de compulsión, alteraciones en su salud física, problemas en sus relaciones familiares, en su desempeño laboral y en su situación legal. En su mayoría tuvieron familiares directos con antecedentes de consumo confirmándose el tener mayor riesgo de presentar dependencia (9). Su escolaridad elevada alcanzando incluso el nivel de Licenciatura les facilitó la comprensión de las estrategias de intervención, y contaron con un vínculo conyugal el cual utilizaron como apoyo para el cambio en el consumo.

La disminución significativa, después del tratamiento, en la cantidad de precipitadores que les ocasionaban el consumo se posibilitó mediante el aprendizaje para anticipar riesgos y prevenirse mediante “planes de acción” en los que incluyeron conductas alternativas para no tener consumo. De esta manera se estableció otro aprendizaje en el que las situaciones que anteriormente les ocasionaron el consumo dejaron de funcionar como precipitadores; por lo que se disminuyó la probabilidad de elegir la respuesta condicionada de consumir ante estímulos precipitadores. El aprendizaje y aplicación del componente de análisis funcional del PSC, posibilitó la modificación conductual, tal y como se había identificado en el estudio piloto (47), debido a que el análisis de la ineficacia en la función del consumo y sus consecuencias asociadas le ayudaron al usuario para detener la conducta de consumo (45). El aprender a enfrentar esas situaciones condicionadas mediante otras conductas alternativas además de ampliar su repertorio conductual les sirvieron para alcanzar los beneficios o consecuencias agradables que buscaban obtener mediante la conducta de consumo (23,24,25,26). Por lo que, los usuarios al mantenerse aplicando conductas de anticipación, planeación y aplicación de planes de acción eficientes ante situaciones de riesgo en su vida cotidiana, favorecieron alcanzar y mantener la abstinencia. Los usuarios consumidores de marihuana mostraron dificultad para alcanzar la abstinencia en la fase de tratamiento debido a que la miopía temporal les dificulta valorar las consecuencias negativas del consumo, por lo que el cambio en la cantidad de consumo durante la fase de seguimiento es resultado de la constancia en el

trabajo terapéutico de enfrentar la ambivalencia del usuario mediante la disonancia cognitiva. Al alcanzar la abstinencia y mantenerla en un período promedio de tres meses disminuyeron sus síntomas físicos y psicológicos de dependencia a las sustancias adictivas y los problemas asociados al consumo. Los usuarios que a más largo plazo se mantuvieron sin recaídas fueron quienes como parte de sus planes de acción evitaron estímulos precipitadores de lugares y personas consumidoras, aplicando la anticipación oportuna de romper cadenas conductuales, y alejarse del acceso a la sustancia corroborando los principios de la economía conductual y de la teoría del aprendizaje social (20,25). La aplicación de su habilidad para rehusarse al consumo ante ofrecimientos les permitió castigarle dicha conducta a quien les ofrecía la sustancia, reconocer su autocontrol, motivarse para mantenerse firme en su decisión de no consumir y no ceder a la presión social.

El incremento en la autoeficacia refleja el impacto del PSC en favorecer el aprendizaje y aplicación de diversidad de estrategias para el mantenimiento de la abstinencia. El alcanzar un período inicial sin consumo, incrementó su seguridad para alcanzar otro de mayor duración.

Los usuarios incrementaron su satisfacción y calidad de vida al orientarse hacia sus propias metas e intereses cotidianos sin consumir. La constancia en sus actividades y conductas de responsabilidad, momentos agradables, superación, y auto-cuidado les permitieron alcanzar reforzadores que compitieron con el consumo como el conseguir empleo, favorecer la mejoría en la relación familiar, en sus hábitos de sueño, alimentación, disfrutar momentos agradables en sus relaciones sociales y realizar actividades recreativas alejadas del consumo incluyendo el ejercicio físico, etc. Por lo que el compromiso del usuario para realizar en forma continua estas conductas eficientes les permitió restablecer o acceder a diferentes reforzadores (18, 19).

Los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a partir del impacto del componente de autocontrol emocional en el que aprendieron estrategias para frenar y decrementar emociones desagradables. La inserción de este componente fue importante debido al señalamiento de Cummings, Gordon, & Marlatt (32) respecto a que las emociones desagradables se asocian con la mayor ocurrencia de recaídas. Sin embargo, el nivel de enojo no

mostró disminución significativa después de la intervención, por lo que se sugiere la inserción en el PSC de estrategias didácticas que más faciliten el aprendizaje de su autocontrol. Es indispensable, al trabajar con esta población, el trabajo interdisciplinario para que los usuarios quienes requieran de canalización al servicio de Psiquiatría logren estabilizar sus emociones y salvaguardar su vida al evitar riesgo suicida, facilitar el aprendizaje de los componentes del Programa y disminuir el craving en consumidores de "crack" y favorecer así, su abstinencia.

El modelamiento y el uso frecuente de ensayos conductuales acordes al contexto de cada usuario fueron herramientas didácticas útiles ya que favorecieron el aprendizaje de habilidades que ampliaron su repertorio conductual. La incorporación en el PSC de más estrategias de comunicación facilitó su interacción social con otras personas no consumidoras, les sirvieron para evitar conflictos y la acumulación de tensión y/o enojo al aprender a no optar siempre por ceder en sus relaciones interpersonales sino favorecer la expresión de sus necesidades y sentimientos negativos mediante habilidades de asertividad y comunicación (10). Adicionalmente, las habilidades sociales promovieron la convivencia y el apoyo de sus familiares. Las habilidades de solución de problemas les facilitaron la toma de decisiones y considerar otras opciones para persistir esforzándose en orientar sus conductas a la obtención de metas en lugar de anularlas, posponerlas, o minimizarlas al actuar impulsivamente y/o con consumo al suscitarse algún obstáculo, o dificultad. El usuario que no completó tres meses de duración del tratamiento debido a salidas por su empleo presentó durante el tratamiento una fuerte recaída, lo cual corrobora lo señalado por Simpson (38) referente a la importancia de la exposición a la intervención debido a la asociación entre permanecer en el tratamiento, mostrar cambios en su patrón de consumo y los resultados en el seguimiento. En los usuarios de "crack" e "inhalable" el utilizar incentivos ante abstinencia durante el seguimiento, sirvió como motivador al cambio, tal y como lo señalaron Higgings, et al. (35).

Se detectó que el enfoque motivacional del Programa, en el que el terapeuta funciona como reforzador social, así como la frecuencia semanal de la intervención favoreció la adherencia y egreso de

los usuarios en el tratamiento, el aprendizaje e integración de las habilidades y alcanzar cambios a corto plazo. Por lo que los cambios realizados en la estructura, componentes y sistematización del PSC, para su adaptación a población mexicana contribuyeron en su eficacia para coadyuvar a que los usuarios con consumo dependiente de sustancias adictivas aprendieran conductas y estrategias útiles para alcanzar y mantener su abstinencia, tener un estilo de vida más satisfactorio y mayor control de emociones desagradables de ansiedad y depresión.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Héctor Ayala Velázquez † Investigador del Posgrado de la Facultad de Psicología, por ser visionario en detectar la necesidad de adaptar el CRA a población mexicana para favorecer el cambio en el patrón de consumo en usuarios dependientes de sustancias adictivas.

Al Dr. Ricardo Nanni por su apoyo profesional especializado siempre comprometido e incondicional para atender a los usuarios canalizados para tratamiento por problemática dual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1998.
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 2002.
3. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 2008.
4. Ortiz A., Soriano MA., & Galván, J. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2001.
5. Tapia C., Medina-Mora M.E., & Cravioto P. Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas. En Tapia C. Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno; 2001:207-218.
6. Wallgren H. & Barry H. Actions of Alcohol: I Biochemical, Physiological and Psychological aspects. Amsterdam, Netherlands: Elsevier; 1970: 14, 400.
7. Medina-Mora ME. Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia C. Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno; 2001:21-44.
8. Campillo S., Díaz M., y Romero M. La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En: Tapia C. Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno; 2001:187-192.
9. Cruz C., & Nicolini H. Aspectos genéticos del abuso y dependencia del alcohol. Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. México: El Manual Moderno; 2001:139-150.
10. Miller W. R. Client / treatment matching in addictive behaviors. The Behavior Therapist, 2001, 15, 7-8.
11. Allen J., Litten R., & Fertig J.B. NIDA-NIAAA Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. Psychopharmacology Bulletin, 1995, 301, 655-669.
12. Ayala H., Cárdenas G., Echeverría L., Gutiérrez M. Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa y Facultad de Psicología; 1998.
13. Botvin G., Baker E., Dusenbury L., Botvin E. & Diaz T. Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. Journal of The American Medical Association, 1995, 273, 14:1106-1112.
14. Eggert L.L., Thompson E.A., Herting J.R., Nicholas L.J., & Dicker B.G. Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school – based social network development program. American Journal of Health Promotion, 1994, 8, 3:202-215.
15. O'Donnell J., Hawkins J., Catalano R., Abbott R., & Day L. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. American Journal of Orthopsychiatry, 1995, 65, 1:87-100.
16. World Health Organization. Neurociencia of psychoactive substance use and dependence. Switzerland, 2004.
17. Pentz M., Dwyer J., Mackinnon D., Flay B., Hansen W., Wang E., et al. A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. Journal of the American Medical Association, 1989, 261:3259-3266.

18. Hunt G. & Azrin N. A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. Behavioral, Research and Therapy, 1973, 11:91-104.
19. Meyers R. & Smith J. Clinical Guide to Alcohol Treatment. The community Reinforcement Approach. New York. The Guilford Press; 1995.
20. Marlatt G. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model, en Marlatt, G & Gordon, J,(Eds.) relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York. Guilford Press; 1985:1-70.
21. Goldberg S., & Stolerman I. Behavioral Analysis of Drug Dependence. Academic Press, Orlando; 1986.
22. Bickel W., DeGranpre R., & Higgins S. Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. Drug and Alcohol Dependence, 1993, 33:173-192.
23. Carroll K., Ziedonis D., O'Malley S., McCancekatz E. Pharmacology Interventions for Alcohol and Cocaine-abusing individuals: A pilot study of disulfiram vs. naltrexone. American J Addictions, 1993, 2:77-79, 1993.
24. Griffiths R., Bigelow G., & Henningfield J. Similarities in animal and human drug taking behavior. En Mello, N. (ed.) Advances in substance abuse: behavioral and biological research. Greenwich: JAI Press; 1980:1-90.
25. Higgins S. T. The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. Pharmacology Biochemistry Behavior, 1997, 57:419-427.
26. Pickens R., Meisch R., & Thompson T. Drug self-administration: An analysis of the reinforcing effects of drugs. En Iversen L., Iversen S. & Snyder S. (Eds.), Handbook of psychopharmacology, New York: Plenum; 1978,12:1-37..
27. Prochaska J., & Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. Psychotherapy: Theory, research and Practice, 1982, 19, pp. 276-288.
28. Higgins S. Some potential contributions of reinforcement and Consumer demand theory to reducing cocaine use. Addictive behaviors, 1996, 21, 6:803-816.
29. Vouchinich R. & Simpson C. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1998,6:292-305.
30. D'Zurilla. Problem solving therapy. New York: Springer Publishing Company, 1986.
31. Allsop S., Saunders B., & Phillips M. The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. Addiction, 2000, 95, 1:95-106.
32. Cummings C., Gordon J. R., & Marlatt G. A. Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.) The Addictive Behaviors, 1980.
33. CONADIC. Programa Nacional de Salud, 1999.
34. Azrin N. Improvements in the Community-Reinforcement Approach to alcoholism. Behavioral Research and therapy, Pergamon Press. Gran Bretaña; 1976,14:339-348.
35. Higgings S., Bickel W., Foerg F., Ogden D., Badger G., et. al. Outpatient Behavioral treatment for cocaine dependence: One year outcome. Experimental & Clinical Psychopharmacology, 1995, 3:205-212.
36. Higgings S., Budney A., Bickel W., & Badger G. Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1994, 20:47-56.
37. Bickel W., Amass L., Higgings S., Badger G., & Esch R. Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. Journal of Consulting and clinical Psychology, 1997, 65:803-810.
38. Higgings S., & Silverman K. (Eds.) Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions. Washington, D.C.:American Psychological Association; 1999.
39. Azrin N., Sisson R., Meyers R., & Godley M. Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy. Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 1982, 13:105-112.
40. Smith J., Meyers R., & Delaney H. Community Reinforcement Approach with homeless alcohol dependent individuals. Journal of Consulting and clinical Psychology, 1998, 66:541-548.
41. Abbott P., Weller S., Delaney H. & Moore B. Community Reinforcement Approach in the treatment of opiate addicts. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1998, 24, 1:17-30.
42. Holder H., Longabaugh R., Miller W., & Rubonis A. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. Journal of studies on alcohol, 1991, 52, 6:517-540.
43. Wolfe B., & Meyers R. Cost-effective alcohol treatment: The Community Reinforcement

- Approach. Cognitive and Behavioral Practice, 1999, 6:105-109.
44. Finney J., & Monahan S. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 1996, 57, 3:229-243.
45. Azrin N., Naster B., y Jones R. Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 1973, 14:339-382.
46. Barragán L., González J., Ayala H. Un modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamientos recíproco. *Revista Salud Mental*, 2004, 27, 3:65-73.
47. Barragán L., González J., Medina-Mora M.E., Ayala H. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 2005, 28,1:61-71.
48. Monti P., Abrams D., Kadden R., & Cooney. *Treating Alcohol Dependence. Treatment Manuals for Practitioners*. New York: Guilford Press; 1989.
49. Barlow D., Hersen M. *Diseños Experimentales de Caso Único*. Martínez Roca, Barcelona; 1998.
50. Hayes, S. Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1981, 49:193-211.
51. Barragán L. Modelo de Intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM; 2005.
52. Sobell L., & Sobell M. Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. & Litten, R. (Eds). *Measuring alcohol consumption Psychosocial and Biological Methods*. New Jersey: Human Press; 1992.
53. Echeverría L. & Ayala H. Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1977.
54. Annis H., Graham J., & Martin J. Situational confidence questionnaire (SCQ): User's guide. Toronto: Addiction Research Foundation; 1988.
55. De León P., y Pérez F. Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura. UNAM; 2001.
56. Annis, H., & Martin G. *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction Research Foundation, 1985.
57. Echeverría L., Oviedo P., y Ayala H. *Inventario situacional: Traducción y adaptación*. México: Universidad; 1998.
58. Skinner H. & Allen B. Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1982, 91:199-209.
59. Skinner H. The Drug Abuse Screening Test/Addictive Behaviors, 1982, 7:363-371.
60. Palomar J. Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM; 1995.
61. Beck A. T., Epstein N., Brown G. & Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:893-897.
62. Robles R., Varela R., Jurado S. y Pérez. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 2001,18, 2:211-218.
63. Beck A. T., Steer R. A., y Garbin M. C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty- five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8:77-100.
64. Jurado S., Villegas M. E., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V., Varela. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 1988, 21,3:26-31.
65. Moscoso M. Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2002,32, 2:321-343.
66. Barragán L., Flores M., Morales S., González J., Martínez M. J., Ayala, H. Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del Terapeuta. CONADIC; 2006.
67. Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación; 2000.
68. McCrady B., Rodríguez R., & Otero-López J. *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. España: Pirámide; 1998.

Tabla 1. Características Sociodemográficas y del Consumo en los participantes.

Sexo	43 Hombres 10 Mujeres
Edad	36 años
Escolaridad	23 Licenciatura 4 Posgrado 17 Bachillerato 5 Secundaria 3 Carrera Técnica 1 Primaria
Estado Civil	22 Solteros 28 Casados/Unión Libre 3 Separados/Divorciados
Sustancia de consumo	Alcohol:41 Marihuana: 4 Benzodiacepinas: 3 Inhalable: 1 Cocaína: 4
Antecedentes Familiares de Consumo	SI: 40 NO:13
Años de Consumo	18 años
Dependencia al Alcohol	24.3 "Media"
Dependencia a las Drogas	11.25 "Sustancial"
Severidad de la Problemática	4.27 "Grave"
Sexo	43 Hombres 10 Mujeres

Tabla 2. Definición de variables asociadas al Consumo dependiente y Características de los Instrumentos de medición.

VARIABLE A EVALUAR	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
1. Patrón de Consumo	Son datos cuantitativos, basados en el auto-reporte referentes a: Cantidad y frecuencia del consumo (52).	Línea Base Retrospectiva de Sobell & Sobell (52); adaptado a población mexicana (53). La cantidad de consumo de alcohol se midió mediante el trago estándar que es la medida internacional, la mariguana con el número de cigarros, la cocaína con la cantidad de gramos, el inhalable con mililitros y las anfetaminas y benzodiacepinas con número de pastillas.
2. Autoeficacia	Es la confianza autopercebida para resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones (54).	Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) de Annis & Graham (54); adaptado a población mexicana (53); Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD) de Annis & Graham, (54), adaptado a población mexicana (55).
3. Precipitadores	Son situaciones específicas que anteceden al consumo de drogas, al usuario (56).	Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) de Annis & Martin, (56); adaptado a población mexicana (57); y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) de Annis H. & Martin G., (56); adaptado a población mexicana (55).
4. Dependencia	Son síntomas que reflejan pérdida del control conductual, retiro psicoperceptual y estilo obsesivo-compulsivo para consumir (58); así como el rango de problemas asociado al abuso de drogas (59).	Escala de Dependencia al Alcohol (58); y el Cuestionario de Abuso de Drogas (59).
5. Calidad de Vida	Es el grado de satisfacción que perciben los sujetos en diferentes áreas de su vida (60).	Instrumento de calidad de vida (60).
6. Satisfacción Cotidiana	Es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual en diversas áreas de vida cotidiana (45).	Escala de Satisfacción General (45).
7. Ansiedad	Es la frecuencia e intensidad de síntomas físicos y emocionales, asociados a la ansiedad (61).	Inventario de Ansiedad de Beck (61); versión adaptada en español (62).
8. Depresión	Es la frecuencia e intensidad de actitudes negativas hacia sí mismo, alteración en el rendimiento y alteraciones somáticas (63).	Inventario de Depresión de Beck (63), versión adaptada en español (64).
9. Enojo	Es la intensidad de cólera como estado emocional, y la disposición a experimentar sentimientos de cólera y hostilidad (65).	Inventario Multicultural de la expresión de la cólera y hostilidad (65).

RESULTADOS DEL IMPACTO DEL PSC

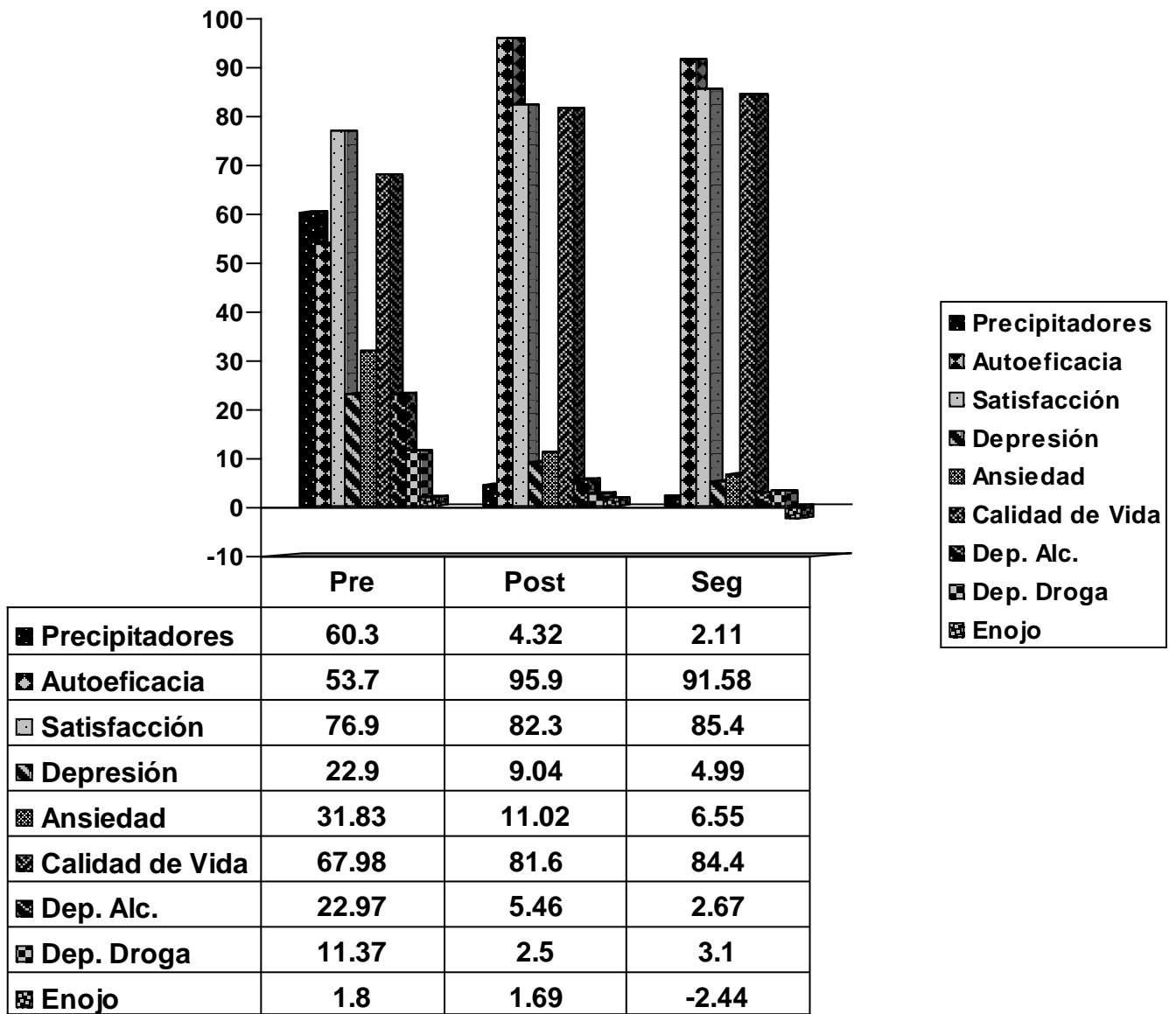


Figura 1. Puntajes promedio de las variables: precipitadores, autoeficacia, satisfacción, depresión, ansiedad, calidad de vida, dependencia al alcohol/drogas y enojo antes, después del tratamiento y en los seguimientos.

Tabla 3. Significancia del cambio en: precipitadores, autoeficacia, satisfacción cotidiana, depresión, ansiedad, calidad de vida, dependencia al alcohol , a droga(s), y enojo después del tratamiento y en los seguimientos.

	X Pre	X Post	F	X Seguimiento	F
1. Precipitadores	42.3	4.49	119.11**	1.98	140.77**
2. Autoeficacia	52.8	95.92	114.59**	93.4	88.12**
3. Satisfacción	58.5	82	38.96**	85.2	56.91**
4. Depresión	23.11	9	30.34**	4.99	16.43**
5. Ansiedad	32.11	11	43.78**	6.5	8.65*
6. Calidad de Vida	67.93	81.6	25.91**	84.2	27.02**
7. Dependencia al Alcohol	24.3	5.46	28.04**	2.67	33.80**
8. Dependencia a Droga	11.25	2.5	15.12*	3.12	18.77*
9. Enojo	1.8	1.69	.398	-2.44	.153

** $p=.001$, * $p=.01$ a $.05$

Tabla 4. Promedio de Cantidad de Consumo Semanal y Significancia del Cambio después del tratamiento y en los seguimientos.

Sustancia de Consumo	X Pre- tratamiento	X Post- tratamiento	F	X Seguimiento	F
1. Alcohol	20.32 tragos estándar	2.89 tragos estándar	279.44**	0.16 tragos estándar	540.34**
2. Marihuana	9.81 cigarros	2.95 cigarros	1.25	.01 cigarros	661.08**
3. Benzodicepinas	32.67 pastillas	1.22 pastillas	186.48**	0 pastillas	1130.49**
4. Inhalable	358.46 ml.	0 ml.	12.08**	0 ml.	117.99**
5. Cocaína	21.56 g	8.77g.	80.02**	0.18 g	144.38**

** $p=.001$

Tabla 5. Significancia del cambio en el patrón de consumo de los usuarios al orientarse hacia la abstinencia después de la intervención y en los seguimientos.

Núm. Sujeto	No. OBSERVACIONES	ESTIMADO			t
		P(1)	Om (1)	Del (1)	
1	778	.00117	.0000	.50000	
2	954	.53122	-.0390	.39164	19.29
3	905	.99843	-9.971		423.34
4	905	.86437	.00253		51.62
5	898	.22296	.03145		6.84
6	898	.79214	-.2762		37.68
7	814	.87574	.0000		51.65
8	816	.15797	.32784		4.56
9	905	.47433	.12532		16.18
10	808	.99155	.0000		216.85
11	950	.96019	.0000		99.96
12.	950	.96904	.0000		114.15
13	790	.80334	.77553		37.64
14	718	.30892	-.0070		8.67
15	640	.93411	.0000		66.04
16	657	.63613	-.0323		20.98
17	592	.20897	.07030		5.18
18	634	-.0020	.01293	.89263	
19	718	.40035	.03523		11.68
20	642	.47653	.03576		13.70
21	640	.44944	-.0053		12.69
22	613	.49826	.05180		14.19
23	640	.15603	.01452		3.98
24	700	.50256	-.0573		15.33
25	640	.91925	.0000		58.93
26	621	.79607	-3.430		32.57
27	698	.89759	-1.731		29.45
28	670	.54045	.0000		16.58
29	950	.33750	.0000		11.03
30	670	.95091	-.5377		74.31
31	642	.36519	.09695		9.91
32	805	.90894	.16976		67.79
33	525	.51950	.18368		13.89
34	591	.66609	.05600		21.52
35	849	.27508	.01340		8.69
36	538	.80181	-2.068		27.05
37	444	.99806	-.4987		333.44
38	449	.91731	.59393		47.01
39	775	.75456	.10103		31.94
40	918	.26254	.06052		8.23
41	706	.98808	-20.64		150.34
42	713	.96734	1.0742		96.29
43	478	.99671	.0000		267.91
44	788	.94507	.37166		92.20
45	941	.36897	.85274		12.15
46	607	.38080	.58701		10.12
47	784	.53922	.0000		14.93
48	416	.99849	2.0079		258.67
49	825	.48663	.02077		15.96
50	908	.25616	.15324		7.97
51	547	.72860	-1.118		24.54
52	639	.23680	.01820		6.14
53	432	.99248	0.0000		167.94