



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEDICION DEL DESEO EN USUARIOS DE COCAINA: UNA EVALUACION A PARTIR DE UN AUTORREGISTRO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

BEATRIZ ADRIANA MENDEZ VELAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

REVISORA: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

ASESOR: DR. ROBERTO OROPEZA TENA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2005



0349579

COMISIONES PROFESIONALES  
FAC. PSI

## DEDICADA A:

- ❖ Mis abuelos, me siento muy orgullosa de formar parte de una familia trabajadora, humilde y de valores arraigados. A ustedes porque con la semilla del amor han dado grandes frutos.
  
- ❖ Mis padres (José y Ma. De la Luz) por la vida, sus cuidados y preocupaciones; por creer en mí y apoyarme incondicionalmente; pero sobre todo por enseñarme que sólo con trabajo y constancia se hacen realidad nuestros sueños.
  - A ti papá porque tú me has enseñado a ser sensible, a esforzarme y a trabajar...eres un gran hombre.
  - A ti mamá porque admiro tu fortaleza y tu coraje para enfrentar la vida, por enseñarme a tener fe y a luchar por lo que sueño.
  
- ❖ Mis hermanos.
  - Elena: parte de lo que soy te lo debo a ti...gracias por crecer conmigo.
  - José: también gracias a ti estoy aquí.
  - Rosa: por ser fiel a tus sueños. Disfruto de nuestras conversaciones.
  - Tere: aprecio mucho tus consejos, gracias por escucharme, apoyarme y estar al pendiente de mí.
  - Isa: admiro tu capacidad de mantenerte en pie a pesar de la tempestad, tu chispa y espontaneidad.
  - Lulú: gracias por apoyarme y compartir conmigo. ¡Ánimo!, verás que pronto vendrá lo que más anhelas.
  
- ❖ Mis cuñados y cuñada.
  - Raque, Jaime y Josué, por formar parte de nuestra familia, por su cariño y atención hacia mí.
  
- ❖ Mis sobrinos.
  - Abraham, Fer, Andy, Diana, Fanny, Denisse y Santy, me siento muy orgullosa de ustedes, son mi fuente de ilusión y ternura. Abraham, gracias por ser generoso y compartir conmigo.
  
- ❖ A LVVM.
  - Por ser una de mis grandes motivaciones para lograr este trabajo, te quiero muchísimo. Mi mayor deseo: verte feliz.

## AGRADECIMIENTOS:

- ❖ Al honorable jurado:
  - Mtro. Fernando Vázquez Pineda
  - Lic. Leticia Echeverría San Vicente
  - Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez
  - Mtra. Mariana Gutiérrez Lara
  - Dr. Ariel Vite Sierra

Por sus observaciones y sugerencias para enriquecer, tanto este trabajo como mi formación profesional.
- ❖ Roberto, por permitirme pertenecer y formarme dentro del proyecto, por tantos años de enseñanza, apoyo y amistad.
- ❖ Fernando, por aventurarte conmigo en este trabajo, por tu valiosa ayuda y por compartir generosamente tus conocimientos.
- ❖ A todo el equipo del TBUC (Eiji, Julián, Nadia, Humberto, Liz y Linda) por ser mis grandes "cuates", por hacer amenos los seminarios y los congresos. Porque cada uno de ustedes me ha enseñado mucho. Julián, gracias por TODO tu apoyo y tu escucha. Eiji, gracias por impulsarme y ayudarme para concluir esta etapa, por darme alas para seguir volando, eres una pieza clave.
- ❖ Carlos, valoro mucho tu apoyo y la fe que depositas en mí. Ocupas un lugar muy importante en mi vida.
- ❖ A mis amigos de la Univ.: Bere y Jorge, los quiero mucho "compas", espero que perdure nuestra amistad. Irene, Claudia, Ariadna, Lupita, Monica y Nancy por los buenos tiempos de pachanga en la universidad, y por los que aún nos faltan, ¡las extraño!
- ❖ A mis amigos del IDB: Gaby, Esme, Gris, Edgar, Ruy, Pao, Olga y Gerardo, me siento afortunada de seguir contando con su amistad, porque en ustedes he encontrado cobijo en los tiempos difíciles, pero sobre todo mucha felicidad y alegría. Son invaluable.
- ❖ Al grupo de los sábados: Castel, Adriana, Fernando, Mixtli, Marlin, Cecilia, Gabriela, Guadalupe y Verónica, por permitirme identificarme con ustedes y compartir nuestros sueños.
- ❖ A mis profesores, porque cada uno de ellos ha marcado mi desarrollo personal y profesional.
- ❖ A los que no están plasmados en esta tesis, pero que han dejado huella en mí. En especial a los pacientes, quienes depositan toda su confianza en nosotros y de quienes he aprendido infinitamente.
- ❖ A la UNAM, por abrirme sus puertas y por el gran orgullo de pertenecer a ella.
- ❖ A Dios por bendecirme y rodearme de gente linda y sincera. No dejes de cuidarme y de cuidar de los míos.
- ❖ ¿Y que creías Adelina, que me había olvidado de tí?, aún no me falla tanto la memoria, gracias por creer en mi, por apoyarme incondicionalmente y por acompañarme, como una hermana, en esta gran aventura que es la vida. Lucha hasta conquistar tus sueños, que mi apoyo siempre lo tendrás.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. LA COCAÍNA Y SU CONSUMO</b>	3
1. 1 Conceptos básicos	4
1.1.1 Definición de droga	5
1.1.2 Uso y abuso de sustancias	6
1.1.3 Dependencia y sus niveles	
1.2 Clasificación de las drogas	8
1.3 Cocaína	9
1.3.1 Antecedentes históricos	10
1.3.2 Formas de consumo	11
1.3.3 Estadios en la progresión de la adicción	14
1.3.4 Efectos de la cocaína	15
1.4 Epidemiología del consumo de cocaína en México	20
<b>CAPÍTULO II. MODELOS DE TRATAMIENTO PARA ADICCIONES</b>	25
2.1 Modelos explicativos de la fármacodependencia	26
2.1.1 Modelos biológicos	26
2.1.2 Modelos psicológicos	27
2.1.3 Modelos sociológicos	29
2.1.4 Modelos biopsicosociales	29
2.2 Tipos de tratamiento	30
2.2.1 Estrategias de intervención	30
2.2.2 Tratamientos efectivos	32
2.3 Opciones de tratamiento en México	34
2.3.1 Norma Oficial Mexicana	35
2.3.2 Modelos de tratamiento en México	37
<b>CAPÍTULO III. TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA</b>	44
3.1 Fundamentos teóricos	45
3.2 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína	51
3.3 Componentes del tratamiento	54
3.4 Sesiones de tratamiento	57
3.5 Criterios de inclusión y de exclusión	63
<b>CAPÍTULO IV. MODELOS DE DESEO DE CONSUMO</b>	65
4.1 Definición de deseo	67
4.2 Modelos explicativos del deseo	70
4.2.1 Modelo Neuroadaptativo	70
4.2.2 Modelo de Condicionamiento	72
4.2.3 Modelo Cognitivo	73
4.3 Medición del deseo	76
4.4 Manejo del deseo en el TBUC	81
4.5 Deseo y Recaídas	86
<b>Método</b>	93



<b>Resultados</b>	96
<b>Discusión y Conclusión</b>	108
<b>Limitaciones y Sugerencias</b>	114
<b>Referencias</b>	117
<b>Anexo A. Autorregistro del deseo de consumo</b>	122
<b>Anexo B. Formato resumen</b>	126
<b>Anexo C. Láminas explicativas</b>	128

## RESUMEN

En México, el tema del consumo de cocaína es de gran importancia debido a su rápido aumento en éstas últimas dos décadas (ENA 1988, 1993, 1998, 2003), teniendo como consecuencias una amplia gama de problemas sociales y sanitarios. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (2003) la cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en cuanto a consumo de drogas ilegales se refiere.

Ante esta problemática se desarrolló el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003), el cual basa sus características en los Modelos de Intervención Breve Cognitivos Conductuales, para sujetos con niveles bajos o medios de dependencia.

Recientes investigaciones han reportado que el manejo del deseo es una situación determinante para la adherencia a tratamientos en adicciones, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico y de recaídas, incluso, después de varios años de abstinencia.

De acuerdo con Beck et al., (1999), "el deseo es una experiencia idiosincrásica formada por componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Por tanto, identificado sus componentes, los pacientes pueden ser más objetivos acerca de su experiencia y, así, disminuir su intensidad subjetiva" (pág. 225).

Para este trabajo, el deseo se conceptualizó como una sensación subjetiva, variable y episódica, con altibajos a través del tiempo, donde el terapeuta puede ayudar al usuario a identificar su deseo y enseñarle a manejarlo para que éste no lo desborde y lo lleve a consumir.

La presente investigación se llevó a cabo con 5 usuarios que concluyeron el TBUC, a partir de un estudio descriptivo de tipo exploratorio. El objetivo general fue conocer la dinámica del deseo a lo largo del tratamiento y buscar una posible relación con el consumo de cocaína. Para ello, y como otro de los objetivos, se diseñó un autorregistro del deseo, en el que se midió diariamente la frecuencia, intensidad, duración y los disparadores (situaciones, personas, lugares o cosas) asociados a los episodios más significativos. Con la finalidad de detectar cambios y hacer un manejo terapéutico efectivo.

En los resultados obtenidos a partir del análisis cualitativo se percibe un decremento de las sensaciones del deseo a lo largo del tratamiento, fortaleciendo, junto con las otras estrategias del programa, los cambios en la disminución del patrón de consumo previo al tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el tema de las adicciones es de gran importancia en México debido al rápido aumento en el consumo, principalmente en jóvenes; trayendo como consecuencias una amplia gama de problemas sociales asociados como son: desintegración familiar, deserción escolar, problemas laborales, legales, económicos y en la salud, entre otros (ENA 1988, 1993, 1998, 2002; Oropeza, 2003).

El término droga, según la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999), se refiere a la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

En esta norma se incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2000).

Entre ellas se encuentra la cocaína, estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al sistema nervioso. Existen dos presentaciones básicas de la misma, que son las más consumidas en México: el clorhidrato de sal (cocaína en polvo) y los cristales de cocaína (crack o piedra). Ambas formas son fuertemente adictivas, aunque los cristales, al fumarse, hacen que el consumidor sienta sus efectos en un tiempo menor. Mientras más rápida sea la absorción, más intenso es el efecto, pero también es menor el tiempo de duración.

El consumo de drogas ilegales en nuestro país ha tenido un considerable aumento entre la población, en los últimos 10 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) el consumo de cocaína ha tenido un aumento de casi 300% entre la población de 18 a 65 años de edad, lo cual representa un serio problema para el rubro de la salud.

Como demanda a esta necesidad, surgió el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003), de corte cognitivo conductual para usuarios con niveles de dependencia leve a moderado. Dentro de éste y otros tratamientos en adicciones se encontró que, otra de las necesidades a cubrir con los usuarios es el manejo del deseo como factor protector, ya que está altamente asociado al abandono terapéutico y al consumo de la sustancia incluso después de un largo periodo de abstinencia.

En este trabajo, se presentan los resultados de una investigación cuyos objetivos fueron desarrollar, aplicar y evaluar un autorregistro del deseo de consumo de cocaína.

La primera parte de la investigación presenta los fundamentos teóricos que sustentaron este trabajo, los cuales se describen brevemente a continuación:

En el primer capítulo se brinda un panorama general del consumo de drogas, delimitando los conceptos más relevantes en el tema; la historia y características del consumo de cocaína, así como sus efectos farmacológicos y psicológicos tanto positivos como negativos. Se incluye, además, un panorama epidemiológico del consumo de drogas en México.

En el segundo capítulo se abordan diferentes marcos teóricos que dan cuenta de la dependencia a las drogas, los puntos a considerar del National Institute of Drug Abuse sobre los tratamientos efectivos, presentando finalmente las opciones de tratamiento en México y el marco jurídico que los regula.

En el tercer capítulo se presenta una breve descripción de los componentes, las sesiones y los criterios de inclusión y exclusión del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2003), desarrollado en la Facultad de Psicología, de la UNAM.

En el cuarto capítulo se hace una revisión de las definiciones y los estudios sobre el deseo, se abordan brevemente algunos modelos teóricos que explican la presencia del deseo en las adicciones: Neuroadaptativo, Conductual y Cognoscitivo. Se describen algunos instrumentos de medición y por último se describen las estrategias que brinda el TBUC a sus usuarios para afrontar y manejar el deseo.

La segunda parte describe todo lo relacionado con la investigación realizada. En el apartado de Método se describe lo referente a: sujetos, tipo de muestreo, instrumentos utilizados, diseño y procedimiento.

El apartado de resultados tiene tres secciones: la primera parte habla de las características generales de los sujetos que participaron; la segunda parte muestra gráficamente los datos del autorregistro de tres usuarios; finalmente, se categorizan los disparadores reportados por la muestra.

Por último, viene el apartado de discusión, donde se analizan y discuten los resultados obtenidos.

Se incluyen tres anexos, el primero muestra el instrumento de aplicación, Autorregistro del deseo de consumo; el segundo presenta el formato de resumen del autorregistro del deseo; por último, se muestran las láminas explicativas para los usuarios sobre el deseo.

# Capítulo I.

## La cocaína y su consumo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO I. LA COCAÍNA Y SU CONSUMO

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas. Pero el fenómeno de la drogadicción ha alcanzado una extraordinaria importancia, por ser uno de los más graves problemas sociosanitarios, debido al coste que representa en cuanto a vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc.

El presente capítulo tiene como objetivo brindar un panorama general del consumo de drogas, delimitando los conceptos más relevantes en el tema, como son: *droga, uso y abuso, dependencia*, así también se muestra la clasificación de drogas planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); posteriormente nos aproximaremos al complejo fenómeno del consumo de la cocaína. Se abordará un poco sobre su historia, sus formas más comunes de consumo, los estadios de progresión a la adicción y los efectos deseables e indeseables, tanto farmacológico como psicológico. Finalmente, se hace una revisión acerca del consumo de cocaína en México en los últimos años, de acuerdo a los datos obtenidos en las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1993, 1998 y 2003, tratando así de resaltar la importancia y la relevancia de las acciones llevadas a cabo en el país para enfrentar esta problemática.

### 1.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Actualmente el tema de las adicciones es de gran importancia en México debido al rápido aumento en el consumo, principalmente en jóvenes; trayendo como consecuencias una amplia gama de problemas sociales asociados como son: desintegración familiar, deserción escolar, problemas laborales, legales, económicos y en la salud, entre otros.

#### 1.1.1 Definición de droga

En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de droga como *"toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones"* (pg. 4). Para 1982, la OMS, intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como *droga de abuso "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada"* (Lorenzo, et al, 1998, pág 4).

El término droga, según la Norma Oficial Mexicana, se refiere a la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

En esta norma se incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2000).

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Lorenzo, et al, 1998):

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico.
4. No tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por lo tanto, en el contexto que nos ocupa el término drogas se aplica a *“aquellas sustancias con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psicorgánico y de conducta social”* (pág. 4).

### 1.1.2 Uso y abuso de sustancias

Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) hacen una distinción entre los términos uso y abuso; es decir, el término *uso* significa sencillamente *consumo, utilización, gasto de esa sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares, etc* (pág. 5). En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia. Y el *abuso* se refiere a *cualquier consumo de drogas que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad* (pág. 5). En definitiva se trata de un uso inadecuado por su cuantía o finalidad.

El concepto de abuso de drogas, en ocasiones se usa con imprecisión, pero en él básicamente se incluye como criterio un daño a la salud física o mental del consumidor, o un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida o se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso (SSA, 1999).

La OMS habla de abuso cuando se presenta un uso excesivo persistente o esporádico de sustancias psicoactivas fuera de una práctica médica aceptable. Debido a que esto fue considerado muy ambiguo, se comenzó a reemplazar el término abuso con el de uso dañino, que incluye: un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud física o mental.

Además, se enfatiza que este uso trae como consecuencias efectos adversos en la familia del usuario, la comunidad y la sociedad en general.

Así, pues, las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia, formas y consecuencias de consumo y se miden por medio de indicadores, tales como consumo per capita, patrones de consumo y problemas asociados.

El uso puede ser esporádico y no traer consigo consecuencias adversas para el consumo, en cuanto el abuso se caracteriza porque aún cuando el consumo no sea muy frecuente, ya ocasiona consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de la persona.

### 1.1.3 Dependencia y sus niveles

Otro término importante a definir es el de *dependencia*. La definición más precisa fue formulada en 1969 por la OMS, donde se establece como "un estado psíquico, y en algunas ocasiones también físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otros tipos, que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de forma continua o periódica con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos, y algunas veces para evitar los efectos desagradables de su ausencia. Puede presentar tolerancia o no" (Lorenzo, et al 1998, pág. 6).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, a través del DSM-IV, "*la característica esencial de la **dependencia de sustancias** consiste en 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 repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia*" (Lorenzo, et al, 1998, pág. 6).

Clásicamente se han descrito dos tipos de dependencia: *la física* y *la psicológica*, y en la actualidad se añade un tercer tipo: *la social*.

#### Dependencia física

También denominada neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose así, un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son: *la tolerancia* y *el síndrome de abstinencia agudo*.

Los efectos clínicos del síndrome de abstinencia agudo varían según el tipo de droga; sin embargo, en términos generales se puede decir que los signos y síntomas del síndrome son los contrarios a los que caracterizan el efecto inmediato de la droga.



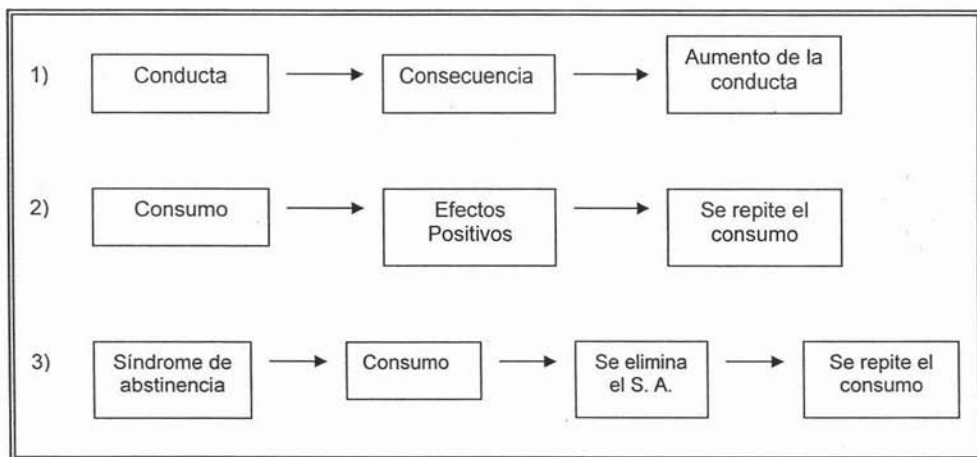
La intensidad de dicho síndrome depende de varios factores: tipo de droga, cantidad de droga, vía de administración, frecuencia de administración, velocidad de absorción y eliminación, etc.

#### Dependencia psicológica

Se caracteriza por un deseo irresistible (estado de anhelo o "craving") de repetir la administración de una droga para:

- a) Obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos.
- b) Evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia.

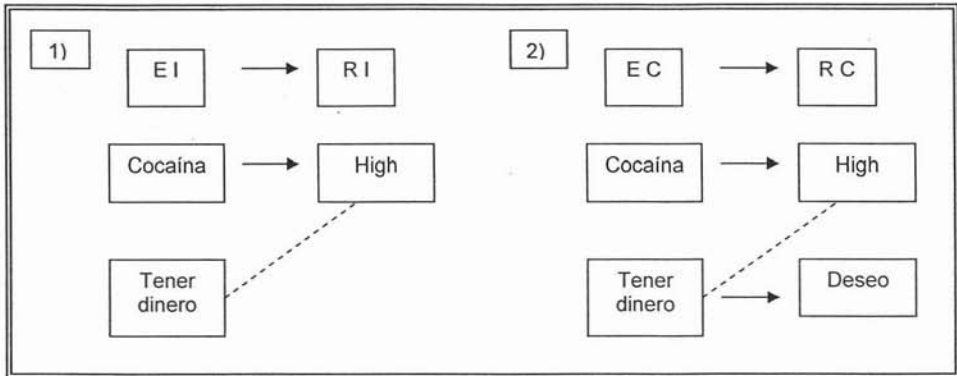
Desde la perspectiva del **condicionamiento operante o instrumental** (Lorenzo, et al, 1998, pág. 12) el consumo ocasional o recurrente de drogas puede explicarse como un comportamiento que "*persiste por sus consecuencias*", así pues, los efectos inmediatos de la droga son reforzadores positivos. Por otra parte, retirar la droga produce un cuadro clínico muy desagradable, por lo que el deseo de evitarlo se convierte en reforzador negativo, es decir, se consume la droga para suprimir los efectos aversivos.



**Figura 1.** Modelo de Condicionamiento Operante del uso de drogas. 1) Modelo general, 2) Modelo de Reforzamiento positivo, 3) Modelo de Reforzamiento negativo.

Por otro lado, desde la perspectiva del **condicionamiento clásico o pavloviano** (Lorenzo, et al, 1998, pág. 12), todos los implementos (agujas, navajas, latas de refresco), conductas asociadas (estímulos ambientales: amigos, hora del día, etc.) y estímulos interoceptivos (piloerección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etc.) se convierten en "señales" de la posible disponibilidad de droga y en su presencia el deseo de experimentar los efectos de ésta aumenta (condicionamiento contingente). De manera que ver a alguien usar cocaína o el

recibir una oferta de droga por parte de un proveedor son circunstancias que claramente despiertan grandes deseos de consumo.



**Figura 2.** Modelo de Condicionamiento Clásico del uso de drogas. 1) Modelo de Respuestas Incondicionadas. 2) Modelo de respuestas condicionadas.

### Dependencia social

Necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono de la sustancia puede generar en el consumidor graves crisis relacionales capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de reestablecer el equilibrio social en el que se encontraba conforme.

Otro concepto que está muy ligado a la dependencia y que es igual de importante es el de *Tolerancia*, el cual "se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras su administración repetida, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial." Se desarrolla en función de las propiedades farmacológicas de la droga y de los efectos que a nivel bioquímico produce en el organismo (Lorenzo, et al 1998, pág. 14).

Estos conceptos son importantes de definir ya que nos permiten entender un poco más las bases del tratamiento en adicciones. A continuación se presenta la clasificación de drogas, con la finalidad de seguir ampliando el tema de la presente tesis.

## 1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Una clasificación básica es aquella que se atiene a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias. Tres son los grupos que se pueden establecer de acuerdo a este criterio (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las drogas por sus efectos.

GRUPO	EFFECTOS	DROGAS
DROGAS DEPRESORAS (Psicolépticas)	Enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Heroína</li> </ul>
DROGAS ESTIMULANTES (Psicoanalépticas)	Excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocaína</li> <li>• Anfetaminas</li> <li>• Drogas de diseño</li> </ul>
DROGAS ALUCINÓGENAS (Psicodislépticas)	Deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido lisérgico (LSD)</li> <li>• Cannabis</li> </ul>

Fuente: Lorenzo, et al, 1998

Por su parte, la OMS, en el año de 1975, sugirió una clasificación que aún sigue siendo útil. Sólo se le ha agregado un reciente e importante grupo -las drogas de diseño- (ver Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de las drogas según la OMS.

GRUPO	DROGAS
GRUPO 1° OPIÁCEOS	Opio y sus derivados: morfina, heroína, metadona, etc.
GRUPO 2° PSICODEPRESORES	Barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.
GRUPO 3° ALCOHOL	Alcohol etílico
GRUPO 4° PSICOESTIMULANTES MAYORES	Cocaína y derivados: crack, pasta de coca; anfetaminas y derivados; katina, etc.
GRUPO 5° ALUCINÓGENOS	LSD, mescalina, psilocibina y otros.
GRUPO 6° CANNABIS	Cannabis y sus derivados: marihuana, hachís.
GRUPO 7° SUSTANCIAS VOLÁTILES	Solventes como tolueno, acetona, gasolina, éter, óxido nitroso.
GRUPO 8° PSICOESTIMULANTES MENORES	Tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.
GRUPO 9° DROGAS DE DISEÑO	Tachas, polvo de ángel, etc.

Fuente: Lorenzo, et al, 1998

En éste momento ya tenemos un abordaje general sobre la terminología básica o más empleada en el tema de las adicciones, para así, poder entrar de lleno a nuestro tema principal, el consumo de cocaína y sus particularidades.

### 1.3 COCAÍNA

Entre las drogas ilegales se encuentra la cocaína, que es una sustancia cristalina, blanca, inodora y natural producida por la planta de coca "Erythroxylum".

Crece principalmente en Centroamérica y Sudamérica. Los indios de estas regiones han utilizado estas hojas durante siglos para combatir el hambre y el cansancio, de modo que puedan enfrentar mejor los riesgos de su existencia marginada económicamente en las grandes alturas (Rudgley, 1999).

### 1.3.1 Antecedentes históricos

El cultivo de la coca en las laderas de los Andes ecuatorianos y peruanos se remonta a 5,000 A. C., y parece ser que los conquistadores incas aprendieron de los primitivos habitantes de estas zonas la utilidad de mascar las hojas de coca, convirtiéndola en su planta divina. El nombre de la coca deriva de una palabra aimará cuyo significado sería "el árbol" (Lorenzo, et al, 1998).

Es a partir de la conquista española que se difunde ampliamente su uso entre la población indígena. Las primeras noticias que se tienen de su uso datan del año 1532, época en la que los incas mascaban hojas de coca para aumentar su resistencia al frío, al hambre y a la fatiga originada por el trabajo. En España fue introducida por los conquistadores a finales de siglo XVI como medicina y por su supuesta acción afrodisíaca, aunque su uso no se extendió hasta el siglo XIX cuando comenzaron las primeras investigaciones con fines científicos.

En 1855, Gaedecke extrajo el alcaloide eritroxilina de las hojas de coca. En 1860, Neimann aisló por primera vez la sustancia que denominó cocaína. A Von Anrep se deben los primeros estudios de las acciones farmacológicas de la cocaína. Los primeros estudios de Willstatter, en la primera década del siglo XX permitieron describir la estructura química de la cocaína (Lorenzo, et al, 1998).

En 1884 Sigmund Freud se hizo consumidor de cocaína, al parecer, por curiosidad científica y probablemente como automedicación de sus depresiones y dolores debidos al cáncer; a él también se le deben las primeras descripciones documentadas de los efectos tras la toma de la droga: "Buen humor, acompañado de una sensación de seguridad, de posesión de sí mismo, de fuerza y de aumento de la capacidad para trabajar" (Freud, 1980, pág. 105). En su principal obra sobre cocaína "*Über coca*", Freud aconsejaba su uso no sólo en el caso de la depresión, sino del alcoholismo, de la adicción a la morfina, del asma y de problemas gastrointestinales. Él utilizó cocaína para tratar la adicción a la morfina de su amigo Von Fleishl, quien padeció el primer caso documentado de psicosis cocaínica.

El uso de la cocaína con fines recreativos fue reintroducido en Europa a finales del siglo XIX por un químico y empresario llamado Mariani, que elaboró una infusión de hojas de coca llamado *Vin Mariani*, quien afirmaba que éste era un excelente tónico para aliviar múltiples afecciones físicas y emocionales (Brailowsky, 1998).

En los comienzos del siglo XX se decidió controlar el cultivo de coca, ya que al haberse aislado la cocaína, los efectos de ésta, más agresivos que los de la hoja de coca, empezaron a crear los primeros problemas de adicción a esta sustancia. El uso de cocaína aumentó considerablemente durante la 1ª guerra mundial. En los años veinte la drogadicción cocaínica estaba bastante extendida en muchos países de Europa, especialmente en Francia. A partir de los años treinta disminuyó su consumo, coincidiendo con un mayor uso de la heroína.

En los años setenta su consumo aumentó de manera espectacular, pero es a partir de mediados de los años ochenta que la adicción a la cocaína constituye uno de los problemas sanitarios más graves en el mundo occidental en el campo de las adicciones (Lorenzo, et al, 1998).

### 1.3.2 Formas de consumo

Existen diversas formas de consumo de la cocaína, cada una con sus respectivas particularidades. Las tres formas más comunes entre los consumidores de cocaína son: inhalada, fumada e inyectada por vía endovenosa.

#### Inhalada

La *inhalación* de la cocaína hacia las fosas nasales es el método más popular de consumo de cocaína, en parte, porque existe la creencia falsa de que la cocaína usada de este modo es relativamente inocua y no adictiva.

Los consumidores de cocaína que utilizan esta forma de consumo, habitualmente preparan la droga sobre una superficie lisa y plana, cortan la sustancia con una hoja de afeitar hasta obtener un polvo muy fino y lo agrupan en líneas muy estrechas. Con un papel enrollado, un billete o un delgado tubo o popote inhalan la línea por la nariz.

Cuando es inhalada, la cocaína se absorbe por los pequeños vasos sanguíneos de la mucosa nasal. De ahí circula hacia el sistema circulatorio general y a la vena cava, hacia la aurícula y ventrículo derecho del corazón, los vasos pulmonares, la aurícula y ventrículo izquierdo del corazón y finalmente al cerebro.

Aproximadamente cinco minutos después de aspirar la cocaína se empieza a notar su efecto. La concentración de cocaína en sangre alcanza su máximo entre 15 minutos y una hora después de su uso, mientras que el efecto estimulante puede durar de 20 a 30 minutos (Washton, 1995).

La inhalación de la sustancia de forma regular produce ulceraciones en la membrana mucosa de la nariz, lo que puede causar sangrados nasales y, en algunos casos, perforación del tabique, con la aparición de un orificio en el cartílago que separa ambas fosas nasales.

### *Fumada*

Para fumar la cocaína es necesario que se encuentre en la presentación de piedra o crack (base libre); de hecho, recibe este último nombre a partir del característico sonido que hace la sustancia al entrar en contacto con el calor. El polvo de la cocaína no puede fumarse de forma eficiente debido a que se descompone cuando se calienta. Esto significa que la mayor parte de la droga activa se destruye a la temperatura de cualquier flama de fuego a la que sea expuesta, por ello se realiza una conversión química utilizando bicarbonato, agua y calor. Para convertir el polvo de cocaína en una forma que pueda fumarse, el alcaloide básico de la cocaína debe separarse químicamente de su sal. De esta liberación química se deriva el nombre de "base libre" que toma el producto final de este proceso.

Cuando se fuma la cocaína entra inmediatamente en la circulación pulmonar, evitando el sistema circulatorio periférico y alcanza el Sistema Nervioso Central en unos 8 o 10 segundos, produciendo una sensación de calor que se describe como intensamente placentera; este estado de bienestar por fumar cocaína es poco duradero (2 a 5 minutos), seguido de una depresión que puede llegar a durar de 10 a 40 minutos (Brailowsky, 1998).

Al fumar una droga, se produce una alta concentración en el cerebro de forma más rápida que por cualquier otra vía de administración, incluso la intravenosa.

El crack se fuma normalmente vertiendo la sustancia en el pequeño bol de una pipa de agua de cristal, o en latas de refresco que los consumidores preparan específicamente para este uso. El consumidor quema la droga e inhala profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones el mayor tiempo posible para aumentar al máximo la absorción, como lo hacen los fumadores de marihuana (Washton, 1995).

Como ya se mencionó, el estado de "elevación" por fumar crack o base libre es poco duradero, de 2 a 5 minutos, tras los cuales el ánimo del consumidor disminuye rápidamente. La depresión o "descenso" del crack es tan intenso como lo es su efecto euforizante. Los síntomas de "descenso" son los mismos que los que se producen tras aspirar cocaína (irritabilidad, depresión y ansiedad con deseo intenso de droga), pero aparecen de manera más violenta. Cabe mencionar también que debido a la poderosa adicción que genera el fumar la cocaína, los deseos de consumo son muy intensos y las recaídas son más probables, resultando más difícil lograr una recuperación completa (Washton, 1995).

La aparición del crack en el mercado de la droga ilegal ha aumentado el número de individuos que fuma base libre, llevando la forma más adictiva de cocaína al alcance de la población general, sin necesidad del proceso de elaboración o del tiempo requerido para ello, a un precio muy accesible;

convirtiéndose así, en una forma de cocaína que se asimila a las comidas precocinadas.

Dado su alto potencial adictivo de instauración rápida, el crack se compra con más frecuencia y en mayor cantidad, generándose un hábito muy caro en poco tiempo. Debido al descenso y a los deseos intensos de más cocaína, los fumadores de esta sustancia pueden utilizar 10 veces más cocaína que la mayoría de los que la inhalan, debido a esos excesos de consumo (Washton, 1995).

Quienes consumen la cocaína fumada, además de volverse rápidamente adictos, pueden presentar con frecuencia síntomas severos de enfermedad psiquiátrica, como ideas paranoides, depresión intensa e inestabilidad emocional. Como consecuencia de ello, son capaces de realizar actos violentos. Así mismo, debido a las altas concentraciones que se acumulan en el cerebro, es más fácil que se produzcan crisis epilépticas y fallos cardíacos o respiratorios en fumadores que en inhaladores.

El hecho de retener el vapor a altas temperaturas en los espacios respiratorios puede causar irritaciones importantes a nivel pulmonar, congestión pulmonar y expectoración de mucosidades de color negro, siendo más vulnerables a las infecciones bronquiales, neumonía u otras patologías respiratorias. Aún no se sabe si estos trastornos son irreversibles.

#### Inyectada

La otra forma de consumo, aunque no tan común en México, es *inyectada* por vía endovenosa; debido a la solubilidad en agua del polvo de la cocaína, puede introducirse en una jeringa e inyectarse. Generalmente los usuarios disuelven la cocaína con agua en una cuchara, creando así una solución acuosa; ésta solución se introduce en una jeringa y se inyecta directamente en una vena. Desde la vena, la cocaína circula hacia la cavidad derecha del corazón, hacia los pulmones, a la cavidad izquierda del corazón y al cerebro, al que llega en aproximadamente 30-60 segundos después de la inyección.

El efecto euforizante sucede casi tan rápidamente como con el consumo de cocaína fumada y es similar en su intensidad. Este efecto también se desvanece rápidamente y, en la gran parte de los casos, está acompañado de una intensa sensación de "descenso" o depresión. Los niveles de cocaína en la sangre alcanzan su máximo a los 5 minutos de la inyección endovenosa (Washton, 1995).

Puede ser que la popularidad del consumo endovenoso de cocaína sea bajo por el miedo a contraer SIDA, y también, porque la sensación intensa que produce la cocaína inyectada también se obtiene tras fumarla, y sin riesgo de infección por agujas contaminadas.



De forma parecida a fumar crack, la inyección impulsa a repetir la dosis, ya que el consumidor intenta evitar la depresión, obtener de nuevo la euforia y satisfacer el intenso deseo causado por un descenso de la dopamina cerebral.

### 1.3.3 Estadios en la progresión de la adicción

La vía que conduce a la adicción no está claramente definida. El consumidor, generalmente no puede saber cuándo avanzó de un estadio a otro, ya que no existe un límite claro entre estas fases. Para cada persona el proceso es muy diferente, dependiendo de la pureza de la cocaína, el método de administración, de la potencia de la dosis y de la frecuencia de su uso. No obstante, a continuación se presenta un esquema para poder entender esta progresión (Washton, 1995).

#### Uso experimental

Este tipo de uso tiende a estar motivado por la curiosidad, invitación, presión social y por el deseo de compartir una experiencia placentera y supuestamente inofensiva. Éste es el estadio de "luna de miel" del uso de cocaína.

En este momento el usuario puede convencerse fácilmente, por su experiencia del todo positiva con la sustancia, de que todas las advertencias sobre los efectos negativos y los peligros de esta droga son exageradas y falsas.

La duración de la "luna de miel" con la cocaína depende de la dosis y vía de administración. No obstante, no todos los que prueban la cocaína continúan su consumo, optando por interrumpir el consumo para asegurarse de no caer en la adicción.

#### Uso regular

En este estadio, el uso de cocaína empieza a ser un hecho regular en el estilo de vida del sujeto. Cuando un consumidor experimental empieza a planear el consumo de cocaína para cuando exista una situación especial, por ejemplo, antes de cada fiesta o cita, se está empezando a instaurar el uso regular.

El patrón de uso aún puede ser intermitente o esporádico, pero se perpetúa por los efectos de recompensa de la droga y por la ausencia de cualquier consecuencia negativa atribuible directamente al consumo. Algunos lo consideran todavía como recreativo, porque, aunque el uso sea frecuente, los consumidores en este estadio no han empezado a sufrir consecuencias negativas importantes, reforzándose la creencia de que la cocaína es inocua, por lo menos para ellos.

Éste es un estadio muy peligroso, porque los cambios bioquímicos, como la repetida estimulación del centro de recompensa cerebral y la depleción de dopamina están empezando a producirse y en cualquier momento puede cruzarse la barrera invisible del uso compulsivo.



### Uso adictivo

Cuando una persona pierde el control sobre el uso de la cocaína y ya no puede escoger entre utilizarla o no, se ha convertido en adicto. Los signos más fiables de la adicción a la cocaína son:

1. Necesidad irresistible e intensos deseos de droga. El conseguir y usar la droga es prioritarios ante cualquier otra actividad, incluso cuando el consumidor ya no consigue los efectos placenteros de la sustancia.
2. Incapacidad para autolimitarse o controlar el uso. El dependiente de la cocaína puede detener su uso temporalmente, sin embargo, una vez que empieza a consumir la droga no puede detener su consumo, a pesar de sus esfuerzos máximos de autocontrolarse y de fuerza de voluntad.
3. Uso continuado de cocaína a pesar de las consecuencias negativas para el consumidor. El uso de cocaína puede continuar incluso durante la depresión, la paranoia, las ideas suicidas, los problemas laborales o escolares, los problemas financieros y familiares.
4. Negación de que el uso de la droga sea un problema. El usuario de cocaína normalmente no advierte la gravedad de los efectos negativos sobre su consumo, negando que existe un problema.

En este momento la persona suele haber desarrollado tolerancia a la cocaína y continúa aumentando la dosis, intentar llegar nuevamente a la euforia y evitar el "bajón" y la creciente depresión resultantes del uso crónico.

El uso de la cocaína, en cualquiera de sus fases, se encuentra indudablemente ligado con sus efectos, los cuales se desarrollarán a continuación.

### **1.3.4 Efectos de la cocaína**

Para abordar el problema tan complejo del consumo de cocaína se hace necesario el conocimiento de las particularidades del consumo de esta sustancia, por ello abordaremos sus efectos farmacológicos, psicológicos y psiquiátricos, tanto positivos como negativos.

#### **1.3.4.1 Efectos positivos**

La cocaína se consume con el fin de alterar el funcionamiento cerebral y, por consiguiente, el estado de ánimo y el funcionamiento psíquico. Los efectos agudos deseados de la cocaína son resultantes de cambios bioquímicos en la actividad cerebral.

El cuadro de intoxicación por cocaína es difícil de describir con precisión, ya que la calidad e intensidad de la experiencia inducida por cocaína puede variar de acuerdo con diferentes factores, incluyendo la dosificación, la cronicidad del uso, la tolerancia, el método de administración y el uso simultáneo de otras drogas.

El efecto del consumo puede variar según el estado de ánimo, la personalidad, las expectativas, la condición física del consumidor, los motivos para tomar la droga, las circunstancias, el lugar en donde se consume y la historia del consumo, la calidad de la sustancia. No todos los consumidores experimentan el mismo efecto. Incluso, en la misma persona, los efectos pueden cambiar mucho en la escala de consumo y en el uso crónico. La "activación" debida a la cocaína, puede pasar de muy agradable a muy desagradable y, posteriormente, a angustioso cuando el consumo se hace crónico y más intenso. A continuación describiremos los dos tipos de efectos deseables: farmacológicos y psicológicos.

#### Efectos farmacológicos

La cocaína tiene principalmente dos acciones farmacológicas. Es un anestésico y un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC). Es la única droga conocida que posee estas dos cualidades (Washton, 1995).

La cocaína ejerce sus acciones anestésicas locales -de adormecimiento o bloqueo- de modo similar a la xilocaína que se utilizan de forma rutinaria en las intervenciones dentales, bloqueando la conducción de los impulsos sensoriales en las células nerviosas. Por su efecto anestésico local, cuando se inhala cocaína se adormecen temporalmente los conductos nasales y de la garganta. Por otro lado, los efectos estimulantes de la cocaína sobre el SNC están mediados por sus efectos sobre los neurotransmisores cerebrales, como la dopamina o la noradrenalina, incrementando la liberación de estas sustancias y prolongando sus acciones. Estimula también la actividad simpática de los nervios periféricos, dando lugar a un incremento del ritmo cardiaco, de la presión sanguínea, de la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal, produciendo, además, dilatación de las pupilas. Estos cambios cerebrales directos proporcionan al consumidor un fuerte sentimiento de estar alerta y de mayor energía (Washton, 1995).

Otro de los efectos estimulantes de la cocaína es la vasoconstricción, es decir, una contracción con disminución del calibre de los vasos sanguíneos, que ayuda a prolongar la acción anestésica local de la droga, haciendo que no se absorba con rapidez.

Como ya se ha mencionado esta droga es un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos dependen de factores tales como tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.

La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por manifestaciones clínicas como son (Lorenzo, et al, 1998):

1. Aparato cardiovascular: Palpitaciones, taquicardia, arritmias, hipertensión, infarto del miocardio, espasmo cerebrovascular, hemorragia cerebral, vasoconstricción periférica, coagulación intravascular diseminada, paro cardiaco.
2. Aparato respiratorio: Taquipnea, respiración irregular, paro respiratorio.
3. Aparato digestivo: Anorexia, náuseas, vómito, diarrea.

4. Metabolismo: Hipertermia con sudoración y acidosis láctica. Altas dosis de cocaína pueden inducir pirexia letal.
5. Ojo: Midriasis, vasoconstricción conjuntival, nistagmus vertical.
6. SNC: Ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de percepción, reacciones paranoides.

#### Efectos psicológicos

Los efectos agudos de la cocaína sobre el humor consisten en un estado de euforia, con sentimientos de aumento de la energía vital, confianza, vigilancia psíquica y deseo sexual. Muchas personas se sienten más comunicativas, más implicadas en su relación con otros, y más espontáneas y animadas. Sentimientos como la tensión, la fatiga o la timidez, pueden desaparecer instantáneamente (Washton, 1995).

Es difícil afirmar que cierta cantidad de cocaína produce ciertos efectos, anteriormente hemos insistido que los efectos dependen de varios factores, como son la historia y el patrón de consumo, el nivel de dependencia y tolerancia en el que se encuentre el usuario, la pureza de la sustancia, la vía de administración, el estado de ánimo, etc. Por dicha complicación, se manejará a nivel cualitativo.

Dosis moderadas ocasionan: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. La administración de cocaína por vía endovenosa da lugar a una sensación de flash intensamente placentera y descrita como sensación análoga al orgasmo sexual. (Lorenzo, et al, 1998).

En el periodo inicial de uso de cocaína predominan los efectos positivos y se presentan pocos o ningún efecto negativo, sin embargo, a lo largo del tiempo de consumo, los usuarios van experimentando algunos efectos desagradables; por ejemplo, pueden darse sentimientos de inquietud, ansiedad, agitación, irritabilidad e insomnio, suspicacia, confusión, hipervigilancia y pensamientos de tipo paranoide (Washton, 1995).

Con un uso cada vez mayor, el consumidor se hace tolerante de forma progresiva a los efectos de la cocaína, al tiempo que se intensifican los efectos negativos. Aún así, el adicto persiste en su consumo compulsivo de coca. Los efectos posteriores de rebote hacen que el consumidor no vuelva a su estado de ánimo normal previo al consumo de cocaína, sino que evolucione a un estado de disforia más intensa, en un contexto depresivo. Esto impone el deseo de consumo de más cocaína, en un intento inútil de normalización del humor. Así, lo que empezó siendo una búsqueda de la euforia inducida por la cocaína, deja al consumidor en la más profunda incapacidad y depresión.

### 1.3.4.2 Efectos negativos

Los efectos negativos del consumo de cocaína pueden producirse tanto en los consumidores crónicos como en los que la prueban por primera vez, en consumos muy abundantes como en los de pequeñas cantidades, en inhaladores, en fumadores y en consumidores por vía endovenosa. Aunque son más comunes o notorios después de un tiempo regular de consumo. A continuación se presentan los efectos indeseables tanto farmacológicos como psicológicos, y a estos se les añan las consecuencias psiquiátricas.

#### Efectos farmacológicos

Los efectos farmacológicos que produce el uso de la cocaína pueden traer complicaciones médicas numerosas. La cocaína afecta a muchos sistemas orgánicos y por ello la posibilidad de daño físico generado por su uso crónico puede tomar distintas formas. El número de muertes atribuidas a la cocaína se cree que es relativamente pequeño, aunque este estimado puede deberse a una infravaloración del problema. A pesar de ello, la posibilidad de muerte por cocaína es aterradora porque es casi impredecible. No existe una "dosis segura" en la que se pueda confiar.

Un número muy reducido de individuos no tolera ninguna dosis de cocaína, debido a una deficiencia congénita de la enzima pseudocolinesterasa, que metaboliza o inactiva la cocaína en sangre; para ellos, una prueba de cocaína puede ser fatal (Washton, 1995).

Los signos de posible sobredosificación son: sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, hipertensión arterial, dilatación pupilar, taquicardia, confusión mental, hiperactividad, conducta maníaca, convulsiones, pérdida de conciencia y respiración rápida y superficial. Todas estas reacciones de sobredosis requieren de intervención médica de urgencia y, en ocasiones, maniobras básicas de reanimación.

La cocaína puede ejercer importantes efectos en la función Cardiovascular. Sus efectos en el Sistema Nervioso Simpático producen un incremento del pulso y de la presión sanguínea, así como una constricción en los vasos sanguíneos del cerebro y del corazón. Estos efectos, solos o en combinación con otros, pueden causar la muerte de forma súbita por fallo cardiaco o shock. Así mismo, se pueden ocasionar fallos respiratorios desencadenados por crisis epilépticas repetidas, provocando muerte por asfixia.

No existe un consumo inocuo para la mujer embarazada y para el feto. La cocaína contrae los vasos sanguíneos en el cordón umbilical y en la placenta, reduciendo el aporte de oxígeno y de nutrientes vitales para el feto en gestación. La llegada de sangre a la placenta puede reducirse si ésta se separa de la pared del útero, lo que puede causar un aborto espontáneo (Washton, 1995).

Debido a que la droga cruza las barreras placentarias y hematoencefálicas del feto, éste constituye un receptor pasivo, aumentando la incidencia de complicaciones médicas, como son: bajo peso al nacer, déficit neuropsicológico, irritabilidad, e insomnio (Washton, 1995; Lorenzo et al., 1998).

#### Efectos psicosociales

El problema real del uso de cocaína reside en el extraordinario poder adictivo, la capacidad para controlar, distorsionar y deteriorar químicamente la conducta del consumidor, los trastornos del estado de ánimo, el estado mental y el sistema de valores, llegando a afectar con frecuencia el trabajo, la carrera, la escuela y la familia del adicto de forma severa.

A medida que el usuario va entrando en su adicción suelen aparecer algunos cambios: se vuelve más irritable, depresivo, con mal humor, distraído, poco motivado, retraído, hostil, letárgico, paranoide, poco sociable, asexual, con tendencias suicidas y, en resumen, incapaz de adaptarse a la vida cotidiana, aumentando la posibilidad de conductas violentas (Washton, 1995).

La familia y amigos del consumidor y otras personas afines a él pueden sufrir a su vez el problema. El consumidor crónico se vuelve cada vez más retraído en sus relaciones con los demás, prefiriendo estar a solas o con otros consumidores.

Debido al importante gasto derivado de sostener la adicción, la mayoría de los usuarios presentan problemas de tipo económico, por los gastos excesivos. También puede incrementarse el riesgo de accidentes automovilísticos, especialmente si la cocaína se combina con alcohol u otros fármacos depresores.

También se han descrito en los consumidores de cocaína alteraciones de percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), pseudo alucinaciones táctiles ("bichos" en la piel, arena deslizándose debajo de la piel, etc.), auditivas (de sentimientos de autorreferencia con contenidos de crítica y de reporte que le llevan a situaciones de temor incontrolable) y visuales (copos de nieve brillantes o coloreados que son muy apreciados por los consumidores), conductas estereotipadas, bruxismo y movimientos compulsivos. (Lorenzo, et al, 1998).

#### Consecuencias psiquiátricas

Un efecto secundario común del uso crónico de cocaína es la aparición de un síndrome depresivo mayor, que se caracteriza por los mismos signos y síntomas clásicos de la depresión: humor triste, letargia, trastornos del sueño y del apetito, anhedonia, afecto embotado.

Las crisis de ansiedad, caracterizadas por sentimientos de muerte inminente, de falta de control, confusión, miedo y angustia, son otra consecuencia

psiquiátrica frecuente en el abuso de cocaína. La complicación más importante y peligrosa en el aspecto psiquiátrico es la *psicosis cocaínica*, un trastorno mental serio caracterizado por ideas paranoides, suspicacia, agitación, irritabilidad, retraimiento social y conducta potencialmente violenta o suicida. Este problema es quizá indiferenciable de la psicosis paranoide clásica, incluyendo los delirios y las alucinaciones.

Afortunadamente, en la gran mayoría de los casos todas las complicaciones mencionadas de la esfera psiquiátrica son temporales, y tienden a disiparse transcurridos unos días desde el cese del consumo.

**Tabla 3. Efectos negativos del consumo de cocaína**

EFFECTOS FARMACOLÓGICOS	EFFECTOS PSICOSOCIALES	CONSECUENCIAS PSIQUIÁTRICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones médicas</li> <li>• Muerte por sobredosis</li> <li>• Muerte por fallas cardíacas</li> <li>• Muerte por fallo respiratorio (asfixia)</li> <li>• Uso durante el embarazo: Abortos espontáneos, bajo peso al nacer, déficit neuropsicológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del estado de ánimo (irritabilidad, depresión, paranoia, etc)</li> <li>• Problemas familiares</li> <li>• Problemas laborales</li> <li>• Problemas interpersonales</li> <li>• Problemas legales</li> <li>• Gastos excesivos</li> <li>• Conductas agresivas</li> <li>• Incrementa el riesgo de accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome depresivo grave: letargia, anhedonia, ideación suicida</li> <li>• Crisis de ansiedad: sentimientos de muerte confusión, angustia.</li> <li>• Psicosis cocaínica: ideas paranoides, suspicacia, retraimiento social,</li> </ul>

Fuente: Washton, 1995

Hasta este momento hemos revisado la parte teórica referente a aspectos generales en adicciones, llegando a las particularidades del consumo de cocaína. A continuación se reportará la incidencia y prevalencia del consumo de cocaína en nuestro país, de acuerdo a los últimos datos arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones.

#### 1.4 Epidemiología del consumo de cocaína en México

En México, en la década de los años 70 el consumo de cocaína no era considerado como un problema de salud importante. Para la década de los años 80 el consumo de esta droga se extendió gradualmente, rebasando áreas constantemente problemáticas (zonas fronterizas y lugares turísticos) y alcanzó también a ciertos grupos de la población considerados más vulnerables, como los jóvenes. En 1990 su consumo se incrementó de manera notable debido a un mayor control de la zona fronteriza norte y otras vías de acceso al narcotráfico, con lo cuál



esta droga se distribuyó en todo el país, dando por resultado mayor disponibilidad (Unikel et al, 1998).

El uso y abuso de la cocaína constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y estabilidad social. Para el Sector Salud la reducción de la demanda de drogas incluye las iniciativas que buscan prevenir su consumo, disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso y proveer información y tratamientos a los consumidores problemáticos, con miras a su rehabilitación y reinserción social.

Un requisito indispensable para las medidas de prevención y el servicio de tratamientos para usuarios de drogas, es que deben estar sustentadas en información científica, confiable y completa sobre su naturaleza, magnitud y características del fenómeno, con un diagnóstico que indique la magnitud del problema, y que aporte datos acerca de las características sociales e individuales de la población que las usa para poder determinar el número y servicio que requieren, así como el perfil profesional.

Por ello, a continuación se presentan los principales resultados sobre el consumo de drogas en la población general mexicana a través de la información recabada en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002). Este trabajo nos proporciona estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas en la población entre 12 a 65 años que habitan en zonas rurales y urbanas.

La información sobre el consumo de cocaína permite obtener indicadores del comportamiento de la población de interés tales como la prevalencia (uso alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes) o la incidencia (número de casos nuevos reportados durante cierto periodo de tiempo).

**Tabla 4. Prevalencia total, anual y actual del uso de drogas ilegales**

	ALGUNA VEZ*	ÚLTIMO AÑO*	ÚLTIMO MES*
MARIHUANA	3.48	0.60	0.31
INHALABLES	0.45	0.08	0.08
ALUCINÓGENOS	0.25	0.01	0.01
COCAÍNA	1.23	0.35	0.19
HEROÍNA	0.09	0.01	---
ANFETAMINAS	0.08	0.04	0.01

\* Porcentaje del total de la población

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 2002

En la Tabla 4, se muestra que la droga ilegal de mayor consumo, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer.

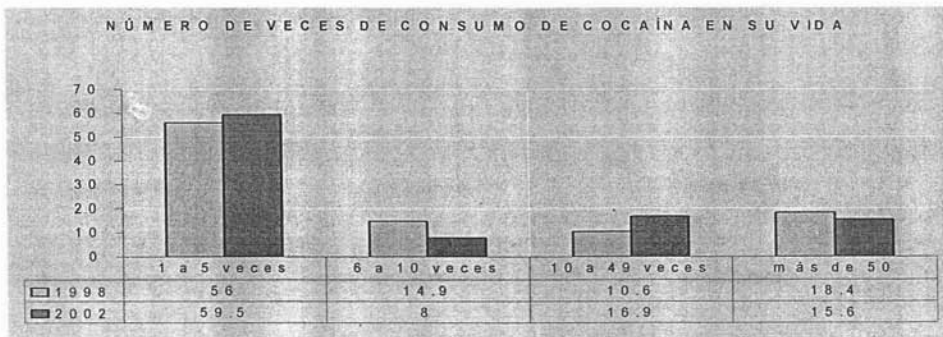
Por su parte, la cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, donde el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.10% en forma de crack y 0.04% en forma de pasta. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (ver Tabla 5). La media de edad de inicio para la cocaína es de 22 años.

**Tabla 5. Prevalencia del uso de drogas ilegales por grupos de edad**

ALGUNA VEZ	12 a 17 años*	18 a 34 años*	35 a 65 años*
MARIHUANA	1.22	4.64	3.50
INHALABLES	0.25	0.77	0.24
ALUCINÓGENOS	0.04	0.36	0.24
COCAÍNA	0.22	2.36	0.62
HEROÍNA	---	0.22	---
ANFETAMINAS	0.13	0.11	0.03

\* Porcentaje del total de la población  
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2002

Respecto al número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida (Ver figura 3), un 59.5%, que representa un poco más de la mitad de la muestra, la ha consumido de 1 a 5 veces, seguido del grupo de 10 a 49 veces de consumo. Lo que nos indica que la mayoría de los usuarios de cocaína se quedan en un patrón de uso experimental; seguido del grupo donde probablemente ya existe un patrón de uso regular. En la tabla comparativa se pueden observar diferencias entre los datos arrojados en la encuesta pasada y esta.



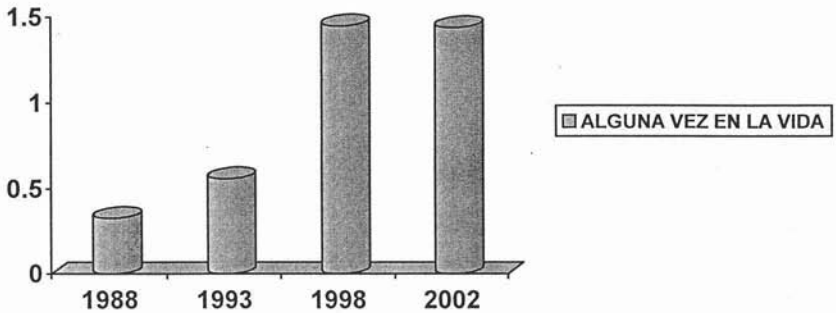
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998, 2002

**Figura 3.** Comparativo del número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida (1998, 2003)



Así también comparando las estadísticas de las Encuestas Nacionales de los años 1988, 1993, 1998 y 2002 (Figura 4), un dato significativo que se encuentra en la prevalencia nacional del consumo, es que de 1993 a 1998, existe un importante aumento, casi al triple del consumo de cocaína. Para el 2002 estas cifras parecen mantenerse.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

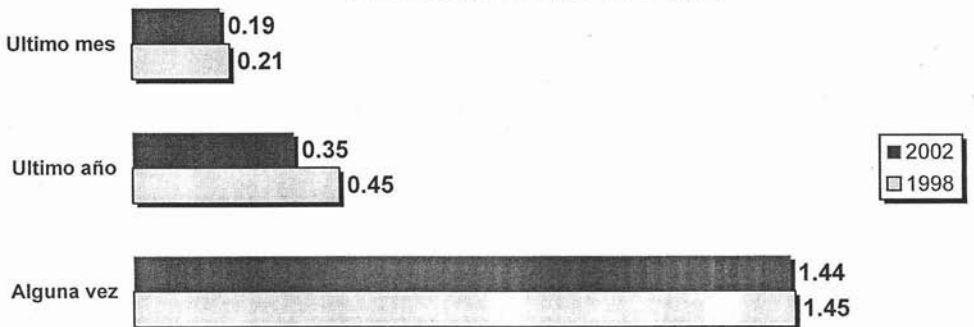


Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1988, 1993, 1998 y 2002

Figura 4. Comparativo de la prevalencia de consumo de cocaína (1988,1993, 1998, 2002)

En cuanto al comparativo entre 1998 y 2002 por ocasión de consumo (Ver figura 5), es importante notar que aunque los índices han disminuido, no se puede hablar de diferencias significativas, ya que en la categoría de consumo en el último mes de un .21% disminuyó a un .19%, en la categoría de último año, de un .45% decrecentó a un 35% y la categoría alguna vez en la vida no presenta cambios sustanciales.

Tendencia del Consumo de Cocaína



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 2002

Figura 5. Comparativo de las tendencias del consumo de cocaína de 1998 y 2002.

Si bien la cocaína no representa a la droga más utilizada en México (la marihuana es la droga ilegal que ocupa el primer lugar), sí representa la segunda droga más utilizada y la que presentó una tendencia al aumento más pronunciada en el período entre 1993 y 1998, actualmente sus índices de prevalencia e incidencia tienden a mantenerse. En este sentido, las acciones de tratamiento llevadas a cabo en México para atender esta problemática cobran gran importancia.

El consumo de cocaína está en aumento, no sólo como práctica de experimentación, sino también en el uso regular. La mayoría de los sujetos que consumen cocaína son hombres jóvenes, pero entre las mujeres hay también un creciente aumento. Incluso se ha generalizado el uso de la cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban, tales como los niños y los jóvenes de escasos recursos.

En el siguiente capítulo se realiza una descripción de los diversos tratamientos con los que actualmente se cuenta en nuestro país para combatir el problema de adicciones en general y el de adicción a la cocaína, en particular.

**Capítulo II.**  
**Modelos de tratamiento**  
**para adicciones**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO II

### MODELOS DE TRATAMIENTO PARA ADICCIONES

De acuerdo a los datos epidemiológicos presentados en el capítulo anterior, el consumo de la cocaína en nuestro país ha alcanzado cifras importantes, sabemos que ocupa el 2º lugar de preferencia en cuanto a drogas ilegales se refiere, donde por cada cuatro hombres hay una mujer consumidora, con un promedio de edad de 22 años, siendo el polvo la presentación de consumo más común, seguida del crack. El comparativo entre las últimas encuestas nacionales deja ver que de 1993 a 1998 aumentó el consumo de esta droga casi al triple, y para el 2003 las cifras se mantuvieron. Así pues, dichos datos evidencian la necesidad de tratamientos efectivos y accesibles a la actual población consumidora.

A lo largo de éste capítulo abordaremos diferentes modelos que buscan explicar cómo se origina y se mantiene la dependencia a las drogas. Posteriormente describiremos los tipos de tratamiento junto con sus ventajas y limitantes. Finalmente describiremos algunas de las opciones de tratamiento más conocidas en nuestro país, tanto a nivel gubernamental como iniciativa privada, incluyendo también los esfuerzos de la Universidad Nacional Autónoma de México por desarrollar programas profesionales y de vanguardia para la intervención en adicciones.

#### 2.1 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA FARMACODEPENDENCIA

Los modelos explicativos de la dependencia a las drogas tienen cuatro vertientes: *la biológica, la psicológica, la sociológica y la última, conjunta a las tres anteriores.*

##### 2.1.1 Modelos Biológicos.

Estos modelos, al basarse en aspectos orgánicos, también han sido denominados modelos médicos, entre los cuales se encuentran los siguientes:

###### Modelo de enfermedad

Jellineck, en 1952 (Lorenzo, et al, 1998), lo aplicó al alcohol, posteriormente fue propuesto para otras drogas. Se postula que existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como son el estrés ambiental y la exposición a las drogas. Las características de la adicción, de acuerdo a este modelo, son la pérdida de control del consumo, uso continuado a pesar de consecuencias negativas provocadas por el mismo consumo (como son problemas personales, familiares y sociales, así como patrones constantes de recaída).

### Modelo de la automedicación

Khantzian en 1985 (Lorenzo, et al, 1998) sugiere que se requiere de la existencia de un trastorno de personalidad y/o de un trastorno mental previo, esta psicopatología provoca la necesidad de droga en un intento de alivio de la misma. En su elaboración este modelo se fundamentó en hipótesis psicodinámicas, no obstante los actuales conocimientos psicofarmacológicos le aproximan a una visión biologicista. Sin embargo, esta tentativa de autoterapia resulta en extremo equivocada, pues a la larga desemboca en un efecto contraproducente, es decir, a las manifestaciones de la patología psiquiátrica preexistente se suma la clínica de la dependencia.

### Modelo de exposición

Weiss y Bozarth en 1987 (Lorenzo, et al, 1998), plantean que la dependencia se produce por la capacidad de la droga de actuar como reforzador primario sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo.

En general, en estos modelos se explica la dependencia a las drogas como consecuencia de la alteración de las funciones orgánicas, ya sea por una predisposición genética, por un trastorno de personalidad o mental, o por un cambio en los centros primarios de recompensa.

## **2.1.2 Modelos Psicológicos**

Estos modelos están mayoritariamente basados en las teorías de aprendizaje, ya que los postulados de las teorías psicodinámicas no han encontrado arraigo, principalmente por la dificultad de su contrastación empírica.

A continuación se presentan las tres corrientes más importantes en Psicología y la explicación que dan a las adicciones.

- **Postulado psicoanalítico**

Las teorías psicoanalíticas contemporáneas señalan que el uso adictivo de alcohol y otras drogas es un mecanismo adaptativo por el cual el organismo responde, buscando una forma de autorregular o recompensar los déficits causados en la infancia debido a una relación madre-hijo desadaptativa (Lorenzo, et al, 1998).

- **Postulados conductistas**

### Modelo de condicionamiento operante

Defiende que el consumo de ciertas drogas se ve reforzado cuando la persona experimenta mejoría en su funcionamiento social a través de los efectos desinhibidores que ejercen esas sustancias sobre la conducta (Lorenzo, et al, 1998).

Modelo de condicionamiento clásico

Cuyo pionero fue Pavlov con su famoso experimento del salivar de un perro, donde aparece un estímulo con una respuesta que se vuelve condicionada. Así en el caso de la farmacodependencia el consumo de una droga puede ser evocado cuando se presentan las señales o estímulos asociados con éste.

• **Postulados cognoscitivitas**

Modelo de aprendizaje social

Este modelo indica que la conducta humana es aprendida y no determinada por factores genéticos. Los problemas conductuales incluyen pensamientos, sentimientos y cambios psicológicos que pueden ser modificados por un proceso de aprendizaje. De acuerdo con lo anterior, las conductas adictivas representan malos hábitos que son susceptibles de ser cambiados, analizados y modificados mediante la aplicación de los principios de aprendizaje por los cuales fueron adquiridas (Margolis & Zwebwn, 1998).

Así, en el caso de las adicciones, este modelo señala que se aprenden ciertas conductas observadas en otras personas (modelo social de referencia - figuras a imitar -) que les traen ciertos beneficios, y que, cuando el observador las repite recibe ese tipo de beneficios, las aprende hasta que forman parte de su manera natural de actuar (Bandura, 1969; Oropesa, 2003).

Modelo de adaptación

Señala que los consumidores de drogas son deficientes en la utilización de recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas, de manera que la presencia de dificultades personales, familiares y/o sociales provocaría la aparición de la necesidad de búsqueda de adaptaciones sustitutivas, en este caso, la droga. Al consumir la droga la persona siente que adquiere habilidades de afrontamiento de las que carecía o éstas son superiores (Lorenzo, et al, 1998).

Modelo social

Señala que el consumo dependiente está determinado por el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga y como responde tanto a nivel fisiológico como emocional a la misma; cobrando una especial significación la personalidad y el entorno social. Según este modelo sólo si se tienen modos de satisfacción alternativos y la capacidad de aceptarse la persona tal como es, existe protección frente a la adquisición de una dependencia (Lorenzo, et al, 1998).

Cada una de las corrientes del modelo psicológico busca dar una explicación a la dependencia de drogas a partir de su bagaje teórico y conceptual. Así, mientras unas teorías dan mayor peso al desarrollo, a las primeras vivencias de la infancia y al vínculo madre-hijo; otras explican las adicciones a partir de procesos de condicionamiento clásico y operante; y otras a través del aprendizaje, la imitación y las expectativas que se generan sobre los efectos de la droga.

### 2.1.3 Modelos Sociológicos

Los modelos sociológicos puros son pocos, y la mayoría más bien comparte elementos con teorías psicológicas. A continuación se presentan los más importantes.

#### Modelo de asociación diferencial

Refiere que el indicador de consumo es la administración de drogas por parte del mejor amigo y, además, la existencia de un desapego a la familia que facilita que los hijos se involucren más fácilmente en asociaciones marginales. Una de las premisas clave de este modelo es: "Cuanto mayor es el apego a la familia, menor es el afecto de la asociación con el grupo de iguales y su conducta desviada" (Lorenzo, et al, 1998).

#### Modelo del control parental

Sostiene que las consecuencias, a largo plazo, de la falta de afecto de los padres y/o de su falta de respeto a las normas se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, un mayor riesgo para el consumo de drogas (Lorenzo, et al, 1998).

#### Modelo familiar

Toma a la familia como unidad de análisis, la cual está gobernada por reglas. Normalmente estas reglas mantienen un balance u homeostasis dentro de la familia. La homeostasis se refiere a que la familia intenta siempre mantener un balance dentro del sistema. Cualquier acción o conducta de un miembro puede afectar el sistema entero. Para evitar que estas conductas desestabilicen a la familia, ésta última se ajusta al cambio con la finalidad de recuperar la homeostasis. En este sentido, algunas teorías familiares creen que el alcohol o la droga pueden fungir como una función adaptativa dentro de la familia ante una situación desestabilizante. Para este modelo, también son un importante punto de análisis los límites dentro de la familia. Se ha visto que en familias donde algún miembro es alcohólico o adicto, tradicionalmente los límites o patrones de relación se encuentran seriamente dañados (Margolis & Zwebwn, 1998).

En el modelo sociológico se le da mayor peso a la función que ejerce la familia, la importancia de establecer límites y de respetar las normas, además de la influencia de los amigos, ya sea como factor protector o como factor de riesgo para el consumo de drogas.

### 2.1.4 Modelo Biopsicosocial

Este modelo representa una aproximación integrada, es decir, toma en cuenta una amplia gama de factores que pueden intervenir en el consumo de drogas. Señala básicamente que algunos individuos poseen cierta disfunción bioquímica que los hace más susceptibles a los efectos del alcohol o drogas, a esto se une además,

la expectativa que tiene el sujeto del efecto que la droga producirá en sí mismo, contribuyendo al deseo de su uso.

Por otro lado, en el mantenimiento del consumo también intervienen las señales en el medio ambiente que se asocian con el uso de la droga y producen el deseo de la misma. La autoeficacia juega también un papel importante en este modelo, ésta se refiere a la capacidad y la confianza que tienen los individuos para enfrentar ciertas circunstancias y emociones exitosamente. Cuando la estructura de la familia se ve afectada por desacuerdos u otra fuente de estrés, algunos individuos tratan de mantener cierto control usando alcohol o drogas.

En conclusión, este modelo se basa en la premisa de que los factores bioquímicos, desordenes del self, factores condicionados o de aprendizaje, y factores tanto familiares o sociales contribuyen a la iniciación y el mantenimiento de las conductas adictivas (Margolis & Zwebwn, 1998).

A través de todos estos modelos se busca dar una explicación sobre la dependencia a las drogas a partir de distintos campos de estudio con la finalidad de tener una mayor y mejor comprensión sobre el fenómeno. Ahora revisaremos los diferentes tipos de tratamiento y las sugerencias del National Institute on Drug Abuse (NIDA) sobre los puntos que debe cubrir un tratamiento para que sea efectivo.

## **2.2 TIPOS DE TRATAMIENTOS**

Así como hay diferentes explicaciones de la farmacodependencia, también se cuenta con diferentes opciones de tratamiento. En el primer apartado se describen los tipos de tratamientos de acuerdo a sus estrategias de intervención, los cuales pueden ser ambulatorios, hospitalarios o de seguimiento. En el segundo apartado enlistaremos los tipos de tratamientos con base científica, es decir, los principios que sugiere el NIDA para garantizar la efectividad de los tratamientos.

### **2.2.1 Estrategias de Intervención**

Dentro de la diversidad de enfoques de tratamientos existen también dos tipos de tratamientos: Tratamientos Ambulatorios o Externos y Tratamientos Hospitalarios o Internos. El tercero que se incluye puede ser considerado como la segunda fase para cualquiera de los dos anteriores.

#### **2.2.1.1 Tratamiento Ambulatorio**

El tratamiento externo o ambulatorio es preferible al régimen de hospitalización cuando las circunstancias y el estado clínico del paciente lo permiten. Una de las principales decisiones a tomar en el tratamiento del adicto a la cocaína es la de si puede ser tratado de forma ambulatoria o si va a requerir hospitalización o ingreso en un centro asistencial.



Como la cocaína no causa un síndrome agudo de abstinencia que amenace físicamente la salud del paciente o que requiera un tratamiento urgente, existen pocos motivos médicos que aconsejen un tratamiento de hospitalización en una unidad de desintoxicación.

#### Ventajas del tratamiento ambulatorio

- Es más barato y menos molesto para la vida laboral y familiar del adicto. Por lo tanto, resulta menos estigmatizante.
- Es más aceptable para el paciente, reduciendo algunos obstáculos que apartan al paciente del tratamiento.
- Otra ventaja clínica, es que el tratamiento hospitalario aparta temporalmente al adicto de su acceso directo a las drogas, lo que normalmente dificulta el mantenimiento de la abstinencia en el momento de la salida. Ello se demuestra por las cifras de recaídas tras dejar el centro, que siguen siendo muy altas. Por el contrario, el tratamiento ambulatorio enseña al paciente a controlar su compulsión por el consumo de drogas en su ambiente real, centrándose en la tarea de aprender a adaptarse a una vida más saludable, a pesar de tener cocaína al alcance y de que existan estímulos ambientales que desencadenan el intenso deseo de consumirla.

No existen estudios demostrativos, hasta el momento, de una supuesta superioridad de los tratamientos residenciales sobre los tratamientos externos. Sin embargo, y a pesar de sus ventajas potenciales, los tratamientos ambulatorios en cualquier clase de dependencia a sustancias químicas sigue siendo infrutilizado.

Dada la importancia que tiene a nivel nacional el coste de las estructuras sanitarias y las cifras sin precedentes de adictos que han iniciado tratamiento, se está mostrando un interés creciente en el desarrollo de modelos de tratamiento ambulatorio efectivos y de menor costo.

#### **2.2.1.2 Tratamiento Hospitalario**

A pesar de las ventajas de tratamientos ambulatorios intensivos, algunos adictos a la cocaína requieren de tratamiento residencial. Las indicaciones clínicas más importantes para el tratamiento hospitalario del adicto son:

- En caso de que haya riesgo de suicidio, violencia o peligrosidad para sí o para otros.
- Cuando existen problemas médicos o psiquiátricos graves, que requieran observación y tratamiento intensivos.
- Cuando hay dependencia física al alcohol u otras drogas, que exigen desintoxicación y supervisión médica estricta, sólo posibles en un ambiente de internamiento.

- Si se demuestra la imposibilidad de cumplir con el programa de tratamiento ambulatorio o de obtener de éste las ventajas suficientes.

La finalidad del tratamiento hospitalario debe ser la interrupción del ciclo de consumo compulsivo por la droga, estabilizar el comportamiento del paciente y reforzar su motivación para continuar el tratamiento tras el alta.

Cualquiera que sea la elección del tipo de tratamiento, ya sea ambulatorio u hospitalario, se recomienda al término de éste incluir sesiones de seguimiento para monitorear que tan generalizables han sido los cambios en la conducta del usuario, así como mantener su motivación para continuar con la abstinencia.

### 2.2.1.3 Tratamiento Posterior o Seguimientos

El tratamiento posterior no consiste solamente en un seguimiento rutinario. El momento crítico de la recuperación se inicia después de que la persona concluye el tratamiento o abandona el hospital y emprende la vida normal. Es casi imposible que el hecho de completar un programa de tratamiento, cualquiera que este sea, se reporte una abstinencia perpetua con recuperación completa de la adicción a la sustancia.

Las cifras de recaídas que siguen al tratamiento hospitalario son muy altas para los pacientes que interrumpen su contacto con el centro de tratamiento y que no continúan con un programa intensivo estructurado para pacientes externos, por lo menos durante varios meses después del tratamiento residencial.

La decisión sobre el tipo de tratamiento adecuado dependerá de las características de cada usuario, como puede ser el tipo de droga utilizado, su nivel de dependencia y los recursos personales y sociales con los que cuenta.

### 2.2.2 Tratamientos Efectivos

En enero de 2005 el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2005) publicó una serie de puntos, con sustento científico, a considerar en la creación de tratamientos efectivos para la adicción a las drogas, entre los cuales se mencionan los siguientes:

1. Un único tratamiento no es apropiado para todos los sujetos. Adecuar las situaciones de tratamiento, las intervenciones y servicios para el problema particular de cada individuo y sus necesidades, es crucial para su satisfacción final en el retorno a sus funciones en la familia, trabajo y sociedad.

2. Los tratamientos necesitan estar disponibles. Ya que las personas que son adictas a las drogas pueden estar inseguras acerca de ingresar a tratamiento, es importante captarlos cuando estén listos o motivados a hacerlo.

3. Los tratamientos efectivos atienden a las múltiples necesidades de las personas, no sólo al uso de drogas. Para ser efectivos, los tratamientos deben estar dirigidos hacia el uso individual de la droga y cualquier relación con problemas médicos, psicológicos, sociales, vocacionales y legales.

4. Los tratamientos deben ser evaluados continuamente y modificados lo necesario para asegurar que se conocen las necesidades de cambio de la persona. El paciente probablemente requiera de varias combinaciones de servicios y componentes de tratamiento durante su recuperación. En psicoterapia o consejería en adicciones, el paciente puede requerir medicación u otros servicios: médicos, terapia familiar, instrucción parental y servicios sociales y legales. Es importante que el tratamiento cuente con aproximaciones apropiadas de la persona en cuanto a su edad, sexo, etnicidad y cultura.

5. Un periodo de tiempo adecuado es crítico para la efectividad del tratamiento. La literatura indica que la mayoría de los pacientes logran cambios significativos alrededor de 3 meses en tratamiento, por ello es importante una duración apropiada para darle tiempo al paciente de resolver sus problemas con la dependencia. Después de este periodo los tratamientos adicionales pueden producir grandes progresos hacia la recuperación. Debido a que las personas abandonan prematuramente los tratamientos, los programas pueden incluir estrategias para enganchar o mantener a los pacientes.

6. La consejería (individual y/o grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos para la efectividad en los tratamientos de adicciones. En terapia, los pacientes son motivados para crear habilidades para no consumir, reemplazar actividades de consumo por actividades constructivas y reforzantes del no consumo y crear habilidades de solución de problemas. La terapia conductual incluso facilita las relaciones interpersonales y las habilidades individuales para funcionar en la familia y la comunidad.

7. La medicación es un importante elemento de tratamiento para algunos pacientes. Especialmente si se combina con la consejería y otra terapia conductual. Por ejemplo, la metadona es efectiva para tratar la adicción a la heroína y otros opiáceos, ayudando a estabilizar la vida de los pacientes y reduciendo el uso ilegal de drogas.

8. Adictos o abusadores de drogas con co-existencia de algún desorden mental pueden tener tratamiento para ambos desordenes de manera integrada. Se ha observado que desordenes adictivos y desordenes mentales ocurren con frecuencia en el mismo individuo.

9. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo. Una fuerte motivación puede facilitar el proceso de tratamiento. Sanciones o amenazas en la familia, el trabajo, o el sistema de justicia y la entrada al tratamiento pueden incrementar significativamente la retención y el éxito de la intervención.

10. El Posible uso de drogas durante el tratamiento puede ser continuamente monitoreado. Lapsos de uso de droga pueden ocurrir durante el tratamiento. El objetivo de monitorear el uso de drogas y alcohol, con un test o un análisis de orina; pueden ayudar con la urgencia del uso de drogas. Este monitoreo puede proveer evidencia del uso de droga y así ajustar un plan individual de tratamiento. La retroalimentación al paciente es un elemento importante del monitoreo.

11. Los programas de tratamiento pueden proveer evaluaciones de VIH/ SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. La consejería puede ayudar a los pacientes a prevenir conductas de alto riesgo. Incluso puede ayudar a la gente que ya esta infectada a manejar su enfermedad.

12. Recuperarse de la adicción a la droga puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere de múltiples episodios de tratamiento. Así como otras enfermedades crónicas, las recaídas del uso de drogas pueden ocurrir durante o después de episodios exitosos de tratamiento. Los individuos adictos pueden requerir un tratamiento prolongado y de múltiples episodios para obtener una abstinencia a largo plazo y restaurar completamente sus funciones. Participar en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento con frecuencia ayuda a mantener la abstinencia.

Estos elementos se sugieren para lograr mayor efectividad en los tratamientos, trabajando no sólo con el consumo de drogas, sino también con los problemas que se asocian a éste. A continuación se presentan tratamientos con los que se cuentan en el país.

### 2.3 OPCIONES DE TRATAMIENTO EN MÉXICO

En la actualidad la farmacodependencia es uno de los problemas primordiales de salud en el ámbito internacional. El uso y abuso de sustancias tiene consecuencias negativas en la salud individual, en la interacción familiar, en el desarrollo y estabilidad social. En nuestro país este problema no ha alcanzado las proporciones que en otros países, pero en los últimos años se ha empezado a considerar como problema de salud pública.

La Secretaria de Salud en México, en el área de las adicciones, basa sus intervenciones en la reducción de demanda de drogas, la prevención de consumo, la disminución del número de usuarios, además de proveer información y tratamiento a los consumidores problemáticos con miras a su rehabilitación y reinserción social.

Las actividades de salud deben cumplir con requisitos que aseguren un mínimo indispensable de calidad en los servicios en intervenciones, con miras a la protección de la población. En el caso de las adicciones, en México se ha ido presentando un elevado número de iniciativas de prevención y tratamientos como parte del interés creciente que este problema fue despertando en distintos sectores sociales y privados. Por ello se vio en la necesidad de establecer criterios y lineamientos básicos para el adecuado desarrollo de dichas acciones.

### 2.3.1 Norma Oficial Mexicana

En respuesta a esta situación, CONADIC convocó a especialistas y representantes de más de 40 organismos e instituciones vinculados con las acciones de reducción de la demanda, para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999).

Su objetivo es establecer los principios, procedimientos y criterios para la prevención, detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación de las adicciones, así como de los derechos de los usuarios. La Norma fue publicada el 15 de septiembre de 2000 en el Diario Oficial de la Federación, y establece los principios y criterios mínimos de calidad en la atención de las adicciones.

La NOM-028, subraya el papel de la rehabilitación y reinserción social como metas permanentes en el tratamiento de las adicciones, destaca la importancia de regular los servicios profesionales especializados en el cumplimiento de criterios de calidad para la presentación de servicios y refuerza la importancia de la investigación científica como base para los programas de atención (para la prevención, tratamiento y rehabilitación).

Para brindar atención de calidad a los farmacodependientes, la NOM -028-SSA2-1999, reconoce la aplicación de cuatro modelos de tratamiento (SSA, 2001):

- Modelo profesional: Proporciona atención en servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Está manejado por profesionales de la salud a través de modalidades farmacológicas y psicosociales.
- Modelo de ayuda mutua: Su objetivo es apoyar al adicto para lograr y mantener la abstinencia con la orientación y soporte de especialistas y agrupaciones de adictos en proceso de recuperación, con fundamento en los "Doce pasos de AA".
- Modelo mixto: Ofrece servicios profesionales médico, psiquiátrico, psicológico y ayuda mutua en centros especializados denominados comunidades terapéuticas y casa de medio camino.
- Modelos alternativos: Son terapias basadas en la medicina tradicional y en el uso de la herbolaria y de alimentos con propiedades para el control del consumo de sustancias. También se utiliza otro tipo de

intervenciones basadas en la fe como son las "juras", las cuales involucran la acción de creencia religiosa como elemento fundamental para la abstinencia y otros procedimientos populares. La NOM – 028 contempla siempre que no pongan en riesgo la integridad física y psicológica de los pacientes

La NOM – 028 establece que el diagnóstico de la adicción o dependencia sólo debe hacerse si en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicoactiva.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia psicoactiva, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- Cuando se presente síndrome de abstinencia.
- Cuando se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia psicoactiva para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (tolerancia).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia psicoactiva, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia psicoactiva o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia psicoactiva a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de bebidas alcohólicas, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia psicoactiva o deterioro cognitivo secundario al consumo de la misma. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

El objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. México cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema de la drogadicción. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros se utiliza el enfoque psicosocial, sin embargo, la gran mayoría basan su programa en el modelo de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y, en unos pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos.

En el D. F. hay algunos servicios de desintoxicación, de corta estancia y con apoyo psicológico, preventivos y acciones terapéuticas como son: Centros de Integración Juvenil (CIJ), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC),



Alcohólicos Anónimos (AA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicio y Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE), Drogadictos Anónimos (DA) y Narcóticos Anónimos (NA), entre otros.

### 2.3.2 Modelos de Tratamientos en México

La dimensión que tiene actualmente el abuso de drogas con un patrón de consumo, cambiante y complejo, en la zona urbana o rural, sin distinción de edad o nivel social, ubica a las adicciones como un problema de salud pública y plantea al mismo tiempo, un reto importante a las instituciones que buscan afrontarlo y solucionarlo.

Para el tratamiento de las adicciones en nuestro país se cuenta con diversos modelos de tratamientos basados en los 4 aprobados por la NOM-028. A continuación se describen algunos.

#### Grupos de ayuda mutua

En los últimos años se registran Grupos de Ayuda Mutua, que cuentan con programas especializados en la atención con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. Estos grupos cuentan con albergues y granjas que brindan servicios las 24 horas del día. Algunos de estos han desarrollado una red de centros en diferentes estados de la República como es el caso de Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, etc. (Oropeza, 2003).

Estos grupos, en la mayoría de casos, son confraternidades o asociaciones no lucrativas compuestas por hombres y mujeres para quienes las drogas se han convertido en un grave problema, y que están aprendiendo a vivir sin ellas. Estos grupos se mantienen abstemios reuniéndose, hablando y ayudando a otros adictos mediante el método de doce pasos.

*Doce pasos:* Este modelo considera la abstinencia total como el único objetivo posible del tratamiento. Los defensores de este modelo consideran la adicción como un fenómeno todo/nada, donde cualquier uso es patológico y la abstinencia es considerada como un estado de recuperación (Beck et al., 1999). La ideología de los doce pasos ofrece a los pacientes la búsqueda de la recuperación como un nuevo *modus vivendi* que se puede apoyar al romper el ciclo de la adicción y manteniendo la abstinencia (AA, Los doce pasos, s/f). A continuación se enumeran los pasos:

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se ha vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de él.

4. Sin temor hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos libre de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible; excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de él y le pedimos tan solo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

### Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud (SSA) cuenta con 199 unidades de servicio especializado en el país: 80 en centros de salud, 7 clínicas especializadas, 72 en hospitales generales, 3 con servicio de internamiento, 28 en hospitales de psiquiatría, 8 en Institutos Nacionales y una unidad de rehabilitación. Aunque estas unidades están abiertas a todos los trastornos mentales, cuentan también con recursos para atender adicciones, principalmente cuando hay comorbilidad psiquiátrica.

Se cuenta con centros específicos donde se da atención con diferentes tipos de psicoterapia, contando con la modalidad de servicios ambulatorios y de internamiento:

- Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" para niños y adolescentes, en este centro se lleva a cabo el programa de **PAIDEIA**, para la atención de menores inhaladores.
- Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud, de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza, en el Distrito Federal; cuentan con servicios de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico (Secretaría de Salud, 2001).



### Instituto Nacional de Psiquiatría

Como parte de las acciones realizadas por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) para contrarrestar las adicciones se cuenta con el "Modelo de Intervención Breve para Familiares de Consumidores de Alcohol y Drogas". Este modelo está dirigido a las comunidades rurales y se centra en la prevención de los problemas ocasionados por el abuso de alcohol y otras drogas de algún miembro de la familia.

Este modelo, junto con otros que se enfocan a atender a los familiares de los dependientes, es desarrollado en el Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), (Natera, 2001; citado en Robles, 2003)

### Centros de Integración Juvenil

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son instituciones que trabajan en la prevención y tratamientos de farmacodependencia. Actualmente tiene 75 Unidades Operativas: 68 ofrecen programas preventivos y de consulta externa; 4 se especializan en tratamiento en consulta externa y 3 unidades en tratamiento residencial, una en Tijuana, BC., otra en Zapopan, Jal., y una más en Monterrey, N. L., así como 4 edificios de oficinas normativas y administrativas. Se encuentran ubicados en 56 ciudades de 28 Entidades Federativas.

CIJ se dedica, desde la demanda del consumo de drogas, a ofrecer a la población programas de prevención primaria, atención terapéutica y rehabilitatoria, investigación científica y capacitación, con objeto de prevenir, tratar y erradicar este problema.

El programa de atención curativo de CIJ concibe el consumo de drogas como un problema de salud pública y al usuario como una persona que cursa un trastorno crónico en el que intervienen en su génesis factores hereditarios, individuales, familiares y sociales. La atención de las personas se realiza en consulta externa y hospitalización (Baja California, Jalisco y Nuevo León). El tratamiento se lleva a cabo por profesionales en adicciones, entre ellos médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.

Los objetivos del tratamiento son:

- Suprimir o reducir el uso de drogas
- Acortar el curso y evolución de la conducta adictiva asociada
- Identificar y tratar otros trastornos físicos y mentales
- Identificar y tratar relaciones familiares que propician o mantienen la adicción
- Reintegrar al usuario a una vida productiva

Estos dos modelos constan de cuatro etapas:

- 1 *Recepción*, se trabaja en la motivación y expectativas del asistente.
- 2 *Diagnóstico*, permite identificar los factores de tipo orgánico, psicológico, familiar y social que influyen en el consumo de drogas así como trastornos coexistentes que deben ser tratados en otras instituciones de salud.
- 3 *Tratamiento y Rehabilitación*, desde diferentes marcos conceptuales y procedimientos técnicos se utilizan diversos enfoques terapéuticos.
- 4 *Seguimiento* se realiza al término del tratamiento con el propósito de prevenir recaídas o en su caso atenderlas oportunamente.

### Fundación Oceánica

La fundación Cambio Oceánica A.C. es una institución privada de asistencia social que apoya a la sociedad en general, mediante la investigación, la educación, la prevención y tratamiento en el uso, abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas, así como la solución de problemas emocionales y de conducta del ser humano. En 1993 se fundó el Centro de tratamiento oceánica, para el alcoholismo y la adicción a otras sustancias en Mazatlán (Sinaloa), basado en el modelo Betty Ford Center, el cual ha sido adaptado a la cultura e idiosincrasia mexicana.

El Modelo de Betty Ford Center ofrece programas especializados a un sumo nivel de cuidado, el cual incluye el cuidado en el género – específico para las mujeres, cuidado género-específico para los hombres y un programa de la recaída.

*El programa para las Mujeres:* El programa se engrana para las necesidades específicas de mujeres alcohólicas o adictas a sustancias psicoactivas. Estas necesidades incluyen la atención a una historia de trauma, violencia doméstica, enojo, autoestima y atención a la vergüenza creada por el prejuicio cultural hacia mujeres que son químicamente dependientes. Cuando el paciente ha completado el tratamiento y su salud se estabiliza, se transfiere a un nivel menos estructurado de cuidado.

*El programa para los Hombres:* El Betty Ford Center reconoce que hay influencias sociales y culturales que animan y toleran el abuso de alcohol y otras drogas por los hombres, y que hay otras presiones alentadoras para los hombres que los lleva asumir un papel masculino. Estos roles culturales impiden a los hombres su habilidad de procesar sentimientos o de las relaciones en vías de desarrollo. El programa proporciona una atmósfera espiritual y de apoyo emocional que conduce a la recuperación, dónde los hombres trabajan rompiendo el ciclo de competencia y encaminados al crecimiento de en espíritu de compañerismo.

*El Programa de la recaída:* La recaída es parte de la enfermedad adictiva. Algunas personas pueden recaer cuando vuelven sus problemas mientras otros permanecer sobrios. El Betty Ford Center Programa de la recaída es para pacientes que han continuado recayendo después de concluir el tratamiento anterior o mientras

están participando en otros programas. Los pacientes que entran en este programa reciben los servicios psicológicos y psiquiátricos adicionales para identificar y tratar cualquier condición co-existente que funja como barrera al tratamiento y la abstinencia. Cuando los pacientes progresan, ellos tendrán la oportunidad de moverse a los niveles menos estructurados de cuidado en dónde ellos pueden comprometerse a "el mundo real" y llevar sus actividades practicando la prevención de la recaída.

Una de las metas primordiales de Oceánica es educar sobre la dependencia de sustancias adictivas en nuestro país, dado el desconocimiento general de cómo afecta ésta a los consumidores. Se busca crear conciencia en la sociedad de que la adicción a las sustancias es una enfermedad primaria, progresiva y mortal, que puede ser tratada exitosamente.

### Monte Fénix

Es una institución privada que cuenta con dos establecimientos cuyo objetivo inicial es inducir al paciente al reconocimiento de su enfermedad a fin de iniciar una recuperación con mejores perspectivas. Para Monte Fénix la rehabilitación no sólo consiste en superar la adicción, sino en un crecimiento emocional, que implica un nuevo y mejor estilo de vida. El tratamiento es integral ya que contempla áreas de desintoxicación, aplicación de técnicas específicas para la prevención y recaídas (Modelo Las Flores, basado en el Minnesota); programa de mantenimiento y seguimiento de la evolución del paciente en un lapso de 12 meses, así como información y tratamiento a los familiares.

Consideran la adicción al alcohol y a otras drogas como enfermedades que requieren de atención integral proporcionada por terapeutas especialistas en adicciones, terapeutas familiares, médicos y enfermeras.

*Fase I: Valoración.* Al ingresar se evalúan las necesidades físicas y emocionales del paciente para desarrollar su plan de tratamiento individual. El equipo médico supervisa su desintoxicación y estabilización física, y el equipo terapéutico detecta las áreas que tanto el paciente como su familia necesitan trabajar.

*Fase II: Hacia la recuperación.* Durante el Programa de Rehabilitación, el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y dinámicas con su familia. También asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda que promueven su interacción con otros y ayudan a elevar su autoestima. Simultáneamente, la familia recibe apoyo terapéutico.

*Fase III: Cuidado continuo.* El paciente participa durante un año en sesiones grupales y de prevención de recaída una vez por semana, y su familia durante seis meses.

Los modelos anteriormente descritos, ya sea a nivel privado o público, tienen como factor común el que trabajan las adicciones de manera general, es decir, no hacen distinción dentro de su tratamiento al tipo de droga consumida entre sus pacientes.

Se ha observado que en México no se cuenta con modelos de tratamiento especializado para drogas específicas. La droga que más ha aumentado su prevalencia es la cocaína, por lo que su uso se está convirtiendo en un problema de salud pública, además de que no hay una estrategia o un modelo que ataque el problema específico de consumo (Oropeza, 2003).

De hecho, algunos usuarios de cocaína coinciden en afirmar que no existe a nivel institucional tratamientos específicamente diseñados para ellos, más aún, informan que su experiencia en los tratamientos no sólo es mala, sino que en muchas ocasiones a ellos los han dañado (Ortiz, 1997; citado en Fukushima, 2003).

En la evaluación de los 6 tratamientos precedentes, desafortunadamente no se cuenta con:

- Datos sobre su efectividad
- No hay modelos diseñados para trabajar con drogas específicas.
- No son selectivos del nivel de dependencia.
- Finalmente no hay un tiempo definido.

Todo lo anteriormente mencionado los hace ser de una reducida costo-efectividad. Dado este panorama se hace necesario el desarrollo y validación de alternativas de corte breve, enfocados en la reducción del consumo de drogas específicas, como se describen a continuación las estrategias empleadas en la UNAM.

#### Universidad Nacional Autónoma de México

Dentro de las aportaciones en investigación que brinda la Universidad Nacional Autónoma de México (Ayala, 2002), se encuentran programas especializados diseñados para trabajar la adicción a sustancias específicas. En ellos, el enfoque que predomina es el cognitivo conductual, bajo la modalidad de psicoterapia breve. Estos tratamientos se encuentran desarrollados principalmente en el Centro Acasulco, que depende de la Facultad de Psicología, UNAM. Se describen a continuación:

- *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 2001) Este modelo de tratamiento está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para bebedores problema; tiene como objetivo el incidir en el patrón de consumo y en el funcionamiento psicosocial del usuario.

- *Modelo de detección temprana e intervención breve para adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas* (Martínez, 2003). Este modelo está dirigido a los adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de sustancias como alcohol y/o drogas, busca incidir en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados.
- *Modelo de detección temprana e intervención breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína* (Oropeza, 2003)<sup>1</sup>. Este programa está dirigido a usuarios con un nivel de dependencia leve a moderada. Busca disminuir o eliminar el patrón de consumo de cocaína, así como los problemas relacionados con el mismo.
- *Modelo de intervención para usuarios crónicos de alcohol y drogas* (Barragán, Morales, & Ayala, 2002). Es un programa intensivo cuyo objetivo es ofrecer tratamiento a aquellos usuarios o poliusuarios de drogas que presentan varios años de consumo y/o el uso de grandes cantidades de droga.
- *Modelo de detección temprana e intervención breve para fumadores* (Lira, 2002). Este modelo de tratamiento está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para fumadores, el cual consiste en identificar situaciones de alto riesgo, desarrollar conductas alternativas para incrementar la autoeficacia y de esta manera promover un cambio en la conducta de fumar.

Aunque en la actualidad no existe consenso sobre el mejor tratamiento para la adicción a la cocaína. Todos los abordajes terapéuticos comparten objetivos comunes: mantener al paciente en tratamiento, conseguir la abstinencia y prevenir la recaída. Una serie de fármacos se han ensayado en el tratamiento de la dependencia a la cocaína; sin embargo, tan sólo unos pocos han demostrado ser eficaces. Las intervenciones de tipo no farmacológico también se han ensayado con relativa eficacia, con especial énfasis en aquellos métodos que pueden disminuir el deseo o las recaídas. Los estudios actuales sugieren que la combinación de terapias farmacológicas y conductuales o cognitivas son las que ofrecen mejores resultados en el tratamiento de estos pacientes (Bobes et al, 2003).

En éste capítulo se mostró un breve panorama de las diferentes teorías que dan explicación a la farmacodependencia; algunas de las opciones de tratamiento que existen en nuestro país, así como la Norma Oficial que los regula.

El siguiente capítulo lo dedicaremos a describir uno de los programas desarrollados en la UNAM para el manejo de las adicciones, dicho programa se enfoca al consumo específico de la cocaína.

---

<sup>1</sup> Este modelo se detallará más en el capítulo 3.

**Capítulo III.**  
**Tratamiento Breve para**  
**Usuarios de Cocaína**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CAPITULO III

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA

En este penúltimo capítulo se presenta una breve descripción del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2003), desarrollado en la Facultad de Psicología, de la UNAM. Se muestran algunas de las características de la terapia breve y la terapia cognitivo-conductual, para describir posteriormente los componentes de este tratamiento en particular, las sesiones que lo conforman y sus criterios de inclusión y exclusión.

Este tratamiento es un modelo de intervención breve para sujetos con problemas de consumo de cocaína, se sustenta en los modelos cognoscitivos-conductuales para sujetos con problemas en el uso de cocaína con niveles bajos o medios de dependencia.

El TBUC se basa en una intervención motivacional que pretende ayudar al paciente a comprometerse a cambiar su conducta, a usar sus recursos y fortalezas para resolver los problemas derivados de su forma de consumo, por ello, en este tratamiento al usuario no se le considera como un "enfermo", sino como un sujeto que aprendió un hábito de conducta excesivo y que puede ser modificado a través del aprendizaje de nuevos hábitos.

Cabe mencionar que este tratamiento tomó como base para su creación el Manual 1, A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction, (Carroll, 1998) y el Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 2001), haciendo así una fusión entre los componentes y herramientas de ambos tratamientos, dando como resultado un tratamiento específico para usuarios de cocaína y adaptado a la población mexicana.

### 3.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A continuación se describen de manera resumida los componentes teóricos que sustentan el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.

#### TERAPIA BREVE

La Terapia Breve es un proceso sistemático y enfocado, el cual está sustentado en la evaluación, el involucramiento del cliente y la rápida implementación de estrategias de cambio. Esta modalidad de terapia, utiliza ciertos procesos para lograr cambiar algún problema específico. Normalmente hay una teoría subyacente sobre las causas del problema y sobre la mejor forma de motivar al paciente para hacer un cambio positivo en su vida.



En este sentido, una ventaja notable de la terapia breve, en comparación con otro tipo de terapias, es la realización de cambios conductuales importantes para los pacientes en espacios de tiempo relativamente cortos.

Las terapias breves difieren de las terapias a largo plazo en que estas se enfocan más en el presente, enfatizan el uso de herramientas terapéuticas efectivas en poco tiempo y se enfocan en cambiar conductas específicas más que en cambios muy grandes. Hay varios tipos específicos de terapias que han sido diseñadas para trabajarse en periodos de tiempo breve, como las cognoscitivo conductuales que en ocasiones sólo necesitan de cuatro sesiones. Otras aproximaciones que tradicionalmente son más largas, se pueden adaptar, aún las aproximaciones psicodinámicas se han adaptado al formato de las terapias breves, con lineamientos muy claros para su uso (Luborsky & Mark, 1991, citado en Oropeza, 2003).

Los tratamientos breves han demostrado tener una mayor costo-efectividad, debido a que en un periodo de tiempo corto se atiende a más pacientes, logrando así una mayor cobertura, por eso el NIDA lo recomienda. Cabe mencionar que el tipo de población con mejores resultados presenta características de leve a moderado, reduciéndose los beneficios en pacientes severos o crónicos.

### TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La definición de aprendizaje de Klein (1994), habla de un proceso basado en la experiencia que produce un cambio relativamente permanente en la conducta que no se debe a un estado transitorio, a la maduración o a tendencias de respuesta innata.

Esta teoría toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico (CC), así como contingencias de reforzamiento importantes para el condicionamiento operante (CO), debido a que tienen la misma importancia la cognición y el comportamiento. Es decir, el aprendizaje social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria y la reproducción de lo que se observa. Se da por las experiencias previas y las características del individuo, determinando el repertorio de una persona.

Esta teoría lo que señala básicamente es que se aprenden ciertas conductas que son observadas en otras personas las cuales reciben ciertos beneficios, y que, cuando el observador las repite recibe ese tipo de beneficios, así las aprende hasta que forman parte de su manera natural de actuar.

Así pues, para el tema que nos ocupa, la teoría del aprendizaje social señala que un factor importante para los sujetos que inician el consumo y el abuso de sustancias es que aprendan a hacerlo.



Por ejemplo, en muchas ocasiones los adolescentes fuman al ver a sus amigos fumar. Y lo mismo sucede con los usuarios de cocaína, ya que muchos empiezan a usarla después de ver a sus amigos o a los miembros de su familia usar cocaína u otras drogas, recibiendo beneficios inmediatos como podría ser el efecto de la sustancia o el pertenecer a un grupo de amigos, iniciando así un uso experimental, que frecuentemente se convierte en uso regular.

### **CONDICIONAMIENTO CLÁSICO**

Pavlov demostró que, con el tiempo, aparear repetidamente un estímulo (ej. el sonido de una campana) con otro (ej. la presentación de comida) puede elicitar una respuesta confiable (ej. la salivación del perro).

O'Brian, Childress y McLellan (1991), han estudiado y documentado ampliamente los tipos de respuestas condicionadas que pueden ocurrir en abusadores crónicos de cocaína. Si el usuario ha parado el consumo de cocaína ya sea por ingresar a tratamiento, por encarcelamiento o por otras razones, va a presentarse una fuerte tendencia a consumir la cocaína después de un periodo corto de abstinencia. Reportando, por ejemplo, palpitaciones intensas, sudoración, etc. cuando se encuentra con objetos tan diversos como pueden ser granos de azúcar blanca, talco, o personas con las que solía consumir. Estos estímulos actúan como disparadores del deseo. Así pues, para el momento en el que un consumidor decida ingresar a tratamiento, la mayor parte de su ambiente consiste en recordatorios del uso de cocaína, haciendo más difícil mantenerse en abstinencia a pesar de su gran motivación por el cambio, por ello la necesidad de que los tratamientos cuenten con herramientas adicionales para enfrentar o reducir el deseo de la droga.

Con el tiempo, el abuso de cocaína puede relacionarse con dinero o con su parafernalia, con lugares particulares (bares o lugares donde comprar drogas), personas particulares (amigos que consumen drogas, distribuidores), momentos del día o de la semana (salir del trabajo, fines de semana), estados de ánimo (soledad, aburrimiento), etc. Eventualmente, la exposición a esos disparadores individuales es suficiente para elicitar deseos muy intensos a los que normalmente sigue el consumo de la droga.

### **CONDICIONAMIENTO OPERANTE**

Los animales de laboratorio pueden trabajar para obtener las mismas sustancias que muchos humanos abusan (ej. cocaína, opiáceos o alcohol) ya que encuentran la exposición a las sustancias placentero o reforzante. El uso de drogas puede verse como una conducta que es reforzada por sus consecuencias.

La cocaína puede usarse para cambiar la forma en que la persona siente (ej. poderosa, con energía, eufórica, estimulada, menos deprimida), piensa (yo puedo hacer lo que quiera) o se comporta (menos inhibida, con más confianza).

Las consecuencias positivas (y negativas) percibidas del consumo de cocaína varían de individuo a individuo. Los sujetos con historias familiares de abuso de sustancias, con una gran necesidad de búsqueda de sensaciones o con desórdenes psiquiátricos concurrentes, pueden ver a la cocaína como particularmente reforzante. También es importante que los terapeutas entiendan que el consumo de cocaína se hace por razones importantes y particulares.

### **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

La entrevista o terapia motivacional esta basada en los principios de la psicología cognitiva y de la psicología social. El énfasis de esta terapia, es remarcar a elicitación en el paciente afirmaciones automotivacionales de compromiso y deseo del cambio. En ocasiones, la motivación intrínseca puede ser necesaria como un factor suficiente para instigar el cambio.

La entrevista motivacional (EM) es directiva, con un estilo de consejo centrado en el cliente, donde se busca elicitación un cambio de conducta ayudándolo a explorar y resolver la ambivalencia respecto al cambio de conducta. Comparada con el consejo no directivo, esta es más enfocada y se dirige a metas claras (Rollnick & Miller, 1995, citado en Oropeza, 2003).

La entrevista motivacional tiene como tarea principal motivar al paciente; es decir, la motivación para el cambio se elicitación por el cliente, y no se impone desde afuera. Otras aproximaciones motivacionales han enfatizado la coerción, persuasión, confrontación constructiva o el uso de contingencias externas (ej. la amenaza de la pérdida de trabajo o familia). Tales estrategias pueden tener su lugar al evocar el cambio, pero son muy diferentes del espíritu de la EM, que descansa en la identificación y la movilización de los valores y las metas intrínsecas del cliente para estimular la conducta de cambio.

Así pues, este modelo busca que el paciente evoque su propia motivación para alcanzar el cambio de conducta consolidando así una decisión personal y a su vez crear un plan para buscar dicho cambio. En la entrevista motivacional, es el paciente quien elige sus propias metas, es decir, ninguna de las metas es impuesta por el terapeuta, aunque puede ayudarlo dando consejos o sugerencias específicas.

Hay conductas del terapeuta específicas que son características del estilo de la EM. Las principales serían las siguientes: tratar de entender el marco de referencia de la persona, particularmente a través de la escucha reflexiva; expresar aceptación y afirmación al cliente; elicitación y reforzar selectivamente las

afirmaciones motivacionales donde el cliente reconoce su problema, su preocupación, su deseo, sus intenciones y su habilidad para cambiar; monitorear su grado de disposición para cambiar, y asegurarse que la resistencia no está generada al estar frente al cliente; afirmar la libertad de elección del cliente así como decidir su dirección.

## **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) complementa algunos elementos de la teoría cognitiva y elementos de la teoría conductual, otro elemento que conforman a esta terapia es la teoría del aprendizaje social. La terapia cognitivo conductual se conceptualiza como un trabajo que cambia lo que el cliente hace y piensa, más que enfocarse en sólo cambiar la forma de pensar del cliente. La TCC puede usarse por profesionales y practicantes entrenados en la salud mental, aún con experiencia limitada con este tipo de terapia. Puede usarse sola o en conjunto con otras aproximaciones o con programas de 12 pasos. Este modelo generalmente no es apropiado para ciertos clientes, principalmente para aquellos con desórdenes psicóticos o bipolares y que no ha sido posible estabilizarlos con medicamentos; aquellos que no tienen formas de vida estable; y los que no son médicamente estables (evaluados por un examen físico antes del tratamiento) (Heather, 1989).

Esta aproximación cognitivo conductual, en el caso de las adicciones, está enfocada al desarrollo de habilidades de enfrentamiento, las cuales serán importantes para manejar diversas situaciones de riesgo de consumo de la sustancia. Es decir, la TCC ayuda a los pacientes a reconocer aquellas situaciones en las que exista una gran probabilidad de consumo de cocaína, evitar dichas situaciones cuando sea necesario y enfrentar de mejor manera los problemas así como aquellas conductas que están asociadas con el abuso de la cocaína.

### *Técnicas Cognitivo Conductuales*

Dos ventajas que tienen las TCC es que son relativamente breves y muy flexibles en su implementación. Estas normalmente se ofrecen de 4 a 16 sesiones. En la TCC puede evaluarse un gran rango de cogniciones, incluyendo las atribuciones, apreciaciones, expectativas de autoeficacia, y expectativas relacionadas con los efectos de las sustancias.

Las intervenciones cognitivas, conductuales y cognitivo-conductuales han demostrado ampliamente ser efectivas, además de que pueden usarse con una gran variedad de consumidores. La investigación en el entrenamiento de habilidades de enfrentamiento con consumidores de alcohol y cocaína señalan que estas estrategias tienen fuerte apoyo empírico. La prevención de recaídas no

ha mostrado un apoyo empírico tan fuerte (Carroll, 1996, citado en Oropeza, 2003).

El modelo cognitivo conductual asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, prefieren no usar las que tienen o no pueden usarlas. También asume que durante su vida, estos consumidores han desarrollado una serie de expectativas sobre los efectos de la sustancia, basadas en las observaciones de amigos y conocidos que abusan de ellas para enfrentar situaciones difíciles, así como a través de su propia experiencia sobre sus efectos positivos.

La TCC usa los procesos de aprendizaje para ayudar a los consumidores a reducir su consumo de drogas. Ayuda al cliente a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente en una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso (Carroll, 1998, citado en Oropeza, 2003). Para lograr estas metas terapéuticas, la TCC incorpora tres elementos centrales, que son el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas.

#### Análisis funcional

Este análisis intenta identificar los antecedentes y las consecuencias de las conductas de abuso de sustancias, que sirven como factores disparadores y mantenedores. En este, el cliente y el terapeuta normalmente empiezan la terapia llevando a cabo un análisis funcional de las conductas de abuso de sustancias (Monti, Gulliver & Myers, 1994, citado en Oropeza, 2003). Los antecedentes del consumo pueden venir de los dominios emocionales, sociales, cognoscitivos, situacionales (ambientales) y fisiológicos (Miller & Mastria, 1977, citado en Oropeza, 2003). El análisis funcional también sirve para analizar el número, rango y efectividad de las habilidades de enfrentamiento individuales. Pero el mayor énfasis en la terapia cognitivo conductual está en identificar y remediar el déficit en las habilidades de enfrentamiento, así como evaluar las fortalezas y habilidades adaptativas del usuario (DeNelsky & Boat, 1986, citado en Oropeza, 2003).

#### Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento

Un componente mayor en la TCC es el desarrollo de habilidades de enfrentamiento. El déficit en las habilidades de enfrentamiento entre los consumidores de sustancias puede ser el resultado de diferentes factores (Carroll, 1998, citado en Oropeza, 2003). Ellos pueden no haber desarrollado nunca estas habilidades, posiblemente debido a que el consumo temprano haya deteriorado el desarrollo de habilidades de enfrentamiento sensibles a la edad. Las habilidades de enfrentamiento previamente desarrolladas pueden estar comprometidas por el incremento de la confianza en el uso de sustancias como forma primaria de abuso. Pero cualquiera que fuera el origen del déficit, una meta primaria del TCC es ayudar a los individuos a desarrollar y emplear habilidades de enfrentamiento que efectivamente trabajen con las demandas de las situaciones de alto riesgo en tener que saltar a las sustancias como una respuesta alternativa.

### Prevención de recaídas

Dentro de esta aproximación hay varios modelos, aunque los que más se articulan dentro del modelo cognitivo conductual son el de Annis & Davis (1988) y el de Marlatt & Gordon (1985). Estas aproximaciones descansan fuertemente en el análisis funcional, identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, pero también intentan tratar directamente con las cogniciones involucradas en el proceso de recaídas y se enfocan en ayudar al sujeto a ganar mayor autoeficacia. Aunque la autoeficacia se relaciona con la disponibilidad de estrategias de enfrentamiento y se espera que se incrementen conforme el cliente aprende nuevas habilidades, esto no siempre ocurre espontáneamente. Siempre es necesario ayudar al cliente a cambiar la pasividad y el sentido de desamparo que normalmente acompañan a la baja autoeficacia. Bandura (1977, citado en Oropeza, 2003) observó que hay una gran cantidad de formas para aumentar la autoeficacia. Sin embargo, el modelo que parece que tiene mayor impacto y mayor influencia, usa la idea del éxito en las ejecuciones para mejorar la autoeficacia del cliente. Annis & Davies (1988, citado en Oropeza, 2003) señalan que en este modelo, se prepara al cliente a hacer algo que antes era incapaz de hacer.

## 3.2 TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA

Este modelo cognitivo conductual de habilidades de enfrentamiento (TCC) es un tratamiento breve, que busca ayudar a que los usuarios dependientes de la cocaína (es decir, que alcanzan los criterios del DSM-IV para abuso o dependencia), busquen la abstinencia de la misma. La suposición subyacente es que el proceso de aprendizaje tiene un papel importante en el desarrollo y continuación del abuso o dependencia a esta droga, así, el mismo proceso de aprendizaje puede usarse para ayudar a los sujetos a reducir su consumo de otras drogas.

Carroll (1998, citado en Oropeza, 2003) menciona ciertas características de las TCC que las hacen particularmente efectivas como tratamiento enfocado para la atención del consumo de sustancias, las cuales se describen a continuación:

- Son tratamientos breves diseñados para las capacidades y los recursos de la mayoría de los programas clínicos.
- Se han evaluado extensamente en experimentos clínicos rigurosos los cuales tienen un apoyo empírico sólido como tratamiento para el abuso de la cocaína. Los datos señalan la duración de sus efectos y su efectividad con abusadores más severamente dependientes.
- Son estructuradas, orientadas a metas y se enfocan a problemas inmediatos que enfrentan los abusadores de la cocaína que ingresan al tratamiento y que tratan de controlar su consumo.

- Son aproximaciones flexibles e individualizadas que pueden adaptarse a un gran rango de pacientes, a una gran variedad de escenarios (pacientes internos y externos) y de formatos (terapia individual y grupal).
- Son compatibles con otro tipo de tratamientos (ej. farmacoterapia).
- Esta aproximación comprende varias tareas comunes que ayudan al éxito en el tratamiento de abuso de sustancias.

En general, estas características en conjunto ayudaran al paciente a tomar la decisión de cambiar su consumo mediante el establecimiento de una meta, el análisis del deseo de la sustancia, evaluar las situaciones de alto riesgo y enfrentar los problemas con la cocaína (Oropeza, 2003).

Este modelo intenta ayudar a los usuarios a reconocer las situaciones en las cuales es más probable consumir cocaína, evitarlas cuando sea posible y enfrentar mejor los problemas y las conductas problemáticas asociadas con su consumo.

Este tratamiento tiene dos componentes críticos que son el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades (Oropeza, 2003).

#### Análisis funcional

Durante el tratamiento, para cada ocasión de consumo, terapeuta y paciente utilizan el análisis funcional para identificar los pensamientos, sentimientos y circunstancias antes y después del consumo de la cocaína. Al inicio del tratamiento, esta estrategia es importante porque ayuda a que ambos evalúen los determinantes y las situaciones de alto riesgo donde es probable que haya un consumo; también le ayuda a identificar las estrategias que le pueden dar un insight de sus razones para usar la droga (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia que no tendría estando sobrio). Al final del tratamiento, el análisis funcional ayuda a identificar las situaciones donde el sujeto todavía tiene dificultades para enfrentar su consumo.

#### Entrenamiento en habilidades

El programa de entrenamiento individual ayuda a que los usuarios desaprendan viejos hábitos asociados con el abuso de cocaína y que aprendan o reaprendan habilidades y hábitos saludables (Miller & Rollnick, 1999, citado en Oropeza, 2003). Si el consumo de la sustancia fue lo suficientemente severo como para necesitar un tratamiento, es muy probable que los usuarios usen la droga como la forma más común para enfrentar un gran rango de problemas inter e intrapersonales. Esto puede ocurrir por varias razones. Quizá, si el sujeto comenzó a usarla al inicio de su adolescencia, nunca aprendió estrategias efectivas para enfrentarse con cambios y problemas de la vida adulta. Aunque puede haber adquirido estrategias que fueron efectivas en algún momento, estas habilidades pueden haberse deteriorado por la confianza adquirida en el consumo de la sustancia como medio principal de enfrentamiento.



Estos pacientes probablemente perdieron estas estrategias que fueron efectivas en algún tiempo por involucrarse con estilos de vida asociados con el consumo de drogas, donde la mayor parte del tiempo lo dedican en adquirir, usar y recobrase de los efectos de las drogas.

Como los sujetos que abusan de la cocaína forman un grupo heterogéneo y normalmente asisten al tratamiento con una gran cantidad de problemas, es necesario entrenarlos en diferentes habilidades. Para esto las primeras sesiones se dirigen a enseñar habilidades que buscan iniciar el control en el uso de cocaína (ej. identificación de situaciones de alto riesgo, enfrentamiento con pensamientos acerca del uso de cocaína). Cuando estas habilidades básicas se dominan, el entrenamiento incluye otros problemas en los cuales el sujeto puede tener dificultades para enfrentar el consumo (ej. aislamiento social). Además, para reforzar y aumentar sus habilidades de enfrentamiento, el entrenamiento también debe enfocarse tanto en habilidades intrapersonales (ej. enfrentarse al deseo) como interpersonales (ej. rehusar los ofrecimientos de cocaína). Entonces, a los pacientes se les enseñan habilidades, estrategias específicas (aplicables aquí y ahora para controlar el uso de cocaína) y generales que pueden aplicarse a una gran variedad de problemas. Por lo tanto, este modelo no solamente ayuda al usuario a reducir y eliminar el uso de sustancias mientras está en tratamiento, sino que también le da habilidades que pueden beneficiarlo mucho tiempo después del tratamiento para solucionar diferentes tipos de problemas.

Este modelo tiene un formato individual, debido a que es más sencillo individualizarlo para alcanzar las necesidades específicas de cada paciente. De esta manera, el paciente recibe más atención y es posible que se involucre más en el tratamiento si tiene la oportunidad de trabajar solo con el terapeuta. Este formato da más flexibilidad para programar las sesiones y eliminar el problema de pedirle a los pacientes que esperen varias semanas hasta que se haya reclutado el número necesario de pacientes para formar un grupo.

El programa se brinda en 10 sesiones, 2 de evaluación y 8 de tratamiento, una vez a la semana, durante 10 semanas. Este es un tratamiento breve que intenta que, como meta final, el consumidor llegue a la abstinencia, aunque durante el tratamiento es posible trabajar la moderación. Los seguimientos se hacen al mes, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses de haber dado de alta al consumidor, lo que puede ser suficiente para que este mantenga el patrón que había alcanzado al final del tratamiento. Las investigaciones sugieren que los pacientes que son capaces de alcanzar 3 o más semanas de abstinencia continua de la cocaína durante las 10 semanas que dura el tratamiento son capaces de tener un buen resultado durante los 12 meses siguientes al término del tratamiento (Carroll, 1998, citado en Oropeza, 2003).

Sin embargo, para muchos pacientes un tratamiento breve no es suficiente para estabilizarlos o mejorarlos. En estos casos, este modelo puede prepararlo para una terapia más larga. De igual forma, si el paciente tiene algún problema

especial que quiera trabajar, es factible recomendar un tratamiento adicional al final del tratamiento. El seguimiento tiene las siguientes funciones: ayudar a identificar situaciones, emociones y cogniciones que siguen siendo problemáticas o para mantener la abstinencia o que surgen cuando el uso de cocaína ha terminado o se ha reducido; ayudar a mantener las ganancias ya obtenidas al reafirmar las habilidades y estrategias de afrontamiento que el sujeto ha implementado; y motivar al usuario a que se involucre en actividades y relaciones que son incompatibles con el consumo de drogas.

El tratamiento se suministra como consulta externa debido a que se enfoca a descubrir y enfrentar los disparadores del uso de la sustancia en la vida cotidiana del usuario. Entonces, para entender quién es el usuario, cómo pasa su tiempo libre, dónde y cómo vive, el terapeuta debe hacer un análisis funcional más elaborado. El entrenamiento de habilidades es más efectivo cuando los pacientes tienen la oportunidad de practicar nuevas habilidades en su contexto cotidiano, aprender lo que funciona y lo que no funciona, así como analizar nuevas estrategias, más que en un contexto residencial.

### 3.3 COMPONENTES DEL TRATAMIENTO

Dentro del TBUC lo que se busca es proporcionarle al usuario estrategias que le ayuden a lograr cambios favorables en la conducta de no consumir, para ello en cada sesión se aborda un componente específico.

#### Sesión motivacional

Se ha encontrado que la motivación inicial para que el usuario asista al tratamiento de cocaína es uno de los predictores de retención de corto plazo a través de la mayoría de los grupos.

#### Análisis de los resultados de los instrumentos

Se revisa cuál es el patrón de consumo utilizando los resultados de la evaluación inicial. Se analiza el consumo de la última semana a través de los registros de automonitoreo que diariamente llena, y a lo largo de todas las sesiones de tratamiento. Se le da retroalimentación sobre la acción de la droga en el organismo y los riesgos que conlleva.

#### Análisis funcional

Se enseña al sujeto a identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias) y consecuencias de su forma de consumo. Al principio del tratamiento, el análisis funcional juega un rol crítico para ayudar al paciente y al terapeuta a medir los determinantes, o situaciones de riesgo, que son probables que lleven al uso de cocaína y que de retroalimentación para algunas de las razones de porqué el sujeto usa cocaína (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia no disponibles de otra manera en la vida del sujeto).



Al final del tratamiento, el análisis funcional de episodios de uso de cocaína puede ayudar a identificar aquellas situaciones o estados en los cuales el sujeto todavía tiene dificultades de enfrentamiento.

#### *Balance decisional*

En esta parte, el sujeto establece cuáles son sus razones para cambiar su patrón de consumo por medio de un proceso de balance decisional. En él se debe especificar cuáles son los costos y los beneficios de cambiar su patrón hacia la abstinencia, así como los costos y beneficios de seguir consumiendo cocaína como lo ha hecho hasta ahora.

#### *Establecimiento de metas*

Se motiva al usuario para que elija, con ayuda del terapeuta, la meta de abstinencia para las siguientes semanas. Plantea la importancia que esta meta tiene para él y cual es su nivel de confianza para alcanzarla.

#### *Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína*

Se enseña al sujeto estrategias para que reconozca, evite y enfrente sus pensamientos en relación al uso y deseo de la cocaína. Usualmente, la ambivalencia se manifiesta en pensamientos sobre la cocaína, y estos pueden ser difíciles de manejar. La cocaína es un factor importante, y en ocasiones dominante, de la vida de los usuarios; los pensamientos tanto positivos como negativos son normales y es probable que permanezcan durante un buen tiempo.

#### *Enfrentarse al deseo de la cocaína*

Se enseñan estrategias al sujeto para que identifique los disparadores que le hacen desear consumir cocaína; que los evite o enfrente. Es importante que los usuarios reconozcan que experimentar algún deseo es normal y muy común. El deseo no significa que algo esté mal o que el usuario realmente desee continuar usando la sustancia. Debido a la frecuencia y variedad de circunstancias en que se auto-administra la cocaína, una gran cantidad de estímulos se han apareado con el abuso de la cocaína. Estos pueden actuar como señales condicionadas o disparadores del deseo de la cocaína. En los disparadores comunes se incluyen la gente que está alrededor del sujeto que usa cocaína, tener dinero o recibir el sueldo, tomar alcohol, situaciones sociales, ciertos estados afectivos tales como ansiedad, depresión o felicidad. Los disparadores para el deseo de la cocaína también son altamente idiosincrásicos, y esta identificación de las señales debería hacerse de manera prolongada en cualquier tratamiento.

#### *Habilidades de rechazo*

Se dota al sujeto con habilidades para que evalúe la disponibilidad de la cocaína, aprenda a romper el contacto con distribuidores, y adquiera habilidades de rechazo. Un tema muy importante para muchos de los sujetos que abusan de la cocaína es reducir su disponibilidad y rechazar efectivamente las ofertas de la cocaína.

Los usuarios que permanecen ambivalentes respecto a la reducción de uso de la cocaína tienen dificultades particulares cuando se les ofrece directamente cocaína. Muchas redes sociales de los adictos a la cocaína son muy estrechas y ellos se asocian con muy poca gente que no usa cocaína, así que romper su contacto puede significar el aislamiento social. A muchos usuarios les faltan las habilidades básicas de asertividad para rechazar efectivamente los ofrecimientos de cocaína o prevenir futuros ofrecimientos de la misma.

#### Decisiones aparentemente irrelevantes

Se discute lo que son las decisiones aparentemente irrelevantes, se relacionan con las situaciones de riesgo, y se desarrollan cursos de acción. Conforme el tratamiento va progresando, los usuarios invariablemente encuentran situaciones de mucho riesgo relacionadas con la cocaína, a pesar de los esfuerzos que hagan. Una forma de exposición de la cocaína que los sujetos perciben como fuera de su control, involucra conductas determinadas por el paciente. Las decisiones aparentemente irrelevantes se refieren a aquellas decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan al paciente cerca o a las situaciones de mucho riesgo, aunque estas no parezcan relacionadas con el uso de la cocaína.

#### Solución de problemas

Se enseña al sujeto los pasos básicos para la solución de problemas y se trata de aplicar a posibles situaciones de riesgo. Al transcurrir el tiempo, el repertorio de enfrentamiento y de solución de problemas de los usuarios, se ha reducido de tal manera que la cocaína y el abuso de otras sustancias se ha convertido en el medio principal y general de enfrentar los problemas. Muchos usuarios son incapaces de resolver sus problemas cuando surgen, y los ignoran hasta que estos hacen crisis. Muchos sujetos, particularmente aquellos que tienen estilos cognitivos impulsivos o que no están acostumbrados a pensar a través de conductas y consecuencias alternativas, encuentran este tópico especialmente útil.

#### Identificación de situaciones de riesgo

El sujeto identifica 3 situaciones de riesgo de consumo de cocaína. A pesar de los mejores esfuerzos del paciente, una gran variedad de circunstancias imprevistas pueden surgir llevándolo a situaciones de mucho riesgo. En ocasiones, estas pueden ser muy graves, relacionadas con eventos negativos muy estresantes tales como la muerte o enfermedad de un ser querido, perder el trabajo, la pérdida de una amistad importante, así como otras situaciones. Sin embargo, también los eventos positivos pueden llevar a situaciones de mucho riesgo. Ejemplos de estos podrían ser el recibir una gran cantidad de dinero o iniciar una nueva relación íntima. Como tales eventos pueden ocurrir en cualquier momento, tanto durante o después del tratamiento, se debe motivar a los usuarios a desarrollar un plan emergente de afrontamiento al cual se pueda referir y que pueda usar si ocurre alguna crisis.

#### Probabilidad de recaídas

Se analiza la probabilidad de que el sujeto tenga alguna recaída. Se enfatiza la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de enseñanza, y no como fracasos o indicadores de un fracaso evidente del programa de tratamiento.

#### Seguimientos

Al mes, tres, seis y doce meses de haber dado de alta al usuario, se hacen sesiones de seguimiento para determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo y las consecuencias negativas que se derivan de este comportamiento adictivo.

Ya abordados los componentes del tratamiento a continuación se describen cada una de las 10 sesiones.

### **3.4 SESIONES DE TRATAMIENTO**

El Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003) esta conformado por una sesión de admisión, una sesión de evaluación, ocho sesiones de tratamiento y cuatro sesiones de seguimiento. Las sesiones se desarrollan individualmente junto con el terapeuta y se apoyan en una serie de lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir cocaína así como tareas relacionadas con dichas lecturas. Lo mencionado anteriormente, tiene como objeto que el paciente logre buscar un estilo de vida saludable.

#### ADMISIÓN Y EVALUACIÓN

Estas sesiones recaban información acerca del motivo de consulta (en este caso se espera lógicamente que sea la adicción a la cocaína). Posteriormente se describe a los usuarios las características del tratamiento así como los objetivos del mismo (en esta parte se les informa a los usuarios que la adicción a la cocaína no es vista como una enfermedad, y que como tal recae en ellos la responsabilidad del cambio), posteriormente el usuario firma un consentimiento informado.

Se le da al usuario un automonitoreo de consumo, así como un autorregistro del deseo de cocaína y se le enseña a tomar su registro diario. Así también, se aplican instrumentos de pre-selección, se recaban datos personales así como de la historia de consumo de la sustancia y finalmente se hace una línea retrospectiva acerca del consumo de la sustancia 6 meses anteriores a esta entrevista.

Antes de dar comienzo con las sesiones de tratamiento, se hace una evaluación general que comprende los siguientes puntos:

- Datos psicosociales
- Medición y determinación de la severidad de la dependencia a la cocaína
- Identificación y medición de situaciones de riesgo relacionadas con el consumo
- Historia de consumo de cocaína
- Analizar la historia de consumo de otras drogas
- Patrón de consumo de los 6 meses anteriores a la intervención
- Medición de las consecuencias derivadas del consumo

De igual manera se aplican los siguientes instrumentos:

- Ficha de admisión: Este es el primer contacto con el centro de servicios psicológicos. Esta ficha recaba datos generales del usuario, así como el motivo de consulta. Esta es aplicada por personal del mismo centro.
- Entrevista inicial: El objetivo de esta entrevista es analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente (como son la familiar, social, económica, salud, sexual, escolar y laboral), problemas psicológicos, físicos, afectivos y emocionales relacionados con el consumo. Esta entrevista fue desarrollada específicamente para este tratamiento.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, et. al, 2001): Con este instrumento podemos observar perfiles del uso individual de cocaína en los últimos 12 meses. Mide la frecuencia de uso de drogas con respecto al contexto situacional de su uso. El ISCD es una prueba confiable y válida, aunque se debe interpretar con precaución la subescala de inconformidad física.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, et. al, 2001): Nos arroja un índice cuantitativo de problemas de drogas el cual incluye algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas experimentadas en los últimos 12 meses.
- Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, Pérez, et. al, 2001): Este instrumento mide la percepción de la confianza que tiene el usuario para poder resistirse a consumir la sustancia ante diversas situaciones.

- Línea Base Retrospectiva: Nos sirve para identificar tanto la frecuencia como la tasa de consumo de cocaína en los 6 meses anteriores a esta entrevista.
- Automonitoreo: Con este instrumento el usuario va registrando diariamente su consumo de cocaína, señala las situaciones en las que lo hizo analizando los antecedentes y consecuentes en caso de que haya consumido la sustancia o alguna otra.
- Cuestionarios de Validación Social para un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Este instrumento se desarrollo específicamente para validar este tratamiento (Fukushima, 2003), se aplica al final de cada sesión y nos sirve para conocer la satisfacción tanto con los procedimientos utilizados en el tratamiento así como de sus resultados.

### SESIÓN 1: BALANCE DECISIONAL

Objetivo general: motivar al paciente a modificar su consumo de cocaína, ya sea disminuyéndolo poco a poco (reducción), o buscando la abstinencia desde ese momento.

En esta sesión, el paciente evalúa cuáles son tanto los beneficios como los costos de continuar consumiendo mediante un balance decisional, para que posteriormente sea él mismo quien se fije una meta para cambiar el consumo (en este caso el terapeuta puede sugerir la abstinencia como meta, pero no imponerla como tal), finalmente se le motiva a llevar a cabo esta meta identificando las razones más importantes para cambiar.

### SESIÓN 2: MANEJO DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Objetivo general: que el paciente aprenda a identificar y manejar sus disparadores del consumo de cocaína (análisis funcional).

Es importante recalcar en esta sesión que la meta que el usuario ha elegido la tenemos que tomar como una recuperación a largo plazo y que es muy común en este sentido que en algunas ocasiones se pueda llegar a dar una recaída, la cual no significa un fracaso, sino una experiencia de la cual podemos aprender mucho. Es importante en esta sesión que el usuario logre identificar tanto los precipitadores que lo llevan al consumo así como las consecuencias del mismo (positivas y negativas), esto nos ayuda a identificar situaciones de alto riesgo para evitar consumir en dichas situaciones.

### SESIÓN 3: IDENTIFICAR Y ENFRENTAR PENSAMIENTOS SOBRE COCAÍNA

Objetivo general: que el paciente aprenda a identificar y manejar (evitando o enfrentando) sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

Una actividad muy complicada en ocasiones es lograr identificar aquellos pensamientos que anteceden al consumo de cocaína. Para lograr este objetivo con más facilidad podemos apoyarnos en el automonitoreo. Al lograr identificar dichos pensamientos, enfrentaremos de una manera adecuada una situación de alto riesgo, para lo cual se sugieren ciertas estrategias como son: Relacionar los momentos de consumo con un estado negativo particular, desafiar los pensamientos de cocaína, establecer actividades, hablar con alguien, entre otras.

### SESIÓN 4: IDENTIFICAR Y ENFRENTAR EL DESEO DE LA COCAÍNA

Objetivo general: que el paciente aprenda a identificar y a manejar (a través de la evitación y el enfrentamiento) el deseo por consumir cocaína.

Para llevar a cabo lo anterior se realizan algunas actividades para entender e identificar los disparadores que provocan el deseo. Algunas estrategias que se brindan en esta sesión para enfrentar el deseo son: llevar a cabo actividades de distracción, hablar con otra persona acerca del deseo, realizar una actividad de imaginación para experimentar el deseo de una manera diferente (con esta técnica se le hará notar al sujeto que existe la posibilidad de que él manipule su propio deseo).

Es importante que el usuario comprenda que sentir deseo por la cocaína es algo muy normal y que dicho deseo tiene un período de duración (desde unos cuantos minutos, hasta algunas horas) y no pasa nada si no consume la sustancia.

Con la finalidad de enriquecer más esta sesión, a partir de la implementación del autorregistro del deseo, se da retroalimentación a cada usuario sobre el comportamiento de su deseo.

### SESIÓN 5: RESPUESTAS ASERTIVAS DE RECHAZO

Objetivo general: que el paciente aprenda a responder de manera asertiva a los ofrecimientos de la cocaína, para de esta manera, controlar mejor posibles situaciones de riesgo.

La finalidad de esta sesión es ofrecer al paciente las herramientas necesarias para eliminar el acceso a la cocaína así como enfrentar

adecuadamente futuros ofrecimientos. Inicialmente debemos de identificar las situaciones más comunes en las cuales se dan los ofrecimientos u obtención de la sustancia. Posteriormente el paciente evalúa si puede reducir o evitar las fuentes de acceso y por último se practican las respuestas asertivas mediante una lluvia de ideas, esto con la finalidad de que el sujeto tenga varias opciones que sean efectivas para rechazar el ofrecimiento de la cocaína ante diversas situaciones o diversas personas. Para llevar a cabo correctamente esta actividad, es muy importante explicar al usuario la diferencia entre las respuestas pasivas, asertivas y agresivas.

### SESIÓN 6: DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES

Objetivo general: que el paciente aprenda a tomar mejores decisiones, que lo alejen de las situaciones de riesgo y que por lo tanto eviten el consumo de cocaína.

A diario tenemos que tomar decisiones; en ocasiones parecieran ser automáticas o sin importancia. En el caso de la cocaína, algunas de estas conductas son tan cotidianas que las personas no logran darse cuenta de todas aquellas decisiones que se relacionan con el consumo y que son minimizadas por los usuarios. Por lo tanto, en esta sesión se busca que el paciente logre darse cuenta de las decisiones que está tomando, así como hacer un análisis de las mismas, y así lograr evitar las Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI) que llevan al consumo tomando decisiones futuras ante situaciones tanto específicas como inesperadas. Por último se le explica al paciente que el termino del tratamiento esta por llegar.

### SESIÓN 7: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES

Objetivo general: que el paciente aprenda, desarrolle y aplique una estrategia efectiva que le ayude a solucionar los problemas que enfrenta cotidianamente, sin necesidad de consumir cocaína.

Además del consumo de cocaína, los usuarios se enfrentan a toda una serie de problemas que se han visto incrementados por continuar utilizando la sustancia como estrategia de escape ante dichos problemas. Para enfrentar dichos problemas, es necesario que el paciente cuente con una estrategia efectiva para poder resolverlos. La estrategia utilizada en esta sesión es la siguiente:

- Reconocer que existe un problema
- Identificar y especificar el problema (evitar involucrar situaciones ajenas al problema)
- Generar alternativas (proponer varias soluciones al problema)



- Tomar una decisión (llevar a cabo la decisión más viable para solucionar el problema)
- Evaluar la decisión elegida (Se evalúa la efectividad y los resultados de la alternativa elegida)

Estas actividades se realizan utilizando un ejemplo personal del usuario. Al final de la sesión se empieza a preparar el cierre del tratamiento.

### SESIÓN 8: REESTABLECIMIENTO DE METAS Y PLANES DE ACCIÓN

Esta sesión tiene tres objetivos:

- Establecer o reestablecer la meta de abstinencia
- Diseñar planes de acción para las situaciones de mayor riesgo
- Evaluar el tratamiento

Al llegar a esta sesión, llegamos al final del tratamiento, por lo cual es necesario evaluar el cumplimiento y satisfacción de la meta elegida al inicio del tratamiento para posteriormente reestablecer dicha meta (sugiriendo nuevamente la abstinencia total como meta permanente).

Se harán planes de acción para evitar futuras recaídas (además de verlas como una experiencia enriquecedora para evitar volver al consumo desmedido. Por último, también es muy importante saber la satisfacción del usuario con el tratamiento, para lo que se pide al paciente que evalúe el tratamiento.

### SEGUIMIENTOS

Objetivo general: conocer qué efectos ha tenido el tratamiento en la vida del paciente y que ha pasado con su consumo, una vez que ha dejado de asistir al tratamiento.

Los seguimientos una vez finalizado el tratamiento, se llevan a cabo al mes, a los tres meses, a los seis meses y los doce meses. En estas sesiones se evaluará el cumplimiento de las metas reestablecidas en la sesión 8, así como el cumplimiento de metas que hayan surgido a lo largo del tratamiento.

En los cuatro seguimientos se aplica lo siguiente:

- Inician con la línea base retrospectiva, evaluando si ha habido consumo, evaluando la frecuencia y cantidad
- Después se aplica la entrevista general de seguimiento.
- Si hay algún problema particular se aborda brevemente.
- Se evalúa la necesidad de tener sesiones adicionales y qué temas serán tratados



En los seguimientos a los 6 y 12 meses se aplica además:

- ISCD
- CACD
- CAD
- DSM IV

### 3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Los sujetos que solicitan el servicio de este tratamiento, deben de cumplir con ciertos criterios para poder brindarles el tratamiento de manera efectiva. A continuación se muestran los criterios de inclusión y de exclusión para este tratamiento.

#### Criterios de inclusión al tratamiento

- Pacientes que soliciten consulta externa para trabajar el problema de consumo de cocaína
- Hombres y mujeres con edades entre 18 y 65 años
- Que inician o tengan un consumo leve o moderado de cocaína
- Personas que la principal sustancia de abuso sea la cocaína y que consuman de manera moderada alcohol, tabaco o marihuana
- Poliusuarios cuya principal droga de consumo sea la cocaína y de manera secundaria sea otra (excepto opiáceos)
- Sujetos que sepan leer y escribir
- Sujetos con escolaridad mínima de secundaria

#### Criterios de exclusión al tratamiento

- Sujetos que tengan complicaciones médicas graves
- Sujetos con alteraciones cognitivas severas que impidan su participación de manera adecuada
- Sujetos que no cumplan con los criterios de inclusión
- Sujetos con residencia fuera de la ciudad de México
- Sujetos que, de acuerdo con los resultados obtenidos con la evaluación del CAD y del ASI, refieran un consumo severo de la sustancia

El desarrollo de tratamientos especializados en sustancias muy específicas, como el descrito anteriormente diseñado para usuarios de cocaína, representa un avance importante dentro de la tarea de atención en México para contrarrestar el creciente problema de salud pública que genera la dependencia a la cocaína en nuestro país.

Dentro del TBUC, así como en la literatura, se ha detectado que un factor importante para mantener la conducta de abstinencia y reducir los índices de deserción al tratamiento es enseñar a los pacientes estrategias para identificar y enfrentar el deseo de la cocaína, el cual puede ser evocado por infinidad de estímulos que se han asociado al consumo, llevando a los pacientes a recaer a pesar de haber mantenido períodos largos sin consumo.

Por ello se pretende dentro del modelo conocer las características del deseo para hacer un manejo más intensivo de él, como forma de preparar al usuario a sobrellevar esa sensación subjetiva, variable y episódica. En el siguiente capítulo nos daremos a la tarea de estudiar las características del deseo y las formas de identificarlo y medirlo para su manejo terapéutico.

**Capítulo IV.**  
**Modelos de deseo**  
**de consumo**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO IV. MODELOS DE DESEO DE CONSUMO

El termino más comúnmente manejado para el tema que en este capítulo nos ocupa es "craving", de acuerdo a la literatura anglosajona; y su termino en la traducción al español ha sido *deseo o anhelo* por consumir la droga, para esta tesis, el concepto al cual nos vamos a referir es "deseo", aunque en ocasiones se manejan de manera indistinta "deseo" y "craving" como sinónimos.

Recientes investigaciones (Flowers, et. al, 1993; Weiss, et. al, 1995; han reportado que el manejo del deseo es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas fármacodependientes, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida en el consumo, dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto, también para el TBUC, el craving significa un problema por atender para las personas que nos solicitan tratamiento.

Cabe aclarar que el deseo es el resultado de repetidas experiencias de consumo de una sustancia, al cual se le asocia más con el uso compulsivo, es decir, es poco probable que los consumidores que inician el consumo de cierta droga reporten deseos fuertes de consumirla, más bien lo que se reporta es un consumo controlado con consecuencias positivas (efectos inmediatos), pero conforme avanza el consumo empiezan a aparecer las consecuencias negativas, entre las que figura el deseo. El deseo, como muchas otras sensaciones, también puede representarse en una campana de Gauss, donde inicialmente es de baja intensidad y fácil de controlar, pero si el paciente no cuenta con habilidades para manejarlo ira creciendo en intensidad, dificultando su control, hasta que llegue al punto máximo, se mantenga por un corto tiempo y empiece a descender.

A lo largo de este último capítulo se desarrollará nuestro principal tema de estudio. Como primer punto se definirá el deseo, de ahí partiremos a los Modelos que buscan explicar la presencia del deseo a partir de su propio bagaje teórico, se manejan tres principales modelos: Neuroadaptativo, Conductual y Cognoscitivo. Así también, se describirán algunos instrumentos que se han desarrollado para medir el deseo, a continuación se presentará una breve descripción de las estrategias que brinda el TBUC a sus pacientes para afrontar y manejar el deseo y por último se muestra literatura de algunos teóricos que han estudiado la relación del deseo con las recaídas.

#### 4.1 DEFINICIÓN DE DESEO

En sus primeras concepciones el *craving* por el consumo hacía referencia al deseo irrefrenable por el consumo o ansia de la droga y a la consecuencia instrumental del deseo se conceptualizó como "impulso", entendido como la intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica; el objetivo del impulso es reducir el estado que lo promovió (*craving*). "Los deseos y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegan a ser autónomos, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos." (Sánchez, et al, 2001, pág.238).

Horvarth, (1988 en Beck et. al, 1999) hace una distinción entre *deseo* e *impulso*, lo primero lo describe como la sensación subjetiva por conseguir el estado psicológico inducido por la droga, y el segundo lo describe como el determinante conductual de buscar y tomar drogas.

Algunos autores utilizan el término "urge" (en literatura en inglés) en vez de "craving" porque les parece menos ambiguo y cubre un amplio continuum del grado del deseo (craving = ansia, urge = impulso, deseo). También se ha considerado como un estado motivacional estableciendo una analogía entre deseo y hambre, ya que ambos son experiencias subjetivas de necesidad de ingerir algo - aunque es importante puntualizar que el deseo no es una necesidad biológica-. Pueden ser inducidos por estímulos ambientales y son independientes respecto al consumo (Jiménez, Graña & Rubio, 2002).

De acuerdo con Beck, et. al. (1999, pág 225), "el deseo es una experiencia idiosincrásica formada por componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Por lo tanto al identificar sus componentes, los pacientes pueden ser más objetivos acerca de su experiencia, y así disminuir su intensidad subjetiva."

Aunque el DSM IV, no utiliza como tal el término deseo, si lo incluye dentro de sus indicadores de farmacodependencia, describiéndolo como una "necesidad irresistible de consumo" (APA, 1994, pág. 182).

Los deseos por el consumo, son los factores más importantes de abandono terapéutico y son los causantes en general de las caídas en el consumo después de largos periodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen durante y después del tratamiento (Beck, et. Al, 1999; Sánchez, et al, 2001). Es por ello, que para el tratamiento es importante que el paciente comprenda las razones de evaluar y manejar el deseo como una forma de aprender a identificarlo y manejarlo y a su vez reconocer las señales o estímulos asociados con el mismo.

Algunos autores proponen la existencia de distintos tipos o formas de evocar el deseo. Beck, et. al, (1999) maneja cuatro tipos de deseo:

1. Respuesta a los síntomas de abstinencia. Este tipo de deseo se presenta cuando los usuarios de una droga no la consumen por cierto periodo de tiempo, generando un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de tomarla. El deseo toma la forma de "necesidad de sentirse bien de nuevo".
2. Respuesta a la falta de placer. Este tipo de deseo implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida e inmediata posible. Es muy probable que esto ocurra cuando los pacientes se encuentran aburridos, decaídos o no cuentan con habilidades sociales para divertirse.
3. Respuesta condicionada a las señales asociadas con drogas. Los usuarios han aprendido a asociar algunos estímulos que serían considerados neutros - por ejemplo una persona, un lugar donde solían consumir, o para los que utilizan crack, una lata de refresco - con la intensa recompensa obtenida de la utilización de la droga. Por lo tanto estos estímulos neutros están "cargados de significado" y pueden inducir por sí solos un deseo automático.
4. Respuesta a los deseos hedónicos. Experimentan el inicio del deseo cuando quieren aumentar una experiencia positiva. Por ejemplo, algunos pacientes han desarrollado el hábito de combinar sexo y drogas como forma de incrementar la experiencia sexual. Muchos otros ejemplos pueden mencionarse en el trabajo, el arte y el deporte. Estos deseos son especialmente difíciles de combatir con la terapia, y el momento de cambio se consigue cuando el consumo de drogas del paciente ha llegado a un límite en el que sus problemas personales han acabado con sus momentos aislados de disfrute hedónico inducido por la droga.

Por su parte, Early, 1991 (en Sánchez, et al, 2001) conceptualiza y distingue de forma similar cuatro tipos de deseo:

1. Uso reforzado. Aparece en la fase de consumo y desaparece al abandonarlo.
2. Interoceptivo. Aparece en el mes posterior al cese del consumo y se desencadenaría por síntomas corporales o pensamientos.
3. Encubierto. Aparece hasta dos meses después del cese del consumo, se caracteriza por inquietud y un sentido falso de confianza de que ya no se desea la droga.

4. Condicionado a señales externas e internas. Permanece hasta dos años después del cese del consumo y estaría desencadenado por estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos, etc.) e internos (pensamientos, sensaciones)

Aunque existen diferencias en la conceptualización de los distintos tipos de deseo, una serie de elementos son comunes en los distintos posicionamientos (Sánchez, et al, 2001):

- El deseo o *craving* a drogas forma parte de la adicción.
- El deseo se intensifica si el individuo recibe el impacto de señales asociadas al consumo de drogas.
- Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y manejar sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo.

A pesar de no existir un consenso sobre el término deseo ni sobre su definición, es una experiencia subjetiva referida por varios usuarios de drogas que intentan mantenerse en abstinencia, los cuales, pueden ser inducidos por estímulos ambientales y/o internos, y son independientes respecto al consumo. Aunque por otro lado algunos teóricos no dan importancia al estudio del deseo, ni siquiera como factor de recaída.

#### Desacuerdos del deseo

El deseo es considerado por muchos clínicos e investigadores, un elemento central en las adicciones, aunque también ha sido cuestionada esta importancia. Litt, Cooney y Morse (2000; en Jiménez, Graña & Rubio, 2002) señalan el hecho de que algunos individuos no refieran sensaciones de deseo. No está claro si simplemente es que no lo experimentan, o lo experimentan sin reconocerlo, o por el contrario lo experimentan pero, incluso reconociéndolo, no lo refieren.

Algunos modelos teóricos no consideran el deseo esencial para la explicación de las recaídas, ya que en algunas situaciones experimentales ha sido difícil demostrar su existencia empíricamente. Esto ha dificultado el llegar a un total acuerdo sobre su validez como constructo y ha planteado durante mucho tiempo limitaciones conceptuales y metodológicas. A pesar de esa falta de acuerdo sobre su significado y su definición el concepto *craving* (deseo) es ampliamente utilizado para valorar el grado de problemas con la abstinencia de drogas.

El avance de la Psicología Cognitiva en el estudio del alcoholismo y el mayor conocimiento de los mecanismos y estructuras cerebrales relacionadas con el deseo ha permitido incrementar el conocimiento sobre este fenómeno y comprender mejor su papel en los trastornos adictivos y en las recaídas.



## 4.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL DESEO

Las aportaciones que han arrojado las investigaciones en diversas áreas de la Psicología, han jugado un papel cada vez más importante en la investigación y tratamiento de la adicción a drogas. Los investigadores cognoscitivistas han enfatizado la necesidad de comprensión, regulación e interpretación del deseo como parte de una aproximación estructurada del tratamiento.

Por otro lado, investigadores y clínicos han revisado el Condicionamiento Clásico como un mecanismo que puede estar en la base de la respuesta del consumo de drogas, en la relación drogas-estímulos o señales en el ambiente. Finalmente se ha ampliado enormemente la comprensión de los mecanismos cerebrales que están a la base de la dependencia a drogas y de estructuras cerebrales que pueden estar asociadas con el deseo.

A continuación se revisan varios modelos desarrollados con la finalidad de explicar este fenómeno clínico y los mecanismos a través de los que opera.

### 4.2.1 MODELO NEUROADAPTATIVO

Desde este modelo se plantea que la gradual, y quizá, permanente adaptación de las funciones cerebrales (neuroadaptación) a la presencia de drogas es un rasgo central en el desarrollo de la dependencia. Esta neuroadaptación conduce a ciertas características de la dependencia física, tales como la tolerancia y el síndrome de abstinencia, así como a una condición que podría ser llamada memoria de recompensa (Sánchez, et al, 2001).

La neuroadaptación "es un estado caracterizado por la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo" (Lorenzo, et al, 2003, pág. 11). Sus dos componentes principales que apoyan la idea de que los procesos de neuroadaptación se han iniciado son la *tolerancia* y el *síndrome de abstinencia agudo*; otro elemento clave es la *sensibilización* (fenómeno opuesto a la tolerancia) se trata de la respuesta aumentada a una droga tras una presentación intermitente repetida. Los fenómenos de sensibilización persisten mucho tiempo después de que la droga haya sido eliminada del cerebro.

Koob (1999, en Sánchez, et al, 2001) menciona que modelos animales de adicción y deseo, así como estudios farmacológicos en humanos han indicado que diversos sistemas neuroquímicos contribuyen a la neuroadaptación. Por ejemplo, los neurotransmisores de dopamina, glutamato, GABA, y opiáceos endógenos, así como las neuronas que responden a estas moléculas, pueden jugar un papel en el desarrollo de la memoria de recompensa.

En humanos, la retirada de cocaína se asocia con hiperprolactinemia persistente, una condición que quizás refleje la función reducida del neurotransmisor dopaminérgico, porque la secreción de prolactina es inhibida tónicamente por dopamina proveniente del hipotálamo. La evidencia más directa para explicar niveles bajos de dopamina viene de los estudios de imagen cerebral que muestran esas disminuciones de la síntesis de dopamina conforme avanza el periodo de abstinencia. Un hipofuncionamiento del sistema dopaminérgico se ha reportado también siguiendo el abuso de alcohol a largo plazo. Los pacientes que han abusado del alcohol, muestran deterioro en la función de receptores centrales de dopamina que dependen de la cantidad de alcohol consumida a largo plazo, y del atraso en la recuperación de la función de dopamina, la cual se asocia con recaídas tempranas en el alcohólico (Spanagel & Weiss, 1999).

Este modelo propone diferentes mecanismos que conducirían al deseo durante el síndrome de abstinencia y, luego durante la abstinencia. Durante el síndrome de abstinencia, mecanismos cerebrales que se han adaptado a la presencia crónica de la sustancia permanecen en un estado alterado. Estos síntomas están asociados con un sentido subjetivo de malestar, que pueden conducir al deseo a fin de "sentirse normal" nuevamente. Estos mecanismos pueden persistir por un período considerable –semanas, meses o incluso años–.

Si la persona permanece abstinentemente o consume muy poco, los mecanismos cerebrales alterados eventualmente vuelven a su estado original, conduciendo al sentido renovado de bienestar y a una disminución del deseo. De acuerdo con éste modelo, los sucesos ambientales o cambios internos de los estados emocionales provocan una serie de reacciones neuroquímicas que a través de experiencias pasadas han estado programadas para activar varios sistemas cerebrales, conduciendo así a la experiencia del deseo. A continuación se describe uno de los principales modelos dentro del rubro neuroadaptación.

#### Modelo de desajuste homeostático

Koob y Le Moal, 1997 (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002) explican a las adicciones como un proceso de desajuste de los sistemas de recompensa cerebral, que aumentan progresivamente, y dan lugar a un consumo compulsivo y pérdida de control. Identifican como principal mecanismo neurobiológico de los efectos de reforzamiento positivo de las drogas al sistema dopaminérgico mesocorticolímbico y sus conexiones con el núcleo acumbens y la amígdala; implicando principalmente a los neurotransmisores GABA, glutamato, dopamina, serotonina, y péptidos opioides. Proponen tres etapas en el ciclo adictivo que empeoran y se repiten a lo largo del proceso: *Preocupación* (anticipación, consumo compulsivo), *Intoxicación* y *Abstinencia* (estado emocional negativo). Los organismos mantienen la homeostasis de sus sistemas mediante modificaciones en sus parámetros para mantener la estabilidad al percibir y anticipar demandas ambientales.

Aunque no podemos reducir el deseo a sus mecanismos biológicos fundamentales, sin emplear además constructos conductuales, cognitivos y socio-culturales que interactúen para lograr una explicación holística, si podemos ver la coincidencia de éste y otros modelos que no se mencionaron, al señalar el núcleo acumbens, la amígdala, el córtex y el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico como el sustrato neurobiológico del deseo. Estas investigaciones ayudan principalmente al desarrollo de medicamentos para calmar el deseo, como apoyo a los tratamientos de desintoxicación.

#### 4.2.2 MODELOS DE CONDICIONAMIENTO

Estos modelos postulan que las señales relacionadas con la droga se asocian repetidamente con el consumo de la sustancia, convirtiéndose en estímulos condicionados, es decir, elicitán la misma respuesta fisiológica y psicológica que el consumo de la sustancia. Si el consumo no ocurre inmediatamente, estas respuestas inducidas resultan en deseo.

Sus principales constructos están basados en el Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante.

##### CONDICIONAMIENTO CLÁSICO.

Explica los cambios a largo plazo producidos durante la exposición a drogas y su influencia en el comportamiento incluso después de meses o años de abstinencia. Se han descrito tres Modelos principales de reactividad a estímulos en términos de esta teoría (Jiménez, et al, 2002).

Modelo Apetitivo y de Incentivo Condicionado: el *craving* aparece ante el deseo de experimentar los efectos positivos reforzantes de la droga surgido por la exposición a estímulos condicionados con el consumo.

Modelo de Abstinencia Condicionada: el *craving* aparece por el deseo de evitar la experiencia aversiva de la abstinencia condicionada.

Modelo de Tolerancia Condicionada: plantea el *craving* como consecuencia del deseo de evitar la experiencia negativa aversiva de los cambios fisiológicos, opuestos al efecto de la droga debidos a la tolerancia condicionada, que pueden ocurrir en ausencia de consumo o presencia de estímulos relacionados .

##### CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

Los procesos de aprendizaje explican la manera en que el individuo aprende, por su experiencia, que una conducta tiene efectos predecibles en dirección a una meta, lo cual hace más probable la repetición de la conducta. El reforzamiento, positivo o negativo, serían los procesos implicados en la aparición o desaparición de un estímulo contingente a la conducta, que incrementa la

probabilidad de ésta. Así se interpretaría el consumo de drogas para experimentar recompensa hedónica o para aliviar síntomas negativos de abstinencia (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002).

Posteriormente estas explicaciones resultaron insuficientes para dar cuenta de otros aspectos del complejo fenómeno multidimensional en que se fue estructurando el deseo. De esta forma surgieron otros modelos en un intento de aportar nuevas explicaciones que englobaran cada vez más factores. Las descripciones del deseo y de las recaídas de los adictos ahora incluyen además de los procesos de condicionamiento numerosos componentes cognitivos como recuerdos específicos de la droga, expectativas positivas, dificultad de concentración, decisiones sobre el consumo, atención focalizada en estímulos relacionados con la sustancia e interpretaciones de reacciones fisiológicas.

#### 4.2.3 MODELOS COGNITIVOS

Los modelos cognitivos están basados en que las respuestas a la droga y las señales relacionadas con ella implican varios procesos cognitivos, así como expectativas en cuanto a los efectos placenteros de la sustancia y la creencia de la persona en su propia habilidad de vencer el deseo de consumo. Estos enfoques investigan los procesos que controlan las funciones mentales, tales como comunicación, aprendizaje, clasificación, representación de conocimientos, resolución de problemas, planificación, reconocimiento y toma de decisiones (Sánchez, et al, 2001).

El enfoque cognitivo considera el deseo como producto de las funciones mentales de orden más elevado, a diferencia de los modelos de condicionamiento tradicionales que lo conceptualizan como algo biológicamente primario.

Tiffany 1999, clasifica en dos tipos las teorías cognitivas (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002):

1. Modelos Cognitivo-Conductuales.
  - Modelo cognitivo.
  - Modelo de expectativa de resultado.
  
2. Paradigma de ciencia cognitiva.
  - Modelo de doble-afecto.
  - Modelo de procesamiento cognitivo.

## 1. MODELOS COGNITIVO CONDUCTUALES

También llamados modelos de aprendizaje social, enfatizan constructos como expectativas, atribuciones y autoeficacia en el control de la conducta de consumo. A continuación se describen los dos principales.

Modelo de Etiquetado Cognitivo (Cognitive Labeling Model). Considera el deseo como una emoción generada después de la exposición a señales relacionadas con la droga, que se traduce en dos respuestas –una respuesta cognitiva y una activación fisiológica- identificando la activación como deseo; el alcance del deseo depende del alcance de la activación. Se hipotetiza que el deseo surge de la interpretación cognitiva de las reacciones condicionadas. Es decir, el deseo es la interpretación de reacciones fisiológicas condicionadas ante una situación identificada como situación de consumo. Éste modelo es una variante de la Teoría del Arousal Cognitivo de la Emoción de Schachter y Singer 1962, según la cual una experiencia emocional es el resultado de la interacción entre el arousal psicológico y la interpretación cognitiva de éste. La interpretación da un nivel de emoción que determina la cualidad del estado de la emoción (placer o displacer). Como resultado de esta respuesta cognitiva, el consumidor interpreta las reacciones fisiológicas como deseo (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002).

Modelo de Expectativas de Resultado (Outcome Expectancy Model). Para este modelo el deseo es generado después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan expectativas positivas sobre los efectos de ésta. Este modelo representa una reformulación del modelo de Expectativa de Resultado de Marlatt 1995, y distingue entre *craving* (deseo) y *urges* (impulso). El *craving* se correspondería con el deseo por los resultados positivos, que a su vez activaría los impulsos, es decir, el compromiso con el consumo, precipitando así la conducta de consumo. Incluye factores cognitivos como racionalización, negación y deseo de gratificación inmediata (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002).

Para ambos modelos, el deseo surge como respuesta a señales ya sea internas (sensaciones, pensamientos) o externas (estímulos medioambientales) asociadas al consumo de drogas. Dentro de estos modelos también se le da importancia a las reacciones ocurridas en el organismo y no sólo a las interpretaciones que se les da a estas. Mientras que para el primer modelo el deseo es la interpretación a las reacciones fisiológicas condicionadas; para el segundo el deseo tiene que ver con las expectativas positivas que genera el usuario respecto al consumo de la droga.

## 2. PARADIGMA DE CIENCIA COGNITIVA

Se focaliza en el procesamiento de la información, estructuras cognitivas, memoria y toma de decisiones, y es más representativo de la psicología cognitiva contemporánea. Se presentan a continuación:

*Modelo del Doble Afecto* (Dual-Affect Model). El deseo es controlado por sistemas complejos de procesamiento de la emoción, que influyen en las respuestas fisiológicas, la emoción y la conducta de búsqueda de droga. Podría ser producido por un sistema emocional negativo (estados emocionales negativos, eventos aversivos, síndrome de abstinencia, estímulos emparejados con episodios de abstinencia previos) y un sistema emocional positivo (estados emocionales positivos, consumo de dosis pequeñas de droga e información de disponibilidad). Los sistemas de deseo estarían estructurados en un nivel cognitivo, en redes de memoria que guardan la información sobre los estímulos que activan el sistema de *craving* (respuestas relacionadas con el consumo y significado o interpretación de estímulos y respuestas). Una red se activa cuando los estímulos medioambientales se equiparan a la información del estímulo almacenado en esa red. La magnitud de la activación dependerá de la magnitud de la asociación de las señales con la red de memoria (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002).

*Modelo de Procesamiento Cognitivo* (Cognitive Processing Model) Postula que las acciones que implica el consumo en los usuarios de alguna droga se automatizan debido a la experiencia, quedando estereotipadas, sin esfuerzos y difíciles de controlar al quedar reguladas en gran parte fuera de la conciencia. El deseo estaría mediado por procesos no automáticos, que son más lentos, flexibles, intencionados, y que requieren de esfuerzo y atención. Dos situaciones provocarían su aparición:

1. Cuando un obstáculo ambiental bloquea un proceso automático activado.
2. Cuando una persona quiere prevenir la ejecución de una secuencia automática activada.

Este modelo también implica que el uso de drogas y la conducta de búsqueda puede darse en ausencia de deseo. En personas con un largo historial de uso de droga, muchas de las conductas de uso llegan a convertirse en automáticas, en estos sujetos el deseo estaría generado por procesos no automáticos que se activarían cuando aparecen obstáculos para la realización del consumo. Por lo tanto, el afrontamiento del deseo supone un esfuerzo mental "extra" para aquellas personas que intentan mantener la abstinencia y que, ante situaciones de estrés adicional, es probable que se encuentren con sus recursos cognitivos "agotados" (Sánchez, et al, 2001; Jiménez, et al, 2002).

A pesar de sus diferencias, los enfoques cognitivos comparten temas comunes, postulan que el deseo proviene de mecanismos que operan en los sistemas procesadores de la información. Así pues, estos modelos no ven el



deseo meramente como un estado conducido de forma primitiva pero si como el producto de más alto orden de las funciones cognitivas.

En éste apartado se han descrito brevemente algunas teorías que explican la función del deseo en la adicción, dejando notar que no es un fenómeno que pueda ser definido por un mecanismo simple. Nosotros, dentro del TBUC, como tratamiento de corte Cognitivo-Conductual explicamos el deseo a partir de los Modelos de Condicionamiento Clásico y Operante y del Modelo Cognoscitivo de acuerdo a las teorías Cognitivo-Conductuales.

A demás de saber qué es el deseo y cómo se explica su presencia en las adicciones, fue también importante para nosotros conocer formas en las cuáles se ha intentado medir.

### 4.3 MEDICIÓN DEL DESEO

Los clínicos pueden ayudar a sus pacientes a vigilarse a ellos mismos ante la presencia de deseo, ayudarlos a identificarlo y manejarlo con eficacia. Para estos pacientes el reconocimiento del deseo podría servir como una señal temprana de advertencia de recaída, que puede impulsar el uso de medidas preventivas antes de que ocurra realmente el consumo (Sánchez, et al, 2001).

El terapeuta debe reconocer y comprender los deseos de su paciente, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. Para esto es relevante que el sujeto entienda el deseo, para lo cual el paciente debe darse cuenta de que "experimentar cierto grado de ansiedad es normal y muy común. Sentir que esta ansiedad no significa que algo está mal o que el paciente realmente desea consumir drogas otra vez." (NIDA, 1999, citado por CIJ, 1999, pág. 88).

De igual manera, debe describir o detectar el deseo. Para esto puede ser útil el empleo de autorregistros, así como preguntar ¿Cómo es su deseo?, ¿Qué tanto le afecta?, ¿Cuánto tiempo dura? ¿Qué es lo que hace o trata de hacer para manejar el deseo?, etc. Por ello, la medición del deseo es importante porque de acuerdo con la literatura parece ser un concepto útil que puede ayudar a clínicos e investigadores a planificar los tratamientos y predecir las recaídas. Hasta hace poco, se había medido utilizando escalas análogas de un solo ítem, clasificando de forma subjetiva y global la intensidad del deseo. Actualmente varias escalas multi-ítem han sido desarrolladas para evaluar ciertos fenómenos específicos del deseo a la cocaína. A continuación presentamos algunas escalas:



Cocaine Craving Questionnaire (CCQ)

El Cuestionario de *Craving* de Cocaína desarrollado por Tiffany y cols. (1993, en Tejero, Trujols & Siñol, 2003) es uno de los instrumentos más referenciados para la medida del *craving* de cocaína. El CCQ de Tiffany, presenta dos características que hacen de dicho autoinforme un instrumento atractivo y sugerente.

- Considera al deseo como un estado multimodal o compuesto por varios componentes.
- Ofrece la opción de medir el deseo centrado en un momento temporal concreto ("ahora", "en este momento") o bien durante un periodo de tiempo global y más prolongado ("en la última semana").

La escala autoaplicada consta de 45 reactivos de escala tipo Likert de 7 puntos en función del grado de acuerdo o de desacuerdo con las frases que se le presentan y consta de las siguientes áreas :

1. Deseo de consumir cocaína
2. Intensión y planificación del consumo de cocaína.
3. Anticipación de los efectos positivos del consumo.
4. Anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia.
5. Pérdida de control sobre el consumo.

Un primer estudio sobre este modelo multidimensional del deseo fue realizado por el mismo autor en el ámbito de la dependencia de la nicotina (Tiffany & Dropes, 1991; en Tejero, Trujols & Siñol, 2003).

Tiffany considera el deseo como un "epifenómeno cognitivo" del consumo (Tiffany, 1990; Ramos et al, 1998; citados en Tejero, Trujols & Siñol, 2003, p. 27). Así, tanto el consumo como el deseo serían fenómenos paralelos controlados por procesos mentales diferentes. Mientras que el consumo estaría controlado por procesos mentales automatizados, el deseo se controla por procesos mentales no automatizados. El funcionamiento paralelo de ambos procesos se rompe cuando en algún momento del ciclo adictivo falta la disponibilidad de la sustancia objeto de la dependencia. Si el sujeto posee un acceso fácil y posible a la sustancia que consume no experimenta deseo. Éste aparece cuando el paciente encuentra obstáculos en el ciclo adictivo de deseo, intención y consumo. Así, el deseo entra en una relación de potenciación o de inhibición del consumo, produciéndose así, el denominado "deseo para la evitación de la abstinencia".

En términos generales puede considerarse que el CCQ presenta una confiabilidad y validez satisfactorias, y confirma, al menos en el caso de la dependencia de cocaína, la estructura multidimensional del deseo. Si se desean revisar más datos sobre las propiedades psicométricas del cuestionario se puede consultar el estudio realizado por Tiffany y cols. en 1993, donde describen el desarrollo de su instrumento.

*Cuestionario de Craving de Roger D. Weiss*

Uno de los autores que también ha trabajado la evaluación clínica del deseo de cocaína es el Dr. Roger D. Weiss del McLean Hospital en Belmont, Massachussets, quien ha desarrollado una metodología basada en la administración de cinco preguntas centradas en diferentes aspectos de lo que él considera un fenómeno unidimensional, y referidas al momento presente de la evaluación.

El cuestionario de Weiss consiste en la autoadministración de cinco preguntas, centradas en el momento presente de la evaluación y que giran alrededor de los siguientes aspectos:

1. Intensidad del deseo en el momento presente.
2. Intensidad del deseo durante las últimas 24 hrs.
3. Frecuencia del deseo durante las últimas 24 hrs.
4. Nivel de reactividad ante estímulos ambientales condicionados relacionados con el consumo de de cocaína.
5. Probabilidad imaginada de un consumo de cocaína en el caso de que el paciente se encontrase en un ambiente en el que pudiera tener acceso a la sustancia.

En un primer estudio, realizado en 1995 por Weiss y colaboradores (en Tejero, Trujols & Siñol, 2003) con un grupo de 74 pacientes hospitalizados que presentaban un trastorno por dependencia de cocaína, con los cuales estudiaron las propiedades psicométricas de este instrumento de evaluación, así como la relación entre los niveles de deseo en la situación de hospitalización y el estado (abstinencia frente a consumo) de los propios pacientes al cabo de 3 meses de seguimiento. Este instrumento presentó un elevado nivel de consistencia interna, con puntuaciones en el índice  $\alpha$  de Cronbach que se hallaban entre .82 y .94 para los 5 ítems.

El análisis factorial de la escala confirmó la existencia de una estructura unidimensional, a diferencia de la propuesta de Tiffany, quien defendía un modelo multidimensional en el estudio y evaluación del deseo. En el mismo estudio, se observó una disminución gradual del nivel de deseo a lo largo del tiempo. En cuanto a la pregunta sobre la probabilidad de consumo de cocaína en otro posible ambiente, se observaron puntuaciones superiores que en las respuestas a las preguntas sobre el nivel de deseo del momento actual. En los 37 pacientes que participaron en el estudio de seguimiento, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las preguntas sobre el nivel de deseo en el momento presente y el consumo posterior de cocaína durante los 3 meses de seguimiento.

Así, estos datos y resultados de trabajos posteriores hacen hincapié en la importancia de los elementos situacionales en la elicitación del deseo, poniendo

de manifiesto la relevancia del momento y situación ambiental en la que se evalúa el deseo.

Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de Cocaína de Yale-Brown

Tras la aparición de la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al,1989; en Tejero, Trujols & Siñol, 2003) se ha convertido en una medida habitual en la mayoría de los estudios sobre la eficacia de diversos psicofármacos y terapias psicológicas en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Uno de los autores que hizo hincapié en la similitud entre la fenomenología obsesivo-compulsiva propia del trastorno obsesivo-compulsivo y la obsesividad y compulsión de las personas adictas al alcohol fue Modell en 1992 (Tejero, Trujols & Siñol, 2003). No obstante, ha sido sin duda el grupo de Antón (Antón et al, 1995, 1996, 2000; en Tejero, Trujols & Siñol, 2003) a través de la Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Bebida (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS), quienes han profundizado más en el estudio de la dependencia del alcohol desde ese marco teórico. A partir de la aplicación de este modelo a la evaluación de la adicción al alcohol, otros autores lo han aplicado a diferentes adicciones conductuales, por ejemplo a determinados trastornos de la alimentación, conductas de compra compulsiva, etc.

Dado que hasta la actualidad no se había realizado ningún intento de adaptación del modelo de evaluación de la fenomenología obsesivo-compulsiva a través del modelo Y-BOCS, al ámbito de la dependencia a la cocaína, el grupo de trabajo del Dr. De los Cobos, en España, en conjunto con el grupo de trabajo del Dr. Antón, en Estados Unidos, elaboraron la Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de Cocaína de Yale-Brown (Tejero, Trujols & Siñol, 2003) diseñada para la evaluación de los componentes obsesivo-compulsivos en la adicción a la cocaína. La versión castellana, de la cual también existe una versión inglesa, consta, al igual que la escala originaria para la dependencia del alcohol, de 14 ítems autoaplicados, con cinco alternativas categóricas de respuesta. El paciente debe realizar un esfuerzo de abstracción para recorrer mentalmente las experiencias obsesivas y compulsivas del deseo de cocaína ocurridas durante la última semana.

Simple Test of Cocaine Craving

Desarrollado por Voris et. al. (1991) el cual consiste esencialmente en una medición unidimensional del deseo a partir de cuatro escalas analógico-visuales de 20 cm. en la cual los sujetos deben marcar su grado de deseo de cocaína (deseo intenso – sin deseo), incluyendo, además, mediciones del estado de ánimo (edo. depresivo - edo. feliz), el nivel de energía (sin energía - mucha energía), y el estado de salud (sentirse enfermo – sentirse bien), al momento del llenado.

Se desarrolló un estudio con 25 pacientes diagnosticados, de acuerdo al DSM-III-R, como dependientes a la cocaína, a los cuales se les aplicó 2 veces el test de manera azarosa dentro de los 28 días de estancia de su tratamiento. Las mediciones para cada una de las cuatro escalas de la primera y segunda aplicación fueron correlacionadas, resultando estadísticamente significativas. La validez de la correlación en orden de mayor a menor fuerza es la siguiente: deseo (.89), salud (.78), estado de ánimo (.55) y por último el nivel de energía (.51). No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el deseo y las otras tres variables.

La limitación esencial de este procedimiento de evaluación radica en una operativización unidimensional y, probablemente, reduccionista de la variable deseo, sin embargo, esta escala presenta la ventaja de una fácil y rápida administración, característica importante, sobre todo en el caso de ensayos clínicos que precisen una frecuente valoración de esta variable (Tejero, Trujols & Siñol, 2003).

#### Minnesota Cocaine Craving Scale

Después del desarrollo del Simple Test of Cocaine Craving (Voris et al, 1991) como medida unidimensional, Halikas y colaboradores en 1991, desarrollaron una escala de 5 preguntas, entre las cuales se miden las tres dimensiones básicas del deseo: Intensidad, Frecuencia y Duración, así como los cambios del deseo de cocaína en la última semana (incremento – decremento) y por último el impacto del medicamento sobre el deseo de cocaína también en la última semana. El usuario marca el nivel medio de deseo de consumir cocaína experimentado durante la última semana.

El instrumento fue validado con un total de 234 escalas contestadas. Los resultados sugieren que el deseo de cocaína es de intensidad variable, se experimenta pocas veces al día (frecuencia) y su duración es corta. La media de la intensidad reportada fue de 45.12, en el 90% de las escalas no se reportaron más de dos experiencias de deseo al día y en el 60% de las escalas se reportaron episodios de 20 min. o menos.

Al relacionarse las tres mediciones del deseo de cocaína, se obtuvieron las siguientes correlaciones: entre intensidad y frecuencia .610, entre intensidad y duración .637 y entre frecuencia y duración .591, las cuales pueden considerarse como estadísticamente significativas. Así también, el instrumento demostró validez de consistencia interna entre las tres mediciones con un  $\alpha = .826$ . Por último se encontró que el deseo esta positivamente relacionado con el uso de cocaína.

Las ventajas y desventajas de esta escala van muy a la par de las mencionadas para la escala anterior, como ventajas se tiene una aplicación sencilla y rápida y como desventaja un manejo reduccionista del deseo. (Tejero,

Trujols & Siñol, 2003). Otra ventaja adicional que presenta esta escala es que se pueden obtener mediciones separadas de las tres dimensiones básicas del deseo: Intensidad, Frecuencia y Duración y evaluar el impacto del tratamiento o el impacto de nuevas estrategias de tratamiento en cada una de estas dimensiones (Halikas, et al, 1991).

Así pues, tenemos diversas escalas para la evaluación del deseo, cada una de ellas presentan datos válidos y confiables, las escalas mencionadas anteriormente van desde cuestionarios autoaplicables –con diferente número de preguntas- hasta escalas analógico-visuales, en las cuales el deseo puede ser medido desde una sola dimensión o multidimensional. La conveniencia de cada uno de los instrumentos dependerá de la finalidad de su aplicación.

El instrumento que se desarrolló para la presente investigación tomó como base el Minnesota Cocaine Craving Scale por su practicidad y rapidez para ser llenado como un autorregistro diario del deseo, además de ser un instrumento sensible para medir de manera separada sus tres variables: Frecuencia, Intensidad y Duración, y observar cambios independientes a lo largo del tratamiento.

#### 4. 4 MANEJO DEL DESEO EN EL TBUC

Como mencionamos en el capítulo anterior, entre los diferentes enfoques de la psicología, uno de los que ha mostrado mayor efectividad para el tratamiento de las adicciones ha sido el cognitivo – conductual. Tomando en cuenta este antecedente fue creado el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC; Oropeza, 2003). Este es un tratamiento mexicano con validez empírica, específico en la evaluación y tratamiento del consumo de cocaína dirigido a sujetos con dependencia leve o moderada.

Bajo el TBUC se ha observado que uno de los factores importantes que dificultan la abstinencia y que incluso provocan recaídas, a pesar de que el paciente lleva un tiempo considerable sin consumir la sustancia, o tiempo después de concluido su tratamiento, es el *deseo por el consumo de cocaína*. Dicha observación se ve respaldada por Beck et. al. (1999), quien plantea que bajo un tratamiento, el deseo y los impulsos irrefrenables por consumir cocaína que experimentan los pacientes, son los factores más importantes de abandono terapéutico, e incluso llegan a provocar recaídas después de largos períodos de abstinencia.

Una de las estrategias de prevención de recaídas que maneja el TBUC es la reestructuración cognoscitiva. Normalmente con el consumo de cocaína está asociado el “craving”; urgencias o deseo irresistibles de la sustancia. Para trabajar estas situaciones en el TBUC, está la sesión 3, donde se busca enfrentar los pensamientos asociados con la cocaína, y la sesión 4, donde se buscar enfrentar

el deseo de la sustancia. Tanto los pensamientos como el deseo de la sustancia están muy asociados con las recaídas (Marlatt, 1996) y con la pérdida de autocontrol.

A continuación se describen las estrategias utilizadas en el TBUC para identificar y enfrentar tanto los pensamientos como el deseo de la cocaína (sesión 3 y 4):

### **I. Detención de Pensamiento**

El método de detención de pensamiento (también llamada bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al deseo. Es decir, "se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo." (Wolpe, 1993, pág. 123). Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto "las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir" (Wolpe, 1969; en Sánchez, 2002, pág. 39).

### **II. Técnicas de Distracción**

Como su nombre lo indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo distraer al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el deseo. Es decir, que "cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos (Sánchez, 2002, pág. 39). La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el paciente, lo siguiente: centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible (por ejemplo, "en este restaurante hay diez mesas con manteles blancos, las paredes son azul claro con una ventana cada cuatro mesas..."); evitar el ambiente (por ejemplo, alejarse de un bar, esquina o lugar de consumo, puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.); hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigo o familiar, cantar una canción favorita; realizar actividades domésticas, ejercicio (por ejemplo, salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, etc.) jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas. En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente y de su deseo. Así mismo, se puede evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.

### **III. Control y Programación de Actividades**

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, mismas que por lo general giran respecto al uso de drogas. Así mismo, "cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos" (Beck et al., 1999, pág. 227)



Por lo cual, es importante que se planeen actividades positivas para el paciente con la finalidad de llenar esos tiempos muertos, que antes de la abstinencia, eran ocupados para el consumo.

Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente de modo que pueda él mismo programar sus actividades, lo cual establecerá "fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas" (Beck et al., 1999, pág. 228).

#### **IV. Entrenamiento en Relajación**

El Entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a hacer incompatible el estado de relajación con la ansiedad o la ira, emociones que pueden propiciar los deseos, se busca entrenar al paciente de modo que genere un estado de relajación al enfrentar situaciones que puedan disparar el deseo. "De manera típica un terapeuta entrena a un cliente para relajarse profundamente, para lo cual se encuentran disponibles muchos métodos para lograr la relajación." (Kazdin, 1996, pág. 275).

El entrenamiento en relajación no se hace de manera directa dentro de la sesión por cuestión de tiempo, pero si está sugerida en la tarea 4 "Manejo y medición del deseo", donde se le indica al paciente que se relaje para vivir el deseo de una manera diferente, ubicando en qué parte del cuerpo se presenta y en qué forma se siente.

#### **V. Técnicas de Imaginación**

Son técnicas en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento. Por ejemplo, "puede utilizarse la imaginación para que los pacientes visualicen el autocontrol y evitar el consumo de drogas. Es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos de los deseos y urgencias. También puede ser útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con las drogas." (Sánchez, 2002, pág. 40).

Beck & cols. (1999), destacan cinco técnicas utilizadas para detener los pensamientos asociados al consumo y manejar el deseo. Cabe señalar que en el TBUC sólo se trabaja la primera, pero creemos importante mencionar las restantes: a) sustitución por imagen negativa, b) reenfoque con imaginación y c) repaso mediante imaginación.



a) *Sustitución por imagen o experiencia negativa*

Sólo esta técnica se lleva a cabo en el TBUC y se refiere a recordar las consecuencias negativas de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al deseo. De tal forma que las imágenes "positivas" acerca de la droga (por ejemplo, recordar la última vez que consumió) sea sustituida por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el último (p. e., el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.

b) *Reenfoque con imaginación*

Técnica de distracción, donde los pacientes apartan su atención de los episodios de deseo internos imaginando acontecimientos externos. El reenfoque puede empezar antes de todo diciendo "Stop" o interponer una imagen visual de estímulos relacionados con la interrupción de pensamientos (p. e. una señal de stop, un oficial de policía) y empezar a describirse a sí mismos lo que ven a su alrededor. Al desviar su atención de los recuerdos sobre la cocaína, experimentan por consiguiente la reducción del deseo.

c) *Repaso mediante imaginación*

Técnica generalmente usada para preparar a los pacientes cuando se sabe que van a enfrentarse a ambientes que pueden disparar o provocar el deseo. La técnica consiste en que el paciente se imagine en esa situación, en la cual responde de manera asertiva ante los ofrecimientos, con la finalidad de que el paciente desarrolle habilidad y confianza para manejar dicha situación.

**VII. Discusión de ideas irracionales a partir de la Auto-plática constructiva**

Técnica basada en la terapia racional emotiva (Ellis y Driden, 1987) en donde se "tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción" (Ellis & Driden, citado por Sánchez, 2002, pág. 40) Es una estrategia cognitiva que debate las distorsiones de pensamiento del paciente, mismas que se pueden resumir en: extrapolar (por ejemplo: "o todo o nada", "no debo sentir nada de deseo por que si no significa que soy un perdedor), "adivinar" el pensamiento de otros (por ejemplo: "como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto", "ese señor que está ahí me está viendo por que sabe que yo usaba drogas"), predicciones negativas (por ejemplo: "nunca voy a cambiar", "siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga", "me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan droga y voy a recaer"), exacerbar lo negativo (por ejemplo: "todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida"), negligencia y descalificación ante lo positivo (por ejemplo: "si me felicitó, fue por puro compromiso, él ha de pensar que voy a volver a usar droga"), minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo (por ejemplo: "que haya dejado la droga es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable").

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas, por ejemplo: "menciona que se siente horrible y que va a morir. Sin duda es molesto e indeseable el sentir el deseo pero, ¿en realidad se va usted a morir por no tomarte un trago en esa fiesta, sufre usted de alguna enfermedad extraña en la cual al no ingerir alcohol usted de repente cae súbitamente al suelo y deja de vivir? —el paciente ríe y responde—No, tal vez estoy exagerando." De esta manera el paciente comprende la irracionalidad de sus creencias y cómo ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual le ha generado emociones que no puede controlar. Por lo tanto, es necesario que adopte una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.

"El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: Esta basado en la realidad, contribuye a alcanzar nuestras metas y propósitos, crea emociones que podemos controlar; y nos ayuda a comportarnos de la manera que nos facilita nuestras aspiraciones y supervivencia...." (Froggatt, 1993, adaptado por Ureva, 2003)

Los puntos anteriores muestran estrategias utilizadas en el TBUC para manejar de manera específica tanto los pensamientos como el deseo. La parte siguiente muestra una investigación desarrollada bajo éste tratamiento respecto a la deserción y sus factores, entre los cuáles figura el deseo.

Escobedo (2005), en su investigación desarrollada sobre deserción en el TBUC, reportó que en la categoría de deserción asociada al consumo de la sustancia se encontraron 5 principales factores que se correlacionaron significativamente entre sí, enumerados de mayor a menor, se encuentran:

- Consumo continuado de la sustancia.
- No disminución de problemas
- Deseo de la sustancia
- Pensamientos de consumo
- Influencia de personas consumidoras

Otro aspecto importante a resaltar dentro de esta investigación es la evaluación que hicieron los ex-usuarios al tratamiento. Encontrándose 4 factores que se correlacionaron significativamente:

- Ayuda del Tx para detener el consumo
- Facilidad para entender las tareas
- Utilidad de las tareas
- Ayuda de las herramientas para controlar el consumo.

Es importante mencionar en este punto, que de manera adicional, los sujetos reportaron que el problema fue no haber hecho gran parte de las tareas; de igual manera reportaron que el tratamiento fue útil para controlar el consumo pero no para detenerlo.

En general, a pesar de que las condiciones de la terapia eran adecuadas, así como los problemas emocionales no influyeron de manera significativa y de que tanto el tratamiento así como el desempeño de los terapeutas fueron evaluados de manera positiva, existen 2 factores importantes que, de acuerdo a los resultados, influyen de manera significativa para que los usuarios decidan desertar del tratamiento: necesitar tiempo para sentir mejoría y el abandono por consumo de la sustancia. Es decir, al no notar ningún cambio en su consumo, y saber que aún necesitan tiempo para sentir mejoría, los sujetos deciden no regresar al tratamiento. Este fenómeno se observa con mayor frecuencia en la sesión 4, donde se reporta el mayor índice de deserción (Escobedo, 2005).

#### 4. 5 DESEO Y RECAÍDA

Uno de los primeros en estudiar la recaída fue Abraham Wikler en los años 40. Él observó la semejanza de ciertos fenómenos de la recaída a las respuestas condicionadas. Wikler observó los efectos del retiro como muestras en el adicto a opiáceos que participaban en sesiones de terapia de grupo en el hospital público del servicio médico en Lexington, Kentucky. Estos pacientes no habían tomado la droga por lo menos varios meses atrás; los habían desintoxicado totalmente; y por lo tanto, no deberían haber tenido ninguna muestra del retiro de la droga. Sin embargo, cuando comenzaron a hablar de las drogas en terapia de grupo, comenzaron a bostezar o a rascarse y repentinamente experimentaban un síndrome de abstinencia del narcótico. Wikler tenía conocimiento de algunos de los estudios del laboratorio de Pavlov en los años 20, donde demostraban que los efectos de la morfina podían ser condicionados. Wikler sugirió que algunas de las muestras del retiro observadas en adictos pudieran ser respuestas condicionadas (Wikler 1948, citado en O'Brian, et al, 1991)

Wikler etiquetó este fenómeno "retiro condicionado," especulando que los estímulos ambientales, explicado a partir del Condicionamiento Clásico, pueden hacer que surjan los síntomas del retiro farmacológico. Él supuso que las señales asociadas a los efectos de la droga o a los síntomas del retiro de la droga pudieran desempeñar un papel importante en accionar la recaída al uso de la droga en el abusador abstinentes de opiáceos. En los experimentos subsecuentes (Wikler 1965; Wikler y Pescor 1967) demostró que las muestras del retiro en ratas podrían ser condicionadas. Goldberg y Schuster (1970), Davis y Smith (1974), Siegel (1976) y otros confirmaron que muchas drogas de diversas clases farmacológicas pueden producir respuestas condicionadas (O'Brian, et al, 1991).

Estas respuestas condicionadas se pueden clasificar como *efectos similares a la droga* (drug like) o como *efectos opuestos a los inducidos inicialmente por la droga* (drug opposite). Si se producen efectos opuestos momentos antes de que una dosis de droga sea administrada, produce una atenuación condicionada de la respuesta sobre los efectos de la droga. Esta atenuación de los efectos de la droga producidos por respuestas condicionadas se

puede llamar "tolerancia," y puede formar una explicación parcial para los efectos de la droga que se ven disminuidos comúnmente con la administración repetida de la misma dosis de una droga (O'Brian, et al, 1991).

Hay también literatura extensa de respuestas condicionadas de efectos similares a los que produce la droga (Lynch et al., 1976; Grabowski y O'Brien, 1981). Este tipo de respuestas condicionadas han sido producidas de manera experimental en animales apareando distintos estímulos con la administración de la droga. Después de apareamientos repetidos, los mismos estímulos pueden producir efectos similares a los que produce la administración de la droga. Estas investigaciones han proporcionado pistas en cuanto a los paradigmas de condicionamiento como es más probable producir respuestas condicionadas similares a la droga o respuestas condicionadas opuestas a la droga. Los datos en animales y humanos sugieren que los estimulantes tales como anfetamina y cocaína son más probables de producir las respuestas condicionadas similares a los efectos de la droga, mientras que el uso típico de opióides en humanos produce respuestas opuestas a los efectos iniciales de la droga.

El aumento reciente del uso de la cocaína entre la población nos ha dado la oportunidad de estudiar y de documentar las clases de respuestas condicionadas que pueden ocurrir en abusadores crónicos de la cocaína (Childress et al., 1987, citado en O'Brian, et al, 1991). El uso de la cocaína tiende a ser episódico: si el usuario ha parado su consumo de cocaína debido a toxicidad, encarcelamiento, o a la admisión a un hospital para la desintoxicación, hay una fuerte tendencia a consumir la cocaína después de un período corto de abstinencia. Muchos usuarios reportan ciertas situaciones a pesar de su determinación para no volver al uso de la droga, por ejemplo palpitaciones intensas cuando se encuentran con objetos o situaciones relacionados con el consumo de la sustancia como estar con un amigo con quien habían utilizado la cocaína. El estímulo actúa como disparador para despertar el deseo y para el momento en que un usuario de droga se incorpore al tratamiento, la mayor parte de su ambiente consistirá en recordatorios del uso de la cocaína.

Aunque diversos factores pueden contribuir al índice extremadamente alto de la recaída entre usuarios de la cocaína, las señales condicionadas pueden desempeñar un papel significativo. Los acercamientos tradicionales del tratamiento intuitivo han reconocido la potencia de los recuerdos del consumo de cocaína. Así, se advierte a los pacientes en abstinencia que eviten a "gente, lugares y cosas" asociadas al uso anterior de la cocaína (Marlatt, 1982 citado en O'Brian, et al, 1991). En realidad, la completa evitación es muy inverosímil, aún en un paciente bien motivado al cambio; los pacientes necesitan las herramientas adicionales para hacer frente o reducir la necesidad de la droga (deseo).

Otro persona importante en el estudio de las recaídas es Marlatt, sus primeros estudios empezaron entre los años 1970- 1972 (Marlatt, 1996). "Mi interés inicial en evaluar factores situacionales asociados con recaída es en base

a un estudio que conduje para determinar la efectividad de un tratamiento de terapia de aversión para personas "alcohólicas" (Marlatt, 1978a; 1979, citado en Marlatt, 1996, p. 37).

Los resultados mostraron que la condición de terapia aversiva produjo decrementos significativos en el consumo. Sin embargo, un año después de finalizado el tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre éste y la condición de control. Esto empezó a demostrar claramente que era necesario agregar algo extra a la terapia de aversión para mantener los efectos benéficos encontrados en los tres primeros meses seguidos del tratamiento (Marlatt, 1996).

Después de esto a Marlatt le pareció importante evaluar cuidadosamente los factores asociados con la reanudación del consumo en estos pacientes. Por tal motivo, entrevistó a cada uno de ellos obteniendo información acerca del lugar físico donde se presentó la recaída, hora del día, presencia o ausencia de otras personas y tipo de bebida consumida. Así como una descripción de algún evento interno o externo ocurrido en ese período en general, además de las percepciones de sentimientos y emociones que se tuvieron el día en que se tuvo el primer consumo.

Las respuestas a las preguntas abiertas que dieron determinantes para la caída inicial, fueron clasificadas y asignadas a una tipología de cinco categorías preliminares: frustración y enojo; presión social; tentación; estados emocionales negativos; otras situaciones (como sentirse bien) y situaciones que no recordaron, en esta clasificación se mostró que los precipitantes de mayor incidencia para la presencia de recaídas fueron sentimientos de frustración y enojo (29%), seguida de presión social (23%), tentación intrapersonal (21%) y finalmente estados emocionales negativos y otras situaciones como sentirse bien (10%).

Con los resultados de lo anterior, se revisó la taxonomía preliminar y se desarrollo una más completa formada por 2 categorías principales y 8 subcategorías para la clasificación de episodios de recaída, las cuales se presentan a continuación (Marlatt, 1996):

### **I.- Determinantes Intrapersonales/Ambientales**

Incluye los determinantes que están principalmente asociados con factores intrapersonales (en donde el uso de las drogas involucra respuestas a sucesos que son principalmente de naturaleza psicológica y fisiológica ó física que se suscitan dentro del individuo) y/o reacciones hacia eventos ambientales no personales. Incluye, además, reacciones a eventos interpersonales en un pasado relativamente distante (por ejemplo, en el cual la interacción ya no tiene un impacto significativo).

A) Afecto Displacerero.- Determinante que involucra enfrentarse con un estado de ánimo, sentimientos, y emociones negativos:

1) *Frustración y/o enojo*.- Involucra una experiencia de frustración (reacción hacia el bloqueo de una actividad dirigida a una meta) y enojo (hostilidad, agresividad, etc.) en términos del "Yo" ó algún evento ambiental no personal. Incluye todas las referencias de culpa, y respuestas a las demandas de fuentes ambientales ó desde dentro del "Yo" las cuales probablemente producen sentimientos de enojo.

2) *Enfrentarse con otros estados emocionales negativos*.- Son determinantes que involucra estados emocionales que se identifican como displacereros ó aversivos que incluyen sentimientos de miedo, ansiedad, tensión, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, y otros estados disfóricos similares. También incluye reacciones al estrés (hablar en público, promoción laboral, ser sujeto de algún tipo de examen, etc.), dificultades en el ambiente laboral, pobreza o accidentes.

B) Estados Físicos / Fisiológicos Negativos.- Son determinantes que involucran la experiencia de reacciones de displacer a respuestas físicas ó fisiológicas dolorosas:

1) *Experimentar estados físicos dolorosos previos al uso de la sustancia*.- Los cuales están específicamente relacionados con el uso previo de la droga ó sustancia, como el síndrome de abstinencia ó el deseo intenso por consumir a partir de la incomodidad física (nota: las referencias al craving en ausencia de retirada de la sustancia, está clasificada abajo en la sección E).

2) *Experimentar otros estados físicos negativos*.- Incluye experiencias de dolor, enfermedad, lesiones, fatiga y padecimientos específicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolores menstruales, etc.) que no se encuentran asociados con el uso previo de la sustancia.

C) Incremento del Estado Emocional Positivo.- Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, de regocijo, de libertad, etc. (por ejemplo, cuando se viaja). Incluye el uso de la sustancia para "e elevarse", "acelerarse" o para experimentar los efectos estimulantes de la droga.

D) Prueba de Control Personal.- Involucra el uso de la sustancia para probarse así mismo la habilidad para mantener un uso controlado ó moderado; para sólo "probarlo una sola vez" y ver que ocurre; ó en casos en los que el individuo esta probando los resultados del tratamiento en el que se encuentra o el compromiso con la abstinencia (incluye pruebas de la voluntad).



E) Necesidad y Tentación de Consumo.- Involucra el uso de la sustancia en respuesta a urgencias internas, tentaciones ó motivación hacia el consumo. Incluye referencias sobre el deseo subjetivo irresistible e intenso por consumir en la ausencia de factores interpersonales (nota las referencias de deseo intenso el cual es asociado con el uso anterior de la sustancia o con el retiro de ésta se clasifica en la sección B-1):

1) *En la presencia de señales que reactivan el consumo*.- El uso ocurre en presencia de señales asociadas con el uso de la sustancia (por ejemplo. ver un billete enrollado, tener dinero, ver polvo blanco de cualquier tipo, ver a un antiguo compañero de consumo, pasar enfrente ó cerca de la casa del proveedor, etc.) que de alguna manera disparan el deseo intenso por consumir la sustancia (nota: donde otros individuos están consumiendo la sustancia, referirse a la categoría II-B).

2) En la ausencia de señales de consumo: Aquí la necesidad ó tentación de uso viene de la nada, "de repente" y es seguida del intento del individuo en procurarse la sustancia.

## II.- Determinantes Interpersonales

Incluye aquellos determinantes que están principalmente asociados a la presencia ó influencia de otros individuos como parte de un evento precipitante. Implica la influencia de una interacción social presente ó reciente con otra persona ó grupo de personas, quienes ejercen algún tipo de influencia sobre el consumidor (reacciones a eventos que ocurrieron en un pasado relativamente distante son clasificados en la categoría I).

El encontrarse en la presencia de otros no justifica una clasificación de este tipo, a menos que se haga una referencia que implique que estas personas tienen algún tipo de influencia ó están de alguna manera involucrados en el evento.

A) Problemas Interpersonales.- Tienen que ver con la experiencia de un conflicto actual ó relativamente reciente asociado con cualquier relación interpersonal como el matrimonio, la amistad, relación con familiares, relación jefe-empleado.

1) *Enfrentarse con frustración y/o enojo*.- Es un determinante que involucra una experiencia de frustración (reacción hacia el bloqueo de una actividad dirigida a una meta) y enojo (hostilidad, agresividad, etc.) desencadenados de una fuente interpersonal. El énfasis se da en cualquier situación de la cual el individuo se siente frustrado ó enojado con alguien, incluyen discusiones, desacuerdos, peleas, celos, discordias, disputas, culpar a otros, etc.



2) *Enfrentarse con otros conflictos interpersonales.*- Determinantes que involucran experimentar sentimientos como ansiedad, miedo, tensión, preocupación, aprehensión, etc. los cuales están asociados con conflictos interpersonales. Reacciones de estrés que hace referencia a otra persona ó grupo de personas se incluyen.

B) Presión Social.- Involucra determinantes en respuesta a la influencia de otra persona ó grupo de personas que ejercen cierta presión (directa ó indirecta) sobre el individuo para uso de la sustancia:

1) *Presión social directa.*- Hay un contacto directo (usualmente con interacción verbal) con otra persona ó grupo de personas quienes ejercen presión sobre el usuario ó a su vez proveen de la sustancias al usuario (por ejemplo, el que le ofrezcan la droga ó ser influenciado por la urgencia de uso de otra persona). Se distingue aquella situación en la cual la sustancia es obtenida por alguien más a petición del usuario (quien ha decidido usar la droga).

2) *Presión social indirecta.*- Involucra la respuesta a la observación de otra persona ó grupo de personas quienes están usando la sustancia ó quienes sirven como modelos de uso de sustancias para el usuario. Si el modelo pone cualquier presión directa sobre el individuo para usar la sustancia, entonces la recaída podría ser categorizada bajo II-B1.

C) Experiencias Sociales Placenteras.- Es un determinante asociado a la categoría de un incremento del estado emocional positivo estableciéndose en relación a un sentimiento placentero, de gozo, regocijo, excitación sexual, libertad y/ó bienestar del usuario a partir de la compañía de una persona ó grupo de personas. Distinguir entre situaciones en las cuales hay otra persona usando la sustancia antes del primer consumo de la persona (clasificarlo esto bajo Sección II-B).

El deseo no es un fenómeno que pueda ser definido por un mecanismo simple sino que provoca distintos recuerdos en cada persona y es elicitado de distintas formas. Los distintos modelos planteados tienen aspectos comunes entre sí. Los modelos del condicionamiento proporcionan explicaciones del *craving* basadas en el reforzamiento operante según las cuales es definido como una experiencia subjetiva que refleja recuperación de los sistemas de memoria de un fuerte deseo de satisfacer una necesidad real o percibida. A la par, los cambios producidos por el consumo y que influyen en el comportamiento a largo plazo pueden ser explicados mediante el condicionamiento clásico que explica cómo los estímulos condicionados adquieren la capacidad de provocar respuestas similares y a veces opuestas a los efectos incondicionados de la droga.

Por su parte los modelos cognitivos han agregado al estudio del deseo constructos como aprendizaje, memoria, expectativas, autoeficacia, toma de decisiones. Por otro lado, varios teóricos e investigadores han sumado esfuerzos para contar con escalas que sean válidas y confiables para medir el deseo, donde cada una de ellas presenta ventajas y limitaciones, y su uso dependerá del objetivo que se desee alcanzar.

La inclusión de estrategias específicas para la evaluación y el abordaje del deseo en los programas de tratamiento es una tarea ineludible. Dentro del TBUC el manejo de creencias disfuncionales, a partir de la auto-plática constructiva; las técnicas de imaginación; los programas de actividades; las técnicas de relajación, entre otras, parecen ser útiles para que los pacientes aprendan a manejar sus deseos. Hasta el momento, en el TBUC se ha abordado el deseo de una manera un tanto general, sin embargo, esto no parece ser suficiente. Se percibe la necesidad de desarrollar un instrumento que además de medir el deseo, sirva como estrategia para manejarlo de manera continua a lo largo del tratamiento. Con este instrumento se busca que el terapeuta evalúe inicialmente la percepción idiosincrásica que el paciente hace de sus deseos, le ayude a comprender los distintos factores que contribuyen a su aparición, a reenfocar sus experiencias y, a desarrollar formas adecuadas para afrontarlos.

Es evidente la poca investigación que se ha desarrollado en nuestro país sobre el papel del deseo en las adicciones, -en nuestro caso específico sobre el consumo de la cocaína- y la importancia de su manejo como herramienta clave dentro del tratamiento. De acuerdo con lo planteado en los capítulos anteriores el presente proyecto se propone monitorear de manera sistemática el deseo durante la sesión de Admisión, la de Evaluación y las ocho sesiones del TBUC (Oropeza, 2003), a partir de la construcción de un autorregistro diario del deseo, con la finalidad de detectar cambios y hacer un manejo terapéutico efectivo.

Con dicho instrumento se realizarán mediciones para evaluar el deseo en sus tres dimensiones: *frecuencia*, *intensidad* y *duración*, así como para identificar los *disparadores* (situaciones, personas, lugares o cosas) que despertaban el deseo.

El objetivo general es conocer cómo se comporta la dinámica del deseo a lo largo del tratamiento y como objetivos específicos se incluye el desarrollar un instrumento para dicha finalidad, aplicar el instrumento a un grupo de usuarios y con base en el análisis de los resultados, sugerir estrategias de retroalimentación de la información del registro de deseo al paciente y de cómo afrontar los episodios de deseo.

# Método

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MÉTODO

### Sujetos

Cinco usuarios que solicitaron atención y que cumplieron los requisitos de ingreso del programa "Modelo de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína" (Centro Acasulco, Facultad de Psicología, UNAM).

### Muestreo

- No probabilístico, ya que la elección de los sujetos que participaron en el estudio fue de acuerdo a las características de la investigación.
- De sujetos voluntarios, es decir, los sujetos asistieron de manera voluntaria a solicitar tratamiento al Centro Acasulco, y lo concluyeron.

### Material

- Autorregistro de deseo de consumo
- Lápiz y goma

### Instrumento

Se diseñó un autorregistro del deseo de consumo, donde el usuario midió diariamente la frecuencia, intensidad y duración del deseo, así como las señales que lo dispararon (ver Anexo A).

Para el desarrollo del instrumento se tomaron inicialmente las categorías propuestas en el Minnesota Cocaine Craving Scale (Halikas & cols. 1991) para las escalas frecuencia, intensidad y duración, pero a partir de los resultados arrojados por un piloteo con 69 aplicaciones a un solo sujeto las opciones de respuesta en frecuencia cambiaron; la escala analógico-visual para medir intensidad se graduó; en la medición de duración se mantuvieron intactas las categorías.

Después de hacerle los cambios correspondientes, el instrumento se sometió a un interjueceo con 7 expertos en adicciones, se le hicieron las modificaciones sugeridas, quedando así en su versión final. Al momento de su aplicación el instrumento contó con validez de contenido, y se seguirá aplicando para obtener la validez y confiabilidad estadística.

Dentro de los instrumentos ya empleados en el TBUC (Oropeza, 2003) se tomaron datos del autorregistro de consumo.

## Estudio

Fue de tipo descriptivo, transversal, exploratorio.

## Procedimiento

### *Para terapeutas:*

En una sesión grupal de aproximadamente 45 mins., se presentó el instrumento ante los terapeutas del programa de cocaína, con la finalidad de entrenarlos en la base teórica del instrumento, su aplicación y el manejo de una retroalimentación general para el usuario. Además se les explicó cómo llenar el formato de resumen de automonitoreo del deseo (ver Anexo B), que es la versión más simple de los datos que registra el usuario, la cual se archiva al expediente.

El entrenamiento subrayó la importancia de:

- Entender el papel que juega el deseo en la adicción.
- Unificar el concepto de deseo, manejarlo y explicarlo al usuario de forma clara y precisa.
- Medir el deseo a través de tres dimensiones: frecuencia, intensidad y duración, así como los estímulos disparadores.
- Explicar al usuario que el deseo puede dispararse con ciertas actividades asociadas al consumo, pero que es muy normal el sentirlo (bajar angustia).
- Sugerir al usuario ver al deseo como un episodio pasajero, el cuál aprenderá a manejar.

### *Para usuarios:*

Se entregó el formato de autorregistro del deseo a los usuarios al término de la sesión de admisión, se les ofreció una breve explicación sobre lo que es el deseo y se les enseñó a llenar el autorregistro, buscando que los usuarios comprendieran la importancia de monitorear su deseo, como una herramienta básica para lograr la meta de abstinencia.

Se motivó al usuario a llenar el instrumento de manera diaria y conciente de las sensaciones de deseo experimentadas. Al inicio de cada sesión de tratamiento (desde la evaluación y hasta la sesión 8), terapeuta y usuario revisaron el autorregistro del deseo, junto con el autorregistro del consumo, explorando cómo y cuándo se presentaron, tanto los episodios de deseo como las situaciones de consumo, y las estrategias que el usuario empleó para manejar los componentes cognitivos, afectivos, conductuales y/o fisiológicos que acompañaron al deseo, la discusión del autorregistro del deseo junto con el de consumo tenía una duración no mayor de 20 min. El terapeuta registró los datos reportados por el usuario en la hoja correspondiente, y entregó el autorregistro al usuario junto con nuevas hojas para llenar durante esa semana. Posteriormente se procedió en cada sesión a las actividades especificadas con base al modelo de tratamiento breve.

# Resultados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados de este estudio, los cuales comprenden análisis cualitativo, y estarán divididos en tres partes: la primera parte comprende las características de la muestra, donde se compararán las características sociodemográficas y las características generales del consumo, como son nivel de dependencia, promedio de consumo por ocasión, tiempo de consumo, entre otros. En la segunda parte se analizarán gráficamente los resultados arrojados por el autorregistro, en esta parte sólo se mostrarán los casos más significativos, ya que en dos de ellos no se reportaron episodios de deseo. Por último, se mostrará la categorización que resultó de los comentarios de los jueces, respecto a las señales identificadas como disparadores del deseo que reportó la muestra.

### I. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS

Como primera parte se describirá la muestra, cabe aclarar que los datos se describirán en mediana, porque fue la medida de tendencia central más representativa para datos heterogéneos. La muestra se conformó por 5 usuarios (4 hombres y 1 mujer) quienes completaron las 10 sesiones de tratamiento; con una mediana de edad de 28 años (cuyo rango fue de 20 a 35 años), tres de ellos casados, con diferente ocupación y escolaridad, que supieran leer y escribir, el usuario 3 no contaba con empleo al momento del tratamiento (ver Tabla 6).

**Tabla 6.** Características sociodemográficas de los usuarios

Variable	Resultado
Edad	20 a 35 años Md = 28 años
Educación	9 a 15 años Md = 14 años
Estado civil	Soltero = 2 Casado = 3
Ocupación	Trabaja = 2 Estudia = 2 Desempleado = 1
Tipo de empleo	Por su cuenta = 1 Ocasional = 2 Permanente = 1

En la Tabla 7 se muestran las características de consumo de los participantes antes de iniciar el tratamiento. La mediana de edad para el inicio del consumo de cocaína fue de 20 años; con una mediana de 5 años de consumo, y 1 año de uso problemático; gastando alrededor de \$400.00 a la semana para comprar la sustancia. En general, el mayor tiempo de abstinencia reportado fue de 4 semanas.



El 80% de los participantes la consumían fumándola en forma de crack. La mayoría consideraba su consumo como un gran problema o un problema medio.

**Tabla 7.** Características de consumo antes del tratamiento

Variable	Resultado
Edad de inicio del consumo de coca	Md = 20 años 18 a 25 años
Años de uso de cocaína	Md = 5 años 2 meses a 11 años
Años de uso problemático	Md = 1 año 2 meses a 3 años
Gasto semanal en coca	Md = 400 pesos 200a 2000 pesos
Mayor tiempo de abstinencia	Md = 4 semanas 1 a 6 semanas
Vía de administración	Inhalada: 1 Fumada: 4
Forma de presentación	Polvo: 1 Piedra: 4
Percepción de severidad	Problema pequeño: 1 Problema medio: 2 Problema mayor: 0 Gran problema: 2

En la Tabla 8 se muestran los problemas asociados con el consumo de la cocaína. Se puede observar que los daños más severos se asocian con los problemas afectivos y emocionales. Otros problemas también importantes son los financieros, seguidos de los daños físicos (Tx. Médico), los cognitivos (olvidos, confusión mental), la agresión (verbal), los problemas laborales (pérdida de trabajo) e interpersonales (relaciones tirantes). En general, no se reportaron problemas legales.

**Tabla 8.** Problemas asociados con el consumo de cocaína

Tipo de problema	Severidad
Daño físico	Ninguno: 3 Medio: 0 Severo: 2
Daños cognitivos	Ninguno: 1 Menos de 5 ocasiones: 3 Mas de 5 ocasiones: 1
Problemas afectivos	Ninguno: 0 Medio: 1 Severo: 4

Problemas interpersonales	Ninguno: 0 Medio: 3 Severo: 2
Agresión	Ninguna: 3 Verbal: 2 Física: 0
Problemas laborales	Ninguno: 3 Amenaza de pérdida de trabajo: 0 Pérdida de trabajo: 2
Problemas legales	Ninguno: 5
Problemas financieros	Ninguno: 0 Medio: 2 Severo: 3

A partir de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) del consumo de cocaína seis meses previos al tratamiento se obtuvieron los datos que a continuación se muestran en la figura 6, donde se observa un promedio de consumo menor a un gramo en la mayor parte de la muestra. El usuario 1 presentó la peculiaridad de que su inicio de consumo era relativamente corto (2 meses) y una frecuencia de consumo diaria, de aproximadamente 1.25 grms.

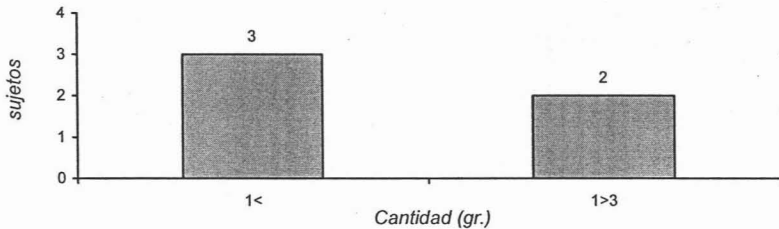


Figura 6. Cantidad consumida de cocaína por semana antes del tratamiento.

Respecto a la frecuencia general de consumo antes del tratamiento, en la figura 7 se observa que los usuarios (1 y 3) consumían diario o más de una vez al día (40%), el resto de los participantes se distribuye equitativamente entre las otras frecuencias.

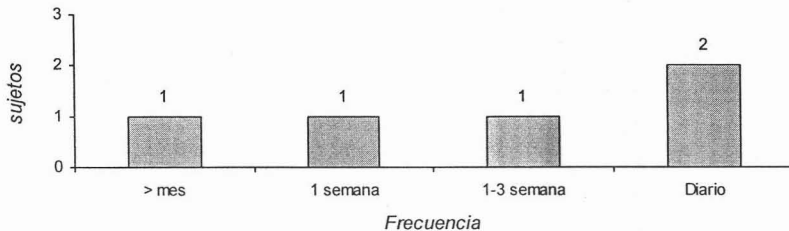


Figura 7. Frecuencia de consumo antes del tratamiento.

El nivel de dependencia a la cocaína se determinó con base a la frecuencia de síntomas que comprenden el síndrome de dependencia a la cocaína. Cabe señalar que la totalidad de la muestra calificó con dependencia, de acuerdo a los criterios del DSM-IV; y para medir el nivel de dependencia se aplicó el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza & Ayala, 2001). En la Tabla 9 se muestran los resultados.

**Tabla 9. Resultados CAD y DSM-IV**

Variable	Resultado
DSM-IV	En riesgo: 0 Dependencia: 5
Cuestionario de abuso de drogas (CAD)	Leve: 0 Moderado: 4 Sustancial: 1 Severo: 0

En la Tabla 10 se puede observar que una parte de los usuarios no tenía ninguna experiencia previa con tratamientos en adicciones, otra parte había asistido a un tipo de tratamiento, donde los grupos de Alcohólicos Anónimos fueron los servicios más usados.

**Tabla 10. Tratamientos previos**

Tipo de problema	Severidad
Tratamientos previos	Ninguno: 2 Uno: 2 Dos: 1
Tipos de tratamiento	A. A.: 2 CIJ: 1 Clínica de desintoxicación: 1

En la Tabla 11 se muestra el número de sesiones por usuario, donde la mayoría lo concluyó en su tiempo normal (10 sesiones); a dos usuarios, por demanda del usuario o de sus familiares, se le dieron sesiones adicionales; además se muestra si existieron interrupciones del tratamiento, encontrándose sólo en el usuario 4 quién por dos ocasiones interrumpió el tratamiento, la primera vez fue entre sesión 1 y sesión 2 por una semana; la segunda ocasión fue entre sesión 5 y sesión 6 por tres semanas.

**Tabla 11. Sesiones e interrupciones del tratamiento**

Usuario	No. Sesiones	Interrupciones
Usuario 1	10	No
Usuario 2	12	No
Usuario 3	10	No
Usuario 4	10	2
Usuario 5	12	No

## II. RESULTADOS GENERALES DE LA MEDICIÓN

En esta penúltima parte se muestran de manera gráfica los resultados obtenidos en tres usuarios (ss. 1, 4 y 5) cuyos datos mostraron mayor variabilidad en su deseo, siendo así, los más significativos para este trabajo. Los usuarios 2 y 3 no reportaron ni consumo ni episodios de deseo.

Debido a que los datos arrojados por el instrumento fueron variables a lo largo de los participantes, en la tabla 12 se proponen los rangos para cada una de las variables con la finalidad de hacer comparables los datos entre sujetos. La Tabla 12 muestra el concepto, la forma en la que se midió por semana y los rangos mínimos y máximos obtenidos, dicha tabla va a ser útil para la comprensión de las próximas gráficas.

**Tabla 12.** Rangos de las variables por semana

Concepto	Forma de medición	Min. – Máx.
Consumo	Días de consumo	0 – 7
Deseo	Días con episodios de deseo	0 – 7
Frecuencia	No. de episodios de deseo	0 – 21
Intensidad	Autorreporte por episodio	0 – 10
Duración	Categorías de tiempo <sup>2</sup>	0 – 8
Disparador	Total de disparadores	0 – 5

A continuación, en las figuras 8 a 10, se presentan los resultados de la medición de cada una de las variables exploradas: consumo, deseo, frecuencia y número de disparadores. En las tablas 13 a 15 se presentan los datos mínimos y máximos en las dimensiones de intensidad y duración.

La Figura 8 muestra los resultados de los tres usuarios que registraron consumo y episodios de deseo, en la cual se observa los días de consumo a la semana, sólo uno de ellos ingresó a tratamiento con consumo, el cual se dispara en la semana 3 y se suprime en la semana 4 hasta concluir el tratamiento. Los datos generales del consumo muestran una tendencia descendente, la cual se mantiene tanto para ésta como para las demás variables.

<sup>2</sup> Ver Tabla 14 para equivalencias de duración.

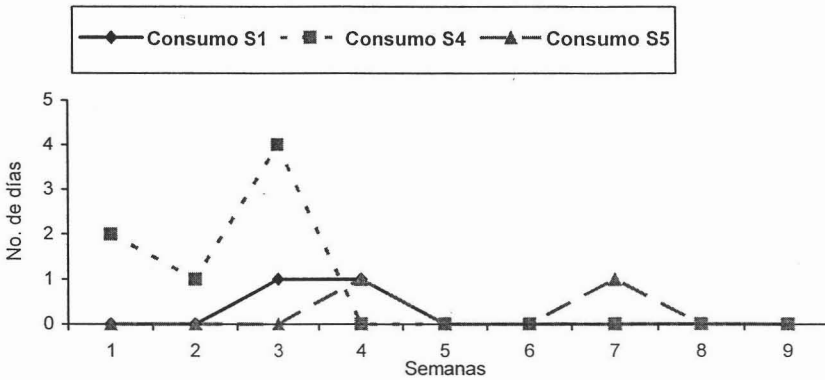


Figura 8. Días de consumo a la semana de los tres usuarios.

En la Figura 9 se presenta el número de días a la semana con episodios de deseo, al inicio del tratamiento los sujetos 1 y 5 presentaron el máximo de deseo, el cual conforme paso el tiempo fue disminuyendo hasta llegar a desaparecer.

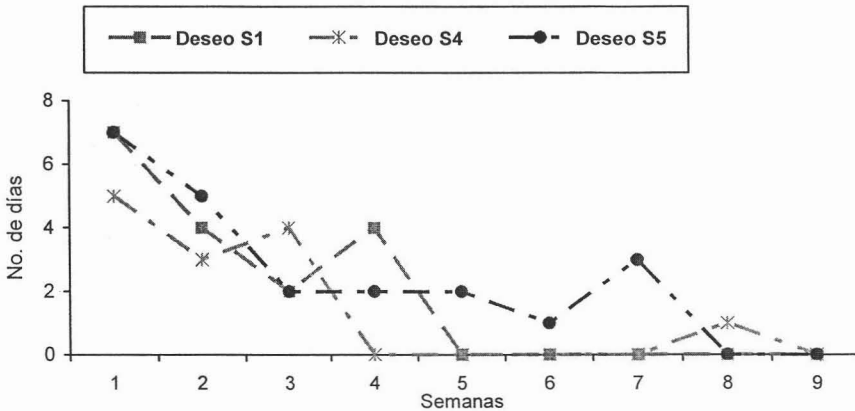


Figura 9. Días con episodio de deseo a la semana.

Comparando los resultados de las figuras 8 y 9, se observa que en las primeras tres semanas del tratamiento, el deseo registra las puntuaciones más altas mostrando una tendencia descendente tanto para el consumo como para el deseo, es decir, conforme fue avanzando el tratamiento, el consumo y los episodios de deseo fueron disminuyendo, desapareciendo casi por completo en la semana 5.

Cabe mencionar que en los usuarios 1 y 4 la asociación consumo de cocaína y episodios de deseo se presentó de manera contigua, (consumo con

presencia de deseo) cosa que no ocurrió con el usuario 5, con quien no se observó esta contigüidad entre consumo de cocaína y deseo, ya que los dos consumos que presentó a lo largo del tratamiento se dieron sin la presencia de un deseo manifiesto por consumir, describiéndolas como situaciones espontáneas.

En la Figura 10, se encuentran graficados los datos de la frecuencia semanal de los episodios de deseo, observándose que al inicio del tratamiento el deseo se presentó con mayor frecuencia y que fue decreciendo conforme avanza el tratamiento. Si observamos la frecuencia del usuario 4 en la semana tres presenta un pico importante, el cual se relaciona con un consumo también significativo, algo muy similar ocurre con el usuario 1 en la semana 4.

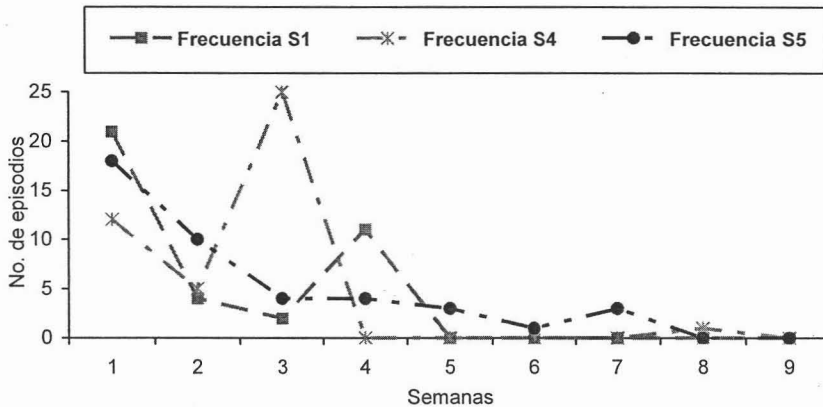


Figura 10. Número de episodios de deseo a la semana.

En la Tabla 13, se muestran los datos del consumo junto con la intensidad mínima y máxima reportada en la semana. En la variable intensidad, también se observa un decremento a lo largo del tratamiento, sin embargo, fue de manera más lenta y con mayor variabilidad. En el usuario 5 se observa mayor presencia de deseo, pero con un ritmo descendente más uniforme, logrando controlarlo dos semanas previas a concluir el tratamiento.

Tabla 13. Intensidad mínima y máxima reportada a la semana

Sujeto	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
S1	Consumo	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
	Int.	Min.	2	10	30	6	0	0	0	0	0
		Max.	91	100	40	100	0	0	0	0	0
S4	Consumo	2	1	4	0	0	0	0	0	0	
	Int.	Min.	10	30	70	0	0	0	0	12	0
		Max.	80	70	90	0	0	0	0	12	0
S5	Consumo	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
	Int.	Min.	10	50	51	29	60	20	20	0	0
		Max.	90	80	80	70	70	20	49	0	0

Para igualar los valores de las variables, los rangos de duración del episodio de deseo se trabajaron por etiquetas, la Tabla 14 muestra las equivalencias.

**Tabla 14. Equivalencias de la Duración**

Etiqueta	Rangos de tiempo
0	0 min.
1	1 - 5 min.
2	6 - 10 min.
3	11 - 20 min.
4	21 - 30 min.
5	31 - 45 min.
6	46 - 60 min.
7	1 - 2 hrs.
8	Más de 2 hrs.

En la Tabla 15 se muestran los resultados del consumo junto con la duración más corta y más larga de los episodios reportados en la semana. Aunque en la tabla no es posible notarlo, es interesante mencionar que los valores mayores que sobresalen en la tabla coinciden con el día en el que se tuvo sesión dentro del tratamiento. Pero en general, se presentaron con mayor frecuencia, episodios de deseo relativamente cortos.

**Tabla 15. Duración mínima y máxima reportada a la semana**

Sujeto	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
S1	Consumo	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	Dur.	Min.	2	3	2	1	0	0	0	0
		Max.	8	8	2	8	0	0	0	0
S4	Consumo	2	1	4	0	0	0	0	0	0
	Dur.	Min.	1	1	6	0	0	0	0	0
		Max.	7	1	8	0	0	0	0	1
S5	Consumo	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Dur.	Min.	1	1	1	1	2	1	1	0
		Max.	5	2	2	2	2	1	2	0

Por último, se muestran los resultados del número de disparadores que evocaron el deseo en la semana, pero que no se hayan repetido dentro de ésta. En la Figura 11, se puede observar la misma tendencia descendente que ha sido constante en las gráficas anteriores, identificando mayor número de disparadores al inicio del tratamiento que al final de éste.



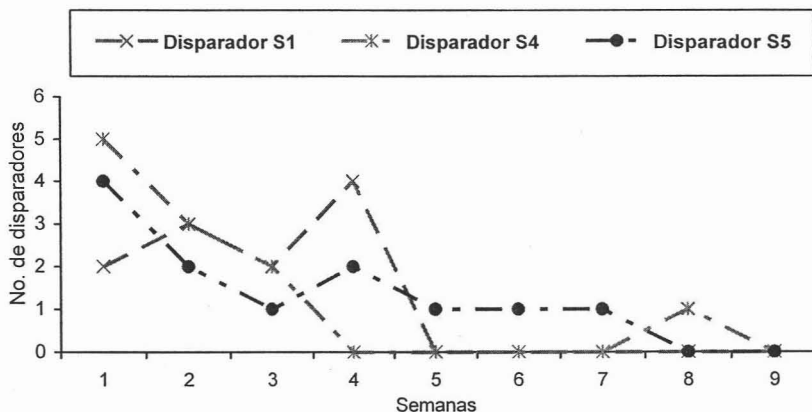


Figura 11. Número de disparadores de deseo a la semana.

A continuación se muestran las gráficas de cada uno de los tres usuarios y las 6 variables (consumo, deseo, frecuencia, intensidad, duración y número de disparadores) que se midieron en cada uno de ellos. Con la finalidad de apreciar de manera individual el patrón de comportamiento que se tuvo.

Así pues, en la Figura 12 se muestran juntos todos los resultados arrojados por el automonitoreo del sujeto 1, quien logra controlar el deseo a partir de la quinta semana de tratamiento, a pesar de manifestar episodios de deseo frecuentes, muy intensos y duraderos. Las medidas que guardan mayor relación entre si son la intensidad y la duración, es decir los episodios más intensos también fueron los más largos y los episodios de menor intensidad fueron de un tiempo corto de duración.

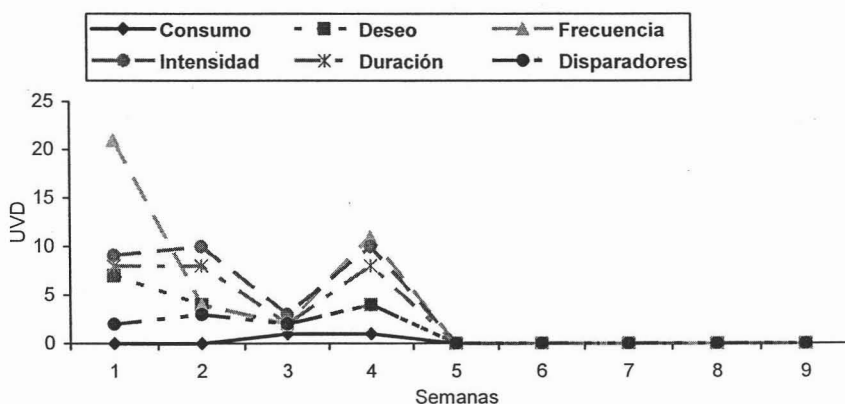


Figura 12. Resultados generales del sujeto 1.

En cuanto a los datos del sujeto 4, observamos en la Figura 13 que el control del deseo se logra a partir de la cuarta semana de tratamiento y que en la semana 8, se presenta un pequeño episodio de deseo, el cual, de acuerdo al mismo reporte del usuario, fue rápidamente sofocado. El pico que sobresale en la semana tres, se relaciona con una situación de consumo explosiva y con el primer intento de abandono del tratamiento, el segundo fue por cuestiones externas al consumo (horario de trabajo). Es importante mencionar que después de ese consumo tan significativo, el usuario se comprometió más a hacer un automonitoreo de sus sensaciones y pensamientos respecto al deseo, lo que podría explicar la no ocurrencia del deseo en las semanas subsiguientes.

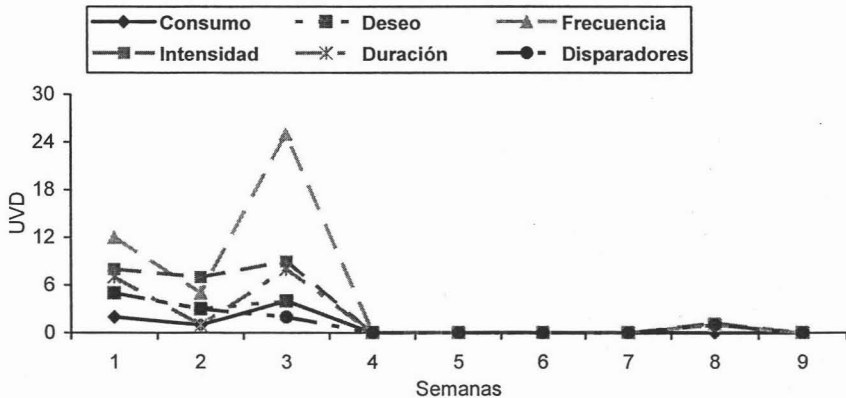


Figura 13. Resultados generales del sujeto 4.

Para finalizar esta parte, en la Figura 14 se presentan los datos del último usuario dentro de la muestra, en donde se observa el logro del manejo del deseo ya muy avanzado el tratamiento, sin embargo, muestra un ritmo muy peculiar, no se observan tantos picos y se puede apreciar, aunque con cambios muy tenues, esa tendencia descendente de la cual nos hemos referido anteriormente. Algo también muy peculiar en el sujeto 5 es que, a diferencia de los otros dos, en este caso no se presentó de manera contigua el consumo y el deseo.

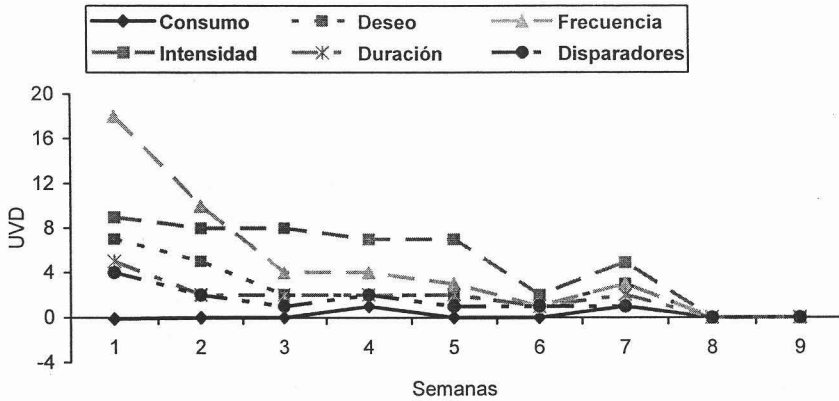


Figura 15. Resultados generales del sujeto 5.

### III. ANÁLISIS DE LOS DISPARADORES

Por último, y no por ello menos importante, se realizó un análisis de los disparadores que se reportaron en los autorregistros, los cuales primero se rescataron del autorregistro y se enlistaron sólo aquellos que no se repetían, posteriormente se solicitó a 9 jueces que hicieran una evaluación de respuestas, distribuyendo cada una en la escala que considerara que pertenecía, de acuerdo a los tipos de deseo reportados por Beck et al. (1999), en la categoría donde se tuvo el mayor número de acuerdos fue donde se colocó el tipo de disparador.

Finalmente se analizaron todas las respuestas y se colocaron en una de las cuatro categorías, previamente validadas por los jueces. En la Tabla 16 se muestran los resultados obtenidos. El mayor porcentaje de respuestas se ubica en la categoría de señales asociadas con drogas con respuestas como encontrarse al "dealer" o a amigos con los que consumía, tomar alcohol o frecuentar lugares donde solía consumir. En último lugar está la categoría de aumento de experiencias placenteras, en la que se incluyeron respuestas como ensayando en un grupo de música, disfrutar de una reunión con amigos, etc.

Tabla 14. Análisis de los disparadores del deseo.

Disparador	Porcentaje
Síntomas de abstinencia	14.5%
Cambio de edo. de ánimo	17.7%
Señales asociadas con drogas	59.7%
Aumento de experiencias placenteras	8.1%

# Discusión y Conclusiones

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN

En nuestro país, son escasas las instituciones que brindan servicios profesionales y enfocados realmente a la rehabilitación de usuarios de drogas. La Facultad de Psicología de la UNAM, preocupada por responder a las demandas de la sociedad, ha creado el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", centro especializado en adicciones, dentro del cual se han desarrollado programas de investigación para el tratamiento a la dependencia de sustancias específicas. Entre éstos se encuentra el programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003), enfocado al tratamiento de usuarios de cocaína con niveles de dependencia leve a moderada, en el cual se llevó a cabo esta investigación sobre deseo de consumo.

Como se mencionó en el capítulo IV, Modelos del deseo, se han desarrollado varias investigaciones que reportan que el manejo del deseo es determinante para la adherencia al tratamiento (Beck, et al., 1999; Sánchez, et al, 2001), ya que debido a su naturaleza el deseo puede llevar al paciente a que reincida en el consumo y abandone el tratamiento. Así, en el TBUC -tratamiento interesado en brindar servicios profesionales y con respaldo científico-, el manejo del deseo representa también un problema por atender. Surgiendo así, el interés en desarrollar esta investigación, que tuvo como objetivo conocer la dinámica del deseo a lo largo del tratamiento y observar si existía alguna relación con el consumo de la cocaína.

En los resultados arrojados por este estudio descriptivo, se encontró que el deseo se presenta con mayor frecuencia que el consumo, lo que sugiere que el deseo y el consumo no siempre guardan esa relación temporal. Esto representa una ventaja, que permite desarrollar estrategias de intervención para minimizar el impacto del deseo en la conducta de buscar la droga.

En el sentido inverso –cuando hay consumo, existe deseo-, tampoco se encontró una relación directa, sin embargo, en la mayoría de los casos al consumo lo antecedió un episodio de deseo. A pesar del número reducido de casos, la investigación sugiere que la relación entre deseo y consumo no es simple ni directa, como lo sugiere el modelo de enfermedad, en el cual se le da una connotación al deseo de "irresistible".

Estos resultados son coherentes con datos arrojados en otras investigaciones del deseo (Halikas, et al, 1991; Marlatt, 1996; Beck, et al, 1999) en los cuales se deduce esta relación entre deseo y consumo, por ello la importancia de trabajar con el deseo para que los pacientes le atribuyan un significado diferente y con esto cambie la forma de percibirlo e interpretarlo. Así, los pacientes tienen una vivencia del deseo más positiva, ya que lo viven como algo normal, no en un sentido pasivo por el contrario, donde tienen la posibilidad de lograr controlar esas sensaciones. Por tanto, la relación de contigüidad entre deseo y consumo no se observó en los datos de esta investigación y queda por explorar otros factores adicionales a la contigüidad del deseo que expliquen el consumo o la ausencia del mismo.

Otro de los objetivos de la investigación fue buscar cuál de las tres dimensiones del deseo predecían o se relacionaban más con el consumo, a partir de las gráficas podemos suponer que los episodios muy intensos y de larga duración pueden llevar al consumo. En cuanto a la frecuencia no observamos relación alguna, ya que en algunos casos se dio consumo en un día con pocos episodios de deseo y en días con una frecuencia alta de episodios de deseo no se reportó consumo.

Los resultados arrojados en esta investigación guardan relación con los reportados por Halikas y cols. en 1991 al validar el Minnesota Cocaine Craving Scale con un total de 234 escalas contestadas. Sus resultados sugieren que el deseo de cocaína es de intensidad variable, se experimenta pocas veces al día (frecuencia) y su duración es corta. La media de la intensidad reportada fue de 45.12, con un rango de 0 a 100; en el 90% de las escalas no se reportaron más de dos experiencias de deseo al día y en el 60% de las escalas se reportaron episodios de 20 min. o menos. Por nuestra parte se contó con 315 aplicaciones a 5 pacientes, encontrando esa misma variabilidad en la intensidad, con una media de 66.5; al inicio del tratamiento el deseo si se presentó más de dos veces al día pero conforme avanzó éste fue disminuyendo hasta no presentar episodios de deseo; la duración normalmente reportada fue de 6 a 10 min., sin embargo, se encontraron picos con un tiempo de hasta 2 horas de experimentar el deseo, relacionados generalmente con el hecho de ir a sesión y hablar de la cocaína. Una de las causas de estas diferencias podría ser que en el estudio de Halikas et al., se trabajó con pacientes bajo tratamiento de internamiento a diferencia de éste, en el cual los pacientes son externos, estando más expuestos a situaciones de riesgo.

Otro aspecto importante a resaltar es que entre las semanas 4 y 5 se trabajan dentro del tratamiento la sesión 3 "Identificar y enfrentar pensamientos relacionados con la cocaína" y la sesión 4 "Identificar y enfrentar el deseo de la cocaína", encontrando una disminución importante del deseo a partir de la semana 5 (ver figura 8 y 9), lo que indicaría también el impacto de las estrategias brindadas en las sesiones para el manejo del deseo.

La literatura, además de enfatizar la importancia de implementar en los tratamientos estrategias para el manejo del deseo, también reporta ciertas carencias respecto a la medición del deseo y sobre todo en autorreportes del deseo. Encontrando mayoritariamente cuestionarios autoaplicables, pero escasamente instrumentos que en sí mismos fueran una intervención, como lo podría ser un autorregistro diario. Además, el instrumento empleado en esta tesis incluía un marco conceptual que definía el deseo, su naturaleza y relación con el consumo. Lo que pudo ser de ayuda al control del deseo que mostraron las personas.

La utilidad y validez de contenido del autorregistro que se empleó en esta tesis deriva en buena parte del proceso de su desarrollo. La primera tarea para ello fue la construcción de un cuestionario, el cual fue piloteado y sometido a jueces. Ya que se tuvo el instrumento listo, se aplicó a los usuarios que solicitaron el tratamiento, pero sólo se tomaron en cuenta los datos de aquellos que lo concluyeron, esto representó un problema, ya que se reportan altos índices de

deserción, lo que representa una dificultad a la que se enfrenta no sólo el TBUC, sino los tratamientos de adicciones en general, como lo reporta en su investigación Escobedo, (2005).

De los sujetos que conformaron la muestra, dos de ellos no registraron ni consumo ni episodios de deseo durante el tratamiento, y el resto si arrojó positivos en sus autorregistros.

Por ejemplo, el sujeto 1, estudiante, de 20 años de edad, con un nivel de dependencia moderado y una media de consumo de 2.6 gr. de cocaína en piedra. Quien ingresa al tratamiento con 6 semanas previas de abstinencia. A pesar de tener ese tiempo sin consumo, en la primera semana experimenta varias veces al día deseos intensos y largos, disminuyendo notablemente la frecuencia en la semana 2 y desapareciendo en la semana 5, manteniendo el cambio el resto del tratamiento.

Ahora, para el sujeto 4, comerciante y músico de 35 años de edad, con un nivel de dependencia moderado y una media de consumo de 1.25 grs. de cocaína en piedra; también se distingue un cambio favorable en sus mediciones de la semana 1 a la semana 2, pero mostrando un aumento significativo en la semana 3, asociado a una recaída con varios días de consumo, posterior a eso los episodios de deseo descienden drásticamente a cero.

En el último paciente con un patrón significativo de deseo, sujeto 5, estudiante, de 22 años de edad, con un nivel de dependencia moderada y una media de consumo de 1 gr. de cocaína en polvo. En sus datos se observa mayor persistencia del deseo, sin embargo, también presenta una tendencia descendente pero de manera más pausada. Este usuario presenta episodios con una duración relativamente corta pero de alta intensidad. Cabe mencionar que en este caso el consumo no se relacionó con un episodio de deseo previo, no encontrando relación de contingencia y contigüidad en él.

En cuanto a los dos sujetos que no mostraron deseo ni consumo a lo largo del tratamiento, al buscar características que ayudaran a explicarlo, se encontró que ambos contaban con tratamientos previos, uno de ellos había asistido a una clínica de desintoxicación antes del tratamiento y tiempo atrás asistió a un grupo de Alcohólicos Anónimos. Por su parte, el otro, asistió a tratamiento en un Centro de Integración Juvenil, además de que su consumo no era muy recurrente, 2 a 3 veces al año, pero con la característica de ser muy explosivo cuando llegaba a usar cocaína.

Con estos datos surgió una interrogante, acerca de si era normal que los pacientes con un mes o más de abstinencia no presenten deseo ni consumo o si se debía al autorregistro y que tan representativa era esa muestra. Para ello se revisó la base de datos del TBUC, antes de implementar el autorregistro del deseo, en total se tenían 25 pacientes que habían concluido el tratamiento, de los cuales los pacientes típicos (19) eran aquellos que llegaban aún en fase de consumo, de los pocos que llegaban con un mes de abstinencia, la mayoría presentó algún consumo durante el tratamiento, siendo escasos los que se mantuvieron sin consumo.



Esto podría representar que el autorregistro fue efectivo para monitorear el deseo ya que al pedir a los pacientes que lo registren se vuelven más concientes de las señales externas, y al registrar cambia su conducta, posponiéndola. Como lo mencionan Kanfer y Phillips en 1970 (citado en Kazdin, 1978, pp. 227) quienes afirman que *se puede mejorar el control de la conducta mediante la observación de la propia conducta*. Una observación cuidadosa de una conducta proporciona retroalimentación al individuo, así, el acto mismo de observación puede ser reforzante o punitivo, ofreciendo una ventaja, ya que el cambio se produce en el sentido deseado. Un estudio que se realizó con fumadores, en donde se les pedía que registraran cada que fumaran un cigarrillo, se encontró que la conducta de fumar disminuyó drásticamente, con el simple hecho de autoobservar su conducta, el registrar pudo servir como castigo. Aunque no está del todo claro el porqué la autoobservación es efectiva, se ha aplicado extensamente como una técnica de terapia (Kazdin, 1974, citado en Kazdin, 1978). El modelo de autoobservación permite el logro de una mayor autoconciencia en lo que respecta no sólo a conductas observables, sino también a pensamientos y sentimientos (Kazdin, 1974, citado en Craighead, Kazdin, & Mahoney, 1981).

Aunque en este trabajo no se puede saber la influencia que tuvo el autorregistro por sí solo como técnica de intervención, ya que se aplicó junto con las herramientas que se brindan en el tratamiento, sí se cree que pudo tener una influencia importante en el cambio de conducta. Entre las ventajas que representa para el paciente están, la de desestigmatizar el sentir deseo, al manejarlo como una sensación normal que es común experimentar, como lo sugiere NIDA, 1999, (citado por CIJ, 1999, pag. 88). Muchos pacientes piensan que si sienten deseo el tratamiento no funciona, abandonándolo tempranamente sin obtener siquiera una recuperación mínima, y quizá la más importante consiste en enseñar a discriminar los estímulos intra e interpersonales que disparan el deseo para que en el momento que se presenten situaciones de riesgo, el usuario las detecte a tiempo y pueda implementar las estrategias que se le enseñan en el tratamiento, evitando que el deseo lo desborde y lo lleve a consumir (Tabla 14). En conclusión, a partir de este instrumento, se tiene un mejor conocimiento de los episodios de deseo; aumenta la conciencia de cuándo ocurre el deseo, disminuyendo el factor sorpresa; y permite el desarrollo de estrategias para su control oportuno.

Otra ventaja del instrumento se encuentra en el área psicométrica, ya que como se describió en el capítulo 4, existen pocos instrumentos para medir este fenómeno, y sobre todo en español. En este sentido, el autorregistro del deseo representa una nueva opción dentro de las escalas que miden este complejo fenómeno.

Así mismo, el TBUC también se beneficia al conocer la dinámica del deseo además del beneficio terapéutico, ya que el paciente conoce su deseo y el terapeuta conoce más al paciente, así juntos pueden desarrollar más estrategias para bien del paciente.

Aunque no se desconoce que el deseo tiene componentes fisiológicos y afectivos, como lo señala Beck et. al. (1999), se trabajó más con los componentes cognitivos y conductuales, explicándolo a partir de la teoría del

condicionamiento operante y el condicionamiento clásico. Aspecto que se mantuvo coherente incluso al momento de revisar con los pacientes sus autorregistros, y analizar las situaciones en las que se evocó el deseo, donde el tipo de respuestas se relacionó con mayor frecuencia a disparadores asociados con "señales condicionadas", lo cual guarda estrecha relación con lo reportado en la clasificación de los disparadores (tabla 14). Esto representa una ventaja en el área de la Psicología y nos demanda mayor intervención en este sentido, siendo necesario el desarrollo de habilidades de afrontamiento específicas para trabajar con el deseo.

Una limitación de las conclusiones a las que podemos llegar en este estudio es que se contó con una muestra muy pequeña y heterogénea, cinco usuarios con diferentes características sociodemográficas y en su patrón de consumo. Sin embargo, los resultados obtenidos pudieran ser representativos de diferentes usuarios, gracias a la variabilidad de sus características. A pesar de que el estudio se aplicó a pocos pacientes, se hizo una medición intensiva del deseo, ya que el autorregistro se mantuvo durante todo el tratamiento (63 días aprox.).

# Limitaciones y Sugerencias

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones más importantes y por la cual no se pudo concluir de forma general los resultados, fue que en este estudio no se tuvo un número suficiente de ensayos de observación del deseo. Aún así, creemos que no se pueden descartar las relaciones entre deseo y consumo, necesitamos aumentar la muestra para poder establecer relaciones estadísticas pertinentes, para ello el autorregistro del deseo se incluye como uno de los instrumentos de aplicación permanente del TBUC, esto permitirá evaluar periódicamente el comportamiento del deseo y reunir la base empírica de observaciones para evaluar su posible relación con el consumo en un mayor número de usuarios; así, con mayores datos se podrán aplicar pruebas estadísticas de mayor potencia.

Al incluir el autorregistro del deseo como uno de los instrumentos del tratamiento representa también una ventaja en la construcción del mismo instrumento, ya que un mayor número de aplicaciones permitirá seguir trabajando para obtener su validez.

Otra de las limitaciones se presentó al intentar desarrollar una Línea Base Retrospectiva del Deseo (LIBARE) a un mes previo al tratamiento, el cual sería un instrumento análogo a la LIBARE del consumo, pero al momento de su aplicación fue muy difícil recolectar los datos, debido a la naturaleza subjetiva del deseo y al nivel de abstracción que requería la tarea, donde los usuarios no lograron recordar sus episodios de deseo. Lo consideramos como una limitante, ya que no obtuvimos un punto de comparación entre los episodios del deseo previos al tratamiento y los episodios de deseo durante el tratamiento. Es por ello que se sugiere desarrollar un cuestionario donde se evalúe de manera general el deseo, tomando un pre-test un mes previo al tratamiento, se compare con la medición del deseo durante el tratamiento y finalmente se lleve a cabo un post-test en el primer seguimiento (un mes de concluido en tratamiento) para comparar los cambios y evaluar si se pudieron mantener dichos cambios, incluso el autorregistro del deseo se podría llevar fuera de los escenarios clínicos, invitando al usuario a monitorear su deseo de manera permanente.

A fin de evaluar con mayor rigor metodológico la utilidad de aplicar el autorregistro, se sugiere para futuros estudios aplicar un diseño experimental, donde se tenga un grupo control o grupo testigo (menor rigor metodológico) al cual se le brinde el tratamiento, pero no se le aplique el autorregistro y por otro lado, que se aparee con un grupo experimental al cual se le brinde el tratamiento y además se le aplique el autorregistro. Con la finalidad de evaluar si ocurren cambios significativos en el sentir del deseo y en el patrón de consumo, buscando alguna relación entre ambas variables.

Otra de las limitaciones que es importante mencionar y que resulta de mayor dificultad controlar es el reporte de "falsos positivos" o "falsos negativos", es decir, se cree que algunos usuarios no identificaban bien el deseo o no ponían tanta atención a dichas sensaciones, registrando así falsos negativos, en menor frecuencia se cree que también se pudieron registrar episodios de deseo en el cual el usuario no logró discriminarlo de otra sensación como por ejemplo

ansiedad, siendo esto un falso positivo. Para tener un mayor control de esta situación se sugiere trabajar más con la definición operacional del deseo.

Respecto a la clasificación de los disparadores del deseo, una dificultad a la que se enfrentó fue a la falta de acuerdo entre los jueces en algunas respuestas ambiguas, o que no encajaban con todos los tipos de deseo propuestos por Beck et al (1999), en este sentido se sugiere desarrollar una clasificación del deseo más clara o retomar la clasificación propuesta por Marlatt (1996).

### **Conclusión**

Ahora que se conoce un poco más sobre el comportamiento del deseo, se sugiere implementar estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de éste. Recordando que, dentro del TBUC, existe una sesión específica para el manejo del deseo y otra sesión sobre el manejo de pensamientos de consumo, por lo que es importante desarrollar estrategias de cómo retroalimentar al usuario a la hora de revisar el autorregistro, así mismo de desarrollar ejercicios que permitan reconocer el deseo para disminuir la frecuencia de respuestas erróneas.

Es importante remarcar que el objetivo de la presente investigación fue explorar los cambios en los episodios del deseo, a partir de sus tres dimensiones: frecuencia, intensidad y duración, su posible relación con el consumo de cocaína, además de explorar los disparadores más comunes del deseo. No obstante, los resultados mostrados en ella no son definitivos, simplemente representan una primera aproximación al entendimiento del complejo fenómeno llamado "deseo". Actualmente en el proyecto "Desarrollo y evaluación de un programa de detección temprana e intervención breve para usuarios de cocaína" se están desarrollando otras líneas de investigación como es el desarrollo de un cuestionario de recaídas de sustancias adictivas (CURSA), entre otras. Esperando que junto con estos estudios se logren mejorar las estrategias de investigación, aumentar la efectividad y reducir la deserción dentro del tratamiento.

# Referencias

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## REFERENCIAS:

- Alcohólicos Anónimos (AA), *Doce pasos*, (s/f), revisado el 8 de Octubre.  
<http://www.cnaa.org.co/>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV*. Madrid: Masson.
- Ayala, H. (2002). Desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales en México. CONACYT 36266 - H. febrero, 2002 – enero, 2007.
- Ayala, H., Echeverría, L, Sobell, M. & Sobell, L. Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En: Ayala, H y Echeverría, L. (2001) *Tratamiento de conductas adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Barragán, L., Morales, S. & Ayala, H. (2002) Modelo de intervención para usuarios crónicos dependientes de alcohol y otras drogas. *Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual*.
- Beck A., Wright F., Newman C. & Liese B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona:Paidós.
- Bobes, Casas & Gutiérrez (2003) *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona, España: Ars Medica
- Brailowsky, S. (1998). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Carroll, K. (1998) *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. National Institute on Drug Abuse.
- Centros de integración juvenil (CIJ). <http://www.cij.gob.mx/> México
- Craighead, W., Kazdin, A., Mahoney, M. (1981) *Modificación de la conducta: principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Omega.
- De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Vázquez, F., Oropeza, R. & Ayala, H. (2001). En M. E. de las Fuentes y J. Villalpando, *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- De León, L., Pérez, Y., Ayala, H., & Oropeza, R. (2001). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. En L. Pérez y L. de Leon, *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Encuesta Nacional de Adicciones (1988). *Drogas ilegales*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (1993). *Drogas ilegales*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (1998). *Drogas ilegales*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). *Drogas ilegales*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Escobedo, J. (2005). *Factores que influyen en la deserción de los ex-usuarios de un programa para cocaína*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Flowers, Q., Elder, I. & Voris, J. (1993) Daily cocaine craving in a 3-week inpatient treatment program. *Journal of clinical Psychology*. 49 (2), 292-297.
- Freud, S. (1980). *Escritos sobre la cocaína*. España: Anagrama.
- Fukushima, E (2003) *Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Halikas, J., Kuhn, K., Crosby, R., Carlson, G. & Crea, F., (1991) The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Comprehensive Psychiatry*. 32: 22-27.
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*. 4(4), 357-370.
- Jiménez, M., Graña, J. L. & Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos adictivos*. 4 (4): 209-215.
- Kazdin, A. (1978). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. México, Distrito Federal: Manual Moderno.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. 2ed. México, Distrito Federal: Manual Moderno.
- Lira, J. (2002). *Desarrollo y Evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. FES-Iztacala, UNAM.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. & Lizasoain, I. (1998) *Drogodependencias*. Madrid: Médica Panamericana.



- Margolis, R. & Zwebwn, J. (1998) Treating patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach. *American Psychological Association, Washington, D.C.*
- Marlatt, G. (1996). Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model, Section I theoretical perspectives on relapse. *Addiction, 91* (Supplement), 37-49.
- Martínez, K. (2003) *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Monte Fénix. [http://www.super.net.mx/monte\\_fenix/](http://www.super.net.mx/monte_fenix/) México. Monte Fénix.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1999). *Tratamiento de la Adicción a la Cocaína: Un enfoque cognitivo-conductual*. Traducido y Publicado por Centros de Integración Juvenil, A. C. México D. F. Material de circulación interna.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Principles of Effective Treatment*, 2005, revisado el 6 de mayo <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>
- O'Brian, C., Childress, A. & McLellan, A. (1991) Conditioning factors may help to understand and prevent relapse unpatient who are recovering from drug dependence. *NIDA Research monograph*. 106: 293-312.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctorado, Facultad de psicología, UNAM. México.
- Pérez, Y., De León, L., Ayala, H. & Oropeza, R. (2001). Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas. En L. Pérez y L. de León, *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Robles, N. (2003) *Comparación de las características de los pacientes que finalizan y abandonan un tratamiento cognitivo conductual de adicción a la cocaína*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rudgley, R. (1999). *Enciclopedia de las sustancias psicoactivas*. España: Paidós.
- Sánchez E. (2002). Estrategias para el manejo del craving (a drogas). *Anales de Psiquiatría*. 18 (1):27-34.
- Sánchez, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V. & Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*. 3 (4): 237-243.

- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. D. O. de la F.12 de Abril del 2000.
- Spanagel, R. & Weiss, F. (1999) The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends Neuroscience* . 22 (11): 521–527.
- Tejero, A., Trujols, J. & Siñol, N. Evaluación del *craving* de cocaína. En: De los Cobos, J., Tejero, A. & Trujols, J. (2003) *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona, España: Ars Medica. p. 23-50.
- Unikel, C., Galván, J., Soriano, A., Villatoro, J., Ortiz, A. & Rodríguez, E. (1998) Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Mental*, 21(2), 29-36.
- Voris, J., Elder, I. & Sebastián, P. (1991) A simple test of cocaine craving and related responses. *Clinical Psychology*. 47(2): 320-323.
- Washton, Arnold M. (1995) *La adicción a la cocaína*. España: Paidós.
- Weiss, R., Griffin, M. & Hufford, C. (1995) Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 21 (3), 289-302.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. 3ed. México, Distrito Federal: Trillas.

# Anexo A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# AUTORREGISTRO

## AUTORREGISTRO DEL DESEO DE CONSUMO

Igual que el **registro del consumo** de sustancias, es parte del tratamiento, el **registro del deseo** de consumo nos ayuda a identificar la intensidad, frecuencia y duración de los episodios de deseo y las señales (situaciones, lugares, personas o cosas) que los disparan. Esto permite conocer las situaciones de alto riesgo y planear los cambios necesarios.

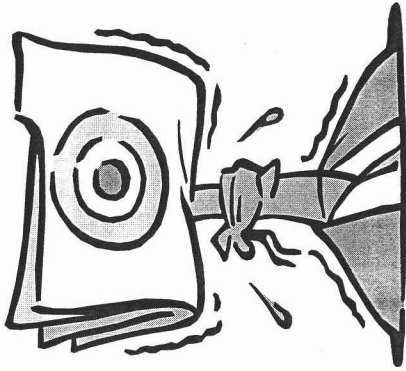
El deseo es una sensación variable, cuya intensidad puede ir desde un antojo hasta una urgencia por la droga, con la finalidad de obtener los efectos placenteros que induce. El deseo puede aparecer aún después de un largo periodo de abstinencia.

En este tratamiento el deseo tiene un lugar central, pues se encuentra altamente asociado con las recaídas y el abandono a este.

Lo que se espera al llevar el autorregistro es que usted logre controlar y disminuir las sensaciones que acompañan al deseo de consumo y que aprenda a manejarlo, para que éste no sea una causa de recaída.

Para lograr un manejo adecuado del deseo primero debemos identificar las formas en las que éste puede surgir:

1. **Como respuesta a los síntomas de la abstinencia:** se presenta cuando se interrumpe la administración de la droga, experimentando una sensación de malestar interno al dejar de tomar la droga pero que va disminuyendo a lo largo de semanas.
2. **Como respuesta al cambio de estado de ánimo:** se presenta cuando los pacientes buscan mejorar su estado de ánimo de una forma rápida e inmediata. Esto puede ocurrir cuando los pacientes se encuentran aburridos, tristes o carecen de habilidades sociales.
3. **Como respuesta aprendida a las señales asociadas con drogas:** al consumir, los usuarios asocian la intensa recompensa obtenida por la droga con lugares, personas o cosas que después pueden hacer surgir el deseo por sí solos.



# DEL DESEO



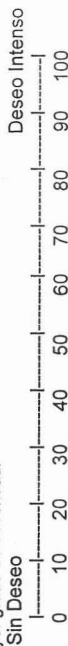
FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORREGISTRO DEL DESEO DE CONSUMO**

CONSUMO:  Si  No DESEO:  Si  No

1. FRECUENCIA. Marque el número de episodios de deseo que se presentaron en el día.
- 1  2  3  
 4  5  6 o más \_\_\_\_\_

2. INTENSIDAD. Marque con una "X" en el continuo de la línea el episodio de mayor grado de severidad.



3. DURACIÓN. Marque con una "X" la opción que corresponda al mayor tiempo de permanencia del deseo.
- 0-5 min.  6-10 min.  11-20 min.  21-30 min.  
 31-45 min.  46-60 min.  1-2 hrs.  más de 2hrs

4. DISPARADOR (situaciones, personas, lugares o cosas). \_\_\_\_\_

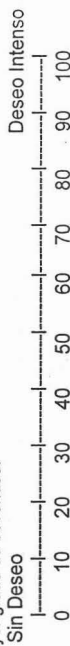
FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORREGISTRO DEL DESEO DE CONSUMO**

CONSUMO:  Si  No DESEO:  Si  No

1. FRECUENCIA. Marque el número de episodios de deseo que se presentaron en el día.
- 1  2  3  
 4  5  6 o más \_\_\_\_\_

2. INTENSIDAD. Marque con una "X" en el continuo de la línea el episodio de mayor grado de severidad.



3. DURACIÓN. Marque Con una "X" la opción que corresponda al mayor tiempo de permanencia del deseo.
- 0-5 min.  6-10 min.  11-20 min.  21-30 min.  
 31-45 min.  46-60 min.  1-2 hrs.  más de 2hrs

4. DISPARADOR (situaciones, personas, lugares o cosas). \_\_\_\_\_

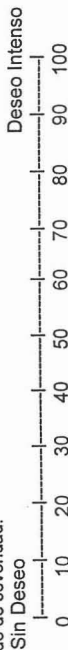
FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORREGISTRO DEL DESEO DE CONSUMO**

CONSUMO:  Si  No DESEO:  Si  No

1. FRECUENCIA. Marque el número de episodios de deseo que se presentaron en el día.
- 1  2  3  
 4  5  6 o más \_\_\_\_\_

2. INTENSIDAD. Marque con una "X" en el continuo de la línea el episodio de mayor grado de severidad.



3. DURACIÓN. Marque con una "X" la opción que corresponda al mayor tiempo de permanencia del deseo.
- 0-5 min.  6-10 min.  11-20 min.  21-30 min.  
 31-45 min.  46-60 min.  1-2 hrs.  más de 2hrs

4. DISPARADOR (situaciones, personas, lugares o cosas). \_\_\_\_\_

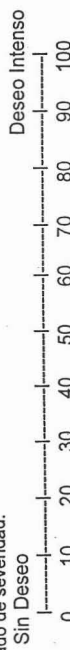
FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORREGISTRO DEL DESEO DE CONSUMO**

CONSUMO:  Si  No DESEO:  Si  No

1. FRECUENCIA. Marque el número de episodios de deseo que se presentaron en el día.
- 1  2  3  
 4  5  6 o más \_\_\_\_\_

2. INTENSIDAD. Marque con una "X" en el continuo de la línea el episodio de mayor grado de severidad.



3. DURACIÓN. Marque con una "X" la opción que corresponda al mayor tiempo de permanencia del deseo.
- 0-5 min.  6-10 min.  11-20 min.  21-30 min.  
 31-45 min.  46-60 min.  1-2 hrs.  más de 2hrs

4. DISPARADOR (situaciones, personas, lugares o cosas). \_\_\_\_\_

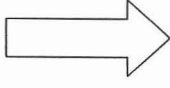
# Anexo B





# Anexo C

# ADICCIÓN A LA COCAÍNA

- **DEPENDENCIA FÍSICA**
    - Cambios bioquímicos a nivel SNC
    - Sin síntomas físicos
  - **DEPENDENCIA PSICOLÓGICA**
    - Cambios en el estado de ánimo
    - Con síntomas psicológicos (Irritabilidad, Tristeza, etc.)
- 

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Deseo intenso y necesidad urgente de consumir cocaína, que conduce a que los usuarios busquen y consuman la droga reiteradamente.

---

# DESEO DE COCAÍNA

- Sensación subjetiva de inquietud física (nerviosismo, ansiedad leve) y pensamientos relacionados con el consumo, de intensidad y duración variable.
- El deseo tiene tres componentes: sensación fisiológica, pensamientos y apoyo ambiental u oportunidad.
- En casos intensos, hay urgencia casi irresistible por consumir para obtener el estado psicológico, físico y conductual que induce la droga.
- Asociado con el abandono terapéutico y las recaídas
- El deseo puede persistir, durante varios meses tras la interrupción del consumo.

## ■ TIPOS DE DESEO:

- Respuesta a los síntomas de abstinencia: malestar interno con disminución gradual
  - Respuesta al cambio de edo. de ánimo: mejorar edo. de ánimo, carencia de habilidades sociales.
  - Respuesta aprendida a las señales asociadas con drogas: ciertos estímulos neutros se "cargan de significado"
  - Respuesta al aumento de experiencias placenteras: aumentar experiencias positivas.\*
-

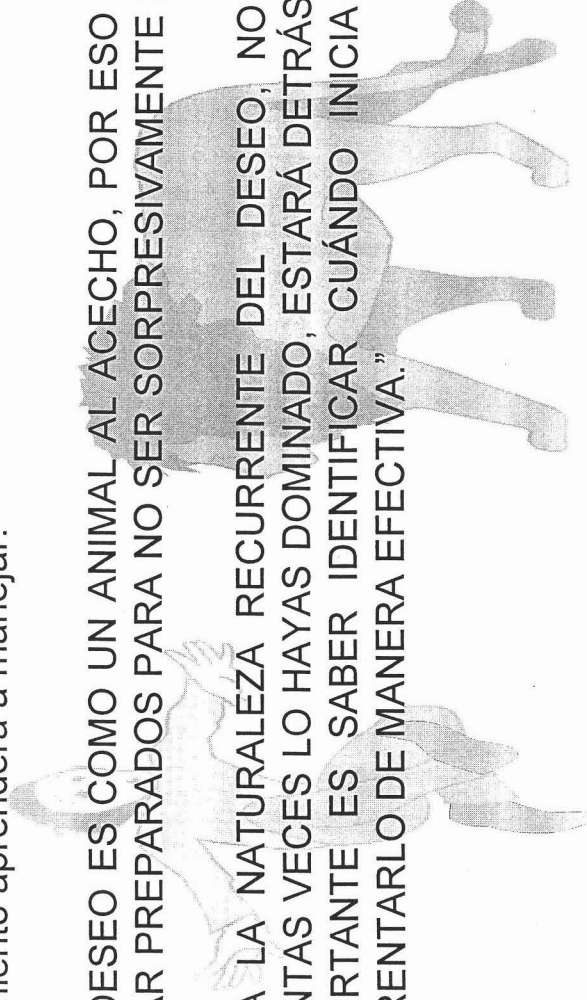
# MEDICIÓN DEL DESEO

- **FRECUENCIA**  
Número de veces que se presenta el episodio de deseo.
- **INTENSIDAD**  
Percepción de la fuerza con la que se experimenta el deseo.  
(casi imperceptible → muy fuerte)
- **DURACIÓN**  
Tiempo transcurrido entre el inicio y el fin del episodio. (breve → largo)
- **ESTÍMULO DISPARADOR**  
Estímulos cargados de significado que desencadenan el deseo por consumir.

---

# NOTA IMPORTANTE

- Es importante mencionar, ya que puede ocurrir, que ciertas actividades como revisar sus lecturas, llenar sus autorregistros o hablar sobre su consumo, puede ser suficiente para suscitar el deseo, por los pensamientos condicionados asociados a este. En estas situaciones le sugerimos recordar que el deseo es una sensación pasajera, la cual a lo largo de este tratamiento aprenderá a manejar.
- “EL DESEO ES COMO UN ANIMAL AL ACECHO, POR ESO DEBEMOS ESTAR PREPARADOS PARA NO SER SORPRESIVAMENTE PRESA DE ÉL.”
- DADA LA NATURALEZA RECURRENTE DEL DESEO, NO IMPORTA CUANTAS VECES LO HAYAS DOMINADO, ESTARÁ DETRÁS DE TÍ, LO IMPORTANTE ES SABER IDENTIFICAR CUÁNDO INICIA Y CÓMO ENFRENTARLO DE MANERA EFECTIVA.”



# INSTRUCCIONES AUTORREGISTRO DEL DESEO

