



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA COGNOSCITIVO CONDUCTUAL CON USUARIOS CRÓNICOS DE
COCAÍNA”

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOBIOLOGÍA
P R E S E N T A:

MIGUEL ANGEL MORALES MOLINA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JAVIER URBINA SORIA FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

COMITÉ DE TESIS:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. SILVIA MORALES CHAINE. FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

MÉXICO, D.F.

Noviembre, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo recibido para la elaboración del presente documento a las siguientes personas e instituciones:

Mtro. Javier Urbina Soria

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Silvia Morales Chaine

Dra. Lydia Barragán Torres

Dr. Fernando Vázquez Pineda

A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como a Centros de Integración Juvenil, A.C.

SUMMARY

This report describes the professional experience acquired during a behavioral cognitive therapeutic intervention involved in the treatment of cocaine addiction in patients being treated at the Centro Regional Venustiano Carranza belonging to the Centros Integración Juvenil, A.C. The intention is also up to deal with the impact of drug consumption on public and mental health in Mexico.

The report goes back to the historical consumption of coca leaves (Erythroxilon, coca) as a custom of certain cultures in America, and covers its therapeutic use for mental conditions and its use as a local anesthetic in surgery. Cocaine is currently used for recreational purposes, and this report therefore also describes the different psychological and physiological damage resulting from chronic consumption (DSM-IV-TR) which is why epidemiological studies (ENA 2008) show the psychosocial impact used to determine the indexes pertaining to the increase, the permanence or the reduction in consumption.

The therapeutic focus suggested for the treatment of cocaine consumption is based on cognitive behavioral therapy, which proposes the organization of cognitive schemes and concepts, considering the functional analysis and training in skills proposed by Carroll (1998), as well as strategies for the prevention of relapses and proposals for therapeutic intervention involving the persons with which the patient lives, who comprise his/her principal interaction medium, i.e., the family, the partner, the spouse (a) and in certain cases, Washton (1995) suggests the use of psychoactive drugs. Those last two intervention modalities support the individual or group treatment applied to the cocaine user.

RESUMEN

El informe expresa la experiencia profesional adquirida en la intervención terapéutica cognitivo conductual, en el tratamiento de la adicción a la cocaína en los pacientes que asisten a tratamiento al Centro Regional Venustiano Carranza, perteneciente a los Centros Integración Juvenil, A.C. Con ello también se pretende abordar, el impacto que ha generado el consumo de las drogas en la salud pública y mental de México.

Desde un bosquejo histórico, con el consumo de las hojas de coca (Erythroxilon, coca) como costumbre de algunas culturas de América, así como su empleo terapéutico en trastornos mentales, y también empleada como anestésico local para las cirujías. Actualmente es utilizada como implemento de recreación, por lo que son reportados también, los diferentes daños psicológicos y fisiológicos desarrollados con el consumo crónico (DSM-IV-TR), y por lo que los estudios epidemiológicos (ENA, 2008), muestran el impacto psicosocial para ubicar los índices de aumento, permanencia o disminución de su consumo.

El enfoque terapéutico, sugerido para el tratamiento del consumo de cocaína, está sustentado desde la terapia cognitivo conductual que propone, la organización de esquemas y conceptos cognoscitivos, considerando el análisis funcional y el entrenamiento de habilidades como lo propone Carroll (1998), así también, estrategias para la prevención de recaídas y propuestas de intervención terapéutica que incluya a las personas con quien vive el paciente, los cuales conforman su medio principal de interacción a saber: familia, pareja, esposo (a) y en algunos casos, Washton (1995), sugiere el empleo de psicofármacos, estas dos últimas modalidades de intervención apoyan el tratamiento individual o grupal que recibe el consumidor de cocaína.

INDICE

Summary	3
Resumen	4
Introducción	7
1. Descripción genérica de los Centros de Integración Juvenil y funciones	8
2. Breve esbozo de la experiencia profesional en diversas áreas	12
3. Consumo de cocaína	16
3.1 Antecedentes	16
3.2 El consumo de cocaína en México	17
3.3 Epidemiología del consumo de cocaína	17
4. Efectos de la cocaína	19
4.1 Efectos en el sistema nervioso central	19
4.2 Efectos sobre la conducta	21
4.3 Dependencia a cocaína (DSM-IV-TR)	22
5. Intervención terapéutica	24
5.1 La terapia cognoscitivo conductual	24
5.2 Apoyos a la terapia cognoscitivo conductual	25
5.2.1 Farmacoterapia y rehabilitación	26
5.2.2 La participación de la familia en el proceso de recuperación	28
6. Discusión	30
7. Apéndice 1. Metodología de trabajo	31
8. Apéndice 2. Descripción de casos	47

9. Gráficas del comportamiento del consumo de drogas, realizadas por el área de investigación de CIJ	51
10. Referencias	54

INTRODUCCIÓN

Como bien se sabe, el consumo de drogas en México se caracteriza por ser un problema de salud pública y mental. Cada vez son más altos los índices del uso de alcohol, tabaco y otras drogas, de acuerdo con los diferentes estudios epidemiológicos realizados en nuestro país.

Una de las drogas que se ha perfilado con un alto consumo es la cocaína, ya que su alta demanda se incrementó en poco tiempo en comparación con otras drogas que ya se consumían en la población mexicana como es el caso del alcohol, el tabaco, la marihuana y los solventes o inhalantes. La atención de los usuarios de cocaína se vio impactada en empezar a desarrollar estrategias eficaces de prevención y tratamiento sustentadas tanto terapéutica como farmacológicamente, ya que el problema de la adicción tiene repercusiones que abarcan desde lo psicosocial hasta lo neurobiológico.

Por lo anterior, en el presente reporte de experiencia profesional se pretende hacer una descripción del impacto del consumo crónico de cocaína y la intervención clínica que requieren para su tratamiento y rehabilitación las personas que asisten a consulta externa al Centro Regional Venustiano Carranza, perteneciente a los Centros de Integración Juvenil, A.C., teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son poliusuarios de drogas y algunos mantienen una preferencia por la cocaína. También se abordarán aspectos históricos del consumo de cocaína, que van desde mascar las hojas de coca (*Erythroxylon coca*) a manera de adquirir energía como una costumbre difundida entre la cultura Inca; pasando por el uso terapéutico y empleada como anestésico local y, posible antídoto para el estado de ánimo y la adicción a otras drogas, así como el uso recreativo, para poder hacer referencia de las complicaciones que se manifiestan a nivel del sistema nervioso central, sobre la conducta y los trastornos desarrollados entre los que se encuentran el abuso, la dependencia y la tolerancia al requerir mayores dosis de droga.

Así mismo, también se revisa el sustento teórico y metodológico empleado en el tratamiento para usuarios de estimulantes, sustentado en las propuestas cognitivo conductual que les permiten poder adquirir un entrenamiento accesible y práctico para hacer frente al problema de la adicción. De tal manera que, para algunos usuarios de cocaína que han desarrollado complicaciones de tipo neuropsiquiátrico, es importante una intervención farmacológica en la que pueda rehabilitar funciones cognitivas y

fisiológicas dañadas por el uso de la ó las sustancias. El Centro Regional Venustiano Carranza, ubicado en la demarcación de la delegación política del mismo nombre, atiende a los consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas, ofreciéndoles un tratamiento específico para la adicción de cada sustancia. El centro también cuenta con la modalidad terapéutica de centro de día, en donde la población atendida son adolescentes que han desarrollado la adicción a diferentes drogas, asistiendo diariamente, de las 9 de la mañana a las 14 horas y de lunes a viernes. En el caso de consumidores de cocaína, el programa de tratamiento para usuarios de estimulantes propone 10 módulos que el paciente resuelve de manera individual en el consultorio y con el apoyo del terapeuta. El programa implica también tareas que se realizan cuando el paciente está en su casa y que traerá resueltas para la siguiente sesión. La prevención de recaídas, la rehabilitación y reinserción social, integran el tratamiento dirigido a los usuarios de cocaína.

En última instancia se expondrá también la importancia del rol que desempeña la familia dentro del tratamiento y rehabilitación, ofreciendo diferentes modalidades de terapia familiar, fundamental para la obtención de resultados óptimos como objetivo principal de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

1. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DE LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL Y SUS FUNCIONES

Con el principal objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes mexicanos, son fundados en 1969 los Centros de Integración Juvenil A.C., institución no lucrativa que inicia el tratamiento de uno de los principales problemas de salud pública, las adicciones.

En un inicio el Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, es una propuesta de un grupo organizado de la comunidad encabezado por la señora Kena Moreno buscando contrarrestar el abuso de drogas, así como sensibilizar diferentes sectores sociales para enfrentar este problema.

Por más de 40 años, los Centros de Integración Juvenil A.C., sustentan una misión: proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, basados en el conocimiento científico y formar recursos humanos especializados; así mismo su visión es: continuar otorgando servicios de calidad en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes. La institución también está integrada por una Red Operativa Nacional que cuenta con 99 unidades operativas, las

cuales se encuentran ubicadas en zonas de atención prioritarias de alto riesgo para el consumo de drogas en todo el país; existen también 12 unidades de hospitalización distribuidas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Ciudad Juárez y Jalisco, así como 2 clínicas de atención a usuarios de heroína ubicadas en Baja California y Chihuahua.

En la modalidad de prevención se atiende a más de 4 millones de personas al año, mientras que a 86 mil pacientes y familiares en atención curativa, en donde participan equipos multidisciplinarios especializados en salud mental. El modelo de atención del consumo de drogas identifica factores de riesgo y factores de protección como un abordaje enmarcado en la salud pública; así mismo cuenta con programas sustantivos, programas de apoyo y estrategias para la atención curativa, la prevención, la investigación, la enseñanza, la promoción institucional, la movilización social y la coordinación interinstitucional.

Programa de género y adicciones.

El programa de género y adicciones ofrece a la población los servicios de tratamiento-rehabilitación y prevención de las adicciones con una perspectiva sensible al género, con el propósito de disminuir la incidencia y prevalencia del consumo y promover su participación para el auto cuidado de la salud integral, de tal manera que también se atiende de manera articulada la violencia familiar.

Programa preventivo “para vivir sin drogas”.

El objetivo principal es de disminuir el uso de drogas de la población en general y de alto riesgo, reforzando los estilos de vida saludable y las estrategias de educación para la salud, considerando las diferentes características con que cuentan, se diseña la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada, dirigidas hacia las poblaciones prioritaria y objetivo cuyas edades son de 10 a 18 años y 10 a 54 años. Este programa esta dirigido a niños, adolescentes, adultos jóvenes, población abierta y padres de familia, quienes reciben información, orientación y capacitación.

Prevención laboral.

Es un modelo de atención integral del consumo de drogas en los centros de trabajo, dirigido a todo tipo de empresas del sector público y privado.

Programa de atención curativa.

Los objetivos del tratamiento y rehabilitación pretenden suprimir o reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como ofrecer atención integral a los problemas psicológicos y de salud generados por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, incluyendo la rehabilitación y reinserción social. La atención a los familiares consiste en brindar apoyo y orientación a los familiares de los consumidores de sustancias adictivas, con la finalidad de favorecer ambientes libres de drogas y mejorar su desempeño y calidad de vida.

El programa de atención curativa comprende tres subprogramas de atención:

- I. Subprograma de consulta externa. Comprende tres niveles:
 1. Plan primera respuesta.
 2. Consulta externa básica.
 3. Consulta externa intensiva (centros de día)
- II. Subprograma de hospitalización. Comprende cinco niveles:
 4. Plan de desintoxicación y estabilización de la abstinencia.
 5. Centros de día en hospitalización.
 6. Hospitalización de estancia breve (un mes)
 7. Hospitalización de estancia media (tres meses)
 8. Casa de medio camino (centros de noche)
- III. Subprograma de reducción de daño: comprende los dos últimos niveles:
 9. Plan de mantenimiento y deshabitación con metadona.
 10. Distribución de paquetes de oportunidad para la salud.

Los niveles de atención están diseñados para ofrecer una atención sensible a las necesidades con que cuentan las personas que ya presentan un problema con las drogas. La valoración realizada es profesional, psicosocial y médica para poder identificar el nivel de severidad del consumo y poder derivar cada caso al nivel de atención que necesite su problemática.

Tratamiento para dejar de fumar.

En nuestro país el consumo de tabaco es considerado como un problema de salud pública que por los daños que ocasiona, requiere de un tratamiento eficaz, por lo que el programa cognitivo conductual, proporciona un tratamiento a las personas que fuman y que deseen suprimir su consumo con el fin de reducir los riesgos y daños asociados.

Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber.

Consiste en una intervención motivacional que ayuda a las personas con problemas en su forma de beber a comprometerse a modificar su conducta, así como a reconocer y utilizar sus recursos para resolver problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol.

Centro de día.

Este proyecto mantiene al paciente en ambientes protegidos durante el día con actividades como: grupo cognitivo conductual, terapia de grupo, tratamiento para dejar de fumar, grupo de ayuda mutua a pacientes, promoviendo la abstinencia y previniendo las recaídas, grupo de familiares y cine debate, entre otras actividades para la rehabilitación.

Los servicios de apoyo al tratamiento considerados dentro del programa de atención curativa ofrecen: pruebas rápidas para la detección de drogas, prevención de recaídas, consejería familiar, pruebas psicológicas y de clinimetría, pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH y visita domiciliaria/ rescates.

Hospitalización.

Se proporciona a usuarios de drogas que presentan cuadros de intoxicación por uso de sustancias, síndrome de abstinencia, pacientes que han intentado otros tratamientos con resultados poco exitosos y multiusuario severos. El modelo de atención contempla actividades basadas en los postulados de la comunidad terapéutica con adaptaciones culturales específicas. El programa incluye manejo farmacológico, psicoterapéutico multimodal, socio-familiar, psicoeducativo, recreativo-cultural y deportivo, operado en un ambiente protegido y libre de drogas. La participación de la familia es obligatoria. Se otorga terapia familiar, individual y grupal.

Clínicas de atención a usuarios de heroína.

Ofrecen un programa de deshabitación y mantenimiento con metadona (PMDM) agonista de aplicación diaria que libera hasta 36 horas. También se ofrece el tratamiento

de deshabituación y mantenimiento con Buprenorfina (TDMB) que presenta mayor facilidad para la desintoxicación, al ser menos adictiva y tener vida media más larga. Se administra cada 48-72 horas. Tratamiento a mediano plazo (seis meses) y programa de mantenimiento a largo plazo (doce meses).

Investigación.

Opera desde cuatro vertientes:

Clínica. Estudio de factores asociados a la enfermedad y a su atención terapéutica.

Epidemiológica. Estudio de la forma y las tendencias del uso de drogas entre pacientes que asisten a Centros de Integración Juvenil.

Evaluativa. Evaluación de procesos y resultados de programas sustantivos.

Psicosocial. Estudio del contexto social del uso de drogas.

La principal estrategia es retroalimentar la toma de decisiones en el diseño, la planeación, la ejecución y el ajuste de programas.

Programa de enseñanza.

Posgrado. Especialidad para el tratamiento de las adicciones, con reconocimiento de la Secretaría de Educación Pública. maestría en terapia familiar con énfasis en adicciones y enfoque de género, con reconocimiento de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Diplomados. Intervención breve para consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas. Género, adicciones y violencia familiar, con reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México. Formación y actualización del personal del área de la salud a través de cursos/talleres presenciales y residenciales.

Finalmente cabe recordar que Centros de Integración Juvenil A.C., como órgano estratégico cuenta con 93 patronatos, uno para cada unidad operativa, así como con 2,410 convenios con diferentes instituciones y empresas del sector público y privado.

1. BREVE ESBOZO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LAS DIVERSAS AREAS.

Como una institución dedicada principalmente a la prevención, tratamiento, rehabilitación, capacitación e investigación de las adicciones, por más de 40 años, en

Centros de Integración Juvenil A.C., desde un inicio se ha participado encada una de las modalidades antes mencionadas y en uno de los centros locales correspondientes a la demarcación política de Venustiano Carranza.

Prevención.

Los proyectos preventivos tienen como objetivo a las diferentes poblaciones de la comunidad, así como del sector salud y del sector educativo. La participación en pláticas informativas y de orientación, ofrecen un espacio de reflexión tanto a los adolescentes como a los adultos, con el fin de poder identificar y desarrollar las diferentes habilidades con que cuentan para poder prevenir el consumo de drogas. La orientación preventiva en que se participa abarca principalmente a poblaciones de adolescentes, adultos jóvenes, adultos, así como a padres de familia., actividades que son extramuros y en algunas ocasiones en donde el grupo conformado puede asistir al Centro de Integración, las actividades son intramuros. La temática a desarrollar se fundamenta en las guías de prevención realizadas por el área de proyectos preventivos, en donde la propuesta metodológica está diseñada de acuerdo con las características de la población objetivo, teniendo presente los tipos de prevención requerida, a saber: prevención universal, selectiva e indicada.

Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La característica principal que presenta la población que asiste a tratamiento, es el de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas., por lo que se propone un tratamiento integral en el que participa el equipo médico técnico integrado por el médico psiquiatra o médico general, el trabajador(a) social, el psicólogo (a) para poder integrar un diagnóstico clínico que permita elaborar el tratamiento y la rehabilitación idóneos a las necesidades del paciente que asiste a consulta.

En la fase del diagnóstico se participa en la realización de la entrevista inicial, la historia clínica psicológica, la evaluación e integración psicológica y psicométrica, así como la evaluación familiar y en el caso de los pacientes que asisten por tener problemas con su forma de beber se realiza la evaluación correspondiente, la cual consiste en la aplicación de instrumentos de tamizaje que detectan la forma de riesgo o de alto riesgo de consumo de alcohol en hombres y mujeres., audit, audit breve y la línea base retrospectiva (libare), cuestionario de confianza situacional, así como el inventario de situaciones de consumo de alcohol. Para el caso de los pacientes que asisten a la clínica para dejar de fumar tabaco, se evalúan los motivos por los que fuma, (cuestionario de motivos) así como un contrato terapéutico en donde el paciente se compromete a mantener una asistencia regular a su tratamiento y seguir las sugerencias clínicas del terapeuta. En cuanto al

consumo de cocaína y de anfetaminas y metanfetaminas se refiere, el tratamiento para usuarios de estimulantes que consta de una evaluación diagnóstica inicial, así como el tratamiento cognitivo conductual que propone 10 sesiones de tratamiento y dos de seguimiento, en donde se trabaja junto con él paciente los autorregistros que resuelve en su casa y llevándolos para la siguiente sesión, posteriormente las sesiones de seguimiento se realizan al haber terminado las sesiones propuestas.

Las adicciones son un problema multifactorial que ha tenido su alcance hasta las poblaciones más vulnerables de la sociedad, en particular niños y adolescentes, por lo que se llevan a cabo sesiones de terapia grupal para adolescentes, teóricamente sustentadas y empleando diferentes técnicas cognoscitivo conductual, en donde se busca la abstinencia total, así como la disminución del consumo de drogas, en el caso del consumo de tabaco y alcohol, los objetivos son los mismos, salvo que aquí se pretende que no inicien el uso de drogas ilícitas. El trabajo con los padres de los adolescentes también se realiza de manera grupal y por separado de la terapia que reciben sus hijos., la reflexión acerca de conductas más sanas, propiciar una comunicación asertiva, mejorar su autoestima, afrontar de manera oportuna el estrés cotidiano y evitar la violencia dentro de la familia, son los temas que se trabajan en los grupos.

La integración a las actividades escolares, la motivación para conseguir un empleo, sugerencias para recurrir a los deportivos de la comunidad, asistir a casas de la cultura de la delegación en donde viven, crear hábitos de lectura que les permitan estimular y mejorar las funciones cognoscitivas, desarrollar una mayor percepción del riesgo de consumir drogas, así como crear conciencia acerca de la importancia de la salud, son las diferentes actividades que corresponden a ámbito de la rehabilitación. En el Centro de Integración Juvenil Venustiano Carranza funciona la modalidad del proyecto centro de día, el cual integra por lo general a los adolescentes que asisten a tratamiento pero no realizan actividades por la mañana, por lo que acuden en ese horario a sus actividades de rehabilitación incorporándose a los talleres que se ofrecen, pláticas y sesiones informativas de grupos de autoayuda, realización de actividades de condicionamiento físico como el taichí y zumba.

Finalmente cabe recordar que las actividades tanto de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, fueron modificadas de acuerdo a las necesidades de los usuarios de los servicios que ofrece el Centro de Integración Juvenil Venustiano Carranza, las limitaciones son diversas, así como las necesidades, sin embargo se ha podido atender satisfactoriamente a las personas que acuden y que pudieron obtener una satisfactoria recuperación al mejorar diferentes áreas de su vida y dejar de consumir drogas.

La experiencia laboral personal se ha construido desde 1993 cuando se empiezan a tratar los primeros casos de consumo de sustancias, a saber: mariguana, inhalantes como pegamentos y solventes como el tinher y aguarrás y en casos aislados el consumo de cocaína en polvo blanco, principalmente inhalada. Con el transcurso del tiempo empiezan a surgir algunos casos de consumo de cocaína fumada en forma de piedra con tabaco o mariguana. Son escasos los pacientes que llegan a consumir la cocaína vía intravenosa diluida en agua, prevaleciendo así el consumo de forma inhalada y fumada.

Para finales de la década de los 90 y principio de la década del 2000, el consumo de cocaína se perfila como una de las drogas de mayor consumo entre los adictos a drogas que llegan a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, cabe recordar que durante este tiempo el consumo de cocaína es, en la mayoría de los casos, fumada, las edades de los consumidores son cada vez más tempranas, además de que no solo son consumidores de una droga, sino que son poliusuarios y también el número de mujeres adictas empieza a incrementar. Ante la problemática del incremento que registran los datos epidemiológicos del alto índice de consumo de drogas en el país, los programas de prevención y tratamiento que ofrecen los Centros de Integración Juvenil, se ven en la necesidad de incorporar tratamientos terapéuticos y estrategias preventivas eficaces contemplando ahora el uso de alcohol y tabaco, que en la mayoría de los casos, son drogas de inicio en la dependencia a otras sustancias.

Desde la modalidad terapéutica el abordaje teórico metodológico, se centra en la teoría cognoscitivo conductual, implementando con ello los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Amanera de comentar el interés personal que surge por la atención de usuarios crónicos de cocaína, el aumento en la atención terapéutica se incrementa por lo cual es necesario realizar tratamientos grupales, aunque en algunas ocasiones individuales, con el objetivo de obtener resultados eficaces traducidos en la recuperación integral de los pacientes con éstas características. Es por lo que la implementación del programa de tratamiento para usuarios de estimulantes se perfila como una opción para lograr una modificación significativa en la conducta adictiva del paciente, tal y como se presentó en un par de casos de los que se obtuvieron resultados, hasta cierto grado favorables debido a su evolución terapéutica, por lo que se hará referencia de los procesos terapéuticos, en los que uno de ellos logro concluir su tratamiento, pero ya no continuo asistiendo alas sesiones de seguimiento, mientras que el otro no concluyó el tratamiento, tampoco continuo asistiendo a la fase de seguimiento. Ambos pacientes asistían a tratamiento en el turno vespertino con una regularidad de una a dos veces por semana, también uno de ellos asistía con frecuencia a consulta de farmacoterapia, logrando presentar una recuperación en diferentes áreas de su vida incluyendo la disminución y hasta cierto grado el control sobre el consumo de

cocaína; así mismo el otro caso también presenta un avance de recuperación en diferentes aspectos como disminución del consumo de cocaína y mayor esertividad en la toma de decisiones importantes.

1. CONSUMO DE COCAÍNA.

1.1 Antecedentes.

Durante el siglo XVI Nicolás Monardes y Pedro Cieza de Leòn, publican los primeros informes acerca del uso de las hojas de coca (*Erythroxylon*) entre los Incas del Perú y los pueblos sometidos a ellos, también describe Viesca (1997), que las hojas de coca ayudaban al aborígen sudamericano a mitigar el hambre y la sed que producía caminar largas distancias de la cordillera andina, en donde no existía agua ni alimentos; por lo que estas hojas de coca eran mascadas y poder obtener con ello la necesaria fuerza para realizar trabajos forzados que requerían de máximo esfuerzo.

Así también, quitar el hambre y proporcionar energía a quien masque las hojas de coca, son algunas de las propiedades principales del alcaloide, como lo refiere Juan de Cárdenas a finales del siglo XVI (citado en Viesca, 1997). Por otra parte, mascar las hojas requiere de usar también cenizas vegetales, conchas molidas o cal, mezcla que genera una liberación de alcaloides que aceleran la entrada al torrente sanguíneo, acto que se convierte en una tradición para el coquero, así como indicador para saber cuando un niño que ha aprendido a mascar (ocho años de edad) es ya capaz de trabajar, refiere Escohotado (2000), y continua describiendo que el uso de las hojas de coca llega a remontar a épocas anteriores a la fundación del imperio inca, en donde la palabra <<coca>> parece derivar de la lengua aymara, cuyo simple significado es el de <<planta>> o <<árbol>>, y que al mascar las hojas sin previa autorización era semejante a un crimen; aunque como parte del tributo de trabajo era producir los panes de coca que la Corte consumía en grandes cantidades, aunque el control del consumo se restringía al pueblo como una prohibición. En los hallazgos arqueológicos las estatuillas encontradas en las costas de Ecuador y Perú, representan un rostro con las mejillas hinchadas por el <<bocado>> o <<cocada>> a saber: “Las hojas se mastican siempre mezclándolas con un polvo alcalino (cenizas vegetales, conchas trituradas o cal), y la costumbre se consideró meramente accesoria hasta que D. Paly, trabajando en los laboratorios de Yale, comprobó que el añadido de carbonato cálcico aumenta por diez la concentración de cocaína en el plasma sanguíneo, por lo que

para su consumo, los instrumentos utilizados por los incas eran unos tubos de oro, que servían para la absorción por la vía nasal, por lo que se empleaba para ello la coca pulverizada.

1.2. El consumo de cocaína en México.

En México fue hasta 1890 en que un artículo de información médica da referencia de un envenenamiento por cocaína y su tratamiento con ácido fénico (Viesca, 1997), aunque es difícil precisar las fechas en que la cocaína empieza a consumirse entre la población mexicana, como lo refiere Viesca (1997), sin embargo se siguen los diferentes patrones de consumo de drogas entre la población norteamericana, las formas de suministrar la cocaína, vía intravenosa, inhalada en forma de polvo, hasta la mas actual fumada en forma de piedra (crack).

Cuando el consumo de cocaína empieza a perfilarse como un problema de salud pública y mental, comienza también la necesidad de elaborar datos y crear información que permita conocer con precisión el comportamiento del consumo de drogas en México, reportándose un incremento significativo del consumo de cocaína a partir de 1992, de acuerdo con Ortiz et al. (2007). La serie histórica de 1987 a 2005, es notable el aumento de la proporción de usuarios mayores de 30 años, mientras que disminuye y se estabiliza la proporción de los usuarios de entre 20 y 24 años de edad, el rango de 25 a 29 años muestra una tendencia irregular en este periodo, y la proporción de usuarios de alto consumo tiende a incrementar. En un estudio realizado por Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora (2007), ubican el consumo de cocaína limitado a grupos aislados y sofisticados que la consumían por diversión, antes de los años setenta y para la década de los noventa, alcanza un importante incremento fenómeno registrado en todos los sistemas de información disponibles.

1.3 Epidemiología del consumo de cocaína.

El consumo de cocaína fue aumentando entre la población mexicana, abarcando desde los estados de las fronteras norte y sur, así como las diferentes regiones que integran el resto

del país. Debido a la demanda de consumo constante que ha tenido la cocaína entre los diferentes sectores de usuarios, las instituciones de salud han desarrollado diferentes estrategias, que van desde las campañas de prevención, tratamiento e investigación, como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) que realiza la Secretaría de Salud a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, teniendo como objetivos principales: evaluar la prevalencia del uso de drogas tanto médicas (consumidas fuera de prescripción), y las que no lo son, como el alcohol y el tabaco. Por otra parte, también se evalúan las tendencias en el consumo de sustancias, de una muestra representativa de las poblaciones urbana y rural del país.

Los resultados de la encuesta de los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad, ha aumentado de un 5% observado en 2002, a un 5.7% en este periodo. La drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron, de 4.6 a 5.2%; así también se refiere que la cocaína es una de las drogas de preferencia en la población, ya que su consumo paso de 1.2% en 2002, a 2.4 en 2008 (ENA 2008).

Por otra parte, se observa que la cocaína ha mostrado variaciones importantes, desplazando a los inhalables en las preferencias de la población, desde finales de los años ochentas e inicio de los noventa cuando aparece en el mercado nacional; así también, el 75.8% de los encuestados, consideran la percepción de riesgo adictivo que produce la cocaína. En cuanto a la edad de los usuarios de la droga, se estima que la mayoría son jóvenes (36.4%) que consumen antes de los 18 años, en mayor proporción que generaciones anteriores, así también la cuarta parte de los consumidores de cocaína (2.4%) consumen crack; en tanto que por género, es mayor la proporción de hombres consumidores que mujeres consumidoras, en donde también se aprecia que entre las mujeres, el consumo de cocaína y crack es mayor entre las más jóvenes (de 12 a 25 años), así mismo, la ENA (2008) confirma que un inicio del consumo de tabaco y del alcohol, antes de los 18 años puede incrementa la probabilidad de usar otras drogas, ya que 14.2% de las personas que empezó a fumar tabaco antes de los 18 años, experimentó con mariguana, en comparación con solo 5.4% de quienes fumaron tabaco por primera vez entre los 18 y 25 años. La proporción para cocaína fue de 7.6% contra 3.8%; por lo que ésta misma tendencia se observa para todas las drogas.

Es importante tener en cuenta que el consumo de cocaína, llega a presentarse en edades tempranas, por lo que la ENA (2008) investigó si los adolescentes están en mayor riesgo, que las personas adultas en el momento del estudio. Se sabe que el cerebro de los

adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, y es por ello que tienden a tomar riesgos; por lo que los adolescentes de entre 12 y 17 años, tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo, que quienes han alcanzado la mayoría de edad.

Las conclusiones respecto a la encuesta señalan, la necesidad de intervenciones preventivas, de intervenciones breves y de tratamiento. También se ha detectado, que el consumo de drogas está aumentando, porque el consumo de cocaína se duplicó, mientras que el consumo de crack es significativamente menor, pero muestra tendencias importantes de crecimiento. Los datos también indican, que entre las mujeres el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres; que los adolescentes entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo, por lo que las generaciones actuales enfrentan la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción también mayor que las generaciones anteriores, es así como el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco, incrementan la probabilidad de usar otras drogas; por lo que los problemas emocionales entre los jóvenes, incrementan el riesgo de consumir drogas.

2. Efectos de la cocaína

2.1. Efectos en el sistema nervioso central.

La adicción a la cocaína se ha manifestado desde el siglo 19, en donde se utilizaba como medicamento, pero también como uno de los ingredientes en la fabricación de tónicos, vinos y bebidas como la Coca Cola, menciona Escotado (2000). También su empleo se extendió para el tratamiento de la neuralgia, melancolía, histeria, sífilis, alcoholismo y adicción a otras drogas; pero a pesar de existir diversas posturas por sus diferentes empleos, su uso se consideró como un fármaco y un veneno, pero también como remedio útil para unas cosas y pernicioso para otras.

El consumo crónico de cocaína, genera cambios en el funcionamiento bioquímico de las células cerebrales y, estos cambios serán también crónicos, refiere Washton (1995), además de que dichos cambios pueden ocasionar deseos compulsivos por la droga, así como alteraciones de la capacidad cognitiva y estados de ánimo desagradables, por lo que el uso crónico significa un daño neurológico en el consumidor.

En investigaciones neurobiológicas (Benowitz, 1993) se reportan los efectos que produce la cocaína en el sistema nervioso central, en donde el alcaloide retrasará la transmisión entre las neuronas, al bloquear rápidamente la corriente de sodio en neuronas sensoriales, presentando así el efecto anestésico específicamente en las zonas por donde se administra la droga. También la bioquímica cerebral se vera alterada, ya que la cocaína interrumpe la captura de catecolaminas, neurotransmisores que tienen una función específica en las respuestas simpaticomiméticas; así como de 5-hydroxytryptamina, por lo que también bloquea el transporte de otro neurotransmisor, la dopamina, ya que al parecer tiene un sitio adecuado en el receptor de cocaína, por lo que provocará una prolongación en las concentraciones de la sinapsis de dopamina y sus receptores. En esa misma línea de investigación, Barroso-Moguel (1997), reporta haber realizado estudios con ratas que al ser expuestas a periodos prolongados de consumo cocaína, desarrollaron daño en diferentes tejidos.

Por otra parte, Kalivas y Volkow (2005), encontraron que la capacidad de elección de las respuestas biológicas, así como de la motivación y recompensas de carácter cognitivo basados en la experiencia, intervienen en la adicción a drogas ya que la corteza prefrontal regula el alcance motivacional general, determinando la respuesta comportamental la cual se ha centrado en tres regiones cerebrales, a saber: la amígdala, la corteza prefrontal y el núcleo accumbens, ya que en estudios de neuroimagen la integración funcional de la amígdala y la corteza prefrontal, intervienen en las respuestas motivacionales como la comida, el sexo y la cooperación social; en este mismo estudio los autores reportan también que el núcleo accumbens, estrechamente interconectado con el hipotálamo, interviene en conductas de ingestión; regulando la intensidad motivacional contribuyendo a establecer asociaciones memorizadas.

Por otra parte, el aprendizaje tiene un papel importante en la conducta adictiva de la persona, ya que el deseo intenso condicionado, es un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento del uso compulsivo de cocaína y, precisamente son los deseos aprendidos o condicionados que intervienen para consumir la droga, como afirma Washton (1995).

También al usar la cocaína de forma regular, cualquier persona, lugar, objeto o experiencias asociadas a la droga, adquieren la propiedad de desencadenar intensos deseos por consumir.

2.2. Efectos sobre la conducta.

El uso de la cocaína, en cualquiera de sus formas de administración, llega a generar diferentes efectos inmediatos y a largo plazo los cuales, serán reflejados en la conducta del adicto, como refiere Serrani (2009). Las alteraciones de la conciencia, incoordinación psicomotriz, así como sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, así como disminución de las sensaciones displacenteras o disfóricas y, un efecto del deseo intenso de consumir droga cuando la sustancia se elimina del organismo.

También se observan cambios en la conducta de los consumidores de cocaína, parecidos a los que presentan pacientes con daños neurológicos ubicados en diversos componentes funcionales del cortex prefrontal, como se encontró en un estudio (García, 2006), en el que se reportan comportamientos como: apatía, falta de iniciativa, alteraciones del juicio y la toma de decisiones, así como problemas de impulsividad, conductas erráticas desorganizadas y falta de objetivos. Así mismo, al asociarse el uso de la droga con el daño físico y psíquico, como refiere Serrani (2009), se manifiesta un síndrome depresivo, falta de motivación, dependencia psíquica y física a la sustancia neuro-tóxica, actitudes psicopáticas y/o mitómanas; también se desarrolla anhedonia y aislamiento, lo que produce una disminución en el rendimiento escolar, laboral, así como empobrecimiento afectivo e intelectual.

Las funciones neuropsicológicas presentan un deterioro con el consumo de alcohol y otras drogas como la cocaína. Serrani (2009) refiere, los hallazgos reportados por diferentes autores, en estudios llevados a cabo con adictos a cocaína, a quienes se les realizó una evaluación neuropsicológica, encontrando daños en la memoria verbal y no verbal, también dificultades para el aprendizaje y en la solución de problemas; la abstracción, la velocidad perceptivo motora y, disminución de las funciones ejecutivas las cuales permiten la reorganización de los comportamientos, teniendo en cuenta las consecuencias sociales. Así también en el mismo estudio, el autor (Serrani, 2009), refiere un deterioro de la memoria de trabajo y en la categorización y capacidad de inhibir

respuestas no adecuadas; también los procesos más básicos como la atención sostenida y selectiva presentan determinadas alteraciones.

Finalmente, se afirma que al actuar la cocaína en la alteración de la comunicación de las neuronas (sinapsis) del sistema límbico (Pasantés, 1997), se verán alterados los centros de regulación del sueño, el apetito y de aquellas funciones menos definidas y relacionadas con patrones emotivos como la autoestima la capacidad de comunicación con los demás o con funciones intelectuales, como la capacidad de concentración, de atención y de alerta y de las vías asociadas con el movimiento

2.3. Dependencia a cocaína (DSM-IV-TR)

Como problema de salud pública y mental, el consumo de drogas integra diferentes signos y síntomas que el consumidor desarrolla al mismo tiempo que la dependencia a la (s) sustancia (s). El DSM-IV-TR (2003), clasifica en dos grupos los trastornos relacionados con sustancias, a saber: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias. Los trastornos que se derivan por el consumo de cocaína, así como los inducidos por cocaína y la intoxicación por cocaína, especifican las siguientes manifestaciones: para los trastornos por consumo de cocaína, existe una dependencia a la droga que se presenta con dificultades para resistirse a consumir, así como, la duración que presenta la corta vida media con duración de por lo menos de 30 a 50 minutos, en donde el usuario requerirá de dosis frecuentes que mantengan su efecto euforizante. Las personas con una dependencia a cocaína, manifiestan un deterioro de sus actividades cotidianas, como un abandono de sus responsabilidades laborales, familiares, escolares, etc., así también son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como la pérdida de peso, ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad depresión y perdida de peso, la tolerancia aparece

con el consumo repetido, independientemente de la vía de administración. También es posible observar síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico; siendo probablemente estos los que aumentan la ansiedad y la probabilidad de recaer en el consumo. La gran mayoría de los individuos que sufren dependencia de cocaína han presentado signos de dependencia fisiológica (tolerancia o abstinencia) en algún momento.

La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia, con incremento en la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, charlatanería, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social. En la intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral, cuando la intoxicación es grave puede producir convulsiones, arritmias cardíacas y muerte. Así mismo, la magnitud y el tipo de cambios psicológicos o de comportamiento, dependen de muchas variables que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia (p.ej., tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo y contexto en el que se ingiere la droga). Los efectos estimulantes observados más frecuentemente son euforia, aumento del pulso y la tensión arterial, y actividad psicomotora. Mientras que los efectos depresores como tristeza, descenso de la tensión arterial y disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y solo aparecen con el consumo crónico de dosis altas.

La característica principal de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece pocas horas después de interrumpir (o disminuir) el consumo abundante y prolongado de cocaína; se presenta un estado de ánimo disfórico acompañado por fatiga, sueños vividos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora, también puede presentarse anhedonia y deseo irresistible de cocaína. En la abstinencia aguda los síntomas se observan después de periodos de consumo de dosis altas y repetidas. Los periodos se caracterizan por depresión, aumento del apetito, síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el periodo de abstinencia.

3. Intervención terapéutica

3.1 La terapia cognoscitivo conductual.

Debido a que la mayoría de los consumidores de cocaína que requieren de tratamiento, generalmente consumen otras drogas que los caracteriza como politoxicómanos, de acuerdo con el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA), la adicción a la cocaína involucra cambios biológicos en el cerebro así como innumerables problemas sociales, familiares, y del entorno del adicto. Por lo que el tratamiento del consumo de cocaína se sugiere que sea integral, es decir que considere aspectos neurobiológicos, sociales y médicos, ya que por el consumo de varias sustancias suelen presentarse trastornos mentales que requiere de intervenciones conductuales o farmacológicas.

En la adicción a la cocaína, se han propuesto tratamientos para la modificación de la conducta que demuestran su eficacia, tanto en ambientes ambulatorios como residenciales; por lo que este tipo de tratamiento, también suele emplearse para los problemas relacionados con otras drogas. La terapia cognitivo conductual surge como una alternativa a corto plazo para los consumidores de cocaína y otras drogas, como lo propone el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas, en el manual de tratamiento cognitivo conductual para la adicción a la cocaína (Carroll, 1998), el cual se basa en los procesos de aprendizaje que juegan un papel importante en el desarrollo del abuso y dependencia de la adicción a la cocaína, contribuyendo a reducir el uso de la droga; por lo que a través del reconocimiento de las situaciones se pueda evitar el consumo. Así mismo, el paciente puede organizar conceptos y esquemas cognoscitivos, permitiéndole flexibilidad para poder realizarlos individual o grupalmente; también evaluar tareas durante el transcurso del tratamiento, como refiere Carroll (1998), sus dos principales componentes son: A) análisis funcional en donde el paciente y el terapeuta consideran sentimientos y circunstancias antes y después del consumo del consumo de cocaína, lo que permite identificar las situaciones de alto riesgo. B) entrenamiento de habilidades para ayudarle al consumidor de cocaína a abandonar antiguos hábitos relacionados con el abuso de drogas y también a aprender o reaprender hábitos y habilidades saludables, desde un entrenamiento individual y poder enfrentar sus problemas.

También se proponen tareas críticas que consisten en:

*Promover la motivación de la abstinencia.

- *Capacitación de habilidades
- *Cambio de contingencias de refuerzo
- *Promoción para el manejo de sentimientos dolorosos
- *Mejorar el funcionamiento interpersonal y el apoyo social.

Los parámetros de la terapia cognitivo conductual contemplados en el manual, sugieren un formato individual que permite adaptarse al tratamiento y a las necesidades específicas del paciente con una duración de 12 a 16 sesiones y en escenarios externos.

Los pacientes que presentan trastornos psicóticos o bipolar que requieran de tratamiento farmacológico, que no lleven una estabilidad en su vida, que tengan algún problema de salud, o también que presenten abuso de sustancias, a excepción de alcohol y marihuana, quedarán excluidos del tratamiento, así también aquellos pacientes que presenten un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.

3.2 Apoyos a la terapia cognoscitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual, es compatible con otros tratamientos que le sean asignados al paciente como: farmacoterapia, grupos de autoayuda, terapia familiar y de pareja, orientación vocacional, de entrenamiento de habilidades en los padres de familia.

Por otra parte, los tratamientos para el consumo de cocaína utilizan diferentes estrategias y técnicas, ya que el usuario de drogas busca desde programas de grupos de autoayuda, hasta los que ofrecen un tratamiento hospitalario. Washton (1995), afirma que aunque la dependencia de cocaína es una enfermedad tratable, no existe un único método terapéutico que sea igualmente eficaz para todos los pacientes adictos, pero existen sin embargo, algunas líneas básicas a considerar y para recuperarse de la adicción a la droga, los adictos precisan de un programa de tratamiento que ha de estar, en primer lugar, bien estructurado.

En el tratamiento para consumidores de cocaína (Washton, 1995) se propone que una vez que los pacientes han conseguido un periodo de abstinencia estable, de al menos una semanas, el objetivo del tratamiento se traslada de alejarse de la cocaína (y de todas las otras drogas) a mantenerse fuera, esto es, de prevenir las recaídas, teniendo como objetivos básicos el mantenimiento de la abstinencia y el establecimiento de las bases para continuar dicha abstinencia. Por lo anterior, es importante que el adicto a cocaína tenga como parte de su tratamiento, un programa que le permita adquirir los elementos

necesarios para poder hacer frente a los disparadores de reincidencia al consumo y que Washton (1995), sugiere como estrategias de prevención de recaídas que consideran:

1. La terapia de grupo para ayudar a los pacientes a reconocer y superar los obstáculos en el mantenimiento de la abstinencia durante los primeros meses de la recuperación, ello proporciona también una oportunidad de ser sincero, de obtener una retroalimentación inmediata y agradable de forma tranquila, no punitiva, mediante la confrontación de personas con problemas semejantes, de manera que permite penetrar en la negación del paciente y movilizar maneras más adaptativas de solución y capacidades de enfrentamiento.
2. Educación sobre las recaídas. Los pacientes aprenden todos los conceptos discutidos, incluyendo la definición de recaída, los mitos, asociaciones, actitudes y conductas de recaída, así como su identificación y tratamiento.
3. Admisión frente aceptación. Ayudar al paciente a ir más allá de una admisión intelectual de la existencia de una adicción profunda que comporta una aceptación interna de los problemas y sus derivaciones.
4. Autocontrol. Aprender la forma de autocontrolar los pensamientos, los sentimientos, las emociones, las conductas y las actitudes; el paciente debe saber reconocer la presencia de señales de recaída y de factores previos de riesgo y en tal caso poder responder de forma adecuada.
5. Recuerdos desagradables. Una vía de ayuda a los pacientes para contrarrestar su tendencia a idealizar el deseo de la cocaína, es la estimulación continua con imágenes de las consecuencias negativas.
6. Escenarios de recaídas. Si los pacientes tienen imaginación, hacerles describir los escenarios de las recaídas es una de las mejores maneras de ayudarles a anticipar y preparar las situaciones de riesgo.
7. Actualización de planes para bloquear los deseos urgentes e irresistibles de consumo. El paciente planea exactamente cómo será la respuesta a los deseos y necesita una revisión periódica.
8. Reestructuración cognoscitiva. Corregir distorsiones cognoscitivas o trampas mentales que generan sentimientos y conductas desadaptadas, es una parte esencial de la estrategia de prevención de recaídas.
9. Reducción del estrés. El primer paso es poder identificar las posibles fuentes de estrés y sus efectos negativos en sus actitudes, emociones y conducta.
10. Control de la irritación. Finalmente el enojo es reprimido interiormente causando conductas pasivo-agresivas y síntomas somáticos, como dolor de cabeza, úlceras y otros cuadros psicosomáticos.

3.2.1 Farmacoterapia y Rehabilitación.

Son diversos los efectos que producirá la cocaína en el sistema nervioso central de los consumidores, por lo que la alteración de diferentes funciones cerebrales será manifiesta por la propia conducta. Dentro de los tratamientos que se diseñan para la adicción a cocaína, se contempla el uso de fármacos apropiados a la serie de síntomas que se presentan, aunque no existe ningún medicamento específico para dejar de drogarse, sin embargo el empleo de baclofeno, modafinilo, tiagabina, disulfiram y topiramato, como refiere el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA), tienen un potencial terapéutico y, en estudios clínicos controlados, se ha reportado que disminuye el consumo de cocaína; así también para el abuso de cocaína, el disulfiram (utilizado para tratar el alcoholismo) es el más consistente. Por otra parte, los compuestos que actualmente prueban para el tratamiento de la drogadicción, se aprovecha de los cambios que la cocaína provoca en el cerebro, los cuales trastornan el balance entre la neurotransmisión excitatoria (el glutamato) y la inhibitoria (el ácido gammaaminobutirico). Además, los receptores D3 de dopamina (un subtipo de receptor de dopamina) constituyen un novedoso objetivo farmacológico de gran interés. Actualmente se investigan con medicamentos que actúan sobre estos receptores para comprobar si son seguros para el uso en humanos. Por ultimo, una vacuna contra la cocaína que impida su entrada al cerebro tiene un potencial alto para reducir el riesgo de recaídas. Además de los tratamientos para la adicción, también buscan desarrollar tratamientos médicos para hacer frente a las situaciones de emergencias agudas que resultan de la sobredosis de cocaína.

La mayoría de los fármacos son diseñados para tratar el deseo de consumo de cocaína, así como para prevenir las recaídas, sin embargo también se requiere de algún tipo de psicoterapia que acompañe a la farmacoterapia, como lo sustenta O'Brien (2006), refiriéndose al desarrollo de múltiples técnicas psicoterapéuticas sistematizadas y conductuales para prevenir las recaídas, técnicas de apoyo expresivo, cognitivo-conductual y motivacional entre otras y, reitera la importancia de señalar que ninguno de estos procedimientos psicoterapéuticos esta reñido, en modo alguno con el empleo de fármacos para reducir al máximo la probabilidad de una recaída; y dado que solo un 16% de los individuos que prueban la cocaína desarrolla adicción, por lo que es posible que la mayoría de los consumidores experimentan la sensibilización, como un hecho desagradable que les permita evitar el consumo de cocaína.

El tratamiento que se debe ofrecer a los consumidores de sustancias tiene que ser integral, como continua detallando O'Brien (2006), sugiriendo que la adicción es un trastorno crónico que requiere un tratamiento prolongado; debido a que en los últimos años han desarrollado fármacos que potencian los efectos benéficos de las intervenciones

psicosociales para prevenir las recaídas, estos fármacos suelen reducir el deseo por la sustancia y la probabilidad de recaer en un consumo compulsivo de ella.

El complemento psicoterapéutico y farmacológico con el que se aborda un problema de adicción, requiere también de la rehabilitación, en la que el paciente incorpora diferentes estrategias que le permiten emplear las habilidades con que cuenta o adquirir otras para poder enfrentar los retos que se le presentan para la reinserción en la sociedad y, así poder rehabilitar las actividades que le permitirán enfrentar favorablemente el consumo de cocaína; sin embargo también es importante la participación de la familia como una estructura que refuerce las decisiones importantes en su recuperación. Así mismo, se contempla la terapia de grupo como punto central del tratamiento ambulatorio en adictos a cocaína (Washton, 1995), también probablemente la más efectiva modalidad de tratamiento para este tipo de adicción, ya que contribuye a contrarrestar los patrones de pensamiento y de conducta que se observan en estos pacientes, ya que la adicción es la enfermedad de la negación, la decepción y la desilusión, aunque también va acompañada de aislamiento, vergüenza y deterioro del funcionalismo social, por lo que la terapia grupal ofrece lo siguiente: identificación mutua, aceptación, modelamiento y confrontación, contacto con la realidad, retroalimentación inmediata, influencia positiva en la relación con iguales, afiliación, cohesión, apoyo social, disciplina, fijación de límites, aprendizaje de la experiencia, intercambio de información objetiva, instauración de optimismo y persecución de ideales compartidos.

3.2.2 La participación de la familia en el proceso de recuperación.

El impacto que representa la adicción a cocaína para la familia del consumidor suele tener diferentes dimensiones, de tal suerte que el problema tendrá efectos diferentes en cada integrante de la familia, como refiere Washton (1995), los más profundos y nocivos recaen silenciosamente e insidiosamente, en función de cómo reaccionen ante el estado crónico de crisis y confusión, ya que estos cambios acostumbran a ser internos, sutiles y casi imperceptible en un principio; cada vez más en la medida que el problema de las drogas continua, la atención y la energía de los familiares cambia, desde sus propias necesidades, intereses y preocupaciones; al grado de imaginar si está consumiendo drogas otra vez.

Sin embargo, en la mayoría de los casos de consumo de drogas se requiere de la participación de la familia para su tratamiento, como ente de apoyo afectivo, emocional y hasta conductual; pero dependiendo de cómo está estructurada la familia se requerirá de su participación. Es importante conocer con quienes vive el paciente, qué miembros de su familia residen bajo el mismo techo y, también con quienes son más positivas sus

relaciones dentro del núcleo familiar y con qué familiar no, así como qué integrantes están dispuestos a colaborar en el tratamiento del paciente y quienes son también aptos para ello, ya que puede presentarse la situación de que algún integrante de la familia o con quien viva el paciente tenga algún impedimento mental y, hasta físico que no le permita desplazarse adecuadamente al lugar donde recibe el tratamiento; es por ello que se realiza una selección en la que participa el propio paciente para asignar a los integrantes de su familia que asistan a las modalidades terapéuticas cuando se le requiera, teniendo en cuenta y haciéndoles de su conocimiento que dicha participación suele ser constante y activa, que requiere de su presencia desde el inicio del tratamiento y hasta su término, por lo que implica asumir un compromiso del familiar o responsable en la recuperación del paciente.

En las estrategias de intervención clínica para el tratamiento de usuarios de cocaína, el Instituto Nacional para el Abuso de drogas, sugiere una Terapia Familiar Breve Estratégica, la cual se basa en tres principios básicos, a saber: aproximación del sistema familiar, en donde los integrantes son interdependientes, lo que afecta a uno suele afectar a los otros. Los patrones de interacción de la familia, influyen en la conducta de cada miembro de la familia. Un plan de intervención que permita sendas prácticas de cambio en los patrones de interacción. Este tipo de intervención está dirigida a usuarios de drogas, adolescentes y adultos, así como a quienes presentan algún problema de conducta como la antisocial y del aprendizaje, por mencionar a algunos. La resistencia a participar en el tratamiento en algunos de los miembros de la familia como cualquiera de los padres, hermanos, así como en el caso de alguno de los esposos. Washton (1995) sugiere una intervención terapéutica familiar en grupo y sin el paciente y, propone que la efectividad del grupo de tratamiento se basa en el apoyo entre iguales, en el aprendizaje y experiencia de los siguientes puntos:

1. Discusión de problemas en grupos reducidos.
2. Aprendizaje sobre los trastornos familiares en la adicción.
3. Aceptación del hecho de presentar una conducta permisiva.
4. Modelo de fijación de límites.
5. Apoyo para preocuparse por uno mismo.
6. Refuerzo de la idea de que pueden elegir.
7. Instauración de esperanza y optimismo.

Por otra parte, Washton (1995) describe que la relación entre el usuario de cocaína y su familia se torna cada vez más difícil, ya que el comportamiento del adicto se caracteriza por frecuentes conflictos desde legales hasta familiares y propios; mantiene un estado de ánimo negativo, falta de adaptación en las actividades cotidianas, ausentismo laboral

frecuente, por mencionar algunos. Es por ello que al deteriorarse la relación con su familia o su pareja, la respuesta de éstos es la resistencia a integrarse a un tratamiento, ya que no creen en lo que les dice porque no cumple siquiera con sus propias obligaciones; sin embargo, afirma que la situación empieza a cambiar cuando la familia se adhiere al tratamiento, pues como parte de la labor terapéutica, también se gesta un cambio en las creencias y por consiguiente, un cambio en la conducta de la familia que se traduce en enfrentar el problema que viven y actuando diferente y directamente con el paciente.

6. DISCUSIÓN

Los orígenes antiguos del consumo de cocaína así como el de otras drogas, subyacen en los tiempos modernos al generar los mismos daños físicos como psicológicos en los usuarios de éstas sustancias; en la actualidad se dispone de diferentes alternativas de atención al problema de las adicciones a través de las instituciones del sector salud que ofrece servicios que integran la prevención tratamiento y rehabilitación. De acuerdo con los diferentes datos estadísticos que también ofrecen los estudios del comportamiento del uso de las diferentes drogas en México (ENA 2008), el consumo de cocaína se mantiene entre las principales drogas ilícitas de preferencia a nivel nacional, en donde también la marihuana y los inhalantes se ubican; a nivel de otros países como los Estados Unidos, la propuesta del Instituto Nacional para el Abuso de drogas, sugiere programas eficaces de tratamiento para el consumo de cocaína como es la terapia cognitivo conductual; los Centros de Integración Juvenil (CIJ) mantienen esta línea a través del tratamiento que ofrece a las personas que dependen de drogas estimulantes del sistema nervioso central, como la cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, integrándolos al Tratamiento Breve Multifactorial para Usuarios de Estimulantes, el cual evalúa el posible deterioro de funciones cognoscitivas y el desarrollo de trastornos depresivos y de la conducta, por mencionar algunos, ofreciendo para ello 10 sesiones de terapia individual y 2 de seguimiento; los pacientes muestran al incorporarse a éste programa interés por conocer algunas de sus habilidades y establecimiento de conductas que le permitan hacer frente al deseo de consumir la droga y, fortalecer aspectos más individuales como la autoestima, asertividad, afrontamiento oportuno del estrés. Desde luego que la deserción se manifiesta en algunos casos desde la fase de diagnóstico, o también durante el tratamiento; sin embargo los que logran mantenerse y concluir, mantienen cambios en su conducta adictiva, que va desde alguna que otra recaída, hasta la motivación a la abstinencia total como propone Carroll (1998), en donde menciona que sería importante la realización de un seguimiento hasta por más de 12 meses, aunque la propuesta terapéutica existe al esperar a que regresen los pacientes que se mantuvieron en el tratamiento, por lo que difícilmente lo realizan la mayoría, ya que logran incorporarse al ámbito laboral o escolar y algunos a ambas actividades. También presentado la situación

en donde algunos pacientes abandonan el tratamiento y llegan a tener problemas legales que los obliga a regresar y reintegrarse al programa de tratamiento que habían abandonado. Así mismo dentro del orden familiar también se gestan diversos cambios en la dinámica, ya que la familia o esposa(o) del paciente, al integrarse a la modalidad de terapia grupal (grupo de padres y familiares) contribuyen en el reconocimiento de la importancia del establecimiento de límites claros al paciente, de acuerdo con las sugerencias en el trabajo con familiares como refiere Washton (1995), en donde ésta respuesta se llevará varias sesiones, en otros casos viven hasta amenazante la implementación del cambio, por lo que es evidente la deserción del familiar, influyendo desfavorablemente, pero en algunos casos no tiene el menor impacto esta ausencia, ya que él paciente continua y hasta logra terminar el tratamiento. La rehabilitación del consumidor de cocaína lleva a la implementación de un tratamiento que integra en algunos casos el empleo de psicofármacos necesarios para trastornos depresivos, de ansiedad e incluso de cuadros psicóticos; por lo que la farmacoterapia contribuye a que él paciente recupere funciones mentales que habían disminuido con el consumo de cocaína, sin embargo, los efectos colaterales que llegan a provocar algunos de éstos psicofármacos, llevan al paciente o a su familiar a optar por suspenderlo y, sin la consulta al médico psiquiatra, agudizando en ocasiones éstos efectos.

Como se ha visto el consumo de cocaína en México va en constante aumento, semejante a los problemas sociales que interfieren para su origen; es por lo que se plantea el empleo de diferentes estrategias terapéuticas que el usuario de drogas tenga al alcance y sean acordes a sus posibilidades, habilidades y a la realidad en que vive, evitando propuestas difíciles de alcanzar y que solamente estimulan el incremento de la deserción.

8. APENDICE 1. METODOLOGÍA DE TRABAJO.

OBJETIVOS DE TRABAJO:

El programa de tratamiento y rehabilitación de Centros de Integración Juvenil ofrece atención a las personas cuyas vidas han sido afectadas por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, de acuerdo con el nivel de severidad del consumo.

Los objetivos que propone la institución por medio del programa de tratamiento y rehabilitación son:

-Suprimir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

-Brindar atención integral a los problemas psicológicos y de salud generados por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, incluyendo la rehabilitación y reinserción social.

-Brindar apoyo y orientación a los familiares de los consumidores de sustancias adictivas, con la finalidad de favorecer ambientes libres de drogas y mejorar su desempeño y calidad de vida.

PARTICIPANTES:

A través del modelo de atención curativa se atiende a personas con problemas de consumo de drogas y sus familiares.

Este servicio lo lleva a cabo un equipo especializado de psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. Se ofrecen dos modalidades: consulta externa y hospitalización.

ESCENARIO:

La red operativa nacional cuenta con 99 Unidades operativas, ubicadas en zonas de atención prioritaria de alto riesgo para el consumo de drogas en todo el país, 11 unidades de hospitalización y dos clínicas de atención a usuarios de heroína.

MEDIDAS O INSTRUMENTOS:

Para cada paciente se diseña un plan de tratamiento adecuado a sus necesidades. Los servicios médicos y psicosociales son proporcionados por un equipo de salud con amplia experiencia en la atención a las adicciones. En Centros de Integración Juvenil, el propósito del programa de tratamiento y rehabilitación está en concordancia con lo planteado en la NOM-028-SSA2-2009 como tratamiento.

Valoración diagnóstica. Supone una serie de actividades que impactan a todo el programa de tratamiento y rehabilitación, ya que es el momento en que se decide el nivel de atención que mejor conviene a la problemática de los usuarios de sustancias psicoactivas. Los niveles básicos para realizar la evaluación inicial son los siguientes:

1. Entrevista inicial.
2. Estudio social.

3. Historia clínica médica.

Servicios complementarios:

*Algoritmo para problemas de alcohol.

*Tipificación de VIH.

*Reingreso.

TRATAMIENTO:

Plan primera respuesta (intervención temprana).

Cuestionario de tamizaje para adolescentes o bien en el caso de adultos, el algoritmo para el tamizaje y diagnóstico de problemas de consumo de alcohol.

Intervención mínima sistemática, cuadernillos de motivos de inicio y mantenimiento de consumo de drogas y cuadernillo la toma de decisiones.

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tratamiento para dejar de fumar. Durante el desarrollo se proporcionará a cada paciente los siguientes formatos: autorregistro diario de cigarros, se entrega en la primera sesión. Cuestionario de motivos de fumar, se aplica en la segunda sesión. Recomendaciones, se entrega al paciente en la segunda sesión y para la siguiente pueda llegar en abstinencia. Notas clínicas se anotan también las particularidades de cada integrante del grupo en el desarrollo de la sesión, anexándola a su expediente clínico.

Fase de seguimiento. Se realizaran sesiones mensuales denominadas grupo de personas que renunciaron al tabaco, el objetivo es ayudar a las personas para que mantengan la abstinencia.

Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber: inicia con evaluación conductual del consumo de alcohol continua con la aplicación de una línea base retrospectiva de consumo de alcohol, inventario situacional de consumo de alcohol, cuestionario de confianza situacional versión breve. Después se le entregan al paciente los materiales impresos que utilizará en el tratamiento en donde los temas son:

*Decidir cambiar y establecimiento de metas.

*Identificar los daños a la salud que provoca el consumo de alcohol.

*Analizar las consecuencias que le ha ocasionado el consumo de alcohol.

*Identificar las situaciones de riesgo que propician la reincidencia en el consumo de alcohol.

*Implementar estrategias para la reducción de riesgos y daños al eliminar o moderar el consumo de alcohol.

*Desarrollar habilidades cognitivo conductuales para enfrentar las situaciones de consumo irresponsable de consumo de alcohol.

*Nuevo establecimiento de metas.

*Seguimiento: ayudar a los pacientes a mantener las metas que se han fijado, así como para valorar sus logros e invitarlos a que sigan manteniendo la meta de abstinencia de consumo de alcohol.

Terapia individual. El servicio se aplicará únicamente dentro de las instalaciones de Centros de Integración Juvenil, de manera que en la primera sesión se realiza la historia clínica psicológica (8819-06), ya que junto con la información obtenida en la evaluación inicial, permitirá planear el trabajo psicoterapéutico, a la par de esto el terapeuta realizará el plan de rehabilitación y reinserción social, conjuntamente con el usuario de drogas y explicándole el funcionamiento del tratamiento para obtener su comprensión y colaboración. La información de la sesiones se registrará en el formato de nota clínica (8819-15).

Egreso. Se registra en el formato clínico egreso (8819-12) de acuerdo a los criterios establecidos en la guía de tratamiento.

Rescate. En caso de que el usuario de drogas deje de asistir al tratamiento, el terapeuta tratante valorará la pertinencia de realizar el rescate terapéutico. Para ello requisita el formato visita domiciliaria/rescate.

Fase de seguimiento. Se sugieren realizar las sesiones de seguimiento uno cada mes durante tres meses, después a los tres meses durante los nueve meses siguientes de haber otorgado el egreso. En cada sesión se llenara una nota clínica y la anexará al expediente clínico.

Tratamiento breve multifactorial para usuarios de estimulantes.

Materiales: anual del terapeuta, manual del paciente, entrevista inicial, test de actividad conceptual, técnica de entrevista motivacional, formato de consentimiento del informado, formato Sócrates, batería de evaluación diagnóstica, introducción y módulo 1 del manual del paciente, formato del registro semanal de actividades, formato de autorregistro de

consumo de estimulantes, formato de evaluación global y formato de seguimiento del proceso de la terapia, test de depresión de Beck, formato de reestructuración cognoscitiva, diario de emociones, cuestionario de autoconfianza y formato de reestructuración relacional.

Tratamiento rehabilitación y reinserción social. Para cada paciente se debe elaborar un plan de tratamiento, rehabilitación y reinserción social con metas específicas, centrándose en el desarrollo personal y la red (es), estructuración o construcción de la red social como sistema de apoyo colaborativo. Se realizarán consultorías y llenado del formato plan de rehabilitación y reinserción social (8819-11).

Apoyos al tratamiento:

Prevención de recaídas. El servicio se estructura en 10 sesiones, basado en el modelo cognitivo conductual. Revisión del autorregistro diario de riesgos de recaída. Protocolo del tratamiento para personas con problemas en su forma de beber. Aplicación de técnicas cognitivo conductuales como el modelamiento, entrenamiento en habilidades, el autocontrol (manejo de autorregistros y asignación de tareas) y la reestructuración cognitiva.

Pruebas Psicológicas. Para el diagnóstico clínico de la inteligencia y procesos cognoscitivos. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS). Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC). Prueba no verbal de inteligencia Armi Beta II-R de Kellog y Morton.

Para el diagnóstico de la maduración neurológica. Prueba gestáltico visomotor (bg) de Lauretta Bender.

Para el diagnóstico clínico de la personalidad. Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana, Prueba de dibujo proyectivo casa árbol y persona. Prueba de completamiento de frases de Sacks. Técnicas no proyectivas (pruebas de personalidad), inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes.

PROCEDIMIENTO:

Procedimientos específicos del tratamiento.

Valoración inicial.

1. Entrevista inicial. La aplica el personal del equipo médico técnico a los solicitantes de primera vez a tratamiento, ya sea a la persona que consume drogas y/o familiares o personas con algún vínculo significativo.
2. Estudio social. Personal de trabajo social lo aplica a todos los usuarios de los servicios, a partir del cual se fija una cuota de recuperación, de acuerdo a la categorización de su condición socio-económica. Esta actividad se realizará en todos los Centros de Integración Juvenil.
3. Historia clínica médica. La aplica el médico general/especialista, únicamente a las personas que consumen drogas. En esta sesión se pueden prescribir medicamentos si así lo requiere el paciente.

Servicios complementarios:

*Algoritmo para problemas de alcohol se aplica durante la entrevista inicial, solo si la persona acusa problemas de consumo de alcohol.

*Tipificación de VIH se aplica cuando se sospecha de conductas de alto riesgo para contraer el VIH/SIDA. Se aplica en la historia clínica médica.

*Cando se trate de personas que hayan asistido a tratamiento con antelación y cuyo último servicio se ubique en los últimos cinco años, se recupera el expediente del paciente y se aplica un solo servicio:

*Reingreso se aplica a las personas a quienes se egresó del programa de tratamiento y rehabilitación –independientemente del motivo del egreso- y que acuden nuevamente a solicitar atención por problemas de consumo.

Plan primera respuesta (intervención temprana):

Intervención temprana para adolescentes y adultos en fase de experimentación. En el caso de la intervención con adolescentes, se obliga la asistencia de los padres o tutores – en su defecto, el representante legal- para firmar la carta de consentimiento bajo información y para que participen en las sesiones diseñadas ex profeso para ellos. Si se cree necesario complementar la valoración de algún menor de edad se sugiere aplicar el cuestionario de tamizaje para adolescentes (POSIT por sus siglas en inglés) o bien en el

caso de adultos, el algoritmo para el tamizaje y diagnóstico de problemas de consumo de alcohol.

Intervención mínima sistemática. Los entrevistadores exploran los motivos de su consumo, se explican los daños que el tabaco está ocasionando en su salud y se informa acerca de los beneficios que le traería la abstinencia, para ello los entrevistadores se valen de los cuadernillos motivos de inicio y mantenimiento de consumo. Cuando la persona desista de participar en la terapia para dejar de fumar se entregará el cuadernillo toma de decisiones.

Consulta externa básica:

Consulta médica/farmacoterapia. Ser usuario de sustancias psicoactivas y presentar un cuadro clínico relacionado con el consumo que requiera el uso de fármacos. Que el usuario de drogas requiera atención de urgencia por intoxicación aguda por presentar síndrome de abstinencia, comorbilidad psiquiátrica u otras alteraciones conductuales que ameriten su servicio.

Tratamiento para dejar de fumar. Durante su desarrollo se proporcionara a cada paciente los siguientes formatos: autorregistro diario de cigarrros, cuestionario de motivos de fumar, lista de recomendaciones.

Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber. Inicia con evaluación conductual del consumo de alcohol, continua con la aplicación de línea base retrospectiva de consumo de alcohol, inventario situacional de consumo de alcohol. Cuestionario de confianza situacional versión breve. Después se le entregan al paciente los materiales impresos que utilizará en su tratamiento cuyos temas son:

- *Decidir cambiar y establecimiento de metas.
- *Identificar los daños a la salud que provoca el consumo de alcohol.
- *Analizar las consecuencias que le ha ocasionado el consumo de alcohol.
- *Identificar las situaciones de riesgo que propician la reincidencia en el consumo de alcohol.
- *Implementar estrategias para la reducción de riesgos y daños al eliminar o moderar el consumo de alcohol.
- *Desarrollar habilidades cognitivo conductuales para enfrentar las situaciones de consumo irresponsable de consumo de alcohol.

*Nuevo establecimiento de metas.

*Seguimiento: ayudar a los pacientes a mantener las metas que se han fijado, así como para valorar sus logros e invitarlos a que sigan manteniendo la meta de abstinencia de consumo de alcohol.

Terapia Individual. El servicio se aplicará únicamente dentro de las instalaciones de Centros de Integración Juvenil, de manera que en la primera sesión se realiza la historia clínica psicológica (8819-06) y junto con la información obtenida en la evaluación inicial, permitirá planear el trabajo psicoterapéutico, a la par de esto el terapeuta realizara el plan de rehabilitación y reinserción social, conjuntamente con el usuario de drogas, explicándole el funcionamiento del tratamiento para obtener su comprensión y su colaboración. La información de la sesiones se registrará en el formato de nota clínica (8819-15).

Egreso. Se registra en el formato clínico egreso (8819-12) de acuerdo a los criterios establecidos en la guía de tratamiento.

Rescate. En caso de que el usuario de drogas deje de asistir al tratamiento, el terapeuta tratante valorará la pertinencia de realizar el rescate. Para ello requisita el formato visita domiciliaria/rescate.

Fase de seguimiento. Se sugieren realizar las sesiones de seguimiento uno cada mes durante tres meses, después a los tres meses durante los nueve meses siguientes de haber otorgado el egreso. En cada sesión se llenara una nota clínica y se anexará al expediente clínico.

Tratamiento breve multifactorial para usuarios de estimulantes. Describe un esquema de 12 sesiones que abarcan el tratamiento cognoscitivo conductual de las principales problemáticas individuales y sociales identificadas en los consumidores de estimulantes atendidos en Centros de Integración Juvenil.

1ª. Selección y diagnóstico. Seleccionar a los pacientes participantes, se invita a participar al tratamiento para usuarios de estimulantes y al aceptar firmará la carta de consentimiento del informado, posteriormente se aplican los instrumentos diagnósticos; así como explicar el módulo 1, el registro semanal de actividades y formato de auto-registro de estimulantes, dejar tareas. Llenar el formato de evaluación global y formato de seguimiento del proceso de la terapia.

2ª. Establecimiento de metas. Devolución diagnóstica, revisión del registro semanal de actividades y del autorregistro del consumo de estimulantes. Establecer razones para

cambiar, realizar un balance decisional del cambio en el consumo. Establecer metas del consumo de estimulantes. Identificar la confianza en el logro de metas, tareas.

3ª. Manejando el deseo de consumo. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Resolver el módulo 3 del manual del paciente. Explicación del diario de emociones.

4ª. Depresión afectiva y cognoscitiva. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Análisis de síntomas objetivo de depresión afectiva cognoscitiva. Resolver el módulo 4 del manual del paciente. Explicación del diario de emociones, tarea.

5ª. Toma de decisiones constructivas (impulsividad). Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Revisión de la parte cinco del formato de reestructuración cognoscitiva. Resolver el módulo 5 del manual del paciente, tarea.

6ª. Solución de problemas (manejo de recaídas). Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Resolver el módulo 6 del manual del paciente, tarea.

7ª. Manejando el estrés. Aplicación de la batería de evaluación conceptual. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Resolver el módulo 7 del manual del paciente, tarea.

8ª. Asertividad (habilidades de comunicación). Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Aplicación del cuestionario de autoconfianza, resolver el módulo ocho, tarea.

9ª. Asertividad (enfrentando la crítica). Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Retroalimentar al paciente con los resultados del cuestionario de autoconfianza. Resolver el módulo nueve del manual del paciente, tarea.

10ª. Enfrentando las relaciones disfuncionales en la familia o con la pareja. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Seguimiento de ejercicios de relajamiento y comunicación. Análisis de relaciones familiares disfuncionales o con la pareja. Resolver el módulo 10 del manual del paciente, tarea.

11ª. Enfrentando relaciones adversas con los amigos. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de

emociones. Análisis de las relaciones adversas con los amigos. Resolver el módulo 11 del manual del paciente, tarea.

12ª. Restablecimiento de metas. Revisión del registro semanal de actividades. Revisión del autorregistro del consumo de estimulantes. Revisión del diario de emociones. Resolver el módulo 12 del manual del paciente. Aplicación de la batería de evaluación conceptual. Cerrar la terapia y, programar seguimientos (al menos a tres y seis meses), llenar el formato de evaluación global.

Tratamiento para dejar de fumar tabaco. Se cuenta con un protocolo diseñado para aplicarse de forma grupal en 10 sesiones. Se puede aplicar dentro de las instalaciones del Centro de Integración Juvenil o fuera de ellas. Puede aplicarse a las personas que únicamente fumen tabaco o aquellas que además consuman otras sustancias psicoactivas. No puede aplicarse de forma individual. Los temas a desarrollar desde el enfoque cognitivo conductual son: introducción, línea base, abstinencia, daños a la salud, cambios metabólicos, relajación muscular, desarrollo de habilidades asertivas, solución de problemas y toma de decisiones, así como las recaídas y reincidencias, análisis y conclusiones.

Plan de tratamiento, rehabilitación y reinserción social. El objetivo es involucrar al usuario de sustancias y/o sus familiares en la realización de actividades recreativas, culturales, educativas, sociales, deportivas, etc., que les permitan reconocer, desarrollar e incrementar sus capacidades y habilidades físicas, psicológicas y/o sociales, así como posibilitar la adquisición de hábitos saludables que permitan un mejor desarrollo y desenvolvimiento personal y social.

Prevención de recaídas. Presentación y exploración de expectativas de los asistentes, planteamiento de los objetivos de la prevención de recaídas, establecimiento del encuadre de trabajo, explicación para la elaboración de un autorregistro, así como un diario de riesgo de recaídas.

Las sesiones se desarrollan mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, como el modelamiento, el entrenamiento en habilidades, el autocontrol (manejo de autorregistros y asignación de tareas) y la reestructuración cognoscitiva. Al final cada paciente evaluará su propio aprendizaje, así como los cambios logrados de acuerdo al reconocimiento de los factores que lo hacen proclive a las recaídas, también la adquisición de nuevas habilidades y estrategias para prevenir las recaídas y, un manejo adecuado de las situaciones estresantes.

RESULTADOS:

El trabajo realizado diariamente en el Centro Regional Venustiano Carranza, perteneciente a los Centros de Integración Juvenil, con pacientes consumidores de drogas y específicamente aquellos que tienen un predominio en el consumo de cocaína, presentan un interés al inicio del tratamiento, que durante el proceso de éste se reafirma o bien, puede terminar en la deserción.

La terapia cognitivo conductual empleada en consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas como la cocaína, llegan a mantener el interés desde un inicio; pues existe el planteamiento claro al paciente de tratar sobre el consumo de la droga, los daños que se manifiestan a corto, mediano y largo plazo, así como la mejoría en diferentes aspectos cognoscitivos al optar por disminuir y en algún momento, abstenerse del consumo de cocaína como parte de su rehabilitación.

Es un proceso por el que atraviesa el paciente y, los resultados se manifiestan desde que forma la adherencia al tratamiento con ciertas dificultades, ya que una de las características que encontramos en ellos, es precisamente las carencias de funciones cognoscitivas y deficientemente estimuladas para poder hacer frente a los diferentes problemas que se les presentan.

Y precisamente son éstas carencias las que llegan a intervenir para que exista o no, la eficacia del tratamiento al decidir dejar de consumir drogas o bien, continuar consumiendo.

Es importante tener presente que, también estas dificultades cognoscitivas que presentan la mayoría de los pacientes que asisten a tratamiento, se debe al uso frecuente de sustancias, que van desde la ingesta de alcohol, fumar tabaco y consumir otras drogas, por lo que esta variable se suma a las adquiridas y poco estimuladas, durante las diferentes etapas del desarrollo de su vida.

Desde que el usuario de cocaína y otras drogas, que por lo general difícilmente alguno de ellos presenta el consumo de una sola droga, ya que por lo menos fuman tabaco y/o beben alcohol; son integrados al tratamiento breve multifactorial para usuarios de estimulantes que cuenta con 12 sesiones de terapia individual, se mantiene informado acerca del procedimiento del tratamiento, que requerirá de actividades de lectura y escritura, así como realizar tareas en el consultorio durante la terapia; inclusive en su propia casa donde puede concluir las tareas que se encargan. Es difícil que los pacientes se sientan atraídos en un principio por el tratamiento, algunos lo han manifestado con el hecho de leer y escribir, actividades no muy frecuentes en sus vidas, sin embargo, con dificultades en un principio empiezan emplear estas habilidades para realizar las primeras

tareas que también requieren del empleo de funciones como la memoria, concentración, atención y comprensión, por mencionar algunas.

Para el consumidor de cocaína que ya desarrollo dependencia por la droga, no solamente busca en el tratamiento entender porqué se droga, sino también qué debe hacer para ya no drogarse a través del mantenimiento de conductas eficaces que le permitan emplear sus propios recursos que llega a identificar paulatinamente. Elaborar un registro de actividades exige del paciente una organización que va desde el pensamiento, hasta la propia conducta; así también llevar un autorregistro de las cantidades de droga que consume, le permite valorar los avances en la abstinencia y la frecuencia con que se siga o no drogándose.

También, poder llevar a cabo una planeación de actividades cotidianas, así como tomar decisiones que favorezcan su vida cotidiana; conocer aspectos como la autoestima, asertividad, el afrontamiento oportuno del estrés, etc., son situaciones con las que el paciente empieza a familiarizarse e interesarse por, cómo poderlas adoptar como recursos propios para enfrentar el consumo de drogas. Hay también quienes desarrollan un apego eficaz a la farmacoterapia, ya que en su mayoría son pacientes que manifiestan un padecimiento psiquiátrico, por lo que empezar a salir de una depresión, disminuir un alto grado de ansiedad, o también empezar a poder tener un mayor control sobre los impulsos violentos; la ingesta terapéutica del fármaco llega a mejorar sus capacidades del aprendizaje y en general de su conducta. Así también, la participación de la familia se manifiesta en un principio con el interés por asistir o bien, por la deserción y en algunos casos el abandono del tratamiento por parte de la familia; terminando por asistir únicamente el paciente.

Finalmente se puede afirmar, que el problema de las adicciones en su contexto multifactorial requiere de la participación de las diferentes disciplinas que proponen tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, así como disciplinas que refuercen la rehabilitación en el contexto psicosocial y también la participación a través de las redes institucionales que puedan ofrecer una mayor y oportuna intervención, al cada vez más complejo problema de las adicciones.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN:

La prevención, el tratamiento, la rehabilitación, así como la reinserción social, son los objetivos principales de los Centros de Integración Juvenil, A.C., ante el problema de las

adicciones. Es por ello que los programas de tratamiento que ofrece están diseñados para poder satisfacer las necesidades de la sociedad que requiere de atención médica y psicológica en la que los resultados estén enfocados a la rehabilitación eficaz de los usuarios de drogas.

Los programas de tratamiento de consulta externa para las personas que consumen alcohol, tabaco y otras drogas como los estimulantes, el tratamiento breve multifactorial para usuarios de estimulantes ofrece un sustento teórico metodológico, en el modelo cognitivo conductual, con el que se pretende generar una serie de cambios conductuales en los usuarios de drogas. Si bien los consumidores de cocaína llegan a presentar resistencia al optar por un tratamiento que le ayude a lograr mantener la abstinencia, con el programa también se busca que el paciente logre reflexionar acerca de la posibilidad de cambio en su conducta adictiva, desde un proceso que requiere de las decisiones que pueda tomar y, que también requiere del involucramiento de la familia para ello. En un inicio, la primera información que se obtiene de la problemática del paciente suele ser a veces muy limitada y, en algunos casos poco creíble; ya que no resulta fácil para el paciente ofrecer información de esta índole a un desconocido en ese momento, como lo es el terapeuta, por lo que puede ser la única ocasión en que asista a consulta; sin embargo, al tratar de convencerse de los beneficios que obtendrá con el tratamiento, manifiesta su disposición de continuar asistiendo.

Desde la propuesta del tratamiento para el consumidor de drogas, se pretende un abordaje en donde el propio paciente realice sus propios esfuerzos, a través de sus propios recursos, para integrarse a un encuadre de baja intensidad, dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos, que obtenga cambios permanentes en el consumo de drogas y un nivel de funcionamiento mental adecuado. La propuesta de Centros de Integración Juvenil, A.C., a través del Centro Regional Venustiano Carranza y, en función del tratamiento para el consumo de drogas, depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente para su evolución.

Es importante, que el usuario de drogas tenga presente los beneficios que va adquiriendo a lo largo del tratamiento, siempre y cuando logre desarrollar la adherencia terapéutica requerida, por lo que a partir de las siguientes consultas ,se verá la disminución del consumo de drogas, pero no sólo eso, sino que también la mejoría en diferentes áreas de su vida también, ya que podrá lograr cambios que resulten importantes y poder mantenerlos constantemente; por lo que la modificación de las conductas relacionadas con el consumo de drogas, se gestarán durante el proceso de tratamiento al que acuda.

Aunque ya iniciados en su tratamiento, también se presenta la deserción en algunos pacientes, mientras que para los que logran cumplir con el máximo de sesiones en

psicoterapia, pueden llegar a presentar algún desliz, incluso una recaída y, si no está convencido de que no significa un fracaso, interrumpirá su tratamiento de cualquier manera. En los casos que logran concluir el tratamiento, llegan a sus sesiones de seguimiento en abstinencia parcial, sea por que tuvieron una recaída previa a su cita de seguimiento o bien, por la abstinencia total sostenida ya que llevan algunos meses, por lo regular seis o más. Es importante tener presente que en la mayoría de los casos en los que el paciente logro su objetivo inicial de dejar de drogarse, la participación de la familia o pareja estuvo presente, en la motivación para generar cambios en su dinámica y también en su actitud frente él, empezando a enfrentar circunstancias difíciles y, aprendiendo a manejar un alto grado de estrés, así como a la resistencia.

El modelo terapéutico cognitivo conductual, a través de sus diferentes estrategias para el tratamiento de pacientes usuarios de drogas, tanto lícitas como ilícitas, representa una alternativa en la modificación de conductas en donde el paciente participa de manera activa y directa en identificar los costos emocionales, económicos, materiales, así como los relacionados con sus sentimientos.

CONCLUSIONES:

El consumo de drogas como se sabe, es un problema al que cada vez más se suman desde niños, adolescentes y adultos de cualquier estrato social, escolar, laboral, etc., por lo que la prevención y tratamiento de las adicciones, requiere de programas que contribuyan a la atención de las poblaciones que son vulnerables ante las circunstancias sociales que permiten el desarrollo de este problema. Los cambios políticos, culturales y ambientales, dan cuenta de los problemas que en años atrás se percibían como lejanos y poco probables de incrementar en tan poco tiempo, la violencia y el consumo de drogas entre otros, actualmente ocupan lugares que ven un incremento considerable; específicamente las adicciones que a través de las investigaciones epidemiológicas (ENA 2008) dan cuenta de ello desde las drogas que mantienen su mayor impacto en niños y adolescentes (inhalantes y mariguana) y a las que recurren jóvenes y adultos (cocaína, mariguana, crack metanfetaminas y anfetaminas).

Si bien es cierto que las instituciones de atención a las adicciones se han multiplicado de forma considerable, pocas son realmente las que pueden ofrecer tratamientos para la salud física y mental del usuario de drogas; ya que éste problema también ha sido aprovechado por instituciones que no solo ofrecen más violencia a los que recurren a ellos en busca de un tratamiento que les permita dejar de drogarse por medio de sus diversos

métodos, sino que también los que los buscan sufren de extorsión y fraude a cambio de ofrecer soluciones al problema de adicción que presentan.

No solo basta con tratar al paciente, sino que la participación de su familia o pareja suele ser de importancia, ya que ellos son los que contribuirán a que el paciente modifique sus hábitos, costumbres, creencias, etc., es por ello que los programas que ofrecen los Centros de Integración Juvenil, A.C., buscan un cambio radical en cuanto al uso de drogas. El tratamiento en la modalidad de consulta externa, ofrece al consumidor de tabaco, alcohol y otras drogas, programas de tratamiento basados en las evidencias eficaces para el cambio. Aunque cabe mencionar que la disposición del paciente para cambiar, es la clave principal del éxito de cualquier psicoterapia, pues el terapeuta al igual que la familia, juega un papel importante en el tratamiento, ya que tanto la permanencia o la deserción del paciente, puede significar un motivo para la reflexión del equipo médico-técnico en la implementación de los programas adecuados a las necesidades de cada paciente.

Hasta ahora la intervención terapéutica específicamente para los usuarios de cocaína, son abordados desde la psicoterapia y la farmacoterapia, pues esta droga cada vez integra en su composición sustancias altamente dañinas para el sistema nervioso central, en donde se manifiestan los cambios de comportamiento del paciente, es por lo que desarrollar trastornos depresivos, de las emociones e incluso de tipo psicótico, no solamente requieren de la modificación de conducta sino que es necesaria la intervención de fármacos que debidamente prescritos contribuyen al éxito de la psicoterapia. La rehabilitación como parte del tratamiento del usuario de cocaína, también se ejerce al ofrecer la incorporación a diferentes actividades de corte laboral, escolar, deportivo, recreativo y cultural, influyen para que el paciente permanezca ocupado y no ceda tiempo a recurrir, como lo hacía antes del tratamiento, a las conductas disparadoras de estrés que culminaban con el consumo de cocaína. El propio paciente identifica la importancia de gestar cambios permanentes en su conducta, aunque en un inicio duda de ello, las mismas necesidades se lo van exigiendo al aceptar que tiene un problema y que el mismo es el más apto para solucionarlo con apoyo del terapeuta y de su propia familia.

Aunque la recuperación de un consumidor de cocaína no es inmediata, tampoco fácil, el tratamiento cognitivo conductual ofrece resultados alentadores al paciente tras descubrir que puede realizar actividades, que solo requieren de su voluntad y decisión para controlar el consumo de drogas y desarrollar una calidad de vida que se ha deteriorado con la adicción; así como la importancia de la ingesta de fármacos que le permitan apearse al tratamiento psicoterapéutico de una manera más asertiva. También la relación con su familia se ve modificada ya que empieza a participar en las diferentes actividades e incluso en tareas que le eran encomendadas y que por su puesto no

realizaba; todo esto se engloba en los cambios manifiestos al decidir cambiar respaldado por su propia voluntad.

APENDICE 2. DESCRIPCIÓN DE CASOS.

Por diferentes razones clínicas y éticas, se identificarán con las letras A y B al referirnos a los pacientes que llevaron el tratamiento para usuarios de drogas estimulantes y, que obtuvieron los resultados que se describirán de igual manera.

En el caso de A es un paciente de 35 años de edad del sexo masculino, casado por segunda vez y con oficio de litografista de un negocio familiar y cuenta con escolaridad de bachillerato, también practica de manera profesional y también como instructor de artes marciales. Asiste a consulta por primera vez con la demanda de: “por el consumo de drogas”. Las drogas que consume son: los anabólicos esteroides, como la testosterona (Oxandrolona y Oximetazona) de inicio a los 21 años y con dosis por vía intravenosa dos veces por semana, también tabaco que inicio su consumo a los 29 años de edad y fumando uno a cinco cigarros diario. La cocaína en polvo empieza a consumirla a los 29 años de edad, con dosis de un gramo una vez al mes y, la piedra o crack que inicia su consumo a los 35 años con dosis de uno a ocho papeles una vez al mes. Cabe mencionar que la droga de mayor impacto es el crack en combinación con el alcohol.

Como parte del tratamiento que se le ofrece al paciente para atender sus problemas de consumo de drogas y familiares, se sugiere su participación de manera activa en el programa de tratamiento para usuarios de drogas estimulantes, previo consentimiento y como parte del encuadre; así como en la modalidad de terapia familiar en donde asistirá a las sesiones indicadas junto con su esposa y de acuerdo con los resultados obtenidos en la realización de una historia clínica médica, como parte del diagnóstico; también asistiría a farmacoterapia debido a que presento dificultades neurológicas en ésta evaluación; sin embargo no acepta tomar los fármacos sugeridos por psiquiatría.

La asistencia del paciente durante la fase de diagnóstico es permanente, en la aplicación de la actividad conceptual y la escala de estados de la disposición al cambio obtiene en donde obtiene puntajes bajos, lo que indica que no está haciendo algo para cambiar su forma de consumo; tampoco realiza cambios recientes. En los indicadores de agresividad se registran antecedentes de violencia y relaciones familiares disfuncionales. Así también, en el inventario de situaciones de consumo de drogas, se registra la influencia de la presión social y conflicto con otros.

En la realización de ejercicios en la terapia, así como en las tareas que debe realizar en su casa y llevarlos resueltos para trabajar en la siguiente sesión, no muestra interés en ello y

resuelve con apatía cada módulo que también tarda en resolver. El diario de emociones y, el registro semanal de actividades los resuelve parcialmente, por lo que parte de cada sesión se destina a concluirlos. Cabe mencionar que durante las sesiones de tratamiento asistía puntual en día y hora; manteniendo la abstinencia de consumo de sustancias, por lo que la adherencia al tratamiento le permite desarrollar cada módulo del programa adaptándose poco a poco a la realización de sus lecturas y a escribir en cada uno de los ejercicios y tareas correspondientes, actividades que paulatinamente fue aceptando bien y que le permitiendo una mejor comprensión de lo que se pedía que realizara. De los módulos que mejor resolvió y por el que se interesó, fue el de la reestructuración cognoscitiva, ya que empieza a identificar los pensamientos que llegan a disparar las principales conductas violentas y las de consumo de drogas. También visualiza las creencias irracionales que sus pensamientos negativos han formado durante varios años, principalmente el de involucrarse en situaciones que llegaban a terminar en violencia desde la influencia familiar y la que se manifestaba al reunirse con amigos para consumir sustancias. El cambio de pensamientos y creencias que empieza a modificar respecto al consumo de drogas, se relacionaban en la mayoría de las ocasiones con los problemas que tenía con su esposa actual y también con su ex-esposa con la que tuvo un hijo; también había diferentes exigencias de la familia de origen, principalmente del padre, que le adjudicaban responsabilidades que no le correspondían pero que el paciente A, sentía la obligación de resolver.

El último módulo del balance decisional se realizó en dos sesiones ya que tenía que aprender a tomar precisamente, la decisión de seguir consumiendo drogas o mantener la abstinencia, situación que resolvió optando por lo segundo, aunque ya llevaba más de cinco meses de no consumir nada, quizá por eso llegaba ansioso y manifestando inquietud por no desear escribir o leer el módulo que resolvería, sin embargo empezaba hablando de su situación familiar en conflicto y continuaba haciendo también referencias del contenido del módulo.

Así mismo, al concluir el tratamiento se le indicó al paciente A que continuarían las sesiones de seguimiento en las que también se resolverían de nuevo algunos de los módulos que realizó al inicio; estuvo de acuerdo y aceptó su siguiente cita, pero ya no volvió a asistir, se le habló por teléfono para conocer el motivo de su inasistencia y argumentaba que tenía mucho trabajo y, que por los horarios que manejaba le era imposible continuar, pero que él pediría de nuevo una cita si tuviera una recaída y que por el momento mantenía la abstinencia, así como tranquilidad en las relaciones familiares.

El caso del paciente B se trata de un hombre de 22 años de edad, estado civil soltero y con estudios de secundaria, era empleado de una tortillería que tenía su papá; vivía con sus padres y hermanas. Al asistir por primera vez argumenta: “que tiene problemas con el consumo de alcohol, cocaína y cigarros”. Refiere también, que el padre es alcohólico y tiene muchos y graves problemas con él, ya que lo trata como si fuera todavía menor de edad controlando todas las cosas que realiza.

El paciente B inicia el consumo de alcohol a los 17 años al mismo tiempo que el consumo de tabaco con un patrón de consumo de tres cigarros de tabaco diario, mientras que el consumo de alcohol era de medio litro cada fin de semana. Al realizar la fase diagnóstica se aplican las evaluaciones de actividad conceptual, así como la escala de estados a la disposición al cambio; obtiene puntajes bajos y manifiesta también ambivalencia, ya que suele disfrutar el consumo de sustancias, pero también quiere dejar de hacerlo; presenta agresividad hacia otros y no puede ejercer control sobre sus impulsos agresivos.

También como parte del diagnóstico en la historia clínica médica realizada, le sugieren que acuda a la realización de un electroencefalograma, en donde los resultados sugieren irritabilidad cortical con predominio sobre la región fronto-centro-temporal bilateral (sic.), razón por la que es tratado con Lacmital y Rispolux en sus consultas de farmacoterapia. En el tratamiento de psicoterapia manifiesta un interés por el módulo de comunicación asertiva la cual le sugiere tener una comunicación clara y directa con los padres, en donde él pueda externar sus pensamientos y sentimientos que no sabía como manifestarlos adecuadamente, así como la importancia que descubre en la comunicación. Durante el tratamiento también aprende y logra empezar a controlar las dosis y la frecuencia del consumo de cocaína y de alcohol, sin embargo, interrumpe la psicoterapia en la sesión ocho y también las consultas de farmacoterapia, asistiendo sólo a cinco sesiones; posteriormente se realiza un rescate telefónico, concertando una nueva cita, a la que no asistió. A los ocho meses reingresa por sí solo, a su tratamiento de psicoterapia presentando una recaída de consumo de alcohol y de cocaína; pero en menos cantidad y solamente durante los ocho meses que dejó de asistir; así mismo, la comunicación con la madre empezó a ser asertiva; aunque con el padre no tanto pero le permitió hacerse cargo de más obligaciones y de tomar sus propias decisiones como trabajar aparte, ya no en el negocio familiar; así también realizar actividades deportivas que contribuyen a mejorar su salud, ya que presentaba obesidad. Al terminar el programa de tratamiento para usuarios de drogas estimulantes, se programa una cita de seguimiento a tres meses y asiste manteniendo la abstinencia de cocaína, aunque continua con la ingesta de alcohol llegando a beber de dos a tres cervezas cada 15 días. La relación familiar se mantiene sin cambios y empieza a planear dejar de vivir en la casa de los padres para vivir con su novia, con la que mantiene una relación de dos años y quien también lo ha apoyado en retomar

el tratamiento; también inicia un negocio propio del que obtiene satisfacción, ya que refiere emplear en ello decisiones propias con la seguridad que ha adquirido sin recurrir a los padres, quienes como antes lo hacían. Finalmente se programa la siguiente cita de seguimiento en seis meses pero no acude, se realiza un rescate telefónico concertando una cita más a la que no acude.

Los avances presentados en la conducta adictiva de los pacientes, así como la mejoría en diferentes áreas de su vida, permiten evaluar el programa de tratamiento que sustenta la teoría cognitivo conductual; aunque no todos los pacientes evolucionan de la misma manera con el tratamiento. Las dificultades que mayormente presentan, es al momento en que tienen que realizar actividades a las que no están habituados como son las de lectura y escritura, ya sea en su casa o en el consultorio, por lo que quizá muestran desinterés y abandono del tratamiento.

Otra variable a considerar es el tiempo destinado a cada sesión, ya que los módulos están diseñados para una sesión de 45 a 50 minutos, por lo menos en consulta externa, a veces no es suficiente para que el paciente lo resuelva durante ese lapso, sin considerar que no resolvió en su casa el ejercicio sugerido en la sesión anterior y, por lo que el número de sesiones llega a prolongarse. Son escasos los pacientes que logran concluir todo el tratamiento, desde la fase de diagnóstico hasta por lo menos una o dos sesiones de seguimiento. El programa de tratamiento propone trabajar en sesiones individuales, por lo que se destina una cantidad de tiempo considerable a un solo paciente, además de los que se atienden en otras modalidades terapéuticas y con consumo diferente de drogas. Una situación también con la que se encuentra el paciente que asiste a tratamiento es el alto costo económico, aunque las cuotas que pagan por sus consultas no son altas, el costo del medicamento, estudios de gabinete y electroencefalograma, llegan a rebasar las posibilidades económicas de algunos.

El tratamiento cognitivo conductual para usuarios de drogas, llega a tener resultados favorables para los pacientes, ya que los hace participativos y los mantiene activos al resolver los autorregistros y las tareas, así también les permite identificar diferentes rasgos de su personalidad que los creían insignificantes para poder desarrollar conductas que le permitan afrontar y tratar la adicción. La asistencia a consulta externa presenta las dificultades ya mencionadas, sin embargo quizá llegan a existir diferencias en los resultados al ser tratados en la modalidad de internamiento, ya que el paciente cuenta con mayor disposición de tiempo y sus actividades diarias están relacionadas en gran medida con el tratamiento que lleva para dejar de consumir drogas.

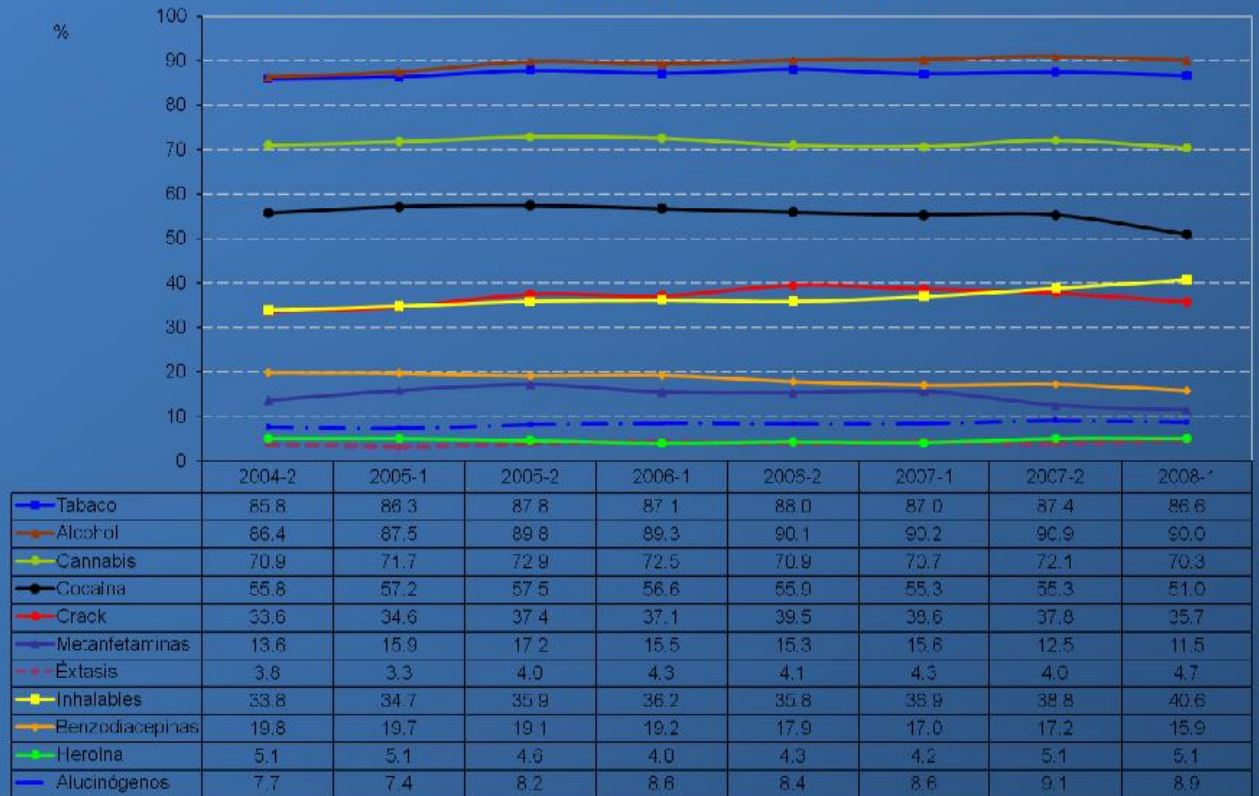
APENDICE 3. GRÁFICAS DEL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS, REALIZADAS POR EL ÁREA DE INVESTIGACIÓN DE CIJ.

Consumo en el último mes de las principales drogas reportadas por usuarios de drogas ilícitas en tratamiento en Centros de Integración Juvenil (Nivel Nacional) Segundo semestre de 2004 – primer semestre de 2008



Fuente: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, 2009.

**Consumo alguna vez en la vida de las principales drogas reportadas por usuarios de drogas ilícitas en tratamiento en Centros de Integración Juvenil (Nivel Nacional)
Segundo semestre de 2004 – primer semestre de 2008**



Fuente: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, 2009.

Consumo en el último mes de las principales drogas reportadas por usuarios de drogas ilícitas en tratamiento del CIJ Venustiano Carranza Segundo semestre de 2004 – primer semestre de 2008



Fuente: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, 2009.

REFERENCIAS

- Blasco, J. Et cols. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas: Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 4, (20) 365-376.
- Barroso, J.M. Et León-Carrión, J. (2002). Funciones ejecutivas: Control, planificación y organización del conocimiento. *Revista general de psicología y aplicaciones*, 55 (1) 27-44.
- Barroso-Moguel, R. Et cols. (1997). Brain capillary lesions produced by cocaine in rats. *Toxicology Letters*, 92, (1997) 9-14.
- Benowitz, N.L. (1993). Clinical Pharmacology and Toxicology of Cocaine. *Pharmacology & Toxicology*, 72, 3-12.
- Carroll, M.K. (1998). Therapy manuals for drugs addiction. Manual 1 A Cognitive-Behavior approach: Treating Cocaine Addiction. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health.
- Centros de Integración Juvenil, A.C., (2010). Guía técnica programa: Atención curativa subprograma: Consulta Externa. 1, 1-148.
- DSM-IV-TR (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte, México.
- Escohotado, A. (2000). Historia general de la drogas. España: Espasa.
- Fernández-Serrano, M.J. Et cols. (2009). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal Psychopharmacology*, 9, 1317-1332.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 5 (30) 63-73.
- Flores, J.C. (2008). Neuropsicología de los lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 1 (8) 47-58.

- Flores, J.C. (2008). Batería de funciones frontales y ejecutivas: Presentación. *Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 1 (8) 141-158.
- Goldstein, R.Z. (2004). Severity neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: Association with metabolism in the prefrontal cortex. *Journal Neuropsychological*, 42 (11) 1447-1458.
- Kalivas, P.W. Et. Volkow, N.D. (2005). Fundamentos neurales de la adicción: una afección de la motivación y de la capacidad de elección. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1404-1413.
- Lopera, F. (2008). Funciones Ejecutivas: aspectos clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 1 (8)
- O'Brien, C.P. (2005). Medicaciones frente al craving para la prevención de recaídas: posiblemente una nueva clase de psicofármacos. *American Journal of Psychiatry*, 4 (9)
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, A., Galván, J., Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 4 (30) 41-46.
- Pasantes, H. (1997). *De neuronas emociones y motivaciones*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Ruíz Sánchez, J.M. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 2 (21)
- Secades-Villa, R. (2007). El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de adicción a la cocaína. *Adicciones*. 1 (19)
- Serrani, D. (2009). Evaluación neuropsicológica de drogodependientes duales a alcohol y cocaína en periodo avanzado de abstinencia. *Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 1 (9)
- Verdejo, A. (2006). Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral. Tesis doctoral inédita. Universidad de Granada, España.
- Viesca, C. (1997). Bosquejo histórico de las adicciones. En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed.). México, D.F., El Manual Moderno.

Washton , A.M. (1995). La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención.
España: Paidós.