

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JAIME ESPINOSA COTTO

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
DRA. ASUNCION LARA CANTU
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
DRA. SHOSANA BERENZON GORN
DRA. SARA GARCIA SILBERMAN

MEXICO, D. F.

2005

m. 347218



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: JULIA ESPINOSA

FECHA: 24-08-05

FIRMA: [Firma]

*¿Cómo compaginar
la aniquiladora
idea de la muerte
con este incontenible
afán de vida?*

*¿Cómo acoplar el horror
ante la nada que vendrá
con la invasora alegría
del amor provisional
y verdadero?*

*¿Cómo desactivar la lápida
con el sembradío?
¿la guadaña
con el clavel?*

*¿Será que el hombre es eso?
¿esa batalla?*

MARIO BENEDETTI

A:

REBECA

CHECO Y LILIAN

Por existir, sorprenderme y ser mi razón de vivir

JAIME Y ANGELA

ROGELIO, CARLOS

Y

BERTHA

Por estar juntos en las risas y los llantos

GRACIAS A:

DIOS y MARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DRA. MEDINA-MORA.

Por su paciencia y orientación.

CESAR, MIGUEL y ROBERTO.

Por sus enseñanzas.

ALEJANDRO Y SALVADOR.

Hermanos

LAS "FAMILIAS" GONZALEZ.

FAMILIA ORIA:

RAFAEL, CARMEN, RAFA Y LIZETTE.

INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE

USUARIOS DE COCAINA.

NANCY y BLANCA

Por ser parte de la familia

ELSA E ISAÍAS.

LUPITA Y ERNESTO.

JENNIFER, CECI y MINA.

Por ser mis amigas

*ADRIANA, ÁNGELES, ANTONIO,
GILBERTO, MARÍA ELENA, MARISELA,
MARISOL, MIRNA, NORMA, VERÓNICA.*

JOSÉ LUIS, PATY, GABY M., e ISABEL.

HERME, MARIO, RAUL, MARITO,

ADRIANA, NORMA ANDREA Y RAULITO.

Por adoptarme en su la familia.

LUZ e ISABEL

Y A TODOS QUIENES ME ACOMPAÑARON EN ESTE CAMINO

INDICE

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.

INTRODUCCION.

I SUSTANCIAS ADICTIVAS.

1. CONCEPTOS BASICOS.
2. TABACO, ALCOHOL, Y COCAÍNA.
3. TABACO, ALCOHOL Y COCAINA EN MEXICO.

II PROGRAMA DE RESIDENCIA.

1. ANTECEDENTES.
2. OBJETIVOS.
3. COMPETENCIAS.

III HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS DURANTE LA RESIDENCIA.

TRATAMIENTO PARA USUARIOS DE TABACO, ALCOHOL Y COCAINA

I FUNDAMENTOS TEORICOS.

II DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

1. PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA FUMADORES.
2. MODELO DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA.
3. TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA.

III APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

1. USUARIO DE TABACO.
2. USUARIO DE ALCOHOL.
3. USUARIO DE COCAINA.

IV DISCUSION.

REFERENCIAS.

REPORTE
DE
EXPERIENCIA
PROFESIONAL

INTRODUCCION

No cabe duda de que el consumo de sustancias adictivas es una de las problemáticas que más fuertemente aquejan a las sociedades del mundo, estas pueden ser de índole económica, de seguridad, social y de salud, entre otras. Especialmente en este último ámbito, se han desarrollado múltiples esfuerzos, dirigidos sobre todo a la prevención y tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2001).

Son precisamente las consecuencias asociadas al consumo de drogas, las que hacen necesaria una constante generación de alternativas de tratamiento para disminuir su prevalencia. El presente documento, es desde luego, la conjunción de las experiencias adquiridas en el marco de una más de estas alternativas, por lo que se constituye un elemento que busca sumarse a los esfuerzos en contra del abuso de sustancias adictivas, además de los ya existentes.

Este trabajo se fundamenta en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Galván y Martínez 2002), el cual a su vez, encuentra sus bases en el Programa de Autocambio Dirigido propuesto por Sobell y Sobell (1978).

Según la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 2002), el tabaco, el alcohol, la cocaína y la marihuana son las sustancias adictivas de mayor consumo en nuestro país. Esta sola afirmación obliga a los profesionales dedicados al campo de la salud y las adicciones, a poner especial énfasis en el estudio de estas drogas, tal como ocurrirá con este trabajo, en el que se reportará información referente a las tres primeras drogas, excepto la marihuana.

Lo anterior tiene su razón de ser en los datos epidemiológicos referidos, y en el reporte de la aplicación de los tratamientos brindados en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", en donde se participo en tres programas de corte cognitivo conductual para tratamiento de bebedores problema, usuarios de cocaína y fumadores.

Así, el trabajo está organizado en dos partes, la primera corresponde propiamente al reporte de experiencia profesional, en el que se revisarán aspectos generales del campo de las adicciones y del programa de residencia. La segunda parte se refiere a la descripción y aplicación de los tratamientos mencionados.

I SUSTANCIAS ADICTIVAS

1. CONCEPTOS BASICOS.

Para iniciar la revisión de los principales conceptos dentro del campo de las adicciones, en primera instancia, analizaremos los significados que se le han dado a la palabra *droga*. Desde la antigüedad, este concepto se ha utilizado para referirse a una sustancia tal como lo brinda la naturaleza. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974) la definió como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”, concepto que adopta también en México la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 1992). Más tarde, obedeciendo a la necesidad de diferenciar las sustancias que crean dependencia de las que no lo hacen, la misma Organización Mundial de la Salud en 1982 (citado en Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998), propuso el término *droga de abuso*, afirmándola como “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada”.

Al retomar estos elementos, es como se llega finalmente al concepto de droga que en la actualidad, goza de cierta aceptación entre los profesionales de esta área, mencionando que son “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo et al. 1998).

Las complicaciones observadas en la definición del concepto de droga, son mayores cuando se revisan los significados de términos como uso, hábito, abuso y dependencia, sobre todo porque entran en juego una serie de consideraciones de índole social, biológica, médica, legal y desde luego, cultural; pues mientras en algunas sociedades el uso de drogas está plenamente permitido y reglamentado, en otras, la reprobación a la conducta de consumo es evidente. Esto complica y prácticamente imposibilita establecer parámetros de uso o abuso globales.

No obstante, en el marco de los objetivos y alcances de éste trabajo, se cree necesario describir estos conceptos. El primero, *Uso* de sustancias psicoactivas, se ha definido como “La conducta de consumo moderado, que no provoca daño alguno al usuario ni a quienes le rodean” (Medina-Mora, 1994), es decir, no se presentan efectos médicos, sociales, laborales, familiares, etc., consumo que incluso pudiera verse como aislado u ocasional. Es

aquí en donde entra un concepto quizá poco usado, pero que ofrece un punto intermedio entre el uso y el abuso de una sustancia y es el de *hábito*, con el cual se designa la costumbre de consumir una sustancia por la adaptación a los efectos que produce. De esta manera, es evidente que existe un deseo por el consumo, pero no de manera imperiosa, al tiempo que no existe una tendencia a aumentar la dosis, ni síndrome de abstinencia.

Por otro lado, el *abuso* se refiere ya a un problema de conducta, pues se alude a un estado en el cual la autoadministración de una droga produce daños al individuo y a la sociedad, el cual se ha definido como “cualquier consumo de droga que dañe, o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo et al., 1998). En tanto, el CONADIC (1992) lo define como “El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual” (p.79).

El DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) considera el abuso de sustancias psicoactivas como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso que no cumplen los criterios de dependencia de ese tipo particular de sustancia. Utilizando los siguientes criterios para su definición:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar, clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas siguientes durante un periodo de doce meses:
 - 1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones.
 - 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 - 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes.
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia.

Como puede observarse, las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, situación que se pone de manifiesto en algunos instrumentos de medición que consideran que el abuso de drogas puede establecerse si el

individuo ha consumido la sustancia en más de cinco ocasiones, separando así a los usuarios experimentadores de los posibles abusadores.

Dentro de los intentos por definir lo que ahora conocemos como dependencia, el primer antecedente encontrado es en el año de 1952, en el que el Comité de expertos de la OMS, creó la definición de toxicomanía, siendo revisada en 1957 por el mismo comité. Entre otras cuestiones, se hizo la distinción entre toxicomanía y habituación, sin embargo estas definiciones no lograron acabar con las confusiones en su utilización. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) recomienda sustituir estas palabras por el término *Dependencia*, definiéndola como “El estado originado por la administración o el consumo repetidos de la sustancia en cuestión en forma periódica o continua” (p. 10). Y se caracteriza por:

1. Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2. Tendencia a incrementar la dosis.
3. Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia.
4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, este concepto es sustituido por el de *Farmacodependencia*, afirmando que se trata de un “Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos” (OMS, 1974. p. 15)

En la revisión llevada a cabo por el Manual de Desordenes Mentales de la Asociación Americana Psiquiátrica, el DSM-III-R (1988), se establecen diferentes indicadores de dependencia, los cuales incluyen: compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso, persistencia del abuso a pesar de las consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia. Ya en el DSM-IV (1995) se afirma que “la característica esencial de la *Dependencia* a sustancias es un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y

fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de autoadministración repetida, que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”.

Anteriormente, la *Dependencia* se dividía en dos tipos: *Psicológica*, que indicaba un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales, relacionadas con los efectos de las drogas y que se manifestaba por una conducta de búsqueda continua. Mientras la *Física* se entendía como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a la presencia de una droga que, cuando se le suspende, provoca claros síndromes físicos de abstinencia. Sin embargo, actualmente se considera que la dependencia es un conjunto de las manifestaciones ya descritas, con características comunes a las diferentes drogas, pero con especificidades propias de cada una de ellas.

El término *Adicción* se ha usado a lo largo de la historia para designar situaciones diferentes, como “El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual” (CONADIC, 1992). No obstante, en la actualidad se refiere a los patrones de dependencia de una droga, sin diferenciar entre dependencia física y psicológica.

Las definiciones que hasta ahora se han brindado, aluden a ciertas implicaciones, de ellas se encuentra una que podría ser la más relevante de todas, y esta es la utilidad que pueden adquirir estos conceptos para el tratamiento de conductas adictivas, es decir, para el diagnóstico de pacientes. Este diagnóstico es fundamental para acceder a un tratamiento adecuado, dadas las necesidades particulares del usuario.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (Medina-Mora, 1994), ha introducido categorías y/o niveles de consumo, como es el de *Consumo Perjudicial* para definir aquel consumo que afecta la salud física, de esta manera se observa al proceso de dependencia como un continuo que va desde los usuarios abstemios, hasta los dependientes, pasando por los ocasionales y los consumidores problema, entre otros. Esta perspectiva implica en sí misma, un avance importante para el campo de las adicciones, ya que se ha comprobado en los diferentes datos epidemiológicos a nivel mundial y en nuestro país, que los problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas ocurren en personas que no se pueden catalogar como adictas, sino como consumidores problemáticos.

Un ejemplo de esto es la definición de niveles *de consumo sin riesgo o consumo moderado* de alcohol; no obstante, este término difiere del concepto de *bebedor social*, que alude a los patrones de consumo aceptados en los grupos sociales en que ocurren. El *consumo moderado* (Ayala et al. 2002) puede definirse como aquel que por lo general no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad. Este consumo moderado ha sido establecido por el NIAAA (Nacional Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) como una copa diaria para la mayoría de las mujeres, dos en el caso de los hombres y una para personas de edad avanzada.

Tomando en cuenta las condiciones de consumo de la población mexicana, en nuestro país se conceptualiza al bebedor problema como aquella persona que:

- ◆ No presenta una dependencia severa.
- ◆ No presenta síntomas de retiro.
- ◆ Su consumo lo pone en riesgo.
- ◆ Su consumo problemático tiene una historia de menos de 10 años.
- ◆ En la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento.
- ◆ Cuenta con redes sociales, laborales y familiares.

Además éste usuario:

- ◆ Bebe menos de 12 tragos estándar por semana (Hombres adultos).
- ◆ Bebe menos de 9 tragos estándar por semana (Mujeres adultas).
- ◆ Bebe menos de 5 tragos estándar por ocasión.
- ◆ Puede haber desarrollado problemas físicos o sociales como resultado de su forma de beber.
- ◆ No presenta características clínicas de dependencia severa al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo (Ayala et al. 2002).

Durante esta revisión se ha hablado de dos términos que hasta ahora no se han abordado del todo, y estos son el de *Tolerancia y Abstinencia*, el primero indica cómo la exposición repetitiva a la sustancia ocasiona que esta se metabolice más rápido, el organismo se adapte a sus efectos y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente, dando como consecuencia la necesidad de aumentar las dosis para

seguir obteniendo resultados de igual magnitud. El DSM-IV la define en función de dos indicadores:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuo.

En tanto la *Abstinencia* es el cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida, dependiendo de la intensidad de uso, del fármaco y de la toxicidad del mismo. De igual forma, el DSM-IV la define por cualquiera de los siguientes síntomas:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- Se administra la misma sustancia u otra para aliviar o eliminar los síntomas de abstinencia.

Otro de los conceptos a revisar en este apartado es derivado de la farmacología, llamado *Farmacocinética*, término con el que se designa al estudio del movimiento de las drogas en el cuerpo (Julien, 2001), el cual se compone de cuatro diferentes procesos:

1. *Absorción*. Proceso y mecanismos por el que pasa la droga del exterior del cuerpo, al torrente sanguíneo, usando cualquiera de las seis formas mayormente usadas para la administración de sustancias:

- *Oral*. Para que una droga sea administrada de esta manera, debe ser soluble y no destruida por los fluidos estomacales, entrar al intestino, penetrar el recubrimiento de éste y pasar al torrente sanguíneo. Cerca del 75% de la droga es absorbida en un promedio de dos a tres horas después de la administración. Entre las principales desventajas que presenta esta modalidad de administración, se encuentra que puede causar vómito y daño estomacal, además de presentar dificultad para calcular cuanto de la sustancia es finalmente absorbida por el individuo.
- *Rectal*. Las drogas que se administran por esta vía tienen una absorción irregular, impredecible, incompleta y en algunos casos puede irritar las membranas del recto.
- *Parenteral (Inyección)*. La administración de drogas por inyección puede ser intravenosa, intramuscular y subcutánea. En general, tiene la ventaja de producir una respuesta más rápida, dado que la absorción es más pronta que por otros

medios. También la inyección permite tener mayor control de la dosis administrada. No obstante, esta manera de administración tiene algunas desventajas. Dada la rápida absorción de la droga, sólo se tiene un periodo de tiempo muy pequeño para reaccionar ante una sobredosis accidental; también esta técnica requiere del uso de jeringas esterilizadas para evitar infecciones como hepatitis o VIH.

- *Inhalación.* La elección de esta vía de administración por un mayor número de personas que consumen drogas, se debe entre otras cuestiones a que permite una fácil integración de la droga en la sangre en sólo unos segundos; y a que las drogas absorbidas en los pulmones son transportadas en las venas, directamente al corazón y de ahí a la aorta y las arterias que van al cerebro. Todo esto da como resultado que las drogas administradas por este medio, presenten sus efectos mucho más rápidos que los que se obtienen a través de la inyección intravenosa.
- *A través de la piel.* En los años 90's algunos medicamentos se ofrecieron en presentaciones de parches transdermales, lo que permitía que la sustancia se absorbiera lentamente dentro del torrente sanguíneo. En este caso, la droga es lenta, predecible y continuamente liberada.
- *A través de las mucosas.* Algunas de las drogas administradas por este medio son la cocaína esnifada, los descongestionantes nasales, la nicotina en algunas de sus presentaciones y algunas otras.

2. *Distribución.* Una vez absorbida dentro del torrente sanguíneo, la droga es distribuida por todo el cuerpo, pasando a través de varias barreras para llegar a los sitios de acción o receptores. Esta amplia distribución causa muchos de los efectos colaterales de la droga, los cuales son diferentes del efecto primario.

3. *Metabolismo.* O sea la descomposición de la sustancia en metabolitos.

4. *Eliminación.* Las rutas por las que las drogas pueden abandonar el cuerpo, pueden ser:

- Los riñones.
- Los pulmones.
- La bilis.
- La piel.

Sin embargo, la mayoría de las drogas salen del cuerpo por la vía renal, seguida de la hepática. De esta manera, podríamos decir en forma simplificada, que la farmacocinética describe tanto el tiempo en el que se presentan los efectos, como la duración de estos.

Si ya, a grandes rasgos hemos abordado algunos de los pormenores de la farmacocinética, otro de los elementos que permiten entender de mejor manera los efectos de las sustancias psicoactivas es el de *Farmacodinamia*, que es el término con el que se engloba la interacción de la droga con sus receptores en el organismo, lo cual da como resultado los efectos farmacológicos, fisiológicos y conductuales propios de esa sustancia en particular.

Para producir estos efectos, la droga debe unirse e interactuar con receptores especializados, localizados normalmente en las membranas celulares, en particular, en la superficie de las neuronas dentro del cerebro, lo cual provoca un cambio en el funcionamiento de esas neuronas y a su vez, las características farmacológicas de las respuestas a esa droga.

Durante esta sección, se revisaron los términos más utilizados en el campo de las adicciones, ya que ellos tendrán la utilidad de entender las particularidades propias de cada una de las sustancias que nos ocupan y se estudiarán a continuación.

2. TABACO, ALCOHOL Y COCAINA.

TABACO.

HISTORIA.

La historia del tabaco empieza hace 8000 años con dos especies de planta, *Nicotiana Rustica* y *Nicotiana Tabacum*, que se encuentran en Norte y Sudamérica (Goodman, 1993). Esta planta pertenece al género de la *nicotinaza* y existen 60 especies del género de la *Nicotinana*, 60% de las cuales se encuentran en el sur de América, 25% en Australia y en Pacífico Sur, y el 15% en Norte América.

La nicotina era utilizada por los indígenas de América en rituales religiosos para la cura de enfermedades y en ritos sagrados, no de manera recreativa; para posteriormente ser llevada a Europa por Colón (Becoña y Vazquez, 1998).

El tabaco tuvo un gran auge en el siglo XVI e importantes médicos de la época escribieron libros acerca de sus propiedades curativas. En Europa se populariza el tabaco a partir de la "cura" que logró Nicot en 1559 de las migrañas de Catalina de Médicis, esposa del Rey Enrique II de Francia. Se le llama entonces hierba santa o hierba para todos los males por su empleo casi indiscriminado (Lorenzo et al. 1998).

Con la llegada del siglo XVII se cambia de actitud respecto al consumo de tabaco, de esta manera se empiezan a imponer restricciones al comercio, importación, cultivo y venta de tabaco; además se impusieron penas de excomunión para los sacerdotes que fumaran, incluso la gente que fumara se arriesgaba a ser acusada de posesión diabólica por la inquisición.

En el siglo XVIII se abandona la persecución de los consumidores de tabaco y se inicia la comercialización y el aprovechamiento de las ganancias por los gobiernos de ese tiempo. Ya en el siglo XIX se introducen novedades en el cultivo, elaboración y consumo de tabaco; así, aparecen nuevas variedades de plantas y diferentes formas de curado. Originalmente los cigarros fueron manufacturados a mano, pero pronto apareció la nueva máquina para hacer cigarros, capaz de hacer 1,000,000 en un día.

En 1828, los químicos franceses, Posselt y Reiman, aislaron el ingrediente activo de la hoja de la planta, denominándola nicotina.

En la actualidad y con la intención de obtener mayores beneficios económicos, la industria del tabaco utiliza también las ramas y el tallo de la planta mezcladas con las hojas, que anteriormente se utilizaban exclusivamente.

COMPOSICIÓN QUÍMICA DEL TABACO.

En el humo de los cigarrillos existen más de 4000 componentes distintos, los cuales se agrupan en gases y sustancias particuladas, pero la proporción de cada una de ellas está sujeta a diferentes variables.

La fase gaseosa contiene varios compuestos indeseables: monóxido de carbono, bióxido de carbono, amoníaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes, aldehídos y cetonas. La fase particulada contiene nicotina, agua y alquitrán, mezcla de hidrocarburos aromáticos policíclicos, algunos de los cuales son carcinógenos comprobados (Brailowsky, 1999).

Los elementos más importantes en el humo del tabaco son: la Nicotina, el Alquitrán y el Monóxido de Carbono.

Nicotina. El contenido promedio en un cigarro es de 0.5 a 2mg. Tiene una consistencia líquida, oleaginosa, incolora e intensamente alcalina, que adquiere una coloración marrón cuando entra en contacto con el aire. No solo es adictiva sino que también es tóxica pues solo 60 mg. de nicotina serían suficientes para matar a un adulto de 70 kg. Debido a la supresión de la actividad en los nervios sinápticos de los músculos, en particular, los músculos de la respiración. Los efectos específicos de la nicotina (Díaz, 1997) son los siguientes:

- *Ejecución y aprendizaje.* Fumar cigarros mejora la ejecución, las tasas de memoria y produce efectos subjetivos positivos en varias tareas. Existe una asociación entre nicotina y la mejora en la ejecución intelectual, sin embargo el consumo crónico tiene efectos negativos en el aprendizaje.
- *Metabolismo, peso corporal y apetito.* Uno de los principales síntomas de abstinencia es ganar peso. Lo anterior no significa necesariamente que el uso crónico de nicotina mantenga un peso corporal bajo, sin embargo existe evidencia relacionada con la pérdida de peso corporal cuando el hábito de fumar se inicia. La

nicotina administrada vía parches transdérmicos, no suprime el hambre, ni el apetito. Los fumadores crónicos tienen actitudes y exhiben conductas en varias dimensiones que impactan en el riesgo de padecer alguna enfermedad del corazón. Fumar parece cambiar el metabolismo, específicamente incrementa la oxidación de la grasa.

- *Sueño.* Se ha encontrado que la nicotina administrada vía parches transdérmicos decreta el tiempo total de sueño y disminuye el porcentaje de tiempo del movimiento ocular rápido (MOR), a la vez que incrementa la latencia inicial del sueño profundo.

Alquitrán. El contenido promedio en un cigarrillo varía de 0.5 a 35 mg. es una sustancia con aspecto untuoso, de color oscuro, olor fuerte y de sabor amargo. El alquitrán, está formado por una gran variedad de componentes, algunos son carcinógenos (benzopireno) o carcinógenos con un papel activo en la creación de tumores.

Monóxido de carbono (CO). Este gas incoloro que se desprende de la combustión del tabaco y del papel, en el caso del cigarrillo, posee un elevado poder tóxico. La concentración de monóxido de carbono en el humo del tabaco depende de la clase utilizada, de la temperatura y rapidez de la combustión, además del grado de contaminación atmosférica. Normalmente el fumador se expone a una cantidad de 400 ppm (partículas por millón) de CO en cada fumada. Esta enorme cantidad de CO, una vez absorbido a través de la vía pulmonar y combinada con la hemoglobina, forma la carboxihemoglobina (COHb). Otros componentes altamente nocivos que se desprenden en la combustión del tabaco son los fenoles, ácido fórmico, formaldehído, acroleínas, el cianuro de hidrógeno y el óxido nitroso.

FARMACOCINÉTICA.

La nicotina se absorbe completamente en diferentes órganos del cuerpo, incluyendo pulmones, mucosa bucal y nasal, piel, y tracto gastrointestinal. La nicotina se suspende en el cigarro que se fuma en forma de partículas pequeñas, y es rápidamente absorbido en el torrente sanguíneo hasta los pulmones cuando es fumado o inhalado. Muchos de los cigarros contienen entre .5 y 2 miligramos de nicotina, dependiendo de la marca.

Aproximadamente 20% (entre .1 y .4 miligramos) de nicotina en el cigarro es inhalado y absorbido en el torrente sanguíneo de los fumadores.

La inhalación como ruta de administración ofrece excepcional control de la dosis. El usuario controla la frecuencia y profundidad de la inhalación; así como el número total de cigarros, lo cual permite regular la tasa de consumo de la droga y con ello controlar el nivel de la nicotina en la sangre.

La nicotina se distribuye rápidamente en el cuerpo y en el cerebro, cruza la barrera placentaria y aparece en todos los fluidos del cuerpo, incluyendo la leche materna. El hígado metaboliza aproximadamente el 80 o 90% de la nicotina administrada a una persona vía oral o por fumar. La vida media de la nicotina en un fumador crónico, es de cerca de dos horas, necesitando la administración frecuente de la droga para evitar los síntomas de abstinencia o el deseo por la droga.

La excreción se lleva a cabo primeramente en los riñones, seguida por una biotransformación usual realizada en el hígado, haciendo a la droga más soluble al agua. Así, solo cerca del 10% de la nicotina absorbida pasa sin cambio a la orina; el restante 90% es metabolizado por el hígado (Díaz, 1997).

EFFECTOS FARMACOLÓGICOS.

La nicotina es solo una droga activa farmacológica que contiene el cigarro, aparte de alquitranes carcinógenos, esta ejerce poderosos efectos en el cerebro, en la columna vertebral, en el sistema nervioso periférico, en el corazón y otras estructuras del cuerpo.

En etapas tempranas, la nicotina causa náuseas y vómito, ya que estimula el centro vomitivo del tallo cerebral y de los receptores sensoriales del estómago, no obstante, la tolerancia de estos efectos se desarrolla rápidamente. La nicotina estimula el hipotálamo liberando una hormona antidiurética, la cual causa retención de líquidos. También reduce la actividad de las fibras nerviosas aferentes de los músculos, lo que lleva a la reducción del tono muscular. Esta acción puede estar involucrada en la relajación que una persona puede experimentar como resultado de fumar.

La nicotina estimula los receptores de la acetilcolina (receptores nicotínicos) en el sistema nervioso central, incluyendo corteza cerebral, produciendo incremento en la actividad psicomotriz, función cognitiva, ejecución sensoriomotriz, atención, y consolidación de la

memoria, a la vez que puede inducir temblores y en sobredosis, mareos. Como en todas las drogas estimulantes, le sigue un periodo de depresión.

En etapas tempranas, la nicotina ejerce una acción reforzante muy potente, además de activar indirectamente las neuronas de la dopamina en el cerebro medio. En personas que han fumado durante años, la acción reforzante disminuye, y el usuario fuma principalmente para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. En estados posteriores, los fumadores ajustan su consumo de nicotina para mantener sus niveles de nicotina entre 30 y 40 nanogramos de nicotina por milímetro de plasma.

Además de los efectos en el SNC en dosis normales, la nicotina puede incrementar la tasa cardíaca, la presión sanguínea y contracción cardíaca, en arterias coronarias nanoarteroscleróticas, iniciar la vasodilatación, e incrementar el flujo sanguíneo, aumentando la demanda de oxígeno del corazón.

MECANISMO DE ACCIÓN.

La nicotina ejerce muchos de sus efectos en el sistema nervioso central y periférico por activación de ciertos receptores acetilcolinérgicos (receptores nicotínicos) (NIDA, 2002). En el sistema nervioso periférico, la activación de estos receptores causa un incremento en la presión sanguínea y tasa cardíaca, causa la liberación de epinefrina (adrenalina) de las glándulas adrenales e incrementa el tono y activación del tracto gastrointestinal.

En el Sistema Nervioso Central, los receptores de la acetilcolina sensibles a la nicotina, están ampliamente distribuidos y pueden ser localizados en las terminales de los nervios presinápticos de la dopamina y neuronas que secretan serotonina. La activación de estas neuronas de acetilcolina por la nicotina, facilita la liberación de dopamina y serotonina. Los principales órganos relacionados con el refuerzo positivo de la droga se encuentran en las vías dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical, principalmente en el área ventral tegmental (AVT), donde se encuentran los cuerpos neuronales que envían sus prolongaciones al núcleo accumbens y a la corteza prefrontal (CPF).

TOLERANCIA Y ABSTINENCIA.

La nicotina no parece inducir ningún tipo de tolerancia biológica, además, como ya se mencionó, los fumadores buscan consumir cierta dosis para mantener el nivel de nicotina

en sangre, en un rango razonablemente amplio. Cuando se administra en dosis altas se desarrolla rápidamente taquiflaxia y el uso habitual del tabaco hace que se pierdan los efectos desagradables que se experimentan con los primeros cigarrillos.

En 1988 la Cirugía General de E.U. llega a las siguientes conclusiones:

- ◆ Los cigarros y otras formas de tabaco son adictivas.
- ◆ La nicotina es una droga que contiene el tabaco y causa adicción.
- ◆ El proceso farmacológico y conductual que determina la adicción al tabaco es similar al que determina la adicción de drogas como la heroína y cocaína.
- ◆ Más de 300,000 de norteamericanos adictos al cigarrillo mueren anualmente como consecuencia de su adicción.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Este síndrome de abstinencia parece relativamente rápido, usualmente dentro de las 24 horas después de iniciada la supresión. El periodo puede ser intenso y persistente, a menudo durante algunos meses en los que suele presentarse:

- ◆ Depresión o disforia.
- ◆ Insomnio.
- ◆ Irritabilidad.
- ◆ Frustración o miedo.
- ◆ Ansiedad.
- ◆ Dificultad de concentración.
- ◆ Inquietud.
- ◆ Disminución de la tasa cardíaca.
- ◆ Incremento del apetito o aumento de peso.
- ◆ Deseo o urgencia por usar el tabaco.

EFFECTOS EN LA SALUD DEL CONSUMO DE TABACO.

Cada diez segundos, una persona muere en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco (Becoña & Vázquez, 1998). Los productos del tabaco han sido los responsables de unos tres millones de muertes cada año durante la década de los noventa, y la cifra podría alcanzar los diez millones de muertes al año dentro de 20 o 30 años, produciéndose el 70%

de estas muertes en los países en desarrollo. En nuestro país, 150 personas mueren diariamente por esta razón, es decir alrededor de 55,000 al año (CONADIC, 2001).

Además del cáncer de pulmón, fumar cigarrillos causa otras enfermedades como otros cánceres (labios, lengua, faringe), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades del corazón y del sistema circulatorio, complicaciones en el embarazo y otro amplio conjunto de efectos adversos en la salud a corto (tos), medio (mayor número de gripes y bajas laborales) y largo plazo (enfermedades coronarias, cáncer de pulmón, bronquitis crónica).

Cáncer de pulmón. Es una de las primeras causas de muerte en hombres mayores de 45 años y la primera entre las muertes por cáncer. El cáncer de pulmón, que hasta hace poco era predominante en los hombres, comienza a crecer de modo importante en las mujeres. El tratamiento quirúrgico de este cáncer sólo es posible en pocos casos, en la mayoría de ellos la labor del médico se dirige a aliviar los síntomas del enfermo. La muerte suele ocurrir en la mayoría de los casos dentro de los dos años siguientes al diagnóstico.

Cáncer de cavidad oral, esófago y laringe. Los fumadores de un paquete o más al día de cigarros, tienen un riesgo 24 veces mayor de morir por esta causa que los no fumadores, este riesgo se incrementa si además, se consume alcohol; los fumadores de pipa y puros muestran también una mayor incidencia de cáncer de la cavidad oral. De igual manera los fumadores han mostrado una mayor incidencia de cáncer de esófago que la población no fumadora y este riesgo se ve incrementado si se suma al efecto del alcohol. Los estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales realizados, establecen rotundamente la asociación entre el cáncer de laringe y el hábito de fumar, siendo el riesgo estimado de padecer dicho cáncer de hasta 27.5 veces superior en un fumador que en un no fumador.

Cáncer de Vejiga. Aunque no se conoce con exactitud los mecanismos patogénicos, últimamente se ha sugerido la posibilidad de que sea la nitrosomicotina presente en el humo del tabaco uno de los factores causales implicados en el mismo. Otros estudios han detectado, así mismo, una correlación positiva entre el hábito tabáquico y el cáncer de riñón.

Cáncer de páncreas. Diferentes autores han señalado la correlación positiva entre el hábito tabáquico y este padecimiento.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (bronquitis crónica y enfisema).

- La *Bronquitis Crónica* es un proceso asociado con la exposición prolongada a irritantes bronquiales no específicos, acompañado de hipersecreción mucosa y cambios anatómicos, consistentes en hipertrofia de las glándulas mucosas, metaplasia escamosa y signos de inflamación con expectoración y tos.
- El *Enfisema* es una alteración de la arquitectura pulmonar, con un ensanchamiento anormal de los espacios aéreos distales de los bronquios terminales, acompañado de alteraciones obstructivas de las paredes alveolares. Los componentes del humo del tabaco actúan sobre las estructuras distales del pulmón, produciendo un daño progresivo que lleva a un aumento anormal y permanente del volumen de los espacios aéreos. Debido a esto el árbol bronquial no se puede ventilar de forma adecuada, por lo que el aire se va acumulando en el interior y se produce el enfisema pulmonar o tórax hinchado.
- *Cardiopatía Isquémica (angina de pecho e infarto al miocardio)*. El monóxido de carbono presente en el humo de los cigarrillos impide una correcta oxigenación de los distintos tejidos y órganos corporales. La nicotina, igualmente, produce vasoconstricción. Estos factores, junto con otros de menor importancia, pueden llevar a la supresión parcial o total del riego en una zona del corazón, produciéndose falta de aporte de oxígeno, lo que lleva a la isquemia. Si ésta es poco intensa aparece la angina de pecho, pero si su intensidad aumenta puede dar lugar al infarto de miocardio. La angina de pecho (o angor pectoris) es una situación de sufrimiento miocárdico por déficit de oxígeno que se traduce clínicamente en dolor. Es generalmente transitorio, pero si se prolonga puede evolucionar hasta un infarto. El infarto agudo de miocardio es la necrosis (destrucción o muerte) de un grupo de células miocárdicas debido a una reducción importante y duradera del aporte sanguíneo al músculo miocárdico, de manera que las células no reciben oxígeno suficiente para mantenerse metabólicamente activas y supone, en un alto porcentaje de casos, la muerte del individuo.
- *Enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares*. La vasoconstricción que produce la nicotina, es causante en algunos casos, de la enfermedad y en otras de

su exacerbación, como ocurre tanto en la enfermedad como en el síndrome de Reynaud.

- *Úlcera péptica (ulcera de estómago y úlcera duodenal)*. El humo de tabaco por inhalación se introduce hasta los pulmones pero en su recorrido también desciende al esófago y estómago, por ello también se producen alteraciones en estos órganos.
- *Alteraciones en la mujer y el feto*. Durante el embarazo, fumar produce consecuencias apreciables en el feto. La consecuencia más común es un menor peso en el recién nacido, alrededor de 200 gramos menos, que los hijos de madres no fumadoras. El tabaquismo materno también origina una mayor tasa de abortos (un riesgo del 10% al 20% superior en las gestantes fumadoras), nacimientos prematuros, muerte perinatal, complicaciones placentarias y mayor índice de enfermedades infantiles. Además, en los últimos años se ha comprobado que puede verse afectado el crecimiento y desarrollo físico y mental del hijo a mediano y largo plazo. Estudios recientes han demostrado también que el hecho de fumar cigarrillos acelera la aparición de la menopausia.
- *Otros riesgos del tabaco para la salud*. Se ha demostrado que hay una asociación entre fumar cigarrillos y un deterioro del funcionamiento sexual, impotencia y alteración en la formación del espermatozoides en hombres. El consumo de tabaco produce envejecimiento cutáneo, que se manifiesta en la aparición de arrugas faciales de forma precoz. Fumar repercute negativamente en la curación de heridas, retrasando la cicatrización de las mismas. Fumar produce una evolución negativa en aquellas personas con melanoma. El uso del tabaco está asociado a distintos problemas no malignos en la cavidad oral y perioral: leucoplasia, estomatitis por nicotina, periodontitis, sangrado gingival, halitosis y tinción dental, aumento en la producción de caries, disminución del gusto y olfato, etc. Los pacientes diabéticos que fuman están expuestos a importantes riesgos (enfermedad aterosclerótica, nefropatía diabética, incremento de mortalidad y síndrome de resistencia a la insulina). El tabaco es un cofactor (junto con el peso, déficit de calcio y sedentarismo) de riesgo en la producción de osteoporosis. Los pacientes fumadores presentan dificultades en la recuperación postoperatoria. El tabaco incrementa en el sistema visual, el riesgo de cataratas y degeneración macular. Los fumadores

tienen mayor riesgo de padecer edema de Reinke y otitis media crónica supurativa.

- ◆ *Efectos a fumadores pasivos.* Además de los efectos directos de los cigarrillos a los fumadores, la contaminación ambiental causada por los fumadores puede tener consecuencias adversas en los no fumadores. Cerca de 4,000 americanos mueren anualmente de cáncer de pulmón causado por otras personas que fuman y 37,000 muertes adicionales cada año por enfermedades del corazón como resultado de inhalar el humo del cigarro pasivamente. Se ha concluido que los no fumadores expuestos al cigarrillo tienen una probabilidad de muerte coronaria en un 20 o 70% más alta que los no fumadores no expuestos al cigarrillo.

ALCOHOL.

Término que hace referencia al *etil alcohol o etanol*. Junto con una gran cantidad de drogas como los anestésicos, antiepilépticos e inhalables entre otros, se ha clasificado dentro de los depresores del sistema nervioso central, pues estas sustancias cuentan entre sus efectos, inducir un estado de calma, relajación, desinhibición, somnolencia, disminución de conciencia medioambiental, reducción de respuesta a estímulos sensoriales, depresión de las funciones cognitivas, decremento de la espontaneidad y reducción de la actividad física. Por todo ello, también resultaría apropiado llamarle sedante, tranquilizante, ansiolítico e hipnótico.

Otra de las características comunes a estos sedantes-hipnóticos del SNC es que tienen la posibilidad de inducir dependencia fisiológica, psicológica y tolerancia. Sin embargo, el alcohol se diferencia de estos otros compuestos, por la tendencia que se observa al iniciar su uso, de ser casi exclusivamente recreativo, más que médico.

FARMACOCINETICA.

El etil alcohol es una molécula simple de dos carbonos, sin embargo no se bebe en esta forma “pura”, sino en concentraciones menores que se encuentran en vinos (12%), de 3.5 a 5% en cervezas y entre un 40 a 50% en licores fuertes. Es soluble tanto en agua como en grasa y se distribuye fácilmente a través de las membranas biológicas, lo que permite que el alcohol después de haber sido bebido, sea rápida y fácilmente absorbido por el tracto

gastrointestinal. El tiempo que pasa desde la ingestión del último trago a la máxima concentración en sangre es de 30 a 90 minutos.

Después de la absorción, el alcohol es distribuido en todos los fluidos y tejidos del cuerpo. Cuando el alcohol aparece en la sangre y llega al cerebro de la persona, éste cruza la barrera hematoencefálica casi inmediatamente. El alcohol también es libremente distribuido en la placenta y entra fácilmente al cerebro del feto en desarrollo.

Aproximadamente 95% del alcohol que ingiere la persona es enzimáticamente metabolizado por la enzima *alcohol dehidrogenasa*, el otro 5% es excretado inalteradamente, en mayor medida a través de los pulmones. Cuando una persona bebe con el estomago lleno, retiene el alcohol en el estomago, incrementa su exposición a la dehidrogenasa y reduce así el nivel sanguíneo de droga.

Como es sabido, la mujer puede lograr mayores concentraciones de alcohol en la sangre que el hombre, dado que:

- ◆ La mujer tiene cerca de 50% menos metabolismo gástrico de alcohol que el hombre, dado que la mujer tiene un menor nivel de enzima alcohol dehidrogenasa.
- ◆ El hombre puede tener más masa muscular, que las mujeres. Entonces los hombres tienen un mayor compartimiento vascular.
- ◆ La mujer posee mayor grasa corporal que el hombre.

Los tres procesos metabólicos envueltos en la descomposición del alcohol son:

1. La función de la enzima alcohol dehidrogenasa para convertir el alcohol en acetaldehído (Feldman, 1997).
2. La enzima aldehído dehidrogenasa convierte el acetaldehído en ácido acético.
3. El ácido acético es descompuesto en dióxido de carbono y agua, entonces libera calorías.

El común de la gente metaboliza de seis a ocho gramos (de 8 a 10 mililitros) de alcohol por hora, independientemente del nivel sanguíneo de alcohol, por lo que a un adulto podría tomarle una hora metabolizar una copa estándar.

FARMACODINAMIA

Dado que es soluble tanto en agua como en lípidos, el alcohol se distribuye en todos los tejidos del cuerpo, propiedad que lleva a la hipótesis de que la droga se disuelve en la

membrana nerviosa, distorsionando, desorganizando o perturbando la membrana, similar a la acción común de los anestésicos.

EFFECTOS FARMACOLOGICOS

La depresión del SNC es el primer efecto farmacológico del alcohol. La respiración, aunque transitoriamente estimulada en bajas dosis, llega a ser progresivamente deprimida y en concentraciones muy altas de alcohol en sangre, es causa de muerte. El alcohol también es anticonvulsivante, aunque clínicamente no se use con este propósito. Por otro lado, la abstinencia de alcohol, es acompañada por un periodo de hiperexcitabilidad.

El alcohol también afecta la circulación y dilata los vasos sanguíneos en la piel, produciendo calor y bochorno. A largo plazo, el uso de alcohol es también asociado con enfermedades del corazón, las cuales pueden resultar en insuficiencia cardíaca.

Es interesante observar que una dosis moderada (dos copas diarias) se ha propuesto como reductor de la incidencia de enfermedad isquémica (Sacco, 1999), mientras que cantidades grandes de alcohol (más de 5 copas por día) son asociadas con el incremento en el riesgo de ataque cardíaco.

El alcohol ejecuta un efecto diurético en el cuerpo. por el que se incrementa la excreción de fluidos, causado por el decremento en la secreción de la hormona antidiurética, y por la acción diurética producida simplemente por la ingestión de grandes cantidades de fluidos, sin embargo, el alcohol no parece dañar la estructura o la función de los riñones.

El alcohol, como todas las drogas depresoras, no es afrodisíaco, de hecho la desinhibición conductual inducida en bajas dosis de alcohol podría aparecer a causa de alguna pérdida de restricción, pero las evidencias afirman que el alcohol deprime las funciones del cuerpo e interfiere con el desempeño sexual.

EFFECTOS PSICOLOGICOS

Los efectos psicológicos y conductuales a corto plazo se limitan al SNC. Como ya se mencionó, la reacción conductual de desinhibición, presente en dosis bajas, es en mayor medida determinada por las personas, sus expectativas y el medio ambiente en el que ocurre el consumo (Holdstock, 1998).

La intoxicación por alcohol, con su resultante desinhibición, juega un rol importante en un gran porcentaje de crímenes violentos, incluyendo violación y ataques sexuales. Más del 50% de los crímenes y accidentes son asociados al alcohol.

En dosis bajas, la persona podría todavía funcionar (aunque con menos coordinación) e intentar realizar actividades que pudieran dañar a sí mismo o a otros. La memoria, la concentración y la comprensión disminuyen progresivamente hasta perderse. La velocidad perceptual es un componente importante del desempeño en tareas y es marcadamente dañado por el etanol.

Los efectos a largo plazo del alcohol, incluyen diferentes organismos de la persona, dependiendo de si el consumo es moderado o fuerte. La ingestión a largo plazo de cantidades moderadas de alcohol, parece producir algunos cambios fisiológicos, psicológicos o conductuales, pero la ingestión a largo plazo de grandes cantidades de alcohol, da paso a serios desordenes neurológicos, mentales y físicos.

TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

Los patrones y mecanismos para el desarrollo de tolerancia, dependencia física y dependencia psicológica del alcohol, son parecidos a los de otros depresores del SNC. La extensión de la tolerancia depende de la cantidad, patrón y extensión de la ingestión de alcohol. Personas que ingieren alcohol sólo de manera intermitente en fiestas o más regularmente pero con moderación, desarrollan pequeña o ninguna tolerancia; las personas quienes regularmente ingieren grandes cantidades de alcohol, desarrollan una marcada tolerancia, que puede ser de tres tipos:

1. *Tolerancia metabólica.* Donde el hígado incrementa la cantidad de droga metabolizada.
2. *Tolerancia de tejido o funcional.* Donde las neuronas en el cerebro se adaptan a la cantidad de droga presente. Los individuos que desarrollan este tipo de tolerancia, muestran niveles de alcohol en sangre dos veces mayor al de los individuos no tolerantes, aún cuando tengan un nivel similar de intoxicación conductual.
3. *Tolerancia asociativa, contingente u homeostática.* Variedad de manipulaciones medioambientales que pueden oponerse a los efectos del alcohol.

Cuando se desarrolla la dependencia física, emerge también la abstinencia del alcohol dentro de varias horas, en un periodo de hiperexcitabilidad que podría eventualmente provocar convulsiones. El abuso de alcohol es una de las causas más comunes de ataques en adultos, estos ocurren en cerca de 10% de adultos durante la abstinencia de alcohol. Concomitantemente con la hiperexcitabilidad hay un período de temblores, con alucinaciones, agitación psicomotora, confusión y desorientación, desordenes del sueño y una variedad de malestares asociados (síndrome que se reporta como Delirium Tremens).

EFFECTOS COLATERALES Y TOXICIDAD.

Con el uso agudo, se induce un síndrome cerebral por droga, éste se manifiesta con sentidos obnubilados, desorientación, daños del pensamiento y del juicio, amnesia y disminución de las capacidades intelectuales y labilidad. Con altas dosis de alcohol se presentan ilusiones, alucinaciones, confabulaciones. En el funcionamiento social, estas alteraciones conducen a un estado impredecible de desinhibición, alteraciones en el comportamiento y conducta motora sin coordinación.

El daño hepático es la consecuencia fisiológica más seria a largo plazo del consumo excesivo de alcohol, los cambios irreversibles en la estructura y en la función del hígado son comunes. Por ejemplo el etanol produce oxidantes activos durante su metabolismo, los cuales producen oxidación en las células del hígado, de esta manera el 75% de las muertes atribuidas al alcoholismo son causadas por cirrosis hepática siendo este padecimiento la séptima causa de muerte en los Estados Unidos.

A largo plazo la ingestión del alcohol puede ser causa irreversible de destrucción de las células nerviosas, produciendo un síndrome cerebral permanente con demencia (Síndrome de Korsakoff). También el sistema digestivo puede verse afectado, ya que el alcohol puede producir pancreatitis, gastritis crónica y úlcera péptica.

Existe gran evidencia epidemiológica que comprueba como el uso crónico de alcohol es el mayor factor de riesgo para desarrollar cáncer en los humanos, principalmente cáncer de la cavidad oral, estomago e intestino. Estadísticamente un bebedor fuerte incrementa su riesgo de desarrollar cáncer en la lengua, en la boca, garganta e hígado. El riesgo de cáncer de cuello para un bebedor fuerte y además fumador es de 6 a 15 veces más grande que para

alguien abstemio de ambas sustancias. El riesgo de cáncer de garganta es 44 veces más grande para el usuario fuerte de alcohol y tabaco que para los no usuarios.

COCAINA.

Las hojas de *Erietroxilon coca* han sido usadas desde tiempos ancestrales dentro de las practicas religiosas, místicas, sociales y médicas de los nativos en Sudamérica, con las que lograban un incremento notable del sentido de bienestar, reducción de fatiga, alivio del dolor y euforia.

El alcaloide activo en la cocaína fue aislado en 1855, purificado y llamado cocaína en 1860. Durante el mismo período, la introducción de la jeringa brindó nuevas posibilidades para usar la cocaína como anestésico local. Quizá el primer reporte médico de la acción anestésica de la cocaína fue hecha por Vassily Von Anrep en 1880, además la identificación de las propiedades anestésicas de la cocaína fueron hechas por varios cirujanos, utilizándola ampliamente como anestésico tópico, espinal y bloqueador de nervios de 1884 a 1918.

En 1884 Sigmund Freud estudió sus efectos psicológicos usándola en sí mismo y prescribiéndola a sus pacientes. Freud utilizó la cocaína para tratar la depresión y aliviar la fatiga crónica. Él, describió la cocaína como una droga maravillosa con la habilidad de curar la adicción a los opioides. Sin embargo, al principio no percibió los efectos asociados (tolerancia, dependencia, estado de psicosis y abstinencia). En sus últimos escritos, Freud llamó a la cocaína “el tercer azote” de la humanidad, después del alcohol y la heroína.

En los Estados Unidos, cerca de 1885 no existían restricciones para vender o consumir cocaína, por lo que esta droga fue incluida en numerosas medicinas de patente, pero a fines de ese siglo se incrementaron los reportes de intoxicación y muertes por esta droga.

Ya en el siglo XX, el uso de cocaína disminuyó durante los años 30's, pues fue desplazada por las nuevas y disponibles anfetaminas. Estas últimas tenían un costo menor y un efecto más duradero. Para los años 60's cuando se restringió la distribución de las anfetaminas, se reanudo la atracción por la cocaína.

A fines de los 70's y principios de los 80's inició un a nueva epidemia del uso de cocaína con una disponibilidad amplia de la forma barata llamada *crack*. Esta nueva modalidad se

caracterizó por preparaciones con altas dosis, rápida obtención de efectos, rápido desarrollo de toxicidad y dependencia (Boghdadi, 1997).

FORMAS DE COCAINA.

La hoja de coca tiene una concentración de 0.5 a 1.0% de cocaína. Cuando las hojas son mojadas y machacadas, se extrae la cocaína en forma de pasta de coca (60 a 80% de cocaína) (Gold, 1997), la cual es tratada normalmente con ácido hidroclicórico para formar un compuesto menos potente. Dado que el hidroclicorato de sodio es soluble al agua, la droga puede ser inyectada de manera intravenosa o absorbida a través de la mucosa nasal, sin embargo, en la forma de hidroclicorato, la cocaína se descompone al calentarse, haciéndola inapropiada para inhalarse. En contraste, la cocaína base, también conocida como base libre o crack, no es soluble en agua, pero es soluble en alcohol, acetona o eter. El nombre de crack es derivado del sonido de los cristales de cocaína cuando son quemados. El crack es fácilmente disponible y barato.

El hidroclicorato de cocaína (“cristal” o “nieve”), cuando se inhala como una línea de droga, provee una dosis de cerca de 25 miligramos; un usuario podría inhalar de 50 a 100 miligramos de droga a la vez. La cocaína fumada tiene una dosis promedio de 250 miligramos a 1 gramo.

FARMACOCINETICA.

La cocaína es absorbida de todos los lugares de aplicación, incluyendo mucosas, estómago y pulmones. Cuando se inhala, la cocaína atraviesa pobremente las membranas mucosas, dando como consecuencia, que sólo del 20 al 30% de la droga inhalada llegue a la sangre, y alcance su punto máximo en plasma de los 30 a 60 minutos. El tiempo de efectos farmacológicos (el “high”) es paralelo a los niveles en plasma. Con la inhalación nasal el efecto eufórico es prolongado (dado que la droga es absorbida lentamente) y la droga puede permanecer en plasma por más de seis horas.

En el caso de la cocaína base fumada, algunas partículas llegan a la nariz mientras otras pasan a través de la cavidad nasal dentro de la traquea y en la superficie pulmonar, de donde la absorción es rápida y completa. Los efectos aparecen dentro de algunos segundos

con cúspides a los cinco minutos y persisten por cerca de treinta minutos. La inyección intravenosa de cocaína pasa todas las barreras de absorción.

DISTRIBUCION.

La cocaína penetra rápidamente el cerebro y las concentraciones iniciales en él, exceden las concentraciones en plasma, para luego ser rápidamente redistribuida a otros tejidos. La cocaína atraviesa libremente la barrera placentaria, obteniendo en el feto, niveles de intoxicación iguales a los de la madre.

METABOLISMO Y EXCRECION.

La cocaína tiene una vida media en plasma de treinta a noventa minutos; esta se metaboliza rápida y completamente por enzimas localizadas en plasma y en el hígado. Aunque la sustancia deja rápidamente el plasma, permanece por más tiempo en el cerebro, en que puede ser detectada por ocho ó más horas posteriores al uso inicial. El principal metabolito de la cocaína es el compuesto inactivo benzoilecgonina, el cual puede ser detectado en la orina desde 48 horas hasta dos semanas en usuarios crónicos. La presencia de éste metabolito indica necesariamente el consumo de cocaína en dosis altas y por tiempo prolongado, acumulando droga en sus tejidos corporales.

MECANISMOS DE ACCION.

Farmacológicamente, la cocaína es la única droga que posee tres características principales que dan como resultado los efectos fisiológicos y psicológicos que provoca:

- 1.- Es un potente anestésico local.
- 2.- Es vasoconstrictor.
- 3.- Es un poderoso psicoestimulante con fuertes cualidades reforzadoras.

EFFECTOS A CORTO PLAZO CON DOSIS BAJAS.

Dosis bajas (de 25 a 100 mg.) de cocaína, causan respuestas fisiológicas como: Alerta, hiperactividad motora, taquicardia, vasoconstricción, hipertensión, broncodilatación, incremento en la temperatura corporal, dilatación pupilar, incremento en la glucosa y cambios en el flujo sanguíneo de los órganos internos. Los efectos psicológicos de bajas

dosis incluyen euforia inmediata, labilidad, aumento de autoconciencia y sensación de fuerza que dura aproximadamente 30 minutos. Este período es seguido por uno de euforia moderada con ansiedad, el cual puede durar de 60 a 90 minutos. Posteriormente sobreviene un periodo ansioso que dura horas.

Durante la intoxicación aguda hay verborrea casi siempre apresurada incoherente y tangencial, el apetito se suprime, apareciendo también insomnio; desaparición de la fatiga, la conciencia se incrementa pero emerge la depresión. Aumenta la actividad motora, llegando a la agitación. Finalmente, aparece también la compulsión por continuar consumiéndola.

Los efectos agudos de dosis bajas son difíciles de mantener dado que:

- 1) Los efectos percibidos promueven el incremento en su uso.
- 2) La tolerancia desarrollada a altas dosis son tomadas para percibir efectos continuos o evitar la abstinencia. Entonces la persona aumenta rápidamente las dosis, aumentando también los riesgos asociados.

Cuando la dosis o duración del uso de cocaína incrementa, todos estos efectos son intensificados también. Existe una pérdida progresiva de coordinación, temblores y eventuales ataques, depresión, disforia, ansiedad, somnolencia y “craving” (deseo irrefrenable por consumir la droga).

Aunque el interés sexual puede ser aumentado al usar cocaína, y altas dosis son algunas veces descritas como un “orgasmo de cocaína” esta no es afrodisíaca. La disfunción sexual es común en usuarios fuertes, además cuando la disfunción es combinada con el aislamiento que experimentan los individuos dependientes de la cocaína, las interacciones interpersonales y sexuales se afectan de forma importante.

En el SNC, la cocaína puede causar isquemia cerebral, trombosis, hemorragia intracraneal, atrofia cerebral, ataques y desordenes del movimiento (Boghdadi, 1997).

Las complicaciones cardiacas incluyen crisis hipertensivas, isquemia cardiaca, ataque cardiaco, arritmia cardiaca, ruptura de la aorta y muerte súbita. Estas complicaciones pueden ocurrir con el uso prolongado o con un solo uso. Los problemas nasales y pulmonares incluyen perforación del tabique nasal, lesiones pulmonares, hemorragia, edema e infecciones.

CONSECUENCIAS DEL USO DE DOSIS ALTAS A LARGO PLAZO.

Aunque dosis bajas de cocaína causan estimulación del SNC, causando sensaciones placenteras y euforia, altas dosis producen ansiedad, insomnio, suspicacia, paranoia y sentimientos de persecución. La persona que consume cocaína puede ser hiperactiva, paranoide e impulsiva, teniendo la posibilidad de desarrollar un patrón compulsivo y repetitivo de conducta. Puede tener alteraciones de la percepción y tornarse agresivo en respuesta a un delirio de persecución.

Otros efectos de altas dosis a largo plazo del uso de cocaína incluyen conflictos personales, depresión, disforia y desórdenes psicóticos que pueden permanecer semanas después de que la persona detiene el uso de la droga. En esta forma extrema, la psicosis por cocaína es caracterizada por paranoia, problemas en la prueba de realidad, patrones de conducta estereotipada repetitiva y compulsiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Otros cambios en la conducta pueden incluir irritabilidad, actividad psicomotora extrema, pensamiento paranoide, deterioro en las relaciones interpersonales y disturbios del sueño y alimentación.

Una dosis tóxica aguda de cocaína ha sido estimada en 1 o 2 mg. por kilo de masa corporal. Entonces 70 a 150 mg de cocaína es una dosis tóxica para una persona de 70 kilogramos.

En las dos secciones previas se revisaron aspectos generales de las tres sustancias en cuestión, desde los conceptos más usados para su descripción, hasta las particularidades de cada una de ellas, sin embargo es necesario enmarcar el problema de su uso y abuso en nuestro país, así como las consecuencias cada vez mayores que se observan. Por ello el segmento que a continuación se presenta, versa en lo referente a la distribución de su consumo en la población mexicana.

3. TABACO, ALCOHOL Y COCAINA EN MEXICO.

En el año 2001 salieron a la luz los resultados proporcionados por el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), el cual se encontraba en función desde el año de 1986; los datos obtenidos en esta versión, tal como en las anteriores, se recogieron a través de un instrumento aplicado en instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia de la Ciudad de México, buscando obtener un panorama actualizado del fenómeno de la farmacodependencia con sus respectivas consideraciones (Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, 2001).

Los datos utilizados por el SRID provienen de un evento relacionado al consumo de sustancias adictivas, que lleva a la persona a una institución de salud o de procuración de justicia; de esta manera, se utiliza un muestreo no probabilístico intencional en series de tiempo equidistantes.

En la edición mencionada, que constituyó el trigésimo reporte dado por éste sistema, se realizó una descripción de la evolución del fenómeno de consumo de drogas en nuestro país a partir de 1987 y específicamente en el área metropolitana. Se han tomado estos datos, para revisar el curso que ha seguido el consumo de las drogas que nos ocupan en esta zona de la República Mexicana, pues según las encuestas, son de las drogas más comúnmente utilizadas, además de la marihuana, de la que no se hablará en este material.

Para iniciar, es necesario subrayar que la proporción del uso de cocaína “alguna vez en la vida” en la población encuestada, durante 1986 era de 1.6%, para incrementarse a partir de 1993, cuando llegó a 16% y alcanzar un 63% en 1998; a partir de éste momento, su uso aumenta, se estabiliza y se convierte en la sustancia encontrada más frecuentemente en personas que se presentaron en instituciones de procuración de justicia o de salud, por eventos relacionados al consumo de drogas. Para la última evaluación, la proporción de usuarios que la usaron alguna vez fue de 67%, mientras que quien la usó en el último mes llegó al 55%.

La edad media de inicio para el consumo de esta droga, durante el periodo comprendido entre 1987 y 2001 fue de 20.33 años.

Entre las características más importantes de los usuarios de cocaína, se encuentra que los grupos de edad con un consumo más alto fueron de 15 a 19 años con el 28.5%, y el de 30 o más con 27%; la edad de inicio se situó entre los 15 y 19 años de edad con el 36%.9 de los

casos, entre los 20 y 24 años con el 20.6% y de 12 a 14 años con el 13.7%. El tipo de consumo más frecuentemente reportado fue el leve (entre 1 y 5 días en el último mes), que significó el 46.1%, en segundo lugar el consumo alto (20 días o más en el último mes), es decir el 13.7%, por último, el consumo experimental se ubicó en 11.9%. En lo que se refiere a las formas de administración, las más frecuentes fueron la inhalación (54%) y fumada (28%).

La segunda droga preferida en el D.F. es la marihuana, sin embargo por los objetivos de este trabajo no se mencionarán los datos referentes a ella, sino que pasaremos a la tercera sustancia entre estos usuarios de drogas, el alcohol. Este fue consumido alguna vez en la vida, durante el 2001, por el 59.2% de la población encuestada, sobre todo en los grupos de edad de 15 a 19 años (29.6%) y de 30 años o más (29.3%). De la misma manera, se observa que casi la mitad de estos usuarios iniciaron su consumo de alcohol, de los 15 a 19 años (49.7%).

El hecho de que el alcohol ocupe el tercer lugar y no el primero, como lo indican las encuestas de población general, se deriva de las características del sistema, que sólo se aplica a quienes han usado drogas ilícitas.

Al revisar la prevalencia del consumo de tabaco en los usuarios de drogas ilícitas del área metropolitana, nos encontramos con que este fue consumido alguna vez en la vida por el 44.8% de la gente encuestada. Es de llamar la atención que el mayor consumo se encontrara, al igual que con el alcohol, en el grupo de 15 a 19 años (34.5%), lo cual nos habla de un grupo de riesgo propiamente dicho; al igual que la edad de inicio, que se situó en este mismo intervalo de tiempo (42%).

TABACO

De acuerdo a los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, se encontró que en población urbana el 26.4% de los individuos de 12 a 65 años de edad son fumadores, que corresponde a 13,958,232 personas; 18.2% ex fumadores y el 55.4% afirmaron no ser fumadores. En tanto, dentro de la población rural el 14.43 % reportó ser fumador, 15% ex fumadores y no fumadores el 70.7%.

En población urbana masculina, la prevalencia de fumadores fue de 39.1%, es decir, 9,271,488; mientras tanto, en las mujeres se estableció en 16.1% de fumadoras (4,686,744).

En el ámbito rural, el total de hombres fumadores fue de 27.1% (2,083,110) y en mujeres de sólo 3.5% (325,230). En lo que se refiere a los ex fumadores, se observa que el número de hombres sobre pasa a las mujeres, pues ellos se encuentran en el 23% de la población urbana, ante el 14.3% de las mujeres; a nivel rural, los hombres ex fumadores componen el 24.8% y las mujeres el 6.9%. En tanto, los no fumadores urbanos corresponden al 37.9% de la población, mientras en las mujeres ascendió a 69.7%; por otro lado, los no fumadores rurales se situaron en el 48% y las mujeres en el 89.6%

Para el apartado de tabaco, la ENA 2002 divide sus resultados en dos grupos de edad, tanto para población rural como urbana: de 12 a 17 años y de 18 a 65. De esta forma, la prevalencia de fumadores en el grupo de adolescentes en zonas urbanas fue de 10.1%, equivalente a casi un millón de individuos, de los cuáles 15.4% son hombres y 4.8 mujeres; en tanto los fumadores habitantes de zonas rurales correspondieron al 6.1%, de los cuales 11.3% fueron hombres y 1% mujeres.

En lo referente a la edad de inicio del consumo de tabaco, el 47.6 comenzó a fumar entre los 15 y los 17 años, siendo el 46.1% hombres y el 52.3% mujeres; a su vez, de los adolescentes entrevistados en áreas rurales, el 50.5% iniciaron en este rango de edad mencionad, de los cuales, el 50.3% fueron varones y el 53.5% mujeres. De esta población juvenil, perteneciente a zonas urbanas y que mencionó fumar diario, el 86.5% consume de 1 a 5 cigarrillos, 6.8% de 6 a 10, 3.9% de 11 a 20 y sólo el 2.8% más de 20 cigarrillos. Mientras que en zonas rurales, todos los adolescentes que mencionaron fumar diario, sólo consumieron de 1 a 5 cigarros.

La prevalencia de fumadores de poblaciones urbanas de 18 a 65 años fue de 30.2%, o sea 12,959,151, lo cual supera a la media nacional que es de 26.4%. La población masculina tuvo una prevalencia de 45.3% y la femenina de 18.4%. Mientras tanto, en la población rural se encontró una prevalencia de 16.6%, que igualmente supera la media nacional (14.3%); asimismo, hubo una mayor proporción de varones (32.3%) que de mujeres (4.2%). En las dos poblaciones en las que se ha dividido el actual reporte, el grupo de edad que más fumó fue el de 18 a 29 años, 40.8% en zonas urbanas, y 28.8% en las rurales; sin embargo, en las primeras, el segundo grupo de edad con mayor consumo fue el de 30 a 39 años (25.1%), mientras que en las segundas le siguieron el segmento de 50 a 65 años de edad (27.1%), seguido del de 40 a 49 años (24.6%).

Comúnmente, la edad de inicio de los consumidores de tabaco fue de 18 a 65 años, en áreas urbanas fue de 15 a 17 años (41.1%), y después la de 18 a 25 años (39.8%). No obstante, en el medio rural, señalaron el estrato de 18 a 25 años (39.7%), de 11 a 14 años (15.6%), y 3.4% antes de los 11 años de edad. Es evidente, que los hombres inician más tempranamente el consumo de tabaco, ya que en ambas poblaciones, ellos inician mayormente el consumo entre los 15 y 17 años (43.9% en área urbana y 38.1% en rural), mientras que las mujeres lo hacen entre los 18 y 25 años (43.6% en zona urbana y 51.4 en rural).

Finalmente, del total de fumadores, el 64% mencionó consumir de 1 a 5 cigarrillos diarios, el 19% de 6 a 10, y el 6.3% más de una cajetilla diaria. En la población rural, el 52.6% consume menos de 5 cigarrillos, 26.5% de 6 a 10, y 9.1% más de 20 diarios.

ALCOHOL.

Existen en México 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol, por lo que el volumen total de etanol consumido por persona alcanzó 2.79 litros, aumentando a 3.48 litros cuando se considera solo a la gente de entre 18 y 65 años de poblaciones urbanas y a 7.12 litros al referirse sólo a los varones. En la población rural, el consumo per cápita se estimó en 2.728 litros.

En los varones urbanos, el mayor índice de consumo se ubica en el grupo de edad entre los 30 y 39 años, en tanto que entre las mujeres, su mayor consumo se reportó entre los 40 y los 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó en este mismo rango de edad.

El 25.7% de la población de entre 12 y 17 años ha consumido una copa de alcohol en el año previo al estudio (3,522,427), en el grupo urbano el consumo alcanza 35% (1,726,518) de la población masculina y 25% (1,252,712) de la femenina; en el grupo rural, el índice de consumo es de 14.4% (543,197), 18% en los varones (357,775) y 9.9% (185,422) en las mujeres. El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) es el más reportado, sin embargo, el 10.5% de los hombres urbanos y el 4.7% de los rurales reportaron consumos de más de 5 copas por ocasión, lo cual se observó en el 3.4% de las mujeres urbanas y en el 0.9% de las rurales.

Entre las personas adultas de nuestro país, existen 13,581,107 (72.2% de la población urbana masculina) y 10,314,325 (42.7% de mujeres) que reportaron haber consumido alcohol; en la población rural hay 543,197 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. El 44% de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, el 20.7 de gente establecida en las ciudades y el 10.3% de zonas rurales reportaron ser ex bebedores.

Por otro lado, la cantidad comúnmente consumida por las mujeres es de una a dos copas por ocasión, pero para los hombres urbanos es de 3 a 4 tragos y de 5 a 7 para los rurales. Los patrones de consumo más característicos en toda la población adulta de nuestro país es el moderado alto para los varones, consistente en un consumo mensual de cinco copas o más por ocasión (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%); mientras que en las mujeres son más frecuentes el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%) y el moderado alto con 2.7%.

En lo que se refiere a los índices de dependencia, el primer lugar lo ocuparon los hombres rurales con el 10.5% de la población total, en segundo lugar los hombres urbanos con el 9.3%, para ser seguidos por las mujeres urbanas con el 0.7% y 0.4% de las que viven en zonas rurales.

Finalmente, en la encuesta se observa un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, que fue del 27% en 1998 a 35 % en el 2002 entre los hombres y del 18% al 25% en las mujeres; el número de hombres menores de edad que afirmaron beber mensualmente cinco copas o más se incrementó de 6.3% a 7.8% y los jóvenes que cubrían los criterios del DSM-IV de dependencia al alcohol, llegó al 2%.

En referencia a los adultos, las mujeres mantuvieron estables los índices de bebedoras del 45% en 1998 al 43% 2002, bebedoras consuetudinarias del 0.8% al 0.7% y con dependencia, yendo del 1% al 0.7%, pero el número de bebedoras moderadas altas si se incrementó del 2.6% al 3.7%. En los hombres disminuyó el índice de bebedores de 77% a 72% con respecto a la encuestas de 1998 y 2002, asimismo, se observa una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios, pero el número de hombres dependientes se mantuvo estable con el 9.6% y 9.3% respectivamente.

COCAÍNA.

La cocaína está considerada para fines de la Encuesta Nacional de Adicciones y de este trabajo, como una droga ilegal. En la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas, sin contar tabaco y alcohol. La región más afectada es el norte de país con el 7.45%, le siguen la región centro (4.87%) y sur (3.08%). 2.8 millones de personas han usado drogas ilegales y más de 840 mil han usado drogas con utilidad médica. De estas drogas ilegales, la de mayor uso es la marihuana, consumida alguna vez por 2.4 millones de personas; le sigue la cocaína con el 1.44% de la población. De esta sección de la población general, el 1.23% la consume en polvo, el 0.10% en forma de crack, y el 0.04% en pasta; siendo el rango de 18 a 34 años, quienes la consumen en mayor medida.

En tanto, la edad de inicio para la cocaína se estableció a los 22 años, es decir, más tardíamente que para la mayoría de las demás drogas y la fuente de obtención más frecuente de esta sustancia fueron los amigos (69.7%), a la vez que se observa que el consumo de cocaína no se establece como experimental, ya que este corresponde sólo al 40% de los casos, mucho menor que otras drogas como los alucinógenos y la marihuana; sin embargo esta droga posee un número significativo de consumidores fuertes.

Al revisar los datos correspondientes del consumo de drogas ilícitas por adolescentes, nos encontramos que 215,634 de ellos, entre 12 y 17 años han usado drogas, con una proporción de 3.5 hombres por cada mujer. Tal como ocurre con los adultos, los mayores índices de consumo se encuentran entre los habitantes de zonas urbanas (86%), mientras la edad promedio de inicio fue a los 14 años.

La principal droga de inicio (sin contar tabaco y alcohol) fue la marihuana, seguida de los inhalables y la cocaína. En hombres y mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, seguida en los varones, por la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y los alucinógenos; en las mujeres sólo el cuarto lugar cambia, al situarse ahí a los inhalables. Para concluir, es de llamar la atención que la cocaína ocupe el segundo lugar de casos de personas, que por primera vez consumen esta sustancia (382,422) con el 0.55%, solamente después de la marihuana.

Tomando en cuenta los altos costos sociales del consumo de sustancias adictivas, entre los cuales se encuentran la pérdida de vida saludable de la población, seguridad, etc., los datos

correspondientes a la Encuesta Nacional de Adicciones toman especial relevancia, pues nos brindan un indicativo de la gravedad del consumo de tabaco, alcohol y cocaína en nuestro país, por lo que se hace necesario su estudio serio y comprometido, siendo la base y justificación de este trabajo. A continuación se describirá una de las alternativas para su abordaje, que busca reunir estas características y es precisamente la Residencia en Adicciones de la Facultad de psicología.

II PROGRAMA DE RESIDENCIA

1. ANTECEDENTES.

Desde hace ya mucho tiempo, se ha conceptualizado al consumo de drogas como un problema eminentemente de salud pública, con implicaciones sociales, económicas y en otras áreas, tal como se ha señalado en este trabajo. Lo anterior exige por parte de todos los sectores que componen el país, una preocupación legítima para solucionar o cuando menos disminuir los estragos que se sufre la sociedad por el consumo excesivo de sustancias ilícitas.

Desgraciadamente, a diario se observa como los intereses económicos merman la capacidad, de verdaderamente llevar a cabo tareas que limiten el tráfico y consumo de drogas. La corrupción e impunidad de autoridades es cotidiana, mientras la negligencia e incapacidad de funcionarios obstaculizan la creación de legislación, programas y políticas adecuadas y efectivas, lo cual da la posibilidad de encontrar estas sustancias, casi en cualquier lugar, disponibles para cualquier persona.

Ante este panorama y el incremento en el uso de drogas, parece que son las instituciones de salud y educativas, las únicas realmente preocupadas por esta situación. Las primeras realizan labores de prevención y tratamiento de la farmacodependencia, además de los estudios necesarios para obtener más información sobre las características de la problemática; y las segundas, cumplen su cometido social, aportando investigación y preparando a personal especializado en esta área.

Por ello, a partir de los años 60's, época en la que también se dispara el consumo de drogas, impulsado por una gran cantidad de cambios socioculturales, se desarrollan esfuerzos para prevenir y tratar la adicción a las drogas. De forma que se inicia también la creación de instituciones de tratamiento, ya que hasta ese momento, la atención que se brindaba en nuestro país para problemas relacionados con el consumo de sustancias, era muy limitado.

Es así como en 1969 se crearon los Centros de Integración Juvenil y comienzan a proliferar los grupos de autoayuda, aunque se tienen registros de los primeros grupos en México desde 1946 (Márquez, 1995). Ya para 1972 la Secretaría de Salud crea el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), destinado a realizar investigaciones que ofrecieran datos acerca del uso de sustancias adictivas en nuestro país. En el año de 1979 se

funda el (entonces llamado) Instituto Mexicano de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el cual lleva a cabo las funciones del CEMEF y en el año 2000 es elevado a Instituto Nacional, constituyéndose como uno de los principales aportes de investigación en el área, de todo el país (Rodríguez, 2001).

En la década de los 80's se multiplican los grupos, fundaciones y ONG's que realizaban algún trabajo con respecto al consumo de drogas, al tiempo que la Ley General de Salud de 1984 consideraba por primera vez al consumo de drogas lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas, como un problema de salud. Las tareas gubernamentales en contra del consumo de drogas continuaron con la creación del Consejo Nacional contra la Farmacodependencia y el Consejo Nacional contra el Alcoholismo y el Tabaco, sin embargo estas instituciones sólo existieron por espacio de un año, ya que en 1986 fueron aglutinadas por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) dependiente de la Secretaría de Salud.

A fines de esta década se inicia lo que a la postre sería un trabajo fundamental en el área de adicciones en nuestro país, en 1988 se lleva a cabo por la Secretaría de Salud, la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), repetida en 1993, 1998 y la más reciente en el 2002.

En los 90's se consolidan los trabajos de las Instituciones mencionadas, a la vez que los programas de salud le otorgan al consumo de drogas un carácter prioritario para los próximos años, incluso el Programa Nacional de salud 2001-2006 le da continuidad a esos esfuerzos, estableciendo como meta la disminución de la adicción al tabaco, al alcohol y otras drogas (www.ssa.gob.mx).

Precisamente en 1990 se crean dos de las más importantes herramientas para conocer el fenómeno del consumo de drogas, que son el SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones) y el SRID (Sistema de Reporte de Información en Drogas en el Distrito Federal), los cuales tienen por objetivo, mantener un diagnóstico actualizado de los indicadores de salud relacionados con el uso de drogas, que provean información y permitan establecer estimaciones nacionales (CONADIC, 2001).

A pesar de los esfuerzos ya descritos, es patente la gran carencia de servicios y profesionales especializados en el área de las adicciones, en referencia a los primeros, existen instituciones que se dedican al tratamiento de la farmacodependencia, sin embargo muchas de ellas muestran fuertes deficiencias en su marco de referencia, enfoque, e incluso

en sus procedimientos; en cuanto a los segundos, es fácil darse una idea de la situación en nuestro país, cuando se sabe que a manera de especialización sólo existen diplomados o cursos impartidos en algunas escuelas, como el de la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Iberoamericana, o en instituciones dedicadas a este quehacer como Monte Fénix, Ama la Vida, Oceánica o el Instituto Nacional de Psiquiatría.

En medio de este panorama de poca atención al problema del consumo de sustancias adictivas, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México crea el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones, con la intención de llenar ese vacío, al buscar en sus alumnos el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos de vanguardia en el tratamiento de las adicciones.

2. OBJETIVOS.

El actual plan de estudios de la Maestría en Psicología Profesional, es el resultado de la unión de los diferentes programas de posgrado que se tenían en la Facultad de psicología de la UNAM, con el cual se pretende certificar la adquisición de competencias profesionales de alta calidad, poniendo énfasis en las habilidades para desarrollar investigación aplicada, así como la obtención de conocimiento en áreas específicas, por medio de la inserción en los programas de residencia, en este caso el de adicciones.

De esta manera, el objetivo general del programa es:

Formar Psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema.

Sus objetivos específicos son:

- Identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta adictiva, así como su historia natural.
- Identificar los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales de las diversas sustancias psicoactivas.
- Conocer las diversas teorías explicativas de la conducta adictiva (genética, sociocultural, antropológica y el sustento teórico de cada una de ellas) y profundizar en la psicológica.
- Conocer las políticas de control (legislación) en nuestro país en materia de conductas adictivas.

- Entrenar en el uso de las herramientas de la epidemiología para hacer investigación de prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de interés en población general y en grupos especiales.
- Entrenar en el uso de las herramientas para medir e identificar adecuadamente y en forma temprana a personas con conductas adictivas o conductas de riesgo (prevención secundaria).
- Conocer y utilizar los métodos empíricamente validados para medir los problemas derivados por el uso de sustancias.
- Diagnosticar el problema y canalizar al paciente al tratamiento más adecuado.
- Aplicar las técnicas adecuadas de motivación para mantener a los usuarios en el tratamiento.
- Establecer las metas del tratamiento (reducción de la conducta adictiva y mejora del funcionamiento en otras áreas).
- Conocer las diferentes modalidades de tratamiento y su efectividad para atender y/o canalizar a los usuarios.
- Entrenar en el uso de herramientas para la rehabilitación de personas adictas, modificando hábitos y favoreciendo la readaptación.
- Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica profesional del Psicólogo en el área de las adicciones.

Por medio de estos objetivos se busca que el alumno cumpla con el perfil profesional del egresado, el cual consiste en adquirir los conocimientos, la comprensión y habilidades para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones, así como en el diseño y realización de proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial y experimental. Asimismo, contarán con las habilidades suficientes para desempeñarse tanto en el sector salud como en el privado, proporcionando un servicio especializado y de alta calidad (Rodríguez, 2001).

3. COMPETENCIAS.

Son seis las competencias que se pretenden desarrollar a través del plan de estudios de la residencia, a saber:

1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.
4. Aplicar programas de intervención para rehabilitar personas adictas.
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
6. Implementar proyectos de investigación experimental, aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas más y mejores opciones para la prevención, detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación.

III HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS DURANTE LA RESIDENCIA.

Habiéndose detallado ya los objetivos del plan de estudios de la Maestría en Psicología Profesional, además de las habilidades y competencias que deben cubrir los alumnos, como perfil; se describirán ahora las diferentes tareas llevadas a cabo a lo largo de la residencia, con las cuales se buscó obtener y poner en práctica estas capacidades.

1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales, así como las tendencias que se observan en nuestro país.

Como ya se mencionó, las materias y seminarios cursados durante este primer semestre estuvieron encaminados a brindar los elementos teóricos que permitieran la introducción en el tema de las adicciones dentro del campo psicosocial, para posteriormente tener herramientas que facilitaran la prevención y solución de problemas mediante la aplicación de técnicas, métodos y procedimientos adecuados en este campo.

Así, se revisaron exhaustivamente los conceptos principales usados en el área de las adicciones, los tipos de drogas, su historia y potencial adictivo; la epidemiología, la evolución en las clasificaciones de sustancias y en los paradigmas de investigación, etc. Para todo ello, fue necesario recurrir a la literatura y a otras fuentes de información automatizadas para de esa manera obtener los datos más actualizados y confiables con los que hasta ahora se podría contar.

Como parte de los esfuerzos realizados para la preparación integral de los alumnos de esta maestría, con el inicio de los estudios, se inicia también el programa de investigación, el cual se lleva a cabo en un espacio que permite poner en práctica los conocimientos teóricos que se van adquiriendo. En mi caso, trabajé en el Instituto Nacional de Psiquiatría, específicamente en el área de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

En éste sector del INP se desarrollan estudios acerca de los factores ambientales en la salud mental y se capacita a personal requerido para llevar a cabo los proyectos de investigación y formación de personal en éste campo. A través de la obtención y análisis de datos

epidemiológicos, se busca conocer la magnitud y características socioculturales de los principales problemas de salud mental en el país.

De esta manera, el objetivo general del programa de investigación es: Conocer los paradigmas de investigación, la metodología, los modelos, técnicas y el desarrollo de la investigación que se utilizan en el campo de las adicciones.

Siendo sus objetivos específicos:

- Analizar la aplicación de los conceptos, los métodos y las técnicas de investigación en adicciones durante el desarrollo de un proceso de investigación in situ, a la que se asigna el alumno.
- Participar en el desarrollo del proyecto de investigación en la fase en el que éste se encuentre al momento de ser asignado el estudiante.
- Desarrollar un criterio más idóneo para seleccionar un modelo de análisis de investigación.

De esta manera, se me asignó al proyecto “Adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Propuesta de un programa de reducción de daño”, a cargo de la Dra. Martha P. Romero Mendoza.

El objetivo de esta investigación es “desarrollar y evaluar desde una perspectiva de género y de reducción del daño, una intervención temprana dirigida a mujeres que se encuentran en grupos de alto riesgo para el consumo, a fin de minimizar los efectos dañinos que el uso de sustancias adictivas y las prácticas asociadas pueden llegar a causarles en su salud” (Romero, 2000).

El proyecto consta de seis fases, sin embargo por las limitaciones de tiempo que presenta la residencia, sólo participe en la primera, que se refiere a:

Conocer los riesgos y beneficios derivados del consumo de sustancias, a través de la realización de una encuesta en mujeres ubicadas en dos contextos de alto riesgo, ya sea mujeres sentenciadas, procesadas o preliberadas de centros de procuración de justicia; o mujeres que por sus condiciones de vida adversas recurren a la asistencia de organizaciones no gubernamentales (prostitutas jóvenes en situación de calle).

Las tareas consistían en la aplicación de encuestas a mujeres ubicadas en dos contextos de alto riesgo para el consumo de sustancias, como son: Mujeres internas en el Reclusorio

Preventivo Oriente y en el Consejo Tutelar para Menores; y mujeres que solicitan el apoyo de una organización no gubernamental, como prostitutas y mujeres en situación de calle.

Como podrá suponerse, el llevar a cabo estas labores requirieron entre otras cosas: Realizar una amplia revisión bibliográfica de temas como reducción del daño, delincuencia femenina, adicciones, violencia social y familiar; además de perspectiva de género.

No cabe duda de que esta fue una de las experiencias más enriquecedoras en toda la residencia. En primer término, por la oportunidad de participar en una investigación ambiciosa y novedosa, en segundo plano, el contacto con profesionales capaces y experimentados; y por último, aunque no menos importante, los retos que planteó el trabajo dentro de la investigación. Dentro de ellos, se puede mencionar: La necesidad de manejar el cuestionario empleado para esta investigación, el cual consistió en una entrevista profunda, de aproximadamente dos horas y media de duración, en la que se indaga sobre varias áreas, y que además de ofrecer la oportunidad de conocer un instrumento diseñado y probado específicamente para los fines del estudio, también me brindó la oportunidad de interactuar con las personas participantes en él, cuya experiencia es invaluable.

Concretamente, a pesar de que no se implementó ningún programa de investigación, pues ese objetivo escapaba al plan de estudios, es un hecho que se logró la obtención de elementos básicos para la posterior propuesta de este tipo de programas en la que es necesaria la descripción objetiva del fenómeno, la realización de análisis de los resultados arrojados por estudios previos, y desde luego el conocimiento de las tendencias observadas en nuestro país.

2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.

La consecución de esta segunda competencia a desarrollar dentro de los estudios de maestría, fue dada por una serie de elementos a nivel teórico, que iniciaron en el primer periodo de los estudios, con los cursos de epidemiología y el conocimiento a fondo, de lo que significa el consumo de sustancias a nivel social.

Sin embargo, los elementos más importantes para lograr el desarrollo de estos programas preventivos a los que hace alusión la destreza que nos ocupa, llegaron en este segundo

semestre, en el que se revisaron los conceptos de prevención, y reducción del daño con sus diferentes enfoques, resiliencia y cambio social.

Más aún, posteriormente se invitó a los alumnos a participar en el Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales (CHIMALLI), a cargo del Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, Asociación Civil (INEPAR). Este modelo de prevención, es uno de los principales en nuestro país, fundamentado científicamente y con una serie de trabajos que le brindan, como pocos, consistencia y evidencia de su utilidad.

Así, al aceptar participar en este proyecto, desarrollé el trabajo en una comunidad de la delegación Cuajimalpa por espacio de casi 6 meses. La intervención en estas comunidades consiste en la organización de grupos que posteriormente tomarán el nombre de “grupos preventivos”, en los que se llevan a cabo tareas de diagnóstico, a través de instrumentos contruidos especialmente para tal efecto. Posteriormente, se reflexionan diferentes problemáticas sociales y la manera en la que todas las personas reunidas podrían enfrentarlas, para luego llevar a cabo acciones protectoras. Como el objetivo final de este programa es crear un sentido de comunidad autogestiva, no dependiente de los promotores, estos sólo asisten a la comunidad por espacio de veintiún semanas.

Al término de este tiempo, abandonamos la comunidad, logrando el establecimiento de un grupo de personas que estaban dispuestas a emprender labores en beneficio de su comunidad.

Desde luego, esta se constituyó una experiencia que si bien tenía una complicación fuerte, fue también enriquecedora en gran medida, pues se logró implementar en su totalidad un proceso de prevención de consumo de sustancias a nivel comunitario.

3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.

Como se ha señalado, a lo largo de la maestría recibí entrenamiento en tres diferentes programas de tratamiento para consumo de sustancias, uno para usuarios de tabaco, otro de alcohol y uno más para usuarios de cocaína. La preparación teórica en cada uno de ellos fue basta, al asistir a seminarios en los que se discutían temas propios de éste modelo de atención, tanto aquellos que son comunes a los tratamientos breves con enfoque cognoscitivo conductual, como las especificidades y variantes de cada uno de ellos.

Los Programas de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, Autocambio Dirigido para Usuarios de Tabaco y Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, se fundamentan en la Teoría de Aprendizaje Social (TAS) y tienen componentes comunes como:

- ◆ Intervención breve (Ayala et al. 2002; Sobell & Sobell, 1999).
- ◆ Entrenamiento en Auto-control conductual.
- ◆ Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick 1991).
- ◆ Prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985).

Elementos que se revisaron a fondo, junto con temas de epidemiología de las adicciones, alternativas de tratamiento en esta área, fundamentos teóricos de las aproximaciones, tipos de consumidores de sustancias, etc.

Desde luego, estamos hablando de intervenciones motivacionales encaminadas a ayudar a personas, con problemas causados por el consumo de sustancias, a través del reconocimiento y utilización de sus recursos (Echeverría, Tiburcio, Ayala y Martínez, 2002).

En cuanto a las cuestiones propias de cada programa, se me capacitó sobre los instrumentos de evaluación que se utilizan en cada uno de ellos, sus fundamentos, su aplicación, calificación e interpretación. También se abordaron las sesiones con sus objetivos y tareas a realizar en cada una de ellas.

El entrenamiento en estos programas se realizó a través de seminarios, revisiones bibliográficas, juego de roles, observación de videos y sesiones en vivo, discusión y supervisión de casos; así como la participación directa en el tratamiento como coterapeuta.

Si bien los programas de tratamiento breve mencionados, estaban ya desarrollados por sus propios creadores, siempre existió la posibilidad de aportar elementos que los mejoraran, sobre todo a partir de la investigación, de la revisión bibliográfica y la misma experiencia clínica, para que al integrar todos estos recursos se lograra el manejo de los modelos.

Es importante hacer notar que se llevaron a cabo tareas adicionales en cada programa, en el caso de tabaco, participé en la elaboración de las listas checables del tratamiento, y del manual de tratamiento (aún en proceso); y dentro del programa de cocaína, estuve a cargo del área de difusión.

4. Aplicar programas de intervención para rehabilitar personas adictas.

Tal como lo muestran los datos epidemiológicos referidos en la sección correspondiente, la mayoría de usuarios de drogas en nuestro país, se encuentran en el nivel moderado de uso, por ello es que estos programas de intervención que desarrollé, constituyen una opción viable de tratamiento, pues se enmarcan en un modelo de prevención secundaria, dirigidos principalmente a individuos que presentan problemas por su consumo de tabaco, alcohol o cocaína, pero no muestran pérdida de redes sociales o nivel de dependencia severo.

De esta manera, la rehabilitación busca principalmente la prevención de situaciones de riesgo que pudieran facilitar el consumo, el establecimiento de estrategias para el cambio, el aprendizaje de habilidades sociales y el entrenamiento en prevención de recaídas.

Fue así como a lo largo de la preparación recibida, brinde atención a 16 usuarios, de quienes se describe su situación en la siguiente tabla

PROGRAMA DE TRATAMIENTO			
	TABACO	BEBEDORES	COCAINA
EN TRATAMIENTO			1
CONCLUYERON SESIONES	5	3	
ABANDONARON TRATAMIENTO	3	2	3
CONCLUYERON TRATAMIENTO	3	2	
TOTAL	8	5	4

De esta forma, se asistió a numerosas sesiones de los seminarios relatados y se ofrecieron más de 70 sesiones de tratamiento.

Cabe hacer notar que cada uno de los coordinadores de los programas, solicitan ciertos requisitos para tener la oportunidad de atender usuarios, entre ellos se encuentra la asistencia y participación en los seminarios, la observación de un número determinado de casos, ya sea a través de video o de la cámara de Gesell, y un número determinado también de casos atendidos como coterapeuta. Por ejemplo en el caso del programa de cocaína fue necesario concluir el curso de capacitación en el modelo, observar el proceso terapéutico de dos casos y tener también la experiencia de dos usuarios atendidos como coterapeuta, para finalmente acceder a la atención de usuarios como terapeuta.

5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Entre las labores que se me encomendaron dentro de los programas en los que participé, tuvo un lugar importante, la difusión, capacitación y sensibilización de otras personas interesadas en el campo de las adicciones. Fue así como se realizaron diferentes actividades encaminadas a desarrollar estas tareas.

La primera de ellas fue la asistencia a los foros de “Modelos de Atención de Conductas Adictivas”, especialmente dedicados al tabaquismo, organizados y llevados a cabo en la Facultad de psicología de la UNAM.

De igual forma, se participó en el Taller: “Modelos Cognitivo-Conductuales en el Tratamiento de las Adicciones” y en el Curso: “Capacitación del Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína”. Ambos dirigidos a alumnos de la licenciatura en la Facultad de Psicología de la UNAM, interesados en esta problemática y en conocer el modelo de intervención breve en adicciones.

Por último, se impartió la platica: “Consecuencias del uso de tabaco” en las instalaciones de la Comisión Federal para Prevención de Riesgos Sociales (COFEPRIS), dirigido a personal de esa dependencia, que se encontrara interesado en el tema e incluso fuera susceptible de ingresar al tratamiento.

Gracias a estas participaciones individuales o colectivas, se logró sensibilizar y capacitar a un buen número de profesionales y público en general acerca de los programas de prevención y tratamiento en los que se enmarcó el trabajo.

6. Implementar proyectos de investigación experimental, aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas más y mejores opciones para la prevención, detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación.

Tanto en el Programa de Autocambio Dirigido para Fumadores, como en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína desarrollé líneas de investigación, que posteriormente se convirtieron en presentaciones para congresos nacionales e internacionales.

En el primer proyecto se llevó a cabo la investigación “Correlación entre depresión y consumo de tabaco. Implicaciones para Tratamientos para Dejar de Fumar”, trabajo que se

reporta en la modalidad de cartel, dentro del XVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, celebrado en Puerto Vallarta; Jalisco.

También referente al consumo de tabaco, se realizó la investigación “Las metas iniciales del tratamiento como predictor de efectividad de una intervención para fumadores”. Que posteriormente dio lugar a presentaciones orales en el XII Congreso Mexicano de Psicología, llevado a cabo en Guanajuato, Guanajuato y en el IV Congreso Iberoamericano de psicología Clínica y Salud, realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Además, también se presentó el cartel “La reducción en el consumo en una intervención breve para fumadores” en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías, celebrado en Logroño, España.

En el marco del proyecto de cocaína, he desarrollado la línea de investigación del componente Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI's). Este trabajo dio igualmente, la posibilidad de presentar la ponencia “La Relevancia de las Decisiones Aparentemente Irrelevantes en un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína”, tanto en el Congreso Mexicano de Psicología, como en el Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y Salud.

Por último, deseo mencionar que a lo largo de los estudios de maestría, desarrollé el proyecto de investigación “Consumo de Sustancias Adictivas en Familias que Presentan Violencia Doméstica”, el cual nació como un ejercicio para poner en práctica las tareas de diferentes materias. Sin embargo, este trabajo poco a poco fue tomando forma, hasta convertirse en mi proyecto de investigación con el que solicité el ingreso al Programa de Doctorado en Psicología en el campo de conocimiento de salud, en la Universidad Nacional Autónoma de México

Ahora ya habiendo sido aceptado, este trabajo será susceptible de múltiples análisis y modificaciones para buscar convertirlo en un trabajo sólidamente fundamentado y que en un futuro pueda brindar frutos de conocimiento en esta área.

Fue así como los fundamentos teóricos, los elementos prácticos y la experiencia clínica permitieron las propuestas de proyectos de investigación, los cuales a pesar de ser siempre susceptibles de mejoras sustanciales, dieron sus primeros frutos en la retroalimentación a los proyectos que les dieron soporte y más tarde en las comunicaciones que de ellos se hicieron en diferentes foros.

**TRATAMIENTO
PARA
USUARIOS
DE
TABACO,
ALCOHOL
Y
COCAINA**

I FUNDAMENTOS TEORICOS

Los tres programas de tratamiento a los que se ha hecho referencia en repetidas ocasiones a lo largo de este documento y que precisamente en esta sección se abordarán a detalle, consisten en intervenciones breves de corte cognoscitivo-conductual, en las que fundamentalmente se busca que el usuario de tabaco, alcohol o cocaína (en estos casos) modifique su conducta de consumo, mediante su propio establecimiento de metas del tratamiento.

Aún en la actualidad, que esta modalidad de intervención tiene una historia sólida, no deja de sorprender, que sea de las pocas aproximaciones que brinden la flexibilidad de elegir la abstinencia o la moderación del consumo, como parte de los alcances que la propia gente que se inserta en ellos, busca.

De una manera común, los consumidores de alguna sustancia psicoactiva, tienen a su alcance modelos de tratamiento que no ofrecen efectividad, generalización y replicabilidad (Ayala, 1993), casi siempre basados en el modelo de enfermedad, en el que se asume el proceso adictivo como una enfermedad incurable, progresiva y mortal, sin que tal afirmación se sostenga en bases sólidas de explicación (Marlatt y Gordon, 1985).

Desde hace casi treinta años se han venido evaluando diferentes intervenciones breves para poblaciones específicas de bebedores con dependencia media (Sobell & Sobell, 1993; Ayala, 1997), usuarios de cocaína (Oropeza, 2001), adolescentes (Martínez, 2001) y tabaco (Lira, 2002), en los que se apela a tratamientos conductuales de “segunda generación” (Ayala, 1995), y se combinan los elementos clásicos de los modelos primarios como condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social y observacional, con nuevos elementos como:

- Técnicas de auto control.
- Análisis funcional de la conducta de consumo.
- Reestructuración cognoscitiva.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de consumo.

Así es, como dentro de estos modelos que parecen adquirir un auge y utilidad cada vez mayor, se puede identificar la influencia decisiva que han tenido diferentes teorías que se describirán sólo de manera muy somera.

TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL (TAS).

La Teoría del Aprendizaje Social, explica el comportamiento a partir del aprendizaje, al afirmar que los mismos procesos cognoscitivos que intervienen en la adquisición de conductas, pueden utilizarse para cambiarlas a través de la enseñanza de conductas más adaptativas, ya que la conducta está primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales (Bandura, 1969).

Esta teoría se centra en la relación entre la observación, la memoria y la repetición de lo que se observa. Así, el aprendizaje adquirido por medio de la observación, se le conoce como vicario. Mientras que al aprendizaje producto de modelos a quienes se imita, se le llama modelamiento. Siendo desde luego, este mismo proceso, el que interviene en la modificación de la conducta. (Bandura, 1969).

De esta manera, se puede asumir que:

- Los patrones de consumo de sustancias se aprenden en un contexto de socialización.
- Existen factores biológicos, sociológicos y psicológicos que influyen en el consumo excesivo de drogas.
- La sustancia logra ubicarse como reforzador positivo, el cual tiene la capacidad de aumentar la probabilidad de que aparezca la conducta de consumo.
- La conducta adictiva se convierte en un mecanismo de enfrentamiento.
- La tolerancia y dependencia generadas por el ingesta de sustancias, son determinantes del consumo reiterado.
- Con el abuso de sustancias se generan consecuencias negativas a largo plazo (Ayala y Carrascosa, 2000).

El Aprendizaje Social, como se ha mencionado, es la base tanto para la explicación de la adquisición del consumo de drogas, como para el mantenimiento de la conducta. Es por ello que los tratamientos basados en esta conceptualización, buscan que la persona visualice el consumo como un comportamiento adquirido en un medio dado, y por tanto no tiene que ser permanente.

TEORÍA DE AUTOEFICACIA.

La percepción que se tiene de la capacidad para lograr algo, influye en el pensamiento acerca de esa meta, y esto se refleja en nuestras acciones. A este juicio de mayor o menor competencia se le denomina autoeficacia. Está determinada por el estado emocional, por la historia de éxitos y fracasos, y por el propio repertorio de habilidades de enfrentamiento. La baja autoeficacia conduce a pensamientos negativos acerca de uno mismo y a una motivación pobre para lograr cambios de conducta (Bandura, 1969).

El concepto de autoeficacia, adquiere desde esta visión, gran importancia, tanto en la adquisición o en la prevención del hábito, como en el proceso de modificación de conducta, incluso en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. Por lo que es importante trabajar en su incremento, para así enfrentar las situaciones de riesgo con mayor fortaleza.

TRATAMIENTOS COGNOSCITIVO CONDUCTUALES

El objetivo de los tratamientos cognoscitivo conductuales es ayudar al paciente a resolver un problema específico a partir de la reestructuración cognoscitiva, que a su vez conduce al cambio de conductas desadaptativas (Carroll, 1998).

Entre las grandes cualidades de ellos, se encuentra que ofrecen la posibilidad de obtener resultados observables y medibles, a la vez que facilitan el cambio, eliminación o mantenimiento de conductas particulares, como a las que hemos hecho referencia; son tratamientos sistemáticos, pero al mismo tiempo flexibles, por la capacidad de atender cada caso desde un enfoque individualizado. Además de poder impartirse en forma individual, grupal, de pareja o familiar y en modalidad de consulta ambulatoria o de internamiento (Carroll, 1998).

Se trabaja con tareas dirigidas al desarrollo de habilidades facilitadoras del objetivo del usuario. Asimismo, el terapeuta utiliza técnicas que estimulan al paciente a entender su situación de manera más objetiva (Carroll, 1998).

Otros elementos que sin duda se deben mencionar, por tratarse de componentes que revisten especial importancia para todas las intervenciones que se realizan dentro de este marco son:

Intervención Breve. Dentro de esta categoría de intervención, se engloban una serie de actividades que varían en diferentes aspectos, como la duración, las metas, los escenarios y

los especialistas que las ofrecen. La Organización Mundial de la Salud las conceptualiza como “la estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de drogas que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa” (Citado por Ayala y Echeverría, 1998, p.p.158).

En este tipo de intervenciones usadas en el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y de otras drogas se contemplan un número limitado de sesiones, normalmente de 4 a 16, las cuales han mostrado un alto grado de eficacia debido, sobre todo, a que se encuentran sólidamente sustentadas en los principios psicológicos derivados de la teoría cognitivo-social (Miller, 1999).

Entrevista Motivacional. Se refiere a la estrategia clínica diseñada para incrementar la motivación del usuario hacia el cambio.

La motivación se ha definido como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller & Rollnick, 1991; Miller, 1999). Es un proceso que guía el cambio en las personas (Prochaska y DiClemente, 1982). Estos mismos autores desarrollaron una conceptualización basada en etapas, que son:

1. Pre-contemplación. La persona se percibe como incapaz de abandonar el consumo de la droga.
2. Contemplación. Existe una idea incipiente de dejar el consumo, pero está presente también una gran ambivalencia.
3. Determinación. El usuario elige un plan de acción para conseguir el cambio.
4. Acción. Se observa ya, el compromiso del usuario con el cambio que ha emprendido, llevando a cabo acciones de moderación o abstinencia.
5. Mantenimiento. Se busca ante todo, el mantenimiento del cambio, a través de la prevención de recaídas.

Las técnicas utilizadas más comúnmente para lograr esta motivación, han sido retomadas por los tratamientos descritos y consisten básicamente en la evaluación, la retroalimentación personalizada, razones para cambiar, establecimiento de metas, etc.

Análisis Funcional de la Conducta de consumo, es una herramienta que utiliza el terapeuta para conocer a fondo los episodios de consumo, los pensamientos, creencias, estados

emocionales y sociales de la persona. Los disparadores del consumo y sus consecuencias, las motivaciones y barreras del cambio; así como la identificación de situaciones de riesgo.

Habilidades de Enfrentamiento. Se espera que al final del tratamiento, el usuario haya adquirido una serie de ellas, que le permitan disminuir su consumo. Estas habilidades pueden ser específicas o generales, y se proponen con base en el análisis funcional.

Las habilidades de enfrentamiento son de dos tipos:

- ◆ Intrapersonales. Son las que permiten el manejo de pensamientos sobre el consumo, la solución de problemas, aumento de actividades incompatibles con el consumo, etc.
- ◆ Interpersonales. Aquellas que brindan la posibilidad de socializar sin ayuda de la sustancia, como la asertividad, entre otras.

Técnicas de Autocontrol. El entrenamiento en autocontrol conductual es una forma de tratamiento que puede ser usada para alcanzar la abstinencia o la moderación. Consiste en técnicas conductuales que incluyen el automonitoreo, recompensas por logro de metas, análisis funcional de las situaciones en que se consumen sustancias, y el aprendizaje de habilidades alternativas de afrontamiento.

Prevención de Recaídas. El modelo de prevención de recaídas se caracteriza por:

- ◆ La identificación de situaciones de alto riesgo de recaída.
- ◆ El entrenamiento en habilidades para evaluar constructivamente las recaídas.
- ◆ Utilización de automonitoreo, análisis funcional, modelos de solución de problemas y balance decisional (Carroll, 1999).

II DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

1. PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA FUMADORES.

Tal como se señaló en la sección correspondiente a la epidemiología de las tres sustancias que nos ocupan en este documento, el número de usuarios de tabaco en nuestro país asciende a más de 13 millones, con los costos en ámbitos variados que esto acarrea, especialmente lo que se refiere a la calidad de vida de la población.

Buscando enfrentar esta situación, se han desarrollado desde hace ya algunos años, una serie de intervenciones dirigidas a ayudar a personas que desean dejar de fumar, las cuales se pueden clasificar en:

- Folletos de auto – ayuda.
- Programas breves.
- Tratamientos farmacológicos.
- Terapia de reemplazo de nicotina.
- Programas conductuales.
- Combinación de alguno de ellos.

De los esfuerzos que han tenido más relevancia en nuestro país, podemos mencionar el tratamiento que se ofrece en diferentes instancias de la Secretaría de Salud como El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), La Clínica de Tabaquismo del Hospital General de México y en otras instancias gubernamentales como podrían ser los Centros de Integración Juvenil, que también han dado cabida a fumadores; y algunos otros ofrecidos por hospitales privados.

Otro de los esfuerzos encaminados a brindar una alternativa de tratamiento al tabaquismo es la que se ofrece en la Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente en el Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco”, a cargo de la Facultad de Psicología.

El Programa de Autocambio Dirigido para Fumadores (Lira, 2002), se trata de una intervención breve para dejar de fumar, basado (al igual que los otros programas a los que se harán referencia en este trabajo) en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969) utilizando como estrategias la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y técnicas de autocontrol.

De los consumidores de tabaco en nuestro país, más del 80% presentan una dependencia baja y moderada (ENA, 2002). Por ello, las intervenciones breves proporcionan una alternativa para este tipo de usuarios.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO PARA FUMADORES

Este programa se compone de seis sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente y con una periodicidad semanal, de aproximadamente una hora por consulta.

SESION 1. ADMISION.

OBJETIVO. Explicar al usuario las características de la intervención y conocer los motivos por los que el usuario quiere dejar de fumar.

En esta primera cita se lleva a cabo:

- Entrevista Inicial. En la que se aborda el motivo de consulta, las razones por las que quiere dejar de fumar, el patrón de consumo, problemas relacionados al consumo, intentos anteriores para dejar de fumar, estrategias empleadas, y la existencia o no de síntomas de abstinencia.
- Descripción del tratamiento y en caso de que acepte participar en la investigación, firmar el Formato de Consentimiento Informado.
- Aplicación del primer grupo de instrumentos, pues se considera que podría ser demasiado tediosa la aplicación de todas las pruebas en una sola sesión, por lo que en esta sólo se contestan el:
 1. Cuestionario de Preselección.
 2. Cuestionario de Tolerancia para Fumadores de Fagerstrom.

SESION 2. EVALUACION.

OBJETIVO. Conocer el patrón de consumo de tabaco y disposición para el cambio a partir de la aplicación de diferentes instrumentos.

Esta consulta se dedica especialmente a contestar la segunda parte de la batería de instrumentos. De esta manera se aplica:

1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).

2. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).
3. Formato de Entrevista Inicial.
4. Cuestionario de Depresión de Beck.
5. Cuestionario de Ansiedad de Beck.
6. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).
7. Escala de Estados a la Disposición al Cambio (Socretes 8D).

- ◆ Se entrega auto-monitoreo y Folleto 1.

SESION 3. 1ª Sesión de Tratamiento. BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

OBJETIVO. Que el usuario realice un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación.

- ◆ Se revisa el auto-monitoreo y el Folleto 1.
- ◆ Se presentan los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados en la sesión anterior.
- ◆ Se realiza un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de dejar o continuar fumando.
- ◆ Se establece una meta de consumo.
- ◆ Se entrega el folleto 2 y un nuevo automonitoreo.

SESION 4. 2ª Sesión de Tratamiento SITUACIONES DE RIESGO.

OBJETIVO. El usuario identificará las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.

- ◆ Se revisa el automonitoreo y el folleto 2.
- ◆ Se realiza un análisis funcional de la conducta de fumar y se identifican tres situaciones que precipiten el consumo de tabaco.
- ◆ Al final de la sesión se entrega el folleto 3 y un nuevo automonitoreo.

SESION 5. 3ª Sesión de Tratamiento. PLANES DE ACCION.

OBJETIVO. El usuario aprenderá un modelo general de solución de problemas, en donde planteará opciones para cada situación de riesgo, señalando sus probables consecuencias y planes de acción para las opciones más factibles y realistas.

- ◆ Se revisa el automonitoreo y el folleto 3.
- ◆ Se presenta un programa general de solución de problemas en donde el usuario plantea tres alternativas para cada situación de riesgo, así como planes de acción para cada una de las opciones.

SESION 6. 4ª Sesión de Tratamiento. CIERRE DEL PROGRAMA Y NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS.

OBJETIVO. Comentar los avances logrados en relación con sus planes de acción y presentar un resumen de los resultados de las sesiones anteriores.

- ◆ Se realiza un resumen general de las sesiones anteriores.
- ◆ Se analiza el cambio en el patrón de consumo, al presentar una gráfica comparativa entre la línea base y el tratamiento.
- ◆ Se hace un nuevo establecimiento de metas y planes de acción para el siguiente mes.

SESIONES DE SEGUIMIENTO.

Los seguimientos se realizan 1, 3, 6 y 12 meses después de haber terminado las sesiones de tratamiento. El objetivo de estas sesiones es determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo y las consecuencias asociadas que se derivan de este cambio en el comportamiento adictivo.

2. MODELO DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA.

Modelo desarrollado por Ayala et al. (2002), que a su vez se encuentra fundamentado en el programa de Autocambio dirigido, desarrollado por Sobell y Sobell (1992), miembros de la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canada.

Este modelo, tal como lo señalan sus creadores es “una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber, a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol” (Echeverría et al. 2002, pp.i).

Dicho programa tiene por objetivo que el usuario detecte los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol, desarrolle un plan general de de solución de problemas y finalmente logre cambios en su conducta.

Dentro de este enfoque se ayuda a los clientes a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tienen mayor posibilidad de beber en exceso y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO PARA BEBEDORES PROBLEMA.

SESION 1. ADMISION.

OBJETIVO. Recolectar información acerca de las características del consumo e identificar en que etapa de cambio se encuentra el usuario.

Se lleva a cabo:

- Entrevista en la que se debe obtener información sobre el motivo de consulta, historia, características y consecuencias del consumo. Características clínicas que sugieran dependencia severa, contraindicaciones para consumir alcohol, historial de consumo de otras drogas psicoactivas, etc.
- Explicación de las características del tratamiento.
- Diferenciación entre un bebedor problema y un alcohólico.
- Establecimiento del contrato terapéutico.
- Se aplican:

1. El Cuestionario de Pre-selección.
2. La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).
3. Prueba de Pistas A y B.

SESION 2. EVALUACION INICIAL.

OBJETIVO. Evaluar la problemática de consumo de alcohol, además de conocer la respuesta a intervenciones previas.

- Se aplican:
 1. El Formato de Entrevista Inicial.
 2. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).
 3. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).
 4. La Línea Base Retrospectiva a un año (LIBARE).
- Se explica el concepto de trago estándar.
- Se explica la manera de realizar el autoregistro.
- Se entrega el autoregistro y la lectura número 1.

SESION 3. 1ª Sesión de Tratamiento. DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

OBJETIVO. Ayudar al usuario a encontrar razones para reducir o suspender su consumo de alcohol.

Se llevan a cabo actividades como:

- Revisión del autoregistro, además de analizar el consumo, si es que lo hubo durante esta semana.
- Discusión de los resultados arrojados por la evaluación.
- Discusión de las razones de cambio.
- Realización del balance decisional.
- Establecimiento de la meta a seguir durante el tratamiento.
- Se proporciona y explica la lectura número 2.

SESION 4. 2ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO.

OBJETIVO. El usuario identificará las situaciones de riesgo que lo llevan a beber y las consecuencias de su consumo.

Dentro de esta sesión se realiza:

- ◆ Revisión del autoregistro, además de analizar el consumo, si es que lo hubo durante esta semana.
- ◆ Discusión conjunta sobre la lectura de la montaña de la recuperación.
- ◆ Revisión de los ejercicios sobre las situaciones de riesgo.
- ◆ Resumen de la sesión y revisión de la meta.
- ◆ Se ofrece la lectura 3.

SESION 5. 3ª Sesión de Tratamiento. ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.

OBJETIVO. El usuario desarrollará estrategias para enfrentar las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar el consumo excesivo de alcohol.

En esta sesión:

- ◆ Se revisa el autoregistro, además de analizar el consumo, si es que lo hubo durante esta semana.
- ◆ Se revisa la lectura número 3, en la que el usuario deberá dar opciones para cada situación de riesgo.
- ◆ Se discuten los planes de acción.
- ◆ Se realiza el resumen de la sesión y la revisión de la meta.

SESION 6. 4ª Sesión de Tratamiento. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS.

OBJETIVO. Analizar junto con el usuario, su propio progreso dentro del tratamiento.

Es en esta sesión, en la que:

- ◆ Se revisa el autoregistro, además de analizar el consumo, si es que lo hubo durante esta semana.
- ◆ Se revisa conjuntamente el segundo establecimiento de metas, contrastándolo con el primero.

- Se explora la autoconfianza en lograr la meta señalada.

SESIONES DE SEGUIMIENTO.

OBJETIVO. Evaluar el mantenimiento de la meta establecida al final de las sesiones de tratamiento.

Dentro de este modelo, el seguimiento se entiende como “el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento” (Echeverría et al., 2002, pp. 81). En las cuatro citas que se programan:

- Se revisa el autoregistro y el segundo establecimiento de metas.
- Se explora la confianza para lograr su meta actual.

3. TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA.

El Tratamiento Breve para usuarios de cocaína o TBUC, está diseñado para usuarios mayores de edad que tengan dependencia leve o moderada a la cocaína, según los criterios que marca el DSM-IV (Oropeza y Ayala, 2001).

Este modelo consta de una sesión de admisión, una de evaluación, ocho sesiones de tratamiento, tres sesiones de seguimiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses) y de manera opcional puede haber otra sesión de seguimiento al año de concluir el tratamiento. (Oropeza y Ayala, 2001).

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO PARA USUARIOS DE COCAINA

SESION 1. ADMISION.

OBJETIVO. Obtener información general sobre el usuario y su consumo de sustancias.

- Se realiza una entrevista en la que se aborda el motivo de consulta y la problemática en general.
- Se llena la ficha de identificación, los formatos de características generales de su consumo de cocaína y otras sustancias, de historia familiar y social, inventario de síntomas y criterios del DSM-IV.
- Se describen las características del programa.
- Se firma el consentimiento de participación.
- Se aplican los instrumentos:
 1. Cuestionario de preselección
 2. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).
 3. Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD).
 4. Automonitoreo del consumo.
- Se entrega y explica el autorregistro de consumo.
- Se entrega y explica autorregistro del deseo.

SESION 2. EVALUACION.

OBJETIVO. Conocer la historia de consumo cocaína y otras sustancias, así como los problemas experimentados por este consumo.

- Se revisa el autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Se llenan los formatos de historia laboral y lugar de residencia, historia del consumo de cocaína, problemas experimentados por el consumo de cocaína en los últimos 6 meses e historia de consumo de alcohol y drogas.
- Se aplican los instrumentos:
 1. Línea Base Retrospectiva del Uso de Drogas (LIBARE).
 2. Assessment Severity Index (ASI).
 3. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8).
 4. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD).

SESION 3. 1ª Sesión de Tratamiento. BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

OBJETIVO. Motivar al usuario a modificar su consumo actual de cocaína, ya sea por reducción gradual o por abstinencia.

En esta sesión se:

- Revisa el autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Explican los conceptos de ambivalencia y balance decisional.
- Realiza el balance decisional.
- Lleva a cabo el establecimiento de metas.
- Realiza el ejercicio de autoconfianza en el logro de metas.
- Describen las razones para cambiar.

SESION 4. 2ª Sesión de Tratamiento. MANEJO DEL CONSUMO DE COCAINA.

OBJETIVO. Ayudar al usuario a reconocer cuándo se encuentra en peligro de consumir cocaína, identificando los precipitadores a los que se enfrenta.

En esta sesión se realiza:

- La revisión del autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Revisión y discusión de la lectura de la montaña de la recuperación.
- Revisión de los conceptos de precipitadores y consecuencias del consumo.

- Identificación conjunta de los precipitadores y consecuencias del consumo.
- Evaluación de las situaciones de consumo.
- Descripción de los problemas relacionados con el consumo de cocaína.
- Descripción de tres situaciones de consumo excesivo de cocaína.

SESION 5. 3ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICAR Y ENFRENTAR PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA.

OBJETIVO. Ayudar al usuario a identificar los pensamientos sobre cocaína, para que de esta manera le sea más fácil enfrentarlos.

Los elementos que se revisan en esta sesión son:

- Autoregistro de consumo y autoregistro del deseo.
- Factores que influyen para lograr cambios.
- Relación de momentos de consumo con estados negativos particulares.
- Enfrentamiento de pensamientos sobre cocaína.
- Cómo lograr cambios.
- Plan de emergencia para situaciones de alto riesgo.
- Cómo luchar contra situaciones de alto riesgo.

SESION 6. 4ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICAR Y ENFRENTAR EL DESEO DE COCAINA.

OBJETIVO. El usuario aprenderá a identificar, entender y enfrentar el deseo de cocaína.

Las actividades que se presentan en la sesión son:

- Revisión del autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Cómo entender el deseo.
- Reconocimiento de los disparadores.
- Estrategias de enfrentamiento.
- Plan de enfrentamiento del deseo (aplicación de las estrategias aprendidas).
- Enfrentamiento de la urgencia y el deseo.

SESION 7. 5ª Sesión de Tratamiento. HABILIDADES ASERTIVAS DE RECHAZO.

OBJETIVO. Dotar al usuario de habilidades de rechazo y asertividad, con el fin de que desarrolle mejores estrategias para hacer frente al acceso a la cocaína.

La sesión se compone de:

- La revisión del autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Análisis de la situación.
- Respuestas asertivas al ofrecimiento de cocaína.
- Manejo de las fuentes de acceso.
- Respuestas prácticas a los proveedores.
- Efectividad de las respuestas asertivas.

SESION 8. 6ª Sesión de Tratamiento. DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES.

OBJETIVO. Analizar a que se refiere el concepto de Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI), para posteriormente identificar sus propias DAI.

Las actividades que se presentan en la sesión son:

- La revisión del autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Decisiones Aparentemente Irrelevantes.
- Identificación de ejemplos personales de DAI.
- Recaídas por DAI.
- Decisiones futuras.

SESION 9. 7ª Sesión de Tratamiento. SOLUCION DE PROBLEMAS SOCIALES.

OBJETIVO. Dotar al usuario de una estrategia de solución de problemas sociales.

Las actividades que se presentan en esta sesión son:

- Revisión del autoregistro de consumo y autoregistro del deseo.
- Solución de problemas sociales.
- Introducción de los pasos básicos para la solución de problemas sociales.
- Práctica de las habilidades de solución de problemas sociales.
- Resumen de los pasos para la solución de problemas sociales.

SESION 10. 8ª Sesión de Tratamiento. RESTABLECIMIENTO DE METAS Y PLANES DE ACCION.

OBJETIVO. Que el usuario realice un establecimiento de metas viable, a través de planes de acción.

Esta sesión consta de:

- La revisión del autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo.
- Evaluación de las metas establecidas en la sesión 1.
- Evaluación para el reestablecimiento de metas.
- Planes de acción.
- Reestablecimiento de metas.
- Evaluación del tratamiento.

III APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

1. USUARIO DE TABACO.

Nombre: **J**
Edad: 51 años.
Estado Civil: Casado.
Escolaridad: Licenciatura en Ingeniería Civil.
Servicio: Fumadores.

HISTORIA DE CONSUMO.

Hombre que solicita el servicio de autocambio dirigido para fumadores, dado su consumo de tabaco de aproximadamente 7 cigarrillos diarios y una historia de más de 30 años de consumo regular, el cual le ha traído como consecuencias, diversas discusiones familiares, sobre todo con su esposa y deterioro de su condición física.

Refiere que se había mantenido en abstinencia desde hace un mes, ya que a partir de esa fecha inició nuevamente su actividad de caminata, y cuando lo hace, suspende el consumo de nicotina, porque le da asco; no obstante volvió a fumar recientemente. Así mismo, menciona que se incrementa el número de cigarrillos que fuma, cuando se encuentra bajo presión, sobre todo a causa del trabajo.

Previo a la sesión de admisión se le practicó el cuestionario de preselección, en el que no se encontró ninguna contraindicación para que se integre al programa; y el cuestionario para fumadores del que se desprende una puntuación de 3, lo que se traduce en una dependencia baja.

24-09-03 ADMISION.

Se inició la sesión con la presentación de los terapeutas y el usuario, la explicación del objetivo de esta sesión y después se procedió a la entrevista inicial, en la que se le preguntó las razones por las que se interesó en el programa, el tiempo que tiene de consumir tabaco, la edad de inicio, su consumo promedio y los problemas relacionados con el; además de

cuestionarle si su asistencia al programa se debía a una recomendación médica, si ha habido intentos anteriores por dejar de fumar y las situaciones en las que acostumbra fumar.

También se le habló de algunas enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y se le explicó con detenimiento las características del programa, incluso se le entregó el automonitoreo y autoregistro, dándole las instrucciones necesarias para su llenado.

Se aplicó el formato de entrevista, los cuestionarios de ansiedad y depresión de Beck, en el que llama la atención que la calificación obtenida haya sido de 19 puntos, lo cual indica un grado de depresión moderado, por lo que se considera necesario retomar este dato en la próxima sesión, pues podría estar asociado al consumo de cigarros.

Se programa cita para la próxima semana.

8-10-03 EVALUACION.

Llegó puntualmente a su cita para iniciar la sesión, en ella se aplicó, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, la Escala de Estados de la Disposición al Cambio, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), además de la Línea Base Retrospectiva a 60 días.

Asimismo, se le entregaron y revisaron el folleto número 1 y el autorregistro, haciéndole notar la importancia que implica para el tratamiento, el que haga la lectura de los folletos y los ejercicios ahí contenidos, además de no dejar de registrar su consumo, elementos que se comprometió a llevar a cabo.

RESULTADOS

Fecha de Aplicación: 8 de Octubre del 2003

Rango de días registrados: 62

Fecha: 8 de Agosto del 2003 al 8 de Octubre del 2003

Consumo total: 306 cigarros = 15.3 cajetillas

Consumo Mensual: 153

Consumo diario en promedio: 4.9

Número máximo de cigarros consumidos: 20

Días de abstinencia continua: 0

Porcentaje de días en los que fumó: 100%

Consumo diario:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
47	47	42	40	42	45	43

Nivel de dependencia.

Puntaje: 3

Dependencia alta	(> 7)
Dependencia media	(5-6)
Dependencia baja	(< 4)
NO dependiente	(0)

Nivel de Depresión: a) Mínima b) Leve c) Moderada d) Severa

Nivel de ansiedad: a) Mínima b) Leve c) Moderada d) Severa

Situaciones de Consumo.

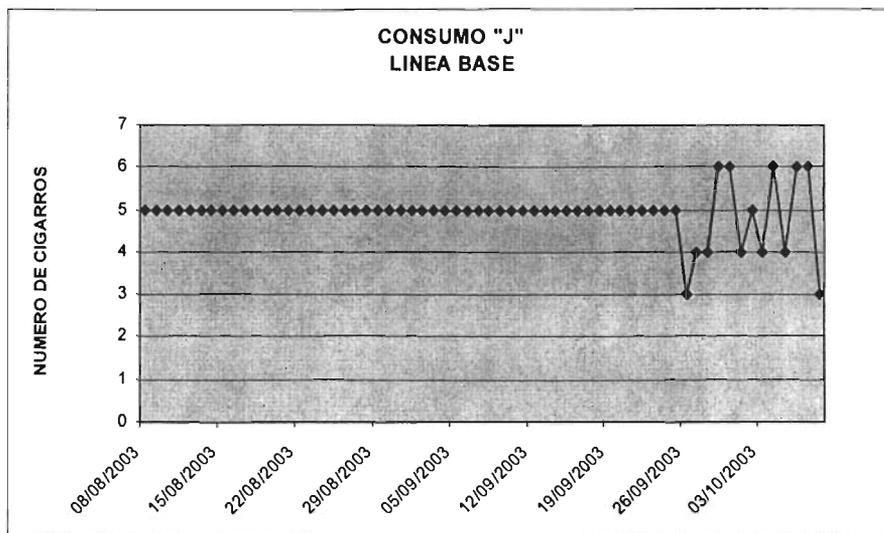
- ◆ Emociones desagradables.
- ◆ Probando mi control sobre el consumo de cigarrillos.

Disposición para el cambio.

RECONOCIMIENTO: Muy Bajo

AMBIVALENCIA: Alto

ACCIÓN: Muy Bajo



15-10-03 1ª Sesión de Tratamiento. BALANCE DECISIONAL.

Se discutió junto con el usuario su autoregistro de consumo de tabaco correspondiente del 8 al 15 de Octubre, en el cual tiene un consumo total de 33 cigarros; cuatro días fumo 4 cigarros, uno 5 y dos más 6 cigarros, en esa semana su consumo promedio fue de 4.71.

Se revisó el folleto 1, en el que se ofrece información acerca de la composición química del tabaco, las consecuencias de su consumo y datos de las terapias de reemplazo de nicotina; se aclararon dudas, además de explicar y discutir los resultados obtenidos en la evaluación.

De la misma forma, se aplicó el formato de balance decisional, el cual se describe a continuación.

BALANCE DECISIONAL

	CONTINUAR FUMANDO	DEJAR DE FUMAR
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar un producto nocivo. ● Evitar un mal hábito. ● Evitar enfermedades respiratorias. ● Evitar mal olor ● Evitar infarto
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ● Daño a la salud. ● Tener mal aspecto físico (olor, dientes y dedos amarillos). ● Mayor riesgo de infarto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La insistencia de las personas.

El usuario mencionó como principales razones de cambio:

1. Mejorar salud.
2. Mejorar aspecto personal.
3. Evitar enfermedades respiratorias.

Finalmente el usuario estableció la meta de consumo para esta semana, la cual se fijó en no más de 3 cigarrillos diarios; para concluir la sesión entregando el folleto número 2 y el autorregistro.

22-10-03 2ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICACION DE SITUACIONES DE RIESGO. Iniciamos la sesión discutiendo el automonitoreo del 15 al 21 de Octubre, en el que se observa que Jesús pudo cumplir la meta que se propuso para esta semana, habiendo incluso tres días con consumo de sólo dos cigarrillos, un día un sólo cigarrillo y el propio usuario estableció un día de abstinencia.

Se revisó el folleto 2, en el que se habla de los precipitados y consecuencias del consumo de tabaco, con lo que el usuario identificó fácilmente las situaciones de riesgo para fumar, así como las posibles estrategias con las que podría dejar de hacerlo.

SITUACION 1. Después de comer.

Consecuencias positivas: Sentirme relajado.

Consecuencias negativas: Culpa y remordimiento por haber fumado.

SITUACION 2. Estar ocioso.

Consecuencias positivas: Bienestar.

Consecuencias negativas: Culpa y remordimiento por haber fumado.

SITUACION 3. Cuando espero a alguien.

Consecuencias positivas: Sentirme relajado.

Consecuencias negativas: Culpa y remordimiento por haber fumado.

La meta continuó en los mismos tres cigarros que se había propuesto la semana anterior y se le entregaron el folleto 3 y el autoregistro.

29-10-03 3ª Sesión de Tratamiento. PLAN DE ACCION.

Al discutir el autoregistro de la semana del 23 al 29 de Octubre, observamos que tuvo cuatro días de consumo de 2 cigarros y tres de un sólo cigarro. Se revisó el folleto 3, con el que se planearon alternativas, agrupadas en planes de acción para cada una de las situaciones de consumo. De las tres alternativas propuestas, la que se encuentra en cursivas fue la que prefirió llevar a cabo a través de un plan de acción, para cada situación de consumo.

Situación 1. DESPUÉS DE COMER.

Alternativa 1: *Comer en área de no fumar.*

Alternativa 2: Lavarme los dientes inmediatamente después de comer.

Alternativa 3: Levantarme de la mesa inmediatamente después de comer.

Situación 2. ESTAR OCIOSO.

Alternativa 1: Mantenerme activo.

Alternativa 2: *Distraerme leyendo o con alguna otra actividad.*

Alternativa 3: Hacer ejercicio.

Situación 1. AL ESPERAR A ALGUIEN.

Alternativa 1: Caminar.

Alternativa 2: Realizar ejercicios de respiración.

Alternativa 3: *Visitar tiendas y aparadores.*

Concluimos la sesión, revisando el ejercicio de la montaña de la recuperación y estableciendo su nueva meta para esta semana, que es de no más de un cigarro diario. Se le entregó automonitoreo.

5-11-03 4ª Sesión de Tratamiento. CIERRE DEL PROGRAMA.

Para esta semana “J” logro 6 días de abstinencia, por sólo dos consumiendo un cigarro, lo cual se utilizó para reforzar su conducta y hacerle notar que aún cuando su meta no había sido la abstinencia, pudo hacerlo por varios días.

Se aplicaron el formato de Confianza e Importancia para dejar de Fumar, el Cuestionario para Fumadores de Fagerstrom, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, los Cuestionarios de Depresión y Ansiedad de Beck, Escala de Estados de la Disposición al Cambio (Sócrates 8D) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).

Se realizó un resumen de las sesiones, además de hacerle notar sus avances a lo largo del tratamiento. Se concluyó cuando el usuario eligió la meta de abstinencia para el próximo mes, tiempo en el que se le dio cita para el primer seguimiento.

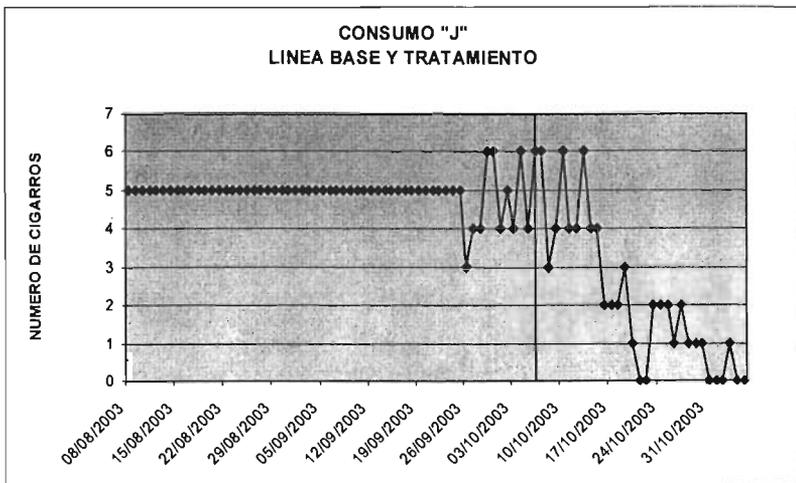
RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS PRE Y POSTRATAMIENTO

Al iniciar el análisis de los resultados de los diferentes instrumentos aplicados al inicio y al término del tratamiento se encuentra que el usuario, al concluir el programa percibe que ahora su problema con el consumo de tabaco es menor; asimismo, a través del test de Fagerstrom se observa que su puntaje disminuyó de 3 a 1, lo que mantuvo su dependencia en el nivel bajo.

De la misma forma, se observó un aumento significativo en la confianza para mantener su meta en diferentes situaciones de riesgo, tal como lo muestra la siguiente tabla.

SITUACIONES DE CONSUMO	RESULTADOS PRETRATAMIENTO	RESULTADOS POSTRATAMIENTO
EMOCIONES DESAGRADABLES	25%	100%
MALESTAR FISICO	20%	100%
EMOCIONES AGRADABLES	10%	90%
PROBANDO MI CONTROL	90%	100%
NECESIDAD FISICA	10%	100%
CONFLICTO CON OTROS	90%	100%
PRESION SOCIAL.	90%	100%
MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	50%	90%

También el nivel de depresión descendió de moderado a leve, así como la ansiedad. Además se evidencia que el nivel de consumo descendió significativamente, hasta mantenerse en la abstinencia al final del tratamiento, tal como lo muestra la siguiente gráfica.



En la escala Sócrates 8D se observó:

RECONOCIMIENTO: Bajo

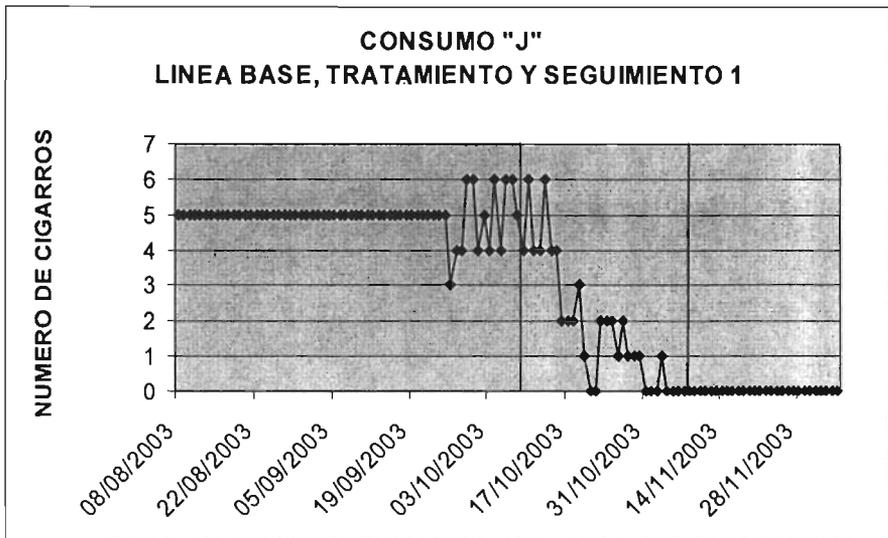
AMBIVALENCIA: Alto

ACCIÓN: Bajo

3-12-2003 SEGUIMIENTO 1.

Durante este primer seguimiento, se encontró que no ha habido consumo de tabaco. Se discutió la meta de abstinencia y la importancia que esto tenía en la actualidad, así como la confianza en continuar con ella, a lo que respondió afirmativamente, haciendo constar su motivación para continuar con la remisión de su consumo. Además se aplicó la entrevista de seguimiento.

Finalmente, se muestra la gráfica que integra todo el tratamiento, es decir desde la línea base, hasta la fecha en la que se efectuó el primer seguimiento.



encuentran el automonitoreo, identificación de factores de riesgo, establecimiento de metas, etc.

Posteriormente, se procedió a la aplicación de los instrumentos, iniciando con la Línea Base Restrospectiva, el Cuestionario para Fumadores, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, los Cuestionarios de Ansiedad y Depresión de Beck y la Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI).

RESULTADOS

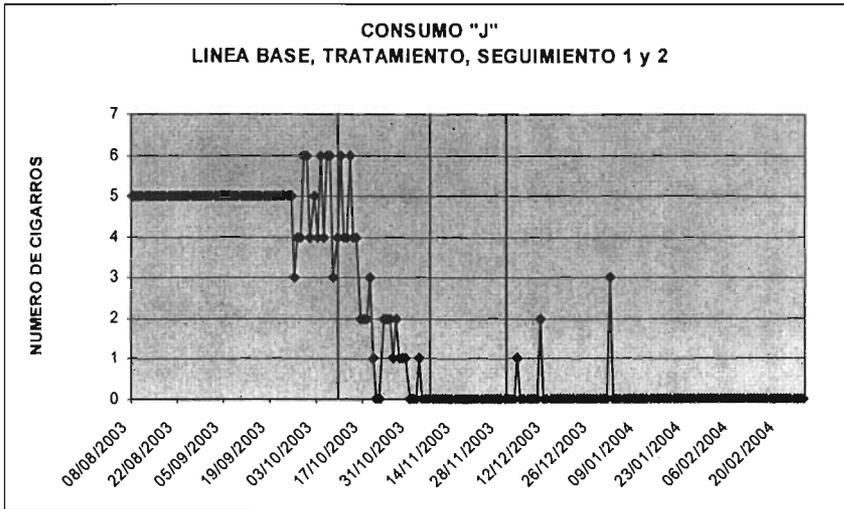
El registro de consumo abarca del 4 de Diciembre del 2003 a la fecha en que se llevó a cabo el segundo seguimiento, que fue el 27 de Febrero del año en curso, en el cual se reportaron sólo tres consumos los días 3, 10 y 31 de diciembre, de 1, 2 y 3 cigarros respectivamente.

Asimismo, en el Cuestionario de Fagerstrom se mantuvo el puntaje de 1, lo cual corresponde a un nivel de dependencia Baja. En lo que se refiere al nivel de confianza situacional, este se mantuvo, pues cuatro de las escalas se establecieron en 100% y las otras cuatro en 95% de confianza para dejar de fumar en estas situaciones, tal como se muestra en la siguiente tabla.

SITUACIONES DE CONSUMO	PROCENTAJE
Emociones desagradables	95
Malestar físico	100
Emociones agradables	95
Probando control	100
Necesidad física	95
Conflicto con otros	100
Presión social	100
Momentos agradables con otros.	95

En cuanto a los cuestionarios de Beck, el de Depresión arrojó un puntaje de 20, lo cual significa un nivel Moderado, tal como ha ocurrido en las anteriores aplicaciones; en cuanto al de ansiedad, este se colocó en 10 puntos, lo que equivale a un nivel leve.

Para concluir, se presenta la gráfica de consumo acumulado de todo el tratamiento.

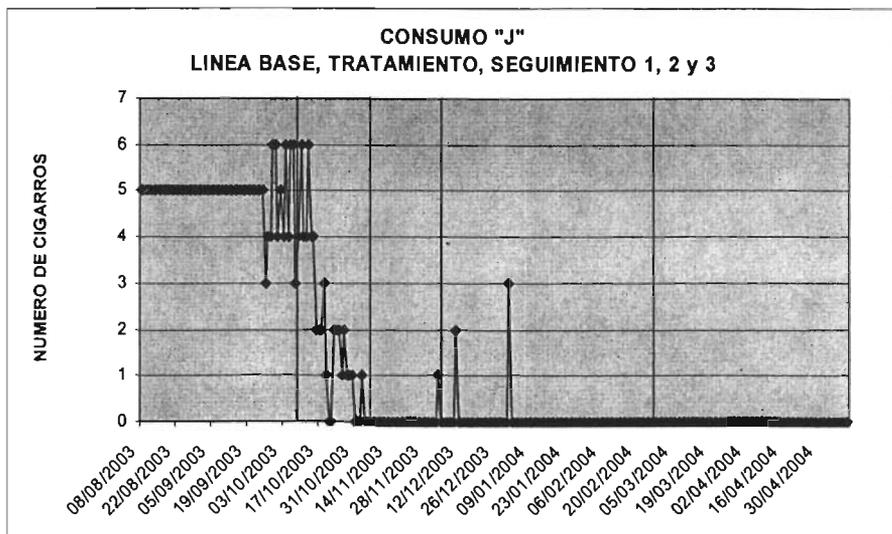


12-05-04 SEGUIMIENTO 3.

Para esta tercera cita de seguimiento, el usuario se presentó puntualmente y con plena disposición a llevar a cabo la entrevista.

Menciona que hasta la fecha se ha mantenido en abstinencia total de tabaco, lo cual le tiene muy satisfecho con su esfuerzo, pues se ha mantenido en su meta, afirmando que para ello ha recurrido a las técnicas y habilidades que revisamos durante las sesiones, apoyándose sobre todo, en la lectura de los folletos y la práctica de ejercicio cotidianamente. Se le da cita para su cuarto y último seguimiento el 3 de Noviembre.

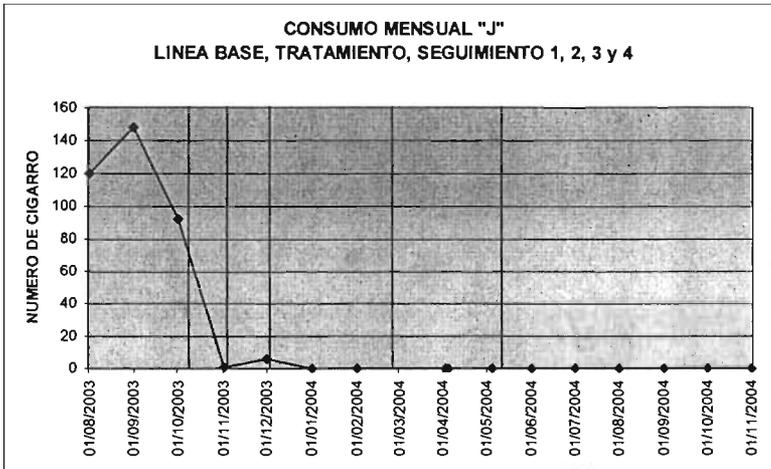
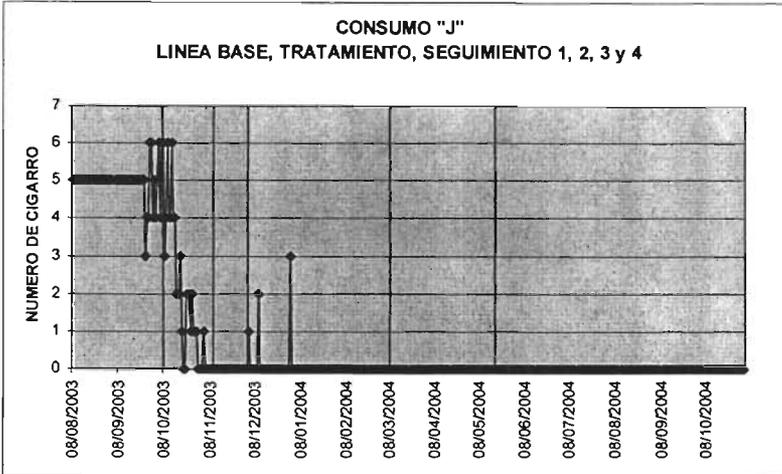
A continuación se presenta la gráfica correspondientes.



10-11-04 SEGUIMIENTO 4.

Como sucedió a lo largo del tratamiento, "J" se presentó puntualmente a su cita, en la que afirmó continuar con su meta de abstinencia, a pesar de que aceptó no haber revisado las lecturas, ni haber llevado el autoregistro, por no tener el tiempo suficiente para ello.

Asimismo, manifiesta que le ha costado trabajo mantenerse sin fumar, pero se ha apoyado en algunas herramientas, como elegir la zona de no fumar en restaurantes, además de la práctica de ejercicio cotidianamente. Se refuerzan tanto su cambio en el consumo, como las alternativas que ha seguido para lograrlo y se concluye el tratamiento agradeciéndole su participación y constancia. Así, la gráfica integrada de todo el tratamiento por consumo diario, y una más que describe el consumo mensual a lo largo de todo el proceso.



2. USUARIO DE ALCOHOL

Nombre: "A"
Edad: 27 años.
Estado Civil: Soltero.
Escolaridad: Licenciatura en Geografía.

Historia de Consumo.

Usuario de sexo masculino, egresado de la carrera de Geografía, en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, además de trabajar como profesor en una escuela secundaria, quién solicita el servicio de tratamiento de bebedores problema, pues siente que su consumo, entre otros problemas, le ha ocasionado que se torne agresivo, lo cual no sucedía antes, además de que afirma no gustarle su aspecto después de beber.

Menciona que su consumo mensual es de aproximadamente 15 tragos por ocasión, consumidos en un espacio de 5 horas aproximadamente. Este consumo se presentaba cada semana, pero lo aminoró después de sufrir un accidente automovilístico. El consumo es explosivo aproximadamente cada mes, y se da en compañía de primos, hermanos y otros familiares, pues reconoce que en su familia la ingesta de alcohol es común en prácticamente todas sus reuniones. Las bebidas de su preferencia son la cerveza y el ron. Niega haber bebido solo.

Afirma haber iniciado su consumo a los 17 años. Otra de las cuestiones que lo han alentado a asistir al tratamiento es que su novia se molesta cuando el se intoxica, pues realiza acciones impertinentes, además de que próximamente se casará y no quiere que esta situación sea un elemento de molestia en su relación de pareja.

Consecuencias del consumo.

Según menciona el propio paciente, su iniciativa de ingresar al programa, es consecuencia de que hace unas semanas, en el último evento de consumo excesivo, estuvo inmiscuido en una riña, posterior a muchas ocasiones en las que ya había tenido problemas menores con otras personas, cuando se encontraba alcoholizado.

27-10-03 ADMISION.

En esta primera sesión del tratamiento se retomaron los datos presentados en el expediente ya elaborado, pidiéndole que explicara con más detalle cuestiones como el motivo de consulta, el tiempo que lleva consumiendo alcohol y desde cuando este consumo le ha causado conflictos; su bebida de preferencia, frecuencia del consumo, tiempo en el que lo realiza, etc.

También habló acerca de las situaciones en las que acostumbra beber, y estas son casi exclusivamente con sus amigos o familiares, con quienes se reúne aproximadamente cada mes para asistir a fiestas o bares y de esa manera consumir. Asimismo, señala que en su familia, más aún en la paterna (vive con su papá desde la separación de sus padres), el consumo de alcohol es frecuente y permitido, lo que hace más fácil el acceso a momentos de consumo con sus primos, sobre todo.

Se le explican las características del tratamiento, así como el concepto de bebedor problema y el contrato terapéutico.

Se aplica el Cuestionario de Pre-Selección, la Prueba de Pistas formas A y B, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, y por último la Forma de Consentimiento. Se le da nueva cita para el día 10 de Noviembre.

10-11-03 EVALUACION.

Después de hacer un resumen de la sesión anterior y de explicarle el objetivo de la evaluación, se procedió a la aplicación del Inventario de Situacional de Consumo de Alcohol y el Cuestionario de Confianza Situacional.

Posteriormente se le explica el concepto de trago estándar, a manera de tener los elementos necesarios para aplicar la Línea Base Retrospectiva. Por último, se le entrega el autoregistro, explicándole detenidamente la manera de llenarlo.

Se le entregó la primera lectura y ejercicios, revisándolos someramente y haciéndole notar la necesidad de dedicarles tiempo para lograr la mayor utilidad posible.

A continuación se presentan los resultados de la evaluación.

RESULTADOS DE LA EVALUACION

Cuestionario de Preseleccion.

No se encontraron contraindicaciones para ingresar al tratamiento.

Prueba de Pistas.

A partir de que el usuario completo ambas partes de la prueba, en el tiempo estipulado, se pudo constatar que el usuario no presenta alteraciones cognitivas, o de coordinación visomotriz como consecuencia de su consumo de alcohol.

Breve Escala de Dependencia al Alcohol.

Se encontraron un puntaje de 16, lo que se traduce en una *dependencia media*.

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).

SUBESCALA	PUNTAJE	INDICE	INTERPRETACION
1.Emociones desagradables	2	3.33	MODERADO
2.Malestar físico	2	6.66	MODERADO
3.Emociones agradables	21	70	MUY ALTO
4.Probando auto-control sobre el alcohol	19	63.33	ALTO
5.Necesidad física	20	66.66	ALTO
6.Conflicto con otros	11	36.66	ALTO
7.Presión social	13	43.33	ALTO
8.Momentos agradables con otros	12	20	MODERADO

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

SUBESCALA	%	INTERPRETACION
1.Emociones desagradables	95	MUCHA
2.Malestar físico	100	MUCHA
3.Emociones agradables	10	POCA
4.Probando auto-control sobre el alcohol	10	POCA
5.Necesidad física	95	MUCHA
6.Conflicto con otros	100	MUCHA
7.Presión social	0	POCA
8.Momentos agradables con otros	0	POCA

Línea Base Retrospectiva.

La LIBARE comprendió del 10 de Noviembre del 2002 al 10 de Noviembre de 2003, fecha en la que se llevó a cabo la evaluación, a continuación se detallan sus resultados resumidos y la gráfica que arrojó.

CONSUMO PROMEDIO POR MES

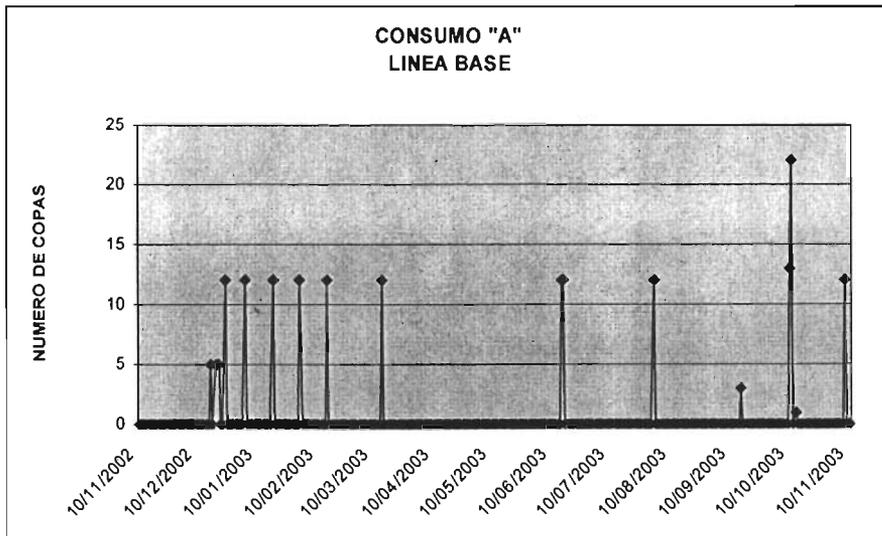
NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
0	32	36	12	12	0	0	24	0	12	3	36	12

CONSUMO TOTAL POR COPAS

	SEMANTAL	MENSUAL	ANUAL
CONSUMO TOTAL	3.44	14.91	179

DIAS DE CONSUMO	18
TRAGOS EN UN DIA DE CONSUMO	9.94
MAXIMO NUMERO DE TRAGOS EN UN DIA	22

DURANTE EL AÑO PASADO:	DIAS	%
NO BEBIO	347	95.06
MODERADAMENTE	2	.54
EXCESIVAMENTE	4	1.09
MUY EXCESIVAMENTE	12	3.28



17-11-03 1ª Sesión de Tratamiento. DECISIÓN PARA CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Se inició la sesión preguntándole al usuario si había tenido consumo durante la semana, a lo cual respondió que no había bebido ninguna copa, aún cuando tuvo una situación de riesgo, que fue su propia despedida de soltero. Según sus propias palabras se sentía a gusto y sin ningún deseo de beber. Se revisaron los resultados de los instrumentos aplicados durante la evaluación, y en particular, los datos arrojados por la línea base retrospectiva, utilizándolos como elementos motivacionales y así pasar a su balance decisional.

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar mi salud. ● Disminuir gastos. ● Mejorar mis relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno.
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro físico y mental. ● Problemas familiares. ● Incumplimiento en las actividades cotidianas.

Luego, se le explicaron las técnicas de reducción de consumo. Continuamos dedicándole un espacio considerable de la sesión a revisar sus razones de cambio, lo cual nos funcionó como introducción para la revisión y discusión de la primera lectura. Sus principales razones de cambio fueron:

1. Cambiar mi apariencia agresiva y prepotente cuando estoy muy alcoholizado.
2. Evitar discusiones familiares por el consumo de alcohol.
3. Rendir más en las actividades cotidianas, evitando estar mal por el consumo de bebidas embriagantes.

Posteriormente, el usuario realizó el establecimiento de metas, que fue el siguiente:

- Durante una semana promedio no beberá más de 3 días.
- En un día promedio cuando beba, no tomará más de 4 copas por ocasión.

- Planea beber solamente cuando se encuentre en la celebración de su matrimonio y luna de miel.
- No beberá cuando salga con sus primos.

Según la evaluación practicada en este momento, el lograr la meta establecida es más importante que la mayoría (75%) y dijo tener bastante confianza en lograrlo (75%). Posteriormente, se le hizo notar el compromiso que adquiere de modificar su consumo de alcohol. Se proporcionó la lectura y tarea 2, a la vez que se le explicó en que consisten y se le recuerda que debe continuar con su autoregistro. No se le da cita para la semana siguiente, ya que se ausentará de la ciudad, con motivo de su boda y viaje, por lo que se le programa cita hasta dentro de quince días.

1-12-03 2ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO.

Nuevamente se inició la sesión preguntándole al usuario si había tenido consumo durante las dos semanas en que no nos habíamos visto, y las condiciones de éste. Afirmó haber consumido en siete ocasiones, mientras se encontraba en su viaje de bodas, de ellos cuatro fueron excesivos y tres moderados de 2, 5, 10, 6, 8, 1 y 2 tragos por ocasión. Se le hace notar que no cumplió con la meta establecida, con lo que reflexiona que aún le falta comprometerse más con el tratamiento para mantenerse en su objetivo.

En lo que se refiere a las situaciones de riesgo en las que acostumbra consumir, logra identificar las tres principales:

1. Cuando se reúne con amigos.
2. Cuando asiste a fiestas o reuniones.
3. Cuando se encuentra en una reunión familiar.

Se revisó la lectura correspondiente a esta sesión, así como los ejercicios de las situaciones de riesgo, disparadores y consecuencias, además de comentar sobre la montaña de la recuperación. Finalmente, se le proporciona la lectura y tarea 3, además de indicarle que debe continuar registrando su consumo en caso de haberlo, sin olvidar su meta de no consumir más de tres tragos por ocasión, en sólo tres ocasiones por semana.

Por motivo de las vacaciones navideñas, además de que el usuario en estas fechas tiene demasiado trabajo, pues también realiza trabajos de fotógrafo en eventos, pidió que se le programara cita hasta iniciado el próximo año.

12-01-04 3ª Sesión de Tratamiento. ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.

Se inició la sesión preguntándole acerca de su consumo durante el tiempo en el que no nos habíamos visto, así que relata haber tenido nueve ocasiones de consumo, en las que bebió 2, 8, 10, 6, 3, 6, 5, 5 y 2 tragos por ocasión, lo cual significa tres consumos moderados y seis excesivos. Nuevamente se le cuestiona el no cumplimiento de la meta propuesta, a la vez que se analizan las condiciones en las que se dio el consumo.

Se realizan los ejercicios correspondientes a las opciones y probables consecuencias para cada situación de consumo de alcohol, las cuales se reportan a continuación:

Situación 1 CUANDO SE REÚNE CON AMIGOS

OPCIONES

- **No beber más de 4 copas.**
- No beber
- Evitar el exceso.
- No asistir a ninguna reunión.

PLAN DE ACCION

- Bailar.
- Platicar.
- Convivir con la gente.

Situación 2 CUANDO ASISTE A FIESTAS O REUNIONES

OPCIONES

- **Beber en forma moderada.**
- Evitar el consumo.
- No asistir a ninguna reunión.

PLAN DE ACCION

- Establecer parámetro de cantidad y tiempo de consumo.
- Beber refresco.
- Comer o botanear.

Situación 3 CUANDO SE ENCUENTRA EN UNA REUNIÓN FAMILIAR.

OPCIONES

- **Beber en forma moderada.**
- No visitar a mi compadre.

PLAN DE ACCION

- Al visitarlo comentarle que estoy cansado o enfermo.
- Mencionarle que debo trabajar.

Para concluir, al preguntarle cual sería su meta para esta semana, el usuario decide continuar con la que se ha planteado hasta 2hora.

Finalmente, se entrega y explica el nuevo establecimiento de metas y se programa la última sesión de tratamiento.

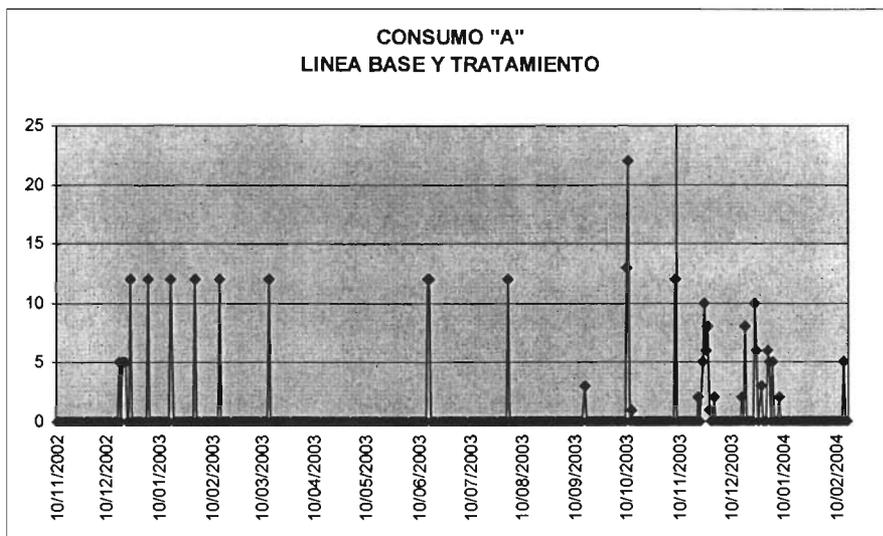
16-02-04 4ª Sesión de Tratamiento. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Como de costumbre, se inicio la sesión indagando sobre su consumo durante más de un mes en el que no fue posible tener sesión a causa de sus ocupaciones, utilizando el autoregistro se pudo observar que sólo hubo un consumo de 5 copas, el 14 de Febrero. Ante ello se le felicitó por los días de abstinencia logrados, sin embargo se le hizo notar que bebió más de la meta que se había plantado.

Posteriormente se llevó a cabo el resumen final del tratamiento, utilizando varias preguntas que le permitieran iniciar una evaluación del proceso terapéutico, para así analizar su progreso y la revisión de su propia meta, establecida al inicio del tratamiento.

Con los elementos anteriores, nos detuvimos en el análisis de su confianza en mantener la meta a través de sus planes de acción, para llegar más tarde al nuevo establecimiento de metas, el cual se mantuvo en no más de 5 tragos por ocasión, en no más de un día por

semana; Además se observó que los niveles de importancia de la meta y la seguridad en cumplirla fueron de 50% y en 80% respectivamente, con respecto al primero. Se programa el primer seguimiento, dentro de un mes.

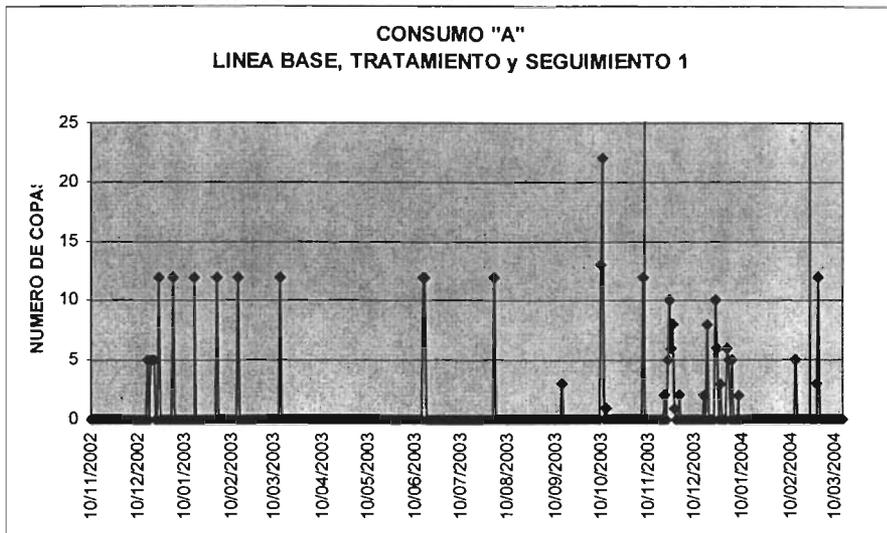


15-03-04 SEGUIMIENTO 1.

Al analizar el autoregistro tomado del 16 de Febrero al 15 de Marzo del 2004 se pudo observar que sólo hubo dos días de consumo, el primero el 28 de Febrero, consistente en 3 cervezas en compañía de su esposa; y al día siguiente fue de 12 cervezas, durante una reunión familiar. En esta ocasión menciona haberse tornado necio e impertinente, lo cual le tenía muy conflictuado durante la sesión.

Se aplicó la entrevista de seguimiento en el que se destacaron las estrategias y técnicas aprendidas durante el tratamiento y que puso en práctica parcialmente.

En consecuencia de estos dos últimos consumos y el sentimiento de haber perdido el control ante el alcohol, decidió modificar su meta para los siguientes meses, por lo que decidió no beber en lo absoluto. Después de trabajar el análisis de las situaciones de consumo y la viabilidad de su nueva meta, se le motivó a lograrlo y se le dio cita para el segundo seguimiento.

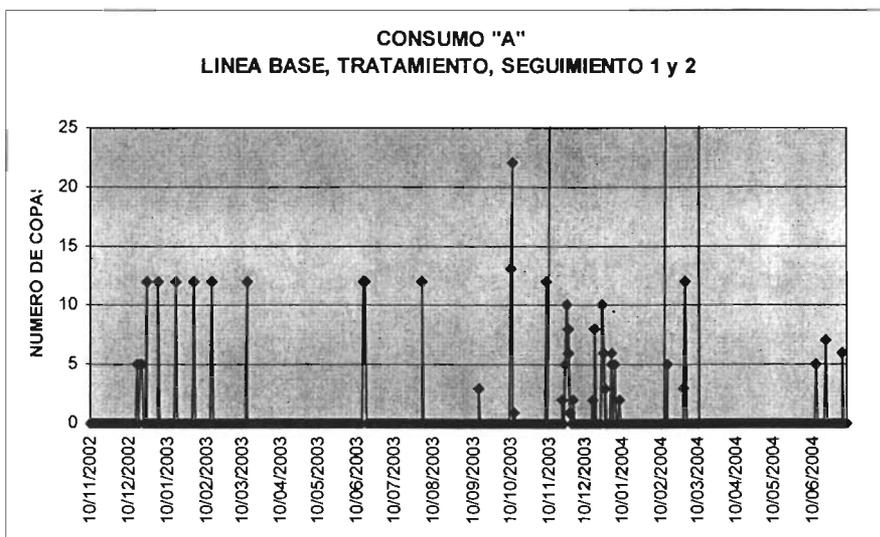


6-07-04 SEGUIMIENTO 2.

En esta cita, para su segundo seguimiento, "A" se presenta puntual y con disposición para llevar a cabo la entrevista. A pesar de que en la sesión anterior él mismo había decidido no beber en absoluto, para esta ocasión mencionó haber tenido dos ocasiones de consumo, una de ellas de 5 cervezas en una reunión familiar el 12 de Junio y la otra de 7 tragos durante una fiesta el 20 del mismo mes.

Menciona que se sintió satisfecho con este par de consumos, ya que controló efectivamente su ingesta para no sobrepasar el límite en el que se sentía a gusto. De la misma forma, asegura haber aplicado nuevas técnicas para evitar la presión de la gente a beber, como por ejemplo no negarse al consumo, sino aceptar las bebidas y no consumirlas o hacerlo de manera lenta. También comenta que uno de los factores precipitadores más fuertes, que era la compañía de uno de sus primos, ya no se da, pues ya no los frecuenta.

Se refuerzan sus planes de acción para seguir con un consumo moderado y se le da cita para el tercer seguimiento el 14 de Septiembre.



14-09-04 SEGUIMIENTO 3.

Tal como sucedió durante el tratamiento y en los anteriores seguimientos, el usuario se presentó puntualmente a su cita. En ella hace notar que durante el tiempo que transcurrió del segundo al tercer seguimiento, sólo hizo seis consumos, los cuales consistieron en seis copas (cervezas), ingeridas en un espacio de 4 a 5 horas, mientras convivía con su familia. Afirma que esa manera de beber le ha traído tranquilidad y armonía en su familia, pues ahora no hay problemas por los consumos excesivos que realizaba antes de llegar al tratamiento. A continuación se presentan las gráficas de consumo correspondientes. Se le da cita para el último seguimiento en el mes de Febrero del 2004

3. USUARIO DE COCAINA

Nombre: "JC"
Edad: 27 años.
Estado Civil: Soltero.
Escolaridad: 4° Semestre de Lic. En Psicología (Trunco).

Historia de Consumo.

Usuario de sexo masculino, empleado de una compañía de seguros, quién solicita el servicio de tratamiento para usuarios de cocaína, a causa de considerar que el consumo de esta sustancia le ha ocasionado problemas familiares, laborales, y económicos, entre otros. Consume cocaína desde hace aproximadamente dos años, aunque considera que los conflictos han aumentado de un año a la fecha. El consumo actual es de aproximadamente (20 "piedras") a la semana, aunque ha llegado a tomar una cantidad más grande.

La manera de consumo es fumada y se presenta, en la mayoría de las ocasiones, después de que ha bebido alcohol, ya sea solo, en compañía de algún amigo o incluso junto con alguna persona desconocida u ocasional, lo cual también le preocupa, pues en ese momento no considera el peligro que eso significa.

Para llegar al consumo, las situaciones señaladas se combinan con la posibilidad de disponer de dinero para así comprar cocaína, aun cuando refiere tener problemas económicos a causa de su consumo de esta sustancia.

JC refiere también que ha tenido alrededor de cinco intentos por abandonar el uso de cocaína, sin obtener resultados; incluso estuvo por espacio de dos meses en un grupo de Alcohólicos Anónimos, sin embargo considera que no le ayuda en nada, pues solamente recuerda situaciones dolorosas, pero la ingesta no se ha modificado.

La entrevista inicial de ingreso al centro se llevó a cabo el 21 de Septiembre del 2004.

Cabe hacer mención de que el tratamiento estará a cargo del terapeuta Julián Escobedo y quién elabora este reporte cumplirá la función de co-terapeuta.

5-10-04 ADMISION.

En esta primera sesión del tratamiento se retomaron los datos presentados en la entrevista inicial, pidiéndole que explicara con más detalle cuestiones como el motivo de consulta, el tiempo de consumo y desde cuando le ha causado conflictos. También habló acerca de las situaciones en las que acostumbra fumar cocaína.

El consumo se presenta exclusivamente los fines de semana, en una cantidad de 20 “piedras” (5 gramos, aproximadamente), utilizando para ello hasta dos días. A la vez que menciona como las áreas más afectadas la familiar y laboral.

Cuando concluyó la explicación del motivo de consulta, se procedió a describir el tratamiento y el contrato terapéutico, para de esa manera llegar a la firma del formato de consentimiento de participación.

También se aplicó el Cuestionario de Preselección, en el que no se encontraron contraindicaciones para su ingreso al programa; el Cuestionario de Criterios del DSM-IV y el Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20), en el que obtuvo un puntaje moderado.

Para concluir la sesión se reforzó la decisión de haber acudido a tratamiento para abandonar su consumo, además de programar la evaluación para la semana próxima

12-10-05 EVALUACION.

Después de hacer un resumen de la sesión anterior y de explicarle el objetivo de la evaluación, se procedió a la aplicación del Cuestionario de Entrevista Inicial. Posteriormente, se le aplica también la Línea Base Retrospectiva a 28 semanas.

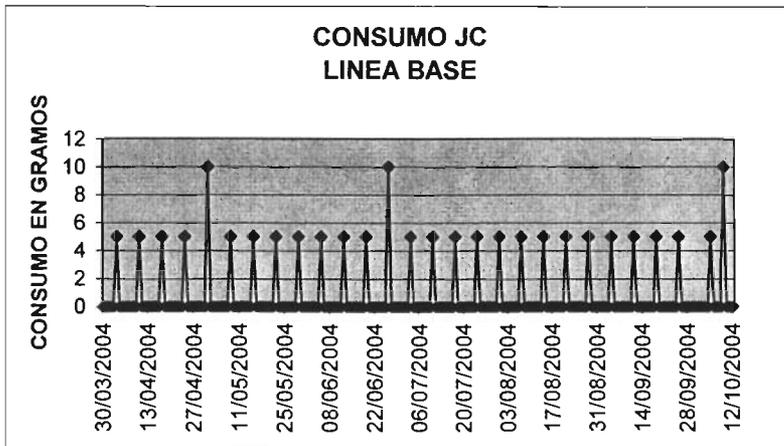
Aún cuando dentro del formato de la sesión no se contempla, se brindó un espacio para que el usuario comentara sobre el episodio de consumo que presentó apenas el fin de semana pasado, el cual le estaba provocando ansiedad, pues según relató, en esta ocasión consumió “demasiado”, alrededor de 40 piedras, es decir, cerca de 10 gramos, empleando para ello desde el Sábado por la tarde, hasta la noche del Domingo, en la que no hizo otra cosa que consumir, pues “no podía parar”.

Se brindó contención y se buscó ofrecer alternativas. El propio usuario decidió desde éste momento que ya no deseaba continuar el uso de cocaína, así que consideró la abstinencia como meta del tratamiento, a la vez que reflexionó sobre algunas estrategias que le permitieran lograrlo, en tanto se iniciaba propiamente la intervención.

Para finalizar, se le entrega el autoregistro de consumo y el autoregistro del deseo, explicándole sus funciones y manera de llenarlos; se le entrega también la sesión 1, haciendo hincapié en la importancia de leerla y realizar los ejercicios, con el fin de aprovechar el tratamiento al máximo. Se le entrega el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD), para que lo resuelva en casa y lo traiga la próxima semana.

Se programa la primera sesión de tratamiento para la semana próxima.

A continuación se presenta la gráfica que describe el consumo durante el periodo comprendido entre el 30 de Marzo y el 12 de Octubre, que corresponde a las 28 semanas incluidas en la Línea Base Retrospectiva.



19-10-05 1ª Sesión de tratamiento. BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Tal como ha ocurrido en las citas previas, el usuario se presenta puntualmente con los ejercicios de la sesión realizados. También es patente que su disposición y confianza, han aumentado, pues de su actitud reservada, distante e incluso retadora, pasó a una conducta más participativa y abierta.

Inicialmente se revisó el autoregistro de consumo, en el que no se aprecia ninguna ingesta, de hecho, sólo se presenta un episodio de deseo el día 16 de Octubre, pero sin llegar al consumo.

Posteriormente se procede a revisar la sesión, en la que se realiza el balance decisional, el cual se presenta a continuación.

	CAMBIO EN EL CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar salud. ● Mejorar economía. ● Mejorar relaciones familiares. ● Mejorar desempeño familiar. ● Brindar atención a mi hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Continuar consumiendo. ● Conocer a persona que me guste. ● Oportunidad de tener relaciones sexuales.
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Perder oportunidades de tener relaciones sexuales. ● Dificultad para relacionarme si haber consumido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perder amigos. ● Problemas familiares. ● Cruda moral. ● Pérdida de dinero. ● Dependencia de la pareja.

Dentro de éste ejercicio se observaron algunos elementos que brindan reforzamiento a la conducta de consumo, entre ellos, se observa que el consumo de cocaína le da a JC la posibilidad de relacionarse con parejas sexuales ocasionales, que de alguna manera acceden a ese contacto, a cambio de cocaína. Asimismo, menciona la dificultad que encuentra en relacionarse con la gente, sin estar bajo los efectos de la sustancia, aún cuando acepta que a medida que aumenta el consumo, menos interacción personal existe.

Por otro lado, el usuario reconoce las ventajas de abandonar el uso de la cocaína, como mejorar sus relaciones familiares, con su hijo y estabilizar su situación económica, entre otras.

Al continuar con la sesión, se realiza el establecimiento de metas, que como se había mencionado antes, eligió la abstinencia, pues considera que una vez que empieza, ya no puede detener el consumo, por lo que piensa que al evitarlo por completo, será más fácil mantener su meta. En ese sentido, afirma que el dejar de consumir cocaína es la meta más

importante para él en este momento, ya que ello le permitiría alcanzar otros objetivos; además de tener el 80% de confianza en lograrlo.

Finalmente, se le entregan formatos en blanco de autoregistro del deseo y del consumo, así como la sesión número 2, programando la cita para el 9 de Noviembre, pues por motivos de trabajo, no podría asistir antes.

22-11-05 2ª Sesión de Tratamiento. MANEJO DEL CONSUMO DE COCAINA

Se presenta puntualmente a la sesión y con los ejercicios realizados.

Inicialmente se revisan los automintoreos, en los que se aprecia que no hubo ningún consumo, pero sí un episodio de deseo, asociado al estar en casa de su pareja, en donde acostumbraba consumir.

Más tarde, la revisión del material permitió que el usuario identificara con claridad los componentes de su problemática, sobre todo los principales precipitadores y consecuencias, para luego evaluar las situaciones de consumo y así trabajar con el manejo de ellas y la prevención de ocasiones posteriores.

Entre los precipitadores más significativos de su consumo, podemos contar:

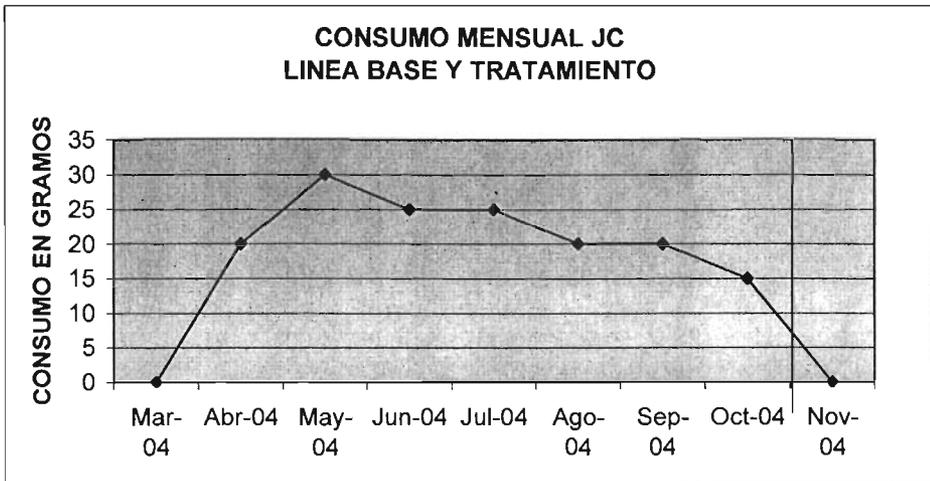
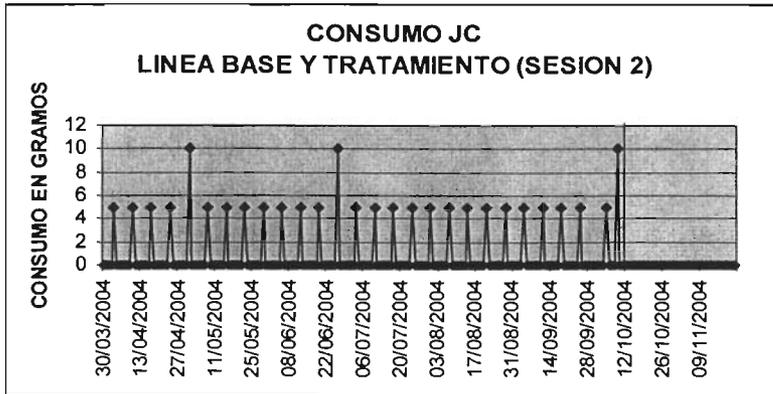
- ◆ Estar alcoholizado.
- ◆ Tener dinero disponible para comprar cocaína.
- ◆ Deseo de tener relaciones sexuales.

Para concluir la sesión, se entregan los materiales correspondientes, revisando someramente la sesión 3 y motivándolo tanto a realizar los ejercicios incluidos, como a mantener su abstinencia. Se le da cita para la próxima semana.

29-11-05 3ª Sesión de Tratamiento. IDENTIFICAR Y ENFRENTAR PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA.

El usuario falta nuevamente a su cita y no se contacta con ninguno de los terapeutas, cuando ellos intentaron localizarlo, fue imposible, por lo que se concluye el tratamiento como Baja del programa.

Se Presenta a continuación la gráfica de consumo durante el tratamiento, tanto diario como mensual.



IV DISCUSION

El trabajo que se presenta, ha buscado ser un conjunto de experiencias, tanto teóricas como clínicas, que reflejen en primera instancia, el desempeño del alumno dentro de la Maestría en Psicología, con residencia en Adicciones; sin embargo, también ha intentado ser una contribución al estudio de este campo en general, por parte de quien se interese en el tema, y más específicamente, por aquellos que constituirán las generaciones posteriores de esta misma maestría.

El interés de que estas dos metas fueran alcanzadas, es la razón de la estructura del documento, la cual se propuso con una visión amplia e integradora, que pudiera ser introductoria en la epidemiología, características y conceptos de las sustancias adictivas; así como en las destrezas adquiridas durante los estudios, además de las características y fundamentos del programa de auto-cambio dirigido, aplicado a los programas de tratamiento en los que se trabajó. No obstante, quizá haya sido esta, una de las debilidades del reporte, pues en ese afán de ser completo, podría criticarse la profundidad con la que se abordan los temas.

Las sustancias de las que se ha hablado en este documento, el tabaco, el alcohol y la cocaína, tienen características en extremo diversas, estas diferencias se manifiestan, desde su aspecto físico hasta sus vías de administración, sus efectos farmacológicos, sus consecuencias en el individuo o la sociedad, así como su condición de drogas legales e ilegales. Sin embargo, poseen en común la característica de ser las drogas más consumidas en nuestro país, lo cual representa la mayor justificación para su estudio; además del incremento significativo en su nivel de consumo, la disminución en la edad de inicio, así como el aumento de los costos sociales producidos por ellas.

De tal manera que se hacen evidentes las limitaciones en los servicios especializados de tratamiento e investigación con los que cuentan los usuarios de sustancias adictivas. Por ello, el programa de residencia en adicciones cumple con un cometido valioso para nuestra sociedad.

No cabe duda que las seis habilidades a desarrollar durante los estudios, son la columna vertebral de esta maestría, ya que a través de ellas se busca que el alumno tenga los elementos suficientes para implementar y desarrollar proyectos de investigación, programas

preventivos, de detección temprana e intervención breve, así como la aplicación de programas de rehabilitación de personas adictas y la capacitación en el modelo de otros profesionales. En resumen, estamos hablando de todas aquellas tareas que el profesional de la salud, especializado en adicciones debe realizar en su quehacer cotidiano. Por ello, al realizar una evaluación fundamentada en los parámetros definidos, se establece que se logró la adquisición, el ejercicio y el dominio de cada una de ellas. Aunque esto no signifique una preparación acabada, sino un buen principio, el inicio de un compromiso de superación y actualización constantes.

Por otro lado, una de las cuestiones que parece haber disminuido los alcances de los estudios, radica en las limitaciones de tiempo, o quizá en la gran cantidad de tareas a desarrollar, al punto de que en ciertos momentos la carga de trabajo parecía excesiva, con sus obvias ventajas, pero tal vez sacrificando la calidad y dedicación a los estudios, por lo que una mejor planeación mejoraría estos detalles siempre susceptibles de superarse.

En cuanto a los programas asignados, el de Auto-cambio Dirigido para Fumadores, Bebedores Problema y Usuarios de Cocaína, el balance es positivo, ya que no sólo significaba el ámbito perfecto para poner en práctica los aspectos teóricos del modelo, sino que además brindaron a los alumnos interesados en ello, posibilidades variadas de atención a usuarios, diseño de programas de atención, actualización, investigación y a partir de ello, acceder a ámbitos de difusión del conocimiento, como congresos y coloquios.

De la misma manera en que existieron retribuciones del trabajo realizado en los programas ya mencionados, hubo otros en los que por razones de tiempo no fue posible ingresar, que fueron el de Reforzamiento Comunitario (CRA) y el de Adolescentes, los que seguramente habrían sido un muy buen complemento a la preparación, pero como se mencionó, es muy complicado en un periodo de dos años hacer una rotación, con espacios suficientes para las tareas propias de cinco proyectos diferentes.

En lo que se refiere al escenario en el que se desarrollaron la mayoría de las tareas de la maestría, el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", a pesar de contar con la infraestructura y el personal necesario para constituirse como un centro de tratamiento con servicios de atención mucho más difundidos, éste no ha logrado consolidarse como tal. Una de las principales razones de ello, es la falta de un plan constante de promoción, lo que brindaría la posibilidad de beneficiar a un número mayor de personas y dar a los alumnos

en entrenamiento, los usuarios necesarios para poner en práctica sus conocimientos y de esa manera prepararse de mejor forma.

En cuanto a los tres casos reportados, estos se podrían considerar ejemplos de sesiones típicas, en las que a pesar de haberse apegado lo más posible a los lineamientos establecidos por cada programa, seguramente habrá elementos susceptibles de mejorarse. Es necesario mencionar que dos de los casos, el de tabaco y alcohol, son tratamientos concluidos, no así el del usuario de cocaína, pues ninguno de los tres tratamientos de personas con problemas asociados al consumo de esta sustancia, llevados a cabo por el alumno, pudieron llegar a su término.

Esta particularidad nos invita a reflexionar acerca de las dificultades propias de trabajar con usuarios de cocaína, como son el que se trata de una droga ilegal, su altísimo poder adictivo, así como las características propias de esta población; además de la mayor extensión del tratamiento para usuarios de esta droga, en contraste con los otros dos programas puestos en práctica.

Estas y otras cuestiones, invitan a los responsables e integrantes de estos equipos de trabajo a cuestionarse, a confrontarse, a buscar alternativas de solución a problemas comunes y específicos, como son la alta tasa de deserción y ausentismo, así como la evaluación confiable de su efectividad.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Ayala, H. (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. *Revista de Investigación Psicológica*, 3, 1, 5-36.
- Ayala, H., Cárdenas G., Echeverría L., Gutiérrez M., (1995). Los Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Revista Salud Mental*, 18, 4, 18-24.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 2, 113-127.
- Ayala, H. y Echeverría, L. (1998). Detección temprana e intervención breve. En *Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las Bebidas Alcohólicas en México*. p.p. 150-163.
- Ayala, H. y Carrascosa, C. (2000). El alcoholismo: Una perspectiva psicológica. *CNEIP. Enseñanza e Investigación Psicológica*. 5(1), 131-140.
- Ayala, H., Echeverría, L., Galván, E., Martínez, M. (2002). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. UNAM. CONACYT. México D.F.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior. Modification*. NY, EE. UU.: Holt, Rinehart & Winston.
- Becoña, I. E., & Vázquez, G. F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid, España: Dykinson.
- Boghdadi, M. (1997). Cocaine: Pathophysiology and clinical toxicology. *Herat and Lung*, 26: 466-483.
- Brailowsky, S. (1999). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México, D.F.: SEP. FCE. CONACYT.
- Carroll, K. (1998). *A Cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction*. New York, EE. UU.: National Institute for Drug Addiction.

- Carroll, K. (1999). Behavioral and cognitive behavioral treatments. En Mc Crady, S. & Epstein, E. (Ed). *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York, USA: Oxford University Press. 250-267.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1992). *Fármacos de abuso: Prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones*. México, D.F. Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2001). *Programa de acción. Adicciones: Farmacodependencia*. México D.F. Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2001). *Programa de acción. Adicciones: Tabaquismo*. México D.F. Secretaría de Salud.
- Díaz, J. (1997). *How drugs influence behavior. A neuro- behavioral approach*. New Jersey, EE. UU.: Prentice Hall.
- Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. (2001). *Sistema de Reporte de Información en Drogas. Serie estadística sobre farmacodependencia*. México, D. F. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Ayala, H., Martínez, M. J. (2002). *Curso de Capacitación para profesionales de la salud. Modelos de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México D.F.UNAM. CONACYT.
- Feldman, J. (1997). *Principles of neuropsychopharmacology*. Sunderland, Mass: Sinauer.
- Gold, M.S. & Miller, N.S. (1997). Cocaine (and crack): Neurobiology. In Lowinson, P., Ruiz, P., Millman, R.B. and Langrod, J.G. eds. *Substance abuse: A comprehensive textbook* 3rd ed. Baltimore EE. UU.: Williams & Wilkins.
- Goodman, J. (1993). *Tobacco in history. The cultures of dependence*. London: Routledge.
- Holdstock, L. (1998) Individual Differences in The Biphasic Effect of Ethanol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22: 1903-1911.
- Julien, R. (2001). *A primer of drug action*. EE. UU.: Worth Publishers. Ninth Edition.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría en Metodología de la Teoría e Investigación Conductual. Facultad de estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias. farmacología, patología, psicología y legislación*. España, 1998. Editorial Médica Panamericana.
- Marlatt, G. (1983). The controlled-drinking controversy: A comentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1110.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, EE. UU.: Guilford Press.
- Marquez, R. (1995) Los grupos de doce pasos. *Liber Addictus*. 7, Agosto-Septiembre.
- Martinez, K. y Ayala, H. (2001). *Resultados preliminares de un modelo de intervención breve para adolescentes que consumen drogas*. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. 19-21 Julio, Toluca, estado de México.
- Medina-Mora, M. (1994). Los Conceptos de Uso, Abuso, Dependencia y su Medición. En Tapia, C. *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México, D.F. Edit. Manual Moderno.
- Miller, R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York, EE. UU.: Guilford Press.
- Miller, R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- National Institute of Drug Abuse. (2002). *Adicción a la nicotina*. Research Report. USA.
- Organización Mundial de la Salud. (1964) *Serie de informes técnicos N° 273*. Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomaníenas. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (1974) *Serie de informes técnicos N° 551*. Comité de Expertos de la OMS en Farnacodependencia. Ginebra, Suiza.
- Oropeza, T. y Ayala, H. (2001). *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.
- Prochaska, J. & Diclemente, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Rodriguez, D. J. (2001). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Romero, M. (2002). ¿Por qué delinquen las mujeres? Perspectivas teóricas tradicionales. *Salud Mental*. 25. No.5. Octubre 2002. p.p.10-22.
- Sacco, R. (1999). The Protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *Journal of The American Medical Association*. 281, 53-60.
- Secretaría de Salud. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Tabaco, alcohol y drogas. Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Sobell & Sobell. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. New York, EE. UU.: Plenum Press.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). *Problem drinkers: Guide self-change treatment*. New York, EE. UU.: Guilford Press.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En J. Tucker. (eds) *Changing addictive behavior*. New York. EE. UU.: Guilford Press.
- Slade, J. (1999). Nicotine. En: McCarty, B. & Epstein, E. *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York, EE. UU.: Oxford University Press.
- Tapia, C. (1994). *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. Edit. Manual Moderno. México, D.F.
- U.S. Department of Health And Human Services (1990). *The health benefits of smoking cessation*. U. S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Centers for Disease Control Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.