

ADAPTACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL PARA USUARIOS DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS A POBLACIÓN MEXICANA: UN ESTUDIO PILOTO

Lydia Barragán Torres*, Julieta González Vázquez*, María Elena Medina-Mora**, Héctor Ayala Velázquez†

SUMMARY

The chronic abuse of addictive substances is a major public health problem, due to the seriousness of the consequences: fatal automobile accidents or others involving traumatic injury and emergency medical care, chronic physical diseases such as cirrhosis of the liver, cardiovascular complaints, cerebrovascular problems and pancreatitis, as well as disability and disruption in different functional areas of daily life, whether social, psychological, legal, personal, family, economic or professional. These factors include: depression, anxiety, loss of sleep, loss of support networks, suicide, violence, injury in fights, homicide, financial debt, divorce, loss of employment, hospitalization, crime and imprisonment, among others.

It is therefore required to establish multidisciplinary intervention models that respond to the seriousness of the problem. In Mexico, reports show that there is a need for the development of more intervention models for chronic users of addictive substances, which include systematic implementation and evaluation as well as medium- and long-term measurements to assess effectiveness. Intervention services often do not go beyond support for the initial detoxification. Additionally, the high cost of most treatment schemes makes them inaccessible to the majority of the people affected by these problems.

Intervention models must be designed and developed to include elements from other models that have proven to be reliable and effective on the basis of empirical evidence.

The Community Reinforcement Approach or "CRA" intervention model has gained recognition in scientific literature and from international institutions (the National Institute of Drug Addiction, NIDA, and the National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse, NIAAA) as one of the most effective means in reducing consumption by chronic users of addictive substances.

Consequently, the objective of this research was to use a pilot project to adapt, systemize, implement and assess the impact of the Community Reinforcement Approach intervention model in reducing consumption patterns among chronic dependent users of alcohol and other drugs within the Mexican population.

A cognitive-behavioral intervention model was applied to 9 chronic users who had requested psychological help at the

Psychological Service Centers of the Faculty of Psychology. The average age of the users was 35. Seven of them were male and two female. The most commonly consumed addictive substance was alcohol by six users, with other drugs accounting for three (benzodiazepine, marihuana, cocaine, solvents and amphetamines). On average, the subjects had spent 14 years in schooling. Five of them were single, one was married, one cohabiting and two divorced. With regard to the occupations of the sample, one was a student, two had abandoned a course of study, four were employed before treatment and two were unemployed.

The criteria that the users had to meet for inclusion in the study were: to be aged 18 or over; to be able to read and write; to have a medium-to-severe level of alcohol dependence corresponding to a range between 22 and 47 points on the Alcohol Dependence Scale (ADS) and/or a substantial-to-severe level of dependence on other drugs of between 11 and 20 points according to the Drug Abuse Questionnaire (DAQ); to consume a quantity of 14 or more measures of alcohol per occasion and/or 20 or more measures per week for men, and 10 or more per occasion or 15 or more per week for women; to have been treated or interned on at least one previous occasion; to suffer consumption-related difficulties in different areas of daily life.

The duration of the treatment period was from 15 to 24 sessions, depending on the specific training needs of each user. Sessions lasted 1½ hours, and were given twice a week. The methodology used was single case with repetitions and follow-up.

The cognitive-behavioral model included the following intervention components: Functional Analysis, Demonstration of Non-Consumption, Daily Life Goals, Communication, Problem Solving, Consumption Refusal, Marriage Guidance, Employment Searches, Recreational and Social Skills and Prevention of Relapses. The didactic techniques used in the training for each of the aforementioned components were: verbal instruction, modeling, behavioral trials and feedback.

The original model (CRA) was adapted to include the following changes: 1) More communication skills were integrated, including listening, starting conversations, giving and receiving criticism, giving and receiving recognition, and sharing positive and negative feelings; 2) Relapse prediction variables were assessed: self-

*Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad # 3004, Cd. Universitaria, 04510 México D.F.

**Directora. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Recibido primera versión: 4 de marzo de 2004. Segunda versión: 3 de agosto de 2004. Aceptado: 22 de septiembre de 2004.

effectiveness and triggers; 3) New skills for refusing consumption were added: interrupting interaction, justification for non-consumption.

Occurrence records were kept for the application in natural settings of the skills taught. In addition, teaching materials were prepared, along with information brochures on different addictive substances and the different training components, lists of community resources and therapist checklists to guarantee the systematic implementation of the model.

The pre-post-test evaluation methods were: Retrospective Baseline (RETBAS), Self-Recording, Situational Confidence Scale and/or Drug Consumption Self-Confidence Scale, Daily Life General Satisfaction Scale, Inventories of Drug Consumption Situations and/or Inventories of Alcohol Consumption Situations.

The significant changes identified in this preliminary research were: decreases in consumption patterns during and after treatment, since in the pre-post-test statistical analysis for paired samples the results $t = 4.75$ $p = .001$ were obtained in the comparison of baseline and treatment, and $t = 4.28$ $p = .002$ in the comparison of the baseline and follow-up; increases in the levels of general satisfaction in daily life following treatment and during follow-up, since in the pre-post-test statistical analysis for paired samples the results $t = -3.94$ and $p = .004$ were obtained, and $t = -4.03$ and $p = .004$ in the pre-follow-up comparison; increases in levels of self-effectiveness after treatment and during follow-up, since in the pre-post-test statistical analysis for paired samples the results $t = -5.08$ and $p = .001$ were obtained, and $t = 4.37$ and $p = .002$ in the pre-follow-up comparison; decrease in the number of consumption triggers after treatment and during follow-up, since in the pre-post-test statistical analysis for paired samples the results $t = 5.80$ and $p = .000$ were obtained, and $t = 5.3$ and $p = .001$ in the pre-follow-up comparison.

As a result of the foregoing, the researchers were able to verify the effectiveness of this intervention model in significantly reducing consumption patterns in nine chronic dependent users of addictive substances. Similarly, the model had a significant impact on consumption prediction variables, as well as increasing self-effectiveness levels and eliminating triggers to avoid relapses. Users learnt how to create a more satisfying day-to-day lifestyle, by including activities incompatible with consumption.

Finally, in repetitions of the implementation of this intervention model, it is recommended that a training component be introduced for emotion management (depression, anxiety and anger), as well as an assessment of cognitive functioning as a relapse prediction variable, and the participation of users that have been part of a social-recreational activity group to reinforce sustained abstinence in the long term.

Key words: Chronic consumption, cognitive behavioral intervention, addictive substances.

RESUMEN

El abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud pública, debido a la gravedad de sus consecuencias: accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas, enfermedades físicas severas: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovasculares, pancreatitis; pérdidas en diferentes áreas del funcionamiento de vida cotidiana: social, psicológica, legal, personal, familiar, económica y laboral; depresión, ansiedad, alteraciones en el sueño, pérdida de redes de apoyo, suicidio,

violencia, homicidios, divorcio, pérdida de empleo, hospitalizaciones, encarcelamientos, etc.

En México, es necesario desarrollar más modelos de intervención para usuarios crónicos de sustancias adictivas, que incluyan la instrumentación y evaluación sistematizadas con mediciones a mediano y largo plazo para constatar su efectividad. El diseño de modelos de intervención requiere la inclusión de antecedentes de otros modelos con solidez y efectividad en su evidencia empírica.

El modelo de intervención: *Community Reinforcement Approach* "CRA", es reconocido por la literatura científica y por instancias internacionales (Nacional Institute of Drug Addiction y el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse) como uno de los de mayor efectividad para disminuir el patrón de consumo en usuarios crónicos de sustancias adictivas.

El objetivo en esta investigación preliminar fue adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar el impacto del modelo de intervención *Community Reinforcement Approach* en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana.

Se instrumentó un Modelo de Intervención cognoscitivo-conductual en nueve usuarios crónicos; los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media y severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas, uno o más tratamientos o internamientos previos, y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de vida cotidiana. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones; y la duración de la sesión: 1 Hora ½, dos veces por semana. Se utilizó un Diseño de Caso Único con Réplicas y Seguimiento. El Modelo incluyó los siguientes componentes de intervención: Análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales, y prevención de recaídas. La adaptación del modelo original (CRA), incorporó cambios: 1) Inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) Evaluación de variables predictoras de recaídas: autoeficacia y precipitadores, 3) Se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. Los instrumentos de evaluación pre-postest fueron: línea base retrospectiva (LIBARE), autoregistro, escala de confianza situacional y/o escala de autoconfianza en el consumo de drogas, escala de satisfacción de vida cotidiana, inventario de situaciones de consumo de drogas y/o inventario de situaciones de consumo de alcohol.

Los cambios significativos identificados en esta investigación preliminar constatan la efectividad del modelo en los nueve usuarios dependientes de sustancias adictivas: decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de autoeficacia después del tratamiento y en seguimiento; y disminución de la cantidad de precipitadores al consumo después del tratamiento y en seguimiento. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida cotidiano más satisfactorio, al incluir actividades incompatibles con el consumo. Se recomienda en réplicas de la instrumentación de este modelo incluir un componente de entrenamiento para el autocontrol de emociones (depresión, ansiedad y enojo), evaluar el funcionamiento cognitivo como variable predictora de recaídas, incluir a usuarios egresados en un grupo de actividades social-recreativas para reforzar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

Palabras clave: Consumo crónico, intervención cognoscitivo-conductual, sustancias adictivas.

El abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud pública, debido a la severidad de sus consecuencias: accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas (46); enfermedades físicas severas: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovasculares, pancreatitis (43); pérdidas y alteraciones en diferentes áreas de vida cotidiana: depresión, ansiedad, insomnio, pérdida de redes de apoyo, suicidio, violencia, homicidios, desempleo, divorcio, hospitalizaciones, conducta delictiva, encarcelamientos, etc. (43).

Los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud indican que 70 millones de personas en el mundo, sufren de dependencia al alcohol (38). En nuestro país, la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 documenta 9% de usuarios con dependencia al alcohol, es decir 2,880,000 individuos y 140,000 con dependencia a drogas ilegales (20).

México, a nivel mundial, está situado entre los primeros países con mayor índice de mortalidad por cirrosis hepática, en tasas de 30.7 muertes por 100,000 habitantes (43).

En este sentido, la dependencia a sustancias adictivas favorece la muerte prematura y afecta negativamente la calidad de vida (30).

El comportamiento adictivo se explica a partir de diversos enfoques conceptuales; sin embargo la evidencia empírica tanto internacional como nacional señala que los modelos de intervención cognoscitivo-conductuales documentan resultados de mayor éxito en el tratamiento (6,11,17,29,34,35,36).

Las teorías del enfoque cognitivo conductual cuyas aportaciones han contribuido al tratamiento de las adicciones son: la del condicionamiento clásico, la operante, la del aprendizaje social, y la de la economía conductual. El condicionamiento clásico sustenta que al repetirse la conducta de consumo ante ciertos estímulos ambientales se establece un aprendizaje estímulo-respuesta; constituyéndose en estímulos condicionados o precipitadores de la conducta de consumo (26). El condicionamiento operante explica el mantenimiento de la conducta de autoadministración de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de dicha sustancia (21). En tanto que la teoría del aprendizaje social incluye al condicionamiento clásico, al operante y al condicionamiento vicario para analizar, explicar y predecir la conducta de consumo; postula al modelamiento como factor crítico y determinante próximo del consumo (4); éste varía en función de la historia previa del consumo (27), de los factores situacionales (41), y del tipo de interacción con los compañeros de consumo (13). Esta teoría propone como factores asociados con recaídas en los consumidores crónicos, el grado de control y capacidad que se perci-

be tener frente a otros (autoeficacia); las situaciones o sucesos cotidianos asociados con el consumo (precipitadores); la accesibilidad a la sustancia y las restricciones situacionales específicas; y los déficits en la capacidad de rehusarse al consumo ante la presión social, en las actitudes de solución de problemas, las sociales y recreativas; y en la de modificación de expectativas frente a los efectos de la sustancia de consumo. Otra aportación de la ciencia psicológica al estudio y tratamiento de las adicciones proviene de la teoría de la economía conductual, que señala al “precio” y al “costo de oportunidad” como factores influyentes en el consumo excesivo. Desde esta perspectiva es importante restringir el acceso a la sustancia y ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo. Los individuos con consumo excesivo son quienes mayormente descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos (45).

A partir de estos supuestos teóricos se desarrollaron programas específicos de prevención de recaídas para usuarios con elevados niveles de dependencia (28).

Es necesario, al diseñar y desarrollar modelos de tratamiento cognitivo-conductuales, identificar los que documenta la bibliografía científica con solidez y efectividad en su evidencia empírica (32). Estudios comparativos internacionales (NIDA, NIAAA), indican que el “Programa de Reforzamiento Comunitario: CRA” (7,25) es uno que constata reiteradamente un alto nivel de eficiencia (1): los usuarios alcanzan un mayor porcentaje de días de abstinencia (97%) al compararlos con usuarios del programa 12 pasos de AA, y con los de AA y medicamento (8). Al seguimiento a un año, los usuarios del CRA presentaron un porcentaje de consumo 50% menor en comparación con los del tratamiento grupal (31). Este modelo incluye los siguientes componentes de intervención: análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales, y prevención de recaídas.

En México se necesitan más modelos de intervención con lineamientos de instrumentación y criterios de evaluación sistematizados así como con mediciones a mediano y largo plazo (6). Los servicios de intervención para usuarios crónicos, se limitan en ocasiones al apoyo de desintoxicación, y sus costos son elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática, por lo que los objetivos en esta investigación fueron: 1) Adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar mediante un piloteo la eficacia del modelo de intervención *Community Reinforcement Approach* en población mexicana; 2) Evaluar los efectos del modelo en variables mediadoras predictoras de recaídas: autoeficacia, precipitadores y satisfacción

de vida cotidiana; y 3) Evaluar el impacto del modelo de intervención en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

MÉTODO

Sujetos

Se instrumentó el modelo de intervención en 9 usuarios dependientes al alcohol y otras sustancias adictivas, quienes solicitaron ayuda en centros de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología. Se utilizó una muestra accidental y predeterminada. Accidental, al incluir usuarios que voluntariamente solicitaron el servicio; y predeterminada, al elegir solamente a quienes cubrieran los criterios de inclusión. La muestra estuvo constituida originalmente por 15 usuarios de los cuales 9 concluyeron el tratamiento, 3 fueron dados de baja por inasistencia; y 3 canalizados: dos a internamiento y uno a otra modalidad de tratamiento.

Los criterios de inclusión de los usuarios fueron: a) ser mayor de 18 años, b) saber leer y escribir, c) dependencia media y severa al alcohol, y/o sustancial y severa a otras drogas, d) una ingesta en hombres, de 14 o más tragos estándar por ocasión de consumo y/o 20 o más copas semanales, y en mujeres de 10 o más por ocasión de consumo y 15 o más copas semanales (41,43), e) uno o más tratamientos o internamientos previos asociados al consumo, f) pérdidas en áreas de vida cotidiana asociadas a la problemática (7,41). Los usuarios "pasivos": en período de abstinencia, debieron cubrir dichos criterios en el año anterior de su asistencia al servicio. Los criterios de exclusión fueron: No cubrir los criterios de dependencia del modelo; y presentar un cuadro psicótico. Se establecieron criterios de canalización a tratamiento psiquiátrico, internamiento, desintoxicación y/o a otra modalidad de tratamiento.

Se utilizó un diseño de caso único con réplicas y seguimiento (9,23), dada la necesidad de adaptar la intervención a las características y necesidades de cada usuario respecto al tipo de componentes por instrumentarse, su secuencia, y la duración del tratamiento; ejemplo: al estar desempleado y sin pareja, se entrena en búsqueda de empleo y no en consejo marital.

El supuesto teórico por constatarse con este diseño presupone que el modelo de intervención impactará a las variables mediadoras: precipitadores, autoeficacia, y satisfacción de vida cotidiana y que estos cambios repercutirán en el patrón de consumo de cada usuario.

Precipitadores

Son situaciones específicas de consumo de drogas que considera el usuario de alto riesgo para una recaída

(2). Se evaluaron mediante el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y el Inventario Situacional de Consumo de Drogas.

Autoeficacia

Es la confianza que se percibe tener para resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones (2). Se evaluó a través del Cuestionario de Confianza Situacional para consumo de alcohol y el Cuestionario de Autoconfianza para consumo de drogas.

Satisfacción de vida cotidiana

Es la valoración del nivel de satisfacción que se tiene actualmente en las diversas áreas de la vida cotidiana (5). Se evaluó mediante el Cuestionario de Satisfacción.

Patrón de consumo

Son datos cuantitativos basados en el autoinforme del usuario referentes a: cantidad, frecuencia y tipo de consumo (5). Se evaluó mediante la LIBARE y el autoregistro.

Instrumentos y técnicas de medición

1. *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)* elaborada por Horn, Skinner, Wanberg y Foster en 1984.

Es un cuestionario de 25 reactivos, evalúa y discrimina diferentes grados de dependencia en el consumo de alcohol: no hay dependencia, baja, moderada, media y severa. La consistencia interna y la de test-retest son de .92, mostrando alta confiabilidad. La validez concurrente fue de $r = .58$. Se adaptó a población mexicana en 1998(5). Se ha utilizado en México, en algunas investigaciones (6,29), mostrando sensibilidad para seleccionar usuarios con dependencia baja y moderada al alcohol.

2. *Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)* elaborado por Skinner en 1982 y adaptado a población mexicana (15).

Consta de 20 reactivos, mide la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo; su confiabilidad es de .86; y en cuanto a su validez, 4 componentes explican más del 50% de la varianza total y se correlacionan con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo. En investigaciones con población mexicana (29,35) detectó usuarios con dependencia baja y media a drogas ilícitas.

3. *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)*, elaborado por Annis, Graham y Martin en 1991 (2).

Consta de 60 reactivos, evalúa la cantidad de situaciones que precipitan el consumo, mediante porcentajes (0-100%) en 8 situaciones precipitadoras. Fue adaptado a población mexicana (16) en 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de .98 y una validez, en la

que todos sus reactivos fueron significativos al .000.

4. *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)* elaborado por Annis, Graham, Davis en 1982 (5).

Consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante el año anterior, en 8 categorías. Fue adaptado a población mexicana (5) en 1997. Los puntajes de las 8 sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad en bebedores problema; y validez de contenido aceptable, representando el universo de situaciones de recaída.

5. *Cuestionario de Confianza Situacional para consumo de alcohol (CCS)*, elaborado por Annis y Graham en 1987.

Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo ante 8 categorías situacionales. Fue adaptado a población mexicana (17) en 1997. Las 8 categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las 8 categorías fueron confiables para administrarse a individuos bebedores excesivos.

6. *Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD)*, elaborado por Annis y Graham (2) en 1988.

Consta de 100 reactivos que evalúan la percepción de resistir el consumo de drogas ante 8 áreas de situaciones de riesgo. Se adaptó a población mexicana (16) en 2001. La consistencia interna fue de .99; en su confiabilidad test-retest y en su validez mediante la prueba t, todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.

7. *Escala de Satisfacción* elaborada por Teichner, DeCato, Donohue, Azrin, Howell, en 1988 (5).

Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-100%) en 9 áreas de vida cotidiana y en su satisfacción general. Su confiabilidad es de .76 teniendo buena consistencia interna; su validez de criterio es adecuada, al correlacionar el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el general.

8. *Línea base retrospectiva (LIBARE)* elaborada por Sobell y Sobell en 1992.

Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado su tratamiento; adaptado (18) a población mexicana en 1993. Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el informe del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53

9. *Autoregistro de consumo de alcohol y otras drogas*, adaptado a población mexicana (18).

Es un formato en el que se indica el día, el tipo y la cantidad de consumo; tiene validez concurrente al co-

incidir el consumo reportado por el usuario con los reportes de padres, familiares, amigos.

Procedimiento

En el cuadro 1 se observa la sistematización de las sesiones terapéuticas del modelo.

En la admisión, se le informa al usuario sobre las características del modelo; quien al aceptar participar y cumplir responsabilidades, firma la carta compromiso elaborada según la Norma Oficial Mexicana (39) títulos 3º y 5º, arts.3.9, 5.4.4 y 5.4.5 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Los terapeutas responsables de instrumentar el tratamiento fueron cinco psicólogos con licenciatura y maestría, evaluados mediante listas de cotejo. Al obtener 90% de ejecución de todas las conductas en cada componente pudieron aplicar el modelo. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones, debido a los requerimientos específicos de entrenamiento para cada usuario. Esta diferencia se debió al incremento en la duración y el número de componentes en que fueron entrenados algunos usuarios. La usuaria 1 recibió dos componentes complementarios: búsqueda de empleo y consejo marital; los usuarios 2 y 5 consejo marital; al 5 se le dieron cinco sesiones de solución de problemas y seis de metas de vida cotidiana.

La duración de cada sesión fue de 1 ½ hora, 2 veces por semana. El seguimiento se efectuó en cuatro sesiones de evaluación. La 1ª. al mes de terminado el tratamiento, la 2ª. a los tres meses posteriores al tratamiento, la 3ª. a los seis meses y la 4ª. al año después de terminado el tratamiento.

RESULTADOS

1. La edad promedio de los usuarios fue de 35 años; siendo siete usuarios de sexo masculino y dos mujeres; seis consumían alcohol, y tres, otras drogas; la escolaridad promedio fue de 14 años y en cuanto al estado civil cinco eran solteros, uno casado, uno en unión libre y dos divorciados; en lo referente a la ocupación, uno era estudiante y dos interrumpieron sus estudios y después del tratamiento se reincorporaron al sistema escolar, aumentando a tres el número de estudiantes; cuatro usuarios eran empleados y dos desempleados y después se insertaron al ámbito laboral, incrementando a seis el número de empleados. Sólo hubo una poliusuaria. A continuación se presentan los resultados de este estudio preliminar respecto a los cambios en precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana, y patrón de consumo. Se efectuó un análisis estadístico prueba "t" pre-postest para muestras comparadas por pares para evaluar si fueron significativos

Cuadro 1. Sistematización de las sesiones terapéuticas del modelo

COMPONENTE	OBJETIVOS	# SES	ESTRATEGIAS DIDACTICAS	MATERIAL / INSTRUMENTOS
1. ADMISION	Evaluar criterios de inclusión. Informar características del Modelo. Firma de carta compromiso	1	Instrucción verbal Entrevista Motivacional	Entrevista Conductual Formato Filtro; Folleto del Modelo;EDA/ CAD, LIBARE
2. EVALUACION	Evaluar: Patrón de consumo, precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana, percepción de riesgo y datos variables psicosociales	2	Instrucción verbal Entrevista Motivacional	LIBARE; ISCA/ ISCD ACCD
3. ANALISIS FUNCIONAL	Identificar precipitadores internos y externos,consecuencias positivas y negativas del consumo, conductas de no consumo gratificante. Aprender a elaborar planes de acción	2	Instrucción verbal; modelamiento; ensayos conductuales. Retroalimentación Instigación verbal	Autorregistro Formato de AFC de consumo y de no consumo
4. MUESTRA DE NO CONSUMO	Establecer compromiso del período de no consumo,Identificar ventajas de la muestra. Identificar riesgos. Elaborar planes de acción. Considerar motivadores, períodos previos de no consumo	1	Instrucción verbal. Entrevista Motivacional Retroalimentación Modelamiento ensayos Conductuales	Autorregistro Instrucción verbal Entrevista Motivacional Retroalimentación. Ensayos conductuales
5. METAS DE VIDA COTIDIANA	Establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana. Establecer planes y períodos para su consecución	1	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro Escala de satisfacción general de vida cotidiana.Forma- to de metas de vida cotidiana
6.COMUNICACION	Aprender a iniciar conversaciones, escuchar, expresar empatía, ofrecer ayuda, aceptar responsabilidad, dar y recibir críticas, dar y aceptar reconocimiento, hacer peticiones positivas, compartir sentimientos positivos y negativos	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia
7.SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender: estrategia de solución de problemas, identificar un problema, generar alternativas de solución, analizar cada alternativa con sus ventajas/desventajas, elegir la alternativa más conveniente, aplicar en su escenario natural la alternativa elegida, evaluar los resultados de aplicación de la alternativa	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo Registro de ocurrencia
8.REHUSARSE AL CONSUMO	Aprender conductas eficientes para lograr resistirse al consumo: rehusarse asertivamente, con otra alternativa, con cambio de tema, con justificación, confrontando e interrumpiendo interacción, a solicitar el apoyo familiar y social para el no consumo, a utilizar re-estructuración cognitiva ante invitaciones autogeneradas	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Lista de cotejo

Cuadro 1. Sistematización de las sesiones terapéuticas del modelo (continuación)

COMPONENTE	OBJETIVOS	# SES	ESTRATEGIAS DIDACTICAS	MATERIAL / INSTRUMENTOS
9. CONSEJO MARITAL	Aprender habilidades de reconocimiento diario: dar reconocimiento de conducta y cualidades, ofrecer ayuda sin que la pida el cónyuge, muestras de afecto positivo, sorpresa agradable, escuchar e iniciar temas de interés para el cónyuge, aprender a hacer peticiones positivas, a solucionar problemas y negociar con la pareja	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro Escala de satisfacción marital formato de matrimonio funcional Formato de recordatorio de reconocimiento Registro de ocurrencia
10. BUSQUEDA DE EMPLEO	Aprender a conseguir un empleo libre de precipitadores, identificar intereses laborales, habilidades profesionales/personales. Llenar solicitud de empleo. Elaborar curriculum. Identificar fuentes de empleo. Realizar llamadas telefónicas para solicitar ayuda y concertar cita de empleo. Conductas eficientes en la entrevista laboral, y enfrentar el rechazo	2	Instrucción verbal. Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Solicitud de empleo, Registro de fuentes probables de empleo, Lista de cotejo de entrevista laboral
11. SOCIALES Y RECREATIVAS	Identificar y practicar actividades gratificantes. Identificar actividades, y personas con quienes realizarlas. Probar reforzadores de actividades recreativas. Propiciar el acceso al reforzador	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de actividades /personas de interés, Lista de recursos comunitarios
12. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	Aprender a evitar recaídas. Aplicar análisis funcional de recaídas. Anticipar situaciones de riesgo. Aprender estrategia de advertencia temprana, y a identificar sistemas de apoyo para evitar recaídas	2	Instrucción verbal Modelamiento ensayos conductuales Retroalimentación	Autorregistro. Formato de análisis funcional, Recaídas
13. POST-EVALUACIÓN/ SEGUIMIENTO- TOS 1,2,3,4	Evaluar: patrón de consumo, precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana, satisfacción del usuario con la intervención y sus cambios en variables psicosociales. Establecer compromiso para fechas de seguimiento	1	Instrucción verbal Retroalimentación	Autorregistro ISCA/ISCDCCS/ CACD Cuestionario de satisfacción de vida cotidiana

los cambios antes-después del tratamiento y en seguimiento; se documenta el nivel de significancia con valores (p), indicando la probabilidad de error, a partir de la cual se procederá a rechazar o aceptar que los cambios se debieron al tratamiento y no a otras variables.

1. La evaluación de los precipitadores al consumo se obtuvo mediante el porcentaje promedio de las ocho categorías de cada usuario: antes del tratamiento, después y en seguimiento. Posteriormente, se obtuvo el promedio porcentual grupal de precipitadores en los nueve usuarios, como se observa en el cuadro 2. La

cantidad grupal de precipitadores al consumo disminuyó significativamente después del tratamiento y en el seguimiento, dado que el análisis pre-postest documenta una $t = 5.80$ con $p = .000$ y una $t = 5.3$ con $p = .001$ al comparar pre-seguimiento.

2. El nivel de autoeficacia se evaluó mediante el promedio porcentual de las ocho categorías en cada usuario: antes del tratamiento, después y en seguimiento. Posteriormente, se obtuvo el promedio porcentual grupal del nivel de autoeficacia de los nueve usuarios, como se observa en el cuadro 3.

Cuadro 2. Muestra el promedio porcentual de precipitadores al consumo antes del tratamiento, después y en seguimiento

No. caso	Sustancia de consumo antes del consumo	Promedio de precipitadores después del consumo	Promedio de precipitadores en seguimiento	Promedio de precipitadores
01	Alcohol	70.4%	0.0%	0.0%
02	Alcohol	48.4%	0.0%	0.11%
03	Alcohol	4.0%	0.0%	0.0%
04	Alcohol	39.0%	0.0%	0.77%
05	Alcohol	30.0%	0.0%	0.63%
06	Marihuana	32.0%	0.0%	0.0%
07	Marihuana	25.0%	0.41%	0.0%
08	Alcohol	34.0%	0.9%	6.8%
09	Alcohol	63.0%	4.0%	0.6%
Total		38.4%	0.6%	0.99%

En este estudio piloto, la autoeficacia se incrementó significativamente en los nueve usuarios después del tratamiento y en el seguimiento, dado que el análisis pre-postest arrojó una $t = -5.08$ con $p = .001$ y una $t = 4.37$ con $p = .002$ al comparar el pre-seguimiento.

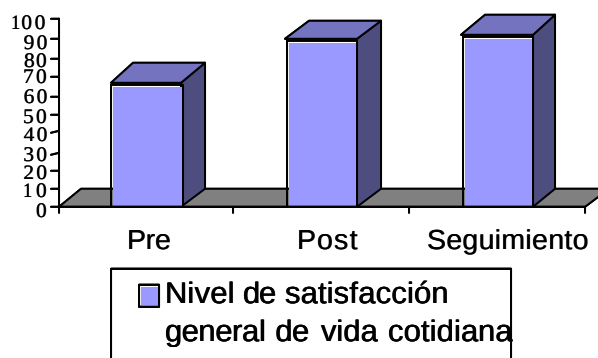
3. El nivel de satisfacción de vida cotidiana se evaluó mediante el porcentaje promedio de satisfacción de las 10 áreas de vida en cada usuario: antes del tratamiento, después y en seguimiento. Posteriormente, se obtuvo el porcentaje de satisfacción grupal promedio como se observa en la gráfica 1. El nivel de satisfacción grupal de los nueve usuarios, mostró un incremento significativo después del tratamiento y en el seguimiento; dado que el análisis pre-postest muestra una $t = -3.94$, con una $p = .004$; y al comparar el pre-seguimiento una $t = -4.03$ con $p = .004$.

4. El patrón de consumo se evaluó en cada usuario, al obtener la media semanal de la cantidad de consumo de sustancia adictiva durante línea base (un año antes del tratamiento), durante línea base igualando la duración del tratamiento, durante el tratamiento, y en el seguimiento: igualando el período del tratamiento y un año después de terminado el tratamiento; y se obtuvo la cantidad del consumo grupal promedio de los nueve usuarios en dichos períodos (cuadro 4). El patrón de consumo grupal mostró decremento signifi-

cativo durante y después del tratamiento, dado que en el análisis pre-postest se obtuvo una $t = 4.75$ $p = .001$ al comparar línea base y tratamiento; y una $t = 4.28$ $p = .002$ comparando línea base-seguimiento.

En esta investigación preliminar, los cambios en precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana y patrón de consumo resultaron significativos, con niveles de significancia (p) desde .001 hasta .004, por lo que se debieron a los efectos del modelo de tratamiento.

Gráfica 1. Muestra los porcentajes promedio del nivel de satisfacción grupal de vida cotidiana de los usuarios antes del tratamiento, después y en seguimiento



Cuadro 3. Muestra los porcentajes promedio del nivel de autoeficacia antes del tratamiento, después y en seguimiento

No. caso	Sustancia de consumo	Autoeficacia (Previo al tx.)	Autoeficacia (Después del tx.)	Autoeficacia (en seguimiento)
01	Benzodiazepinas*	16.0%	91.0%	100.0%
01	Alcohol**	8.75%	100.0%	100.0%
02	Alcohol	50.0%	90.0%	75.0%
03	Alcohol	25.0%	100.0%	100.0%
04	Alcohol	61.25%	97.5%	88.0%
05	Alcohol	100.0%	100.0%	99.4%
06	Marihuana	84.75%	100.0%	100.0%
07	Marihuana	50.0%	100.0%	100.0%
08	Alcohol	71.3%	96.0%	88.0%
09	Alcohol	24.0%	94.0%	94.0%
Total		49.5%	97.0%	94.4%

* Benzodiazepinas = pastillas; ** Alcohol = tragos o copas estandar; marihuana = cigarrillos.

Cuadro 4. Muestra el promedio del patrón de consumo antes del tratamiento, después y en seguimiento

No. caso	Sustancia de consumo	Consumo en línea Base anual Retrospectiva	Consumo en línea Base igualando duración del tx.	Consumo en tratamiento	Consumo en seguimiento anual	Consumo en seguimiento igualando
<i>duración del tx.</i>						
01	Benzodiazepinas*	7.35	10.89	0.0	0.0	0.0
01	Alcohol**	18.0	22.8	0.0	0.031	0.02
02	Alcohol	9.0	9.2	0.42	0.15	0.25
03	Alcohol	2.25	3.18	0.0	0.0	0.0
04	Alcohol	18.0	18.0	1.97	0.38	0.5
05	Alcohol	7.12	6.0	0.0	1.75	2.64
06	Marihuana***	5.5	8.06	0.0	0.0	0.0
07	Marihuana	8.06	5.0	0.01	0.0	0.0
08	Alcohol	13.0	5.0	0.0	1.41	1.93
09	Alcohol	17.0	26.0	3.6	2.14	3.31
Total		10.5	11.41	0.6	0.59	0.86

*Benzodiazepinas= pastillas; **alcohol= tragos o copas estándar ; ***marihuana= cigarros

DISCUSIÓN

En este estudio piloto, se corroboró lo señalado por la ENA (20) relativo a que la mayor frecuencia de individuos tiene dependencia al alcohol más que a otras drogas, son más los usuarios del sexo masculino con dependencia, y que se da una mayor cantidad de consumo en la mujer que en el hombre cuando se tiene dependencia. La mayoría no tenía el apoyo de una pareja y otros lo habían perdido, contexto que hace evidentes las consecuencias negativas asociadas al consumo (43); lo que propiciaba restringir la obtención de gratificantes en el consumo (10,45). El nivel de actividad total incrementó en los usuarios desocupados después del tratamiento, propiciando obtener otro tipo de reforzadores en diferentes escenarios (14). La presente investigación preliminar permitió constatar en nueve usuarios dependientes de sustancias adictivas la eficacia del modelo para impactar significativamente variables mediadoras: aumentar la autoeficacia y satisfacción de vida cotidiana, y disminuir la cantidad de precipitadores; esto favoreció una disminución significativa en el patrón de consumo (7,25). Estos resultados coinciden con los documentados por otros modelos de intervención cognitivo-conductual en población mexicana, en usuarios con consumo de cocaína, en bebedores problema, y en adolescentes que inician el consumo, entre los que disminuyó significativamente el patrón de consumo en los usuarios con menores niveles de dependencia (6,29,35). En este estudio, el entrenamiento modificó la conducta de consumo del usuario al aprender a cesar el consumo ante los estímulos que funcionaban como condicionados (26), al asociar expectativas y consecuencias negativas del consumo para evitar recaídas (2,3), disminuir su miopía temporal (45) e incrementar su autoeficacia (28); y al elaborar planes de acción eficaces frente a situaciones de riesgo. Los usuarios que tenían un estilo de vida restringido (28) aprendieron a generarse uno más sa-

tisfactorio, al incluir actividades incompatibles con el consumo (10,12,21,22,24,37). Los usuarios con pérdidas laborales, escolares, legales y familiares (7,43) lograron obtener logros y consecuencias positivas (21). Estos cambios se mantuvieron en los nueve usuarios hasta un año después de terminado el tratamiento; y persistirán mientras apliquen las habilidades adquiridas. Se detectó que el modelo puede aplicarse no sólo en usuarios dependientes al alcohol (7,10) sino también en los de otras drogas ilícitas. Se corroboró la necesidad de que los usuarios con dependencia aprendan y apliquen un mayor número de habilidades de comunicación (33) para favorecer su interacción social (32), además de las identificadas por Azrin (7). Las habilidades que ofrecieron mayor dificultad para aplicarse en sus escenarios fueron: recibir y hacer críticas. Se identificó la eficacia de las habilidades de rehusarse al consumo, acordes con el contexto ambiental de los mexicanos, incluidas en este estudio: interrumpir interacción, y justificación para el no consumo. El asistir dos veces por semana a tratamiento favoreció el mantenimiento y motivación del usuario (42). Se recomienda validar empíricamente este modelo mediante nuevas aplicaciones en un número mayor de usuarios, dado que estos resultados sólo son preliminares. Asimismo, se sugiere incluir un componente de entrenamiento para el autocontrol de emociones (depresión, ansiedad, celos y enojo), evaluar el funcionamiento cognitivo como variable predictora de recaídas (3), incorporar a usuarios egresados en un grupo de actividades sociales-recreativas para reforzar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo; evaluar la validez convergente del cambio en el patrón de consumo que documentan los participantes con el informe de sus colaterales. A partir de estas propuestas, se podría evaluar experimentalmente: 1) el peso de los componentes de autocontrol emocional y apoyo grupal, mediante ensayos clínicos aleatorizados, para impactar al patrón de consumo; 2) evaluar la generalización de las

habilidades de rehusarse al consumo en diferentes escenarios naturales ante la presión social de dos confederados.

REFERENCIAS

1. ALLEN JP, LITTEN RZ, FERTIG JB: NIDA-NIAAA workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Psychopharmacology Bulletin*, 301:655-669, 1995.
2. ANNIS H, DAVIS C: Assessment of expectancies. En: Donova DM, Marlatt GA.(eds.). *Assessment of Addictive Behaviors*, Praeger, 84-111, Nueva York, 1988.
3. ALLSOP S, SAUNDERS B, PHILLIPS M: The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1):95-106, 2000.
4. AYALA H: Detection of drug use in a methadone maintenance clinic: sweat patches versus urine testing. *Addiction*, 93(6):847-853, 1998.
5. AYALA HV, CARDENAS G, ECHEVERRIA L, GUTIERREZ M: *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. Porrúa, Facultad de Psicología, México, 1998.
6. AYALA HV, ECHEVERRIA L, SOBELL M, SOBELL L: Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Rev Mexicana Psicología*, 14:113-127, 1997.
7. AZRIN N: Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research Therapy*, 14:339-348, 1976.
8. AZRIN N, SISSON R, MEYERS R, GODLEY M: Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behavioral Therapy Experimental Psychiatry*, 13:195-112, 1982.
9. BARLOW D, HERSEN M: *Diseños Experimentales de Caso Unico*. Martínez Roca, Barcelona, 1988.
10. BICKEL WK, DEGRANDPRE RJ, HIGGINS ST: Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 33:173-192, 1993.
11. BOTVIN GJ, BAKER E, DUSENBURY L, BOTVIN EM, DIAZ T: Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *J American Medical Association*, 273(14):1106-1112, 1995.
12. CARROLL K, ZIEDONIS D, O'MALLEY S, MCCANCE-KATZ E y cols.: Pharmacology Interventions for Alcohol and Cocaine-abusing individuals: A pilot study of disulfiram vs. naltrexone. *American J Addictions*, 2:77-79, 1993.
13. COLLINS RL, PARKS GA, MARLATT, GA: Social Determinants of Alcohol Consumption: The effects of social interaction and model status on the self administration of alcohol. *J Consulting Clinical Psychology*, 53(2):189-200, 1985.
14. CORREIA CJ, SIMONS J, CAREY KB, BORSARI BE: Predicting drug use: Application of behavioral theories of choice. *Addictive Behaviors*, 13:705-709.
15. DE LAS FUENTES VM, VILLALPANDO UJ: Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, 2001.
16. DE LEON BL, PEREZ FL: Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, 2001.
17. ECHEVERRIA L, AYALA HE: *Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y Adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1977c.
18. ECHEVERRIA L, AYALA HE: *Auto Registro del Consumo de Alcohol y otras Drogas: Traducción y Adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1977b.
19. EGGERT LL, THOMPSON EA, HERTING JR, NICHOLAS LJ, DICKER, BG: Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. *American Health Promotion*, 8(3):202-215, 1994.
20. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA, SECRETARIA DE SALUD: *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, 2002.
21. GOLDBERG S, STOLERMAN I (eds.). *Behavioral Analysis of Drug Dependence*. Academic Press, Orlando, 1986.
22. GRIFFITHS R, BIGELOW G, HENNINGFIELD J: Similarities in animal and human drug taking behavior. En: Melow N (ed.). *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research*. JAI Press, 1-90, Greenwich, 1980.
23. HAYES S: Single case experimental design and empirical clinical practice. *J Consulting Clinical Psychology*, 49:193-211, 1981.
24. HIGGINS ST: The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology, Biochemistry, Behavior*, 57:419-427, 1997.
25. HUNT G, AZRIN N: A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior, Research Therapy*, 11:91-104, 1973.
26. KAZDIN A: *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. Manual Moderno, México, 2000.
27. LIED ER, MARLATT GA: Modeling as a determinant of alcohol consumption: Effect of subject sex and prior drinking history. *Addictive Behaviors*, 4(1):47-54, 1979.
28. MARLATT G, GORDON J: *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, Nueva York, 1985.
29. MARTINEZ K, AYALA H: Desarrollo y evaluación de un Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM, 2003.
30. MEDINA-MORA E: Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia C. *Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas*, 21-44, Manual Moderno, Bogotá, 2001.
31. MEYERS RJ, SMITH JE: *Clinical Guide to Alcohol Treatment. The community Reinforcement Approach*. The Guilford Press, Nueva York, 1995.
32. MILLER WR: Client/treatment matching in addictive behaviors. *Behavior Therapist*, 15:7-8, 1992.
33. MONTI PM, ABRAMS DB, KADDEN RM, COONEY: *Treating Alcohol Dependence. Treatment Manuals for Practitioners*. Guilford Press, New York, 1989.
34. O'DONNELL J, HAWKINS JD, CATALANORE, ABBOTT RD, DAY LE: Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. *American J Orthopsychiatry*, 65(1):87-100, 1995.
35. OROPEZAR, AYALA H: *Resultados del Piloteo de un Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína*. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. 19-21 Julio, Toluca, Estado de México, 2001.
36. PENTZ MA, DWYER JH, MACKINNON DP, FLAY BR, HANSEN WB y cols.: A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *J American Medical Association*, 261:3259-3266, 1989.
37. PICKENS R, MEISCH RA, THOMPSON T: Drug self-administration: An analysis of the reinforcing effects of drugs. En: Iversen LL, Iversen, SD, Snyder SH (eds.). *Handbook of Psychopharmacology*. Plenum, 12, 1-37, Nueva York, 1978.
38. OMS: *Reporte Mundial de Salud*. <http://www.who.int/dsa/justpub/whr2001.pdf>, 2001.

39. SECRETARIA DE SALUD: Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, 12, 19-20, México, 2000.
40. SOBELL M, SOBELL L: Treatment for problem drinkers: A public health priority. En: Baer J, Marlatt G, MvMahon R (eds.). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues*. Sage, Newbury Park, 1993.
41. STRICKLER DD, DOBBS SD, MAXWELL WA: The influence of setting of drinking behaviors: The laboratory vs. the barroom. *Addictive Behaviors*, 4(4):339-344, 1979.
42. SMITH JE, MEYERS RJ: The community reinforcement approach. En Hester RK, Miller WR. *Handbook of Alcoholism Treatment Strategies*, Allyn & Bacon, 2nd ed, 251-266, Boston, 1995.
43. TAPIA C, MEDINA-MORA ME, CRAVIOTO P: Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas. En: Tapia C. *Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas*. Manual Moderno, 207-218, Bogotá, 2001.
44. VELASCO R: Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia C. *Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas*. Manual Moderno, 157-168, Bogotá, 2001.
45. VUCHINICH RE, TUCKER JA: Contributions from behavioral theories of choice as a framework to an analysis of alcohol abuse. *J Abnormal Psychology*, 97:181-195, 1988.
46. WOLFE BL, MEYERS RJ: Cost-Effective alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach. *Cognitive Behavioral Practice*, 6:105-109, 1999.