



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES**

**“RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE  
BEBEDORES PROBLEMA EN UN CASO TÍPICO”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MARÍA CONCEPCIÓN CANO RODRÍGUEZ**

**Tutor principal**

Mtro. Cesar Augusto Carrascoza Venegas

Revisor

Dra. Silvia Morales Chainé

Jurado

Dr. Roberto Oropeza Tena

Dr. Agustín Vélez Barajas

Mtro. Leonardo Reynoso

México, D. F.

2010



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 por la dedicación, esfuerzo y paciencia en mi formación académica, por haber sido parte fundamental en mi camino de aprendizaje y haber dejado muy bellos recuerdos para toda mi vida a:

Dra. Silvia Morales Shaine

Mtro. Cesar Augusto Carrascoza Venegas

Dra. Sara Cruz Morales

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Lic. Leticia Echeverría

Dr. Roberto Oropeza

Dr. Agustín Vélez

Mtra. Guillermina Natera Rey

Dra. Jazmín Mora Ríos

Dra. Marcela Tiburcio

Dra. Lydia Barragán Torres

Además agradezco a **Gabriela Godínez Hernández** por ser una muy buena amiga y de esas personas a quien no olvidas.

A **Mónica Cortes** y a **Alejandra Balbuena** por ser excelentes personas y amigas que hicieron de la maestría un buen recorrido.

A mí familia por ser los cimientos de esta construcción que se está levantando y tiene mucho aún por erigir y los necesito para seguir andando mi camino. A mi madre **Concepción Rodríguez Martínez** por ser ejemplo de lucha y mente positiva ante la vida. A mi padre **Miguel Cano Bautista** por ser el fundador de mi compromiso y responsabilidad. A mi hermana **Carmen Cano Rodríguez** por estar a mi lado y ofrecerme su apoyo en cualquier momento. A mi hermana **Rosa Cano Rodríguez** a quien le aprendo que el carácter recio bien usado sirve para mucho. Y me quedo corta, por eso y por más a ellos les agradezco.

Y por supuesto al ser que en mi camino se presentó hace mucho tiempo y desde entonces ha sido mi maestro en la vida y en la profesión, al hombre que me enseñó otro sentido de la vida, que supo entender lo que yo quería y me enseñó el camino para lograrlo, al que me tendió siempre la mano y nunca, ni aún caída, me dio la espalda. Ahora ve su creación y de lo que hemos logrado, se admira. A **GUMARO CANO GUTIERREZ**, el hombre que me enseñó otro significado del amor. Mi amor, gracias por estar a mi lado y por todo lo que he aprendido de ti, mil gracias.

# Índice

INTRODUCCIÓN	6
1. Reflexiones sobre el consumo de sustancias	10
1.1 Antecedentes del consumo de drogas	10
1.2 Prevalencia del consumo de drogas	11
1.3 Abordaje del consumo de drogas	17
1.4 Problemas relacionados al consumo de drogas	20
1.4.1 Problemas médicos	20
1.4.1.1 Alcohol	21
1.4.1.2 Tabaco	24
1.4.1.3 Marihuana	27
1.4.1.4 Cocaína	28
1.4.2 Problemas sociales y conductuales	30
1.5 Antecedentes de la conducta del consumo	34
1.5.1 Explicación biológica	35
1.5.2 Explicación psicológica	37
1.5.2.1 Explicación basada en principios cognitivos y conductuales	38
1.5.2.2 Explicación basada en el aprendizaje social	41
1.6 Tratamientos Breves	45
1.6.1 Características	45
1.6.2 Entrevista Motivacional	48
1.6.3 Autoeficacia	52
1.6.4 Solución de Problemas	53
2. Formulación de programas	55
2.1 Aplicación de los programas en ACASULCO	55
2.1.1 Programa de Intervención Breve para Fumadores	55
2.1.2 Programa Modelo para la Prevención de	

abuso del Alcohol y Otras Drogas entre los Trabajadores y sus Familias _____	61
2.2 Aplicación de los programas en el Instituto Nacional de Psiquiatría____	69
2.2.1 Programa de Satisfactores Cotidianos _____	69
2.2.2 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína _____	84
Anexos _____	92
Anexo 1. Sesión Típica _____	92
Anexo 2. Investigación en el desarrollo de un instrumento de medición _____	112
Referencias _____	124

## Introducción

Los problemas derivados por el consumo de drogas se han multiplicado en nuestro país y a nivel mundial. Esto se debe por el incremento en el consumo de cocaína, del consumo de drogas por parte de las mujeres y por la disminución en la edad de inicio en el consumo, de acuerdo a lo reportado en la ENA 2008. Este tipo de comportamiento repercute sobre la dinámica familiar y se refleja en ausentismo escolar y laboral, lo que provoca un desequilibrio económico y emocional en los núcleos familiares.

Por otro lado se ha comenzado una pelea entre los propios distribuidores de drogas por el control del mercado y que ha conmocionado la estabilidad de nuestro país. Lo que ha provocado la muerte de personas ajenas e inocentes ocasionados por este problema de la sociedad moderna y que han conducido a un pánico entre la sociedad mexicana y gobiernos internacionales, que tratan de eliminarlo.

Esto genera una respuesta urgente y necesaria por parte de los gobiernos, así como la participación y propuestas por parte de grupos políticos, policiales, médicos, psicológicos, investigadores, con el fin de lograr contrarrestar los daños que ha provocado este problema en nuestra sociedad. Cada grupo desde su área de acción, unos trabajan legislando y otros imponiendo las leyes legisladas. Otros aplican tratamientos a los consumidores y otros buscan el mecanismo de acción de las drogas y tratamientos nuevos, tanto farmacológicos como psicológicos, que demuestren ser

eficaces para reducir el consumo de sustancias adictivas, desde el rubro de la investigación aplicada.

La Universidad Nacional Autónoma de México, cómo la máxima casa de estudios de México, se encuentra dentro de los grupos preocupados y ocupados en proporcionar respuestas a los efectos de las sustancias adictivas, así como de los tratamientos que ofrezcan mejores resultados.

La Facultad de Psicología ha trabajado en este tema desde hace varios años, en conjunto con otras instancias dedicadas al tema como son los Centros de Integración Juvenil, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría. La Facultad de Psicología tiene a su cargo el Centro para atención a usuarios de sustancias “ACASULCO”, ahora “CEPREA”. Este centro cumple con varios objetivos, entre ellos es atender a usuarios de sustancias adictivas, otro es capacitar a los alumnos de Licenciatura y de la Maestría en Psicología de las Adicciones en los tratamientos para controlar el consumo de usuarios, además de fomentar y realizar investigación aplicada relacionada al tema.

Los programas con los que se atiende a los usuarios en el centro tienen como referencia el programa de autocambio dirigido, originado en Canadá, con la idea central de que el cambio del usuario será más sólido si proviene de él, considerándolo proactivo en su tratamiento (Echeverría et al, 2005; Carraszcosa, 2007; Prochaska y DiClemente, 1983). El sustento teórico y práctico que manejan para la realización de los programas, descansa en las teorías cognitivo y conductual, así como en la Teoría



del aprendizaje social, entrevista motivacional y por supuesto, las bases biológicas del consumo de drogas (Echeverría et al, 2005; Carraszcosa, 2007; Prochaska y DiClemente, 1983). Estos programas son: Programa de Intervención Breve para Bebedores problema, El programa de atención a familiares de consumidores de drogas, el Programa de Satisfactores Cotidianos, Programa de Intervención Breve para Fumadores (Echeverría et al 2005; Natera, Orford, Tibuercio y Mora, 1998; Barragan et al, 2005; Lira et al, 2008; Oropeza et al, 2004).

Este reporte de experiencia profesional tiene como objetivo dar a conocer el trabajo que se realizó durante la Maestría en Psicología de las Adicciones. A nivel teórico describir los antecedentes y la prevalencia del consumo, dar explicación de la conducta de consumo y las consecuencias del mismo. A nivel práctico, mostrar los resultados que se obtuvieron de la aplicación de los programas de tratamiento revisados en la Maestría, para controlar el consumo de alcohol y/o drogas.

En el primer capítulo se expondrá la prevalencia del consumo, los problemas que acarrea, así como la explicación de la conducta de consumo desde el punto de vista biológico, conductual, cognitivo, del aprendizaje social y de la economía conductual y por último se explican los tratamientos breves que han demostrado mayor eficacia en su aplicación y obtención de resultados.

En el segundo capítulo, se formula cada uno de los programas de tratamiento de los cuales se atendieron usuarios y se explican los resultados logrados con los participantes.

Además de esos dos capítulos, hay dos importantes anexos. En el anexo 1, se detalla el programa de tratamiento breve para bebedores problema y los resultados alcanzados en su aplicación, desde las primeras sesiones de tratamiento, hasta el seguimiento a 12 meses.

En el anexo 2, se muestran los resultados obtenidos de la elaboración de un instrumento de medición del autocontrol del consumo de alcohol, el método, los resultados, la discusión y conclusión. Instrumento que se realizó durante los primeros semestres de la maestría.

## 1. Reflexiones sobre el consumo de sustancias

### *1.1 Antecedentes del consumo de drogas*

La humanidad ha tenido distintos desafíos que enfrentó a lo largo de su historia, muchos derivados de dicha interacción y de la inquietud del hombre por conocer lo que ocurre con él y a su alrededor (Lazcano-Araujo, 1994). Como ejemplo está la necesidad por resguardarse de los cambios climáticos, la obtención alimentos, la diferenciación sexual y laboral de hombres y mujeres (Morris, 1969), entre muchos otros retos a los que ha tenido que dar frente.

Además de los alimentos, el hombre encontró otras plantas que al consumirlas le provocaban cierta modificación transitoria del pensamiento y de la conducta, mismas plantas las ocupaba dentro de algunos rituales religiosos, practicas medicinales, entre otros usos (Guerra, 2006).

No sólo en Europa han estado presentes estas sustancias desde tiempos remotos. En México se usaron las sustancias para rituales religiosos, para el uso curativo y para tener el valor en los enfrentamientos bélicos (Rodríguez, Romero, Flores y Ortiz, 1993). Como ejemplo están los hongos alucinógenos, que se consumieron para obtener el conocimiento de los padecimientos de los consultantes, en rituales muy elaborados y que su consumo fuera de este objetivo no estaba permitido. Este consumo era en poblados donde se situaban culturas como mazatecas, chinotecas, chatinos, mixes, zapotecas y mixtecas de Oaxaca, náhuatls del México

central, y posiblemente otomíes de Puebla y tarascos de Michoacán (Barret, Archambault, Engelberg & Pihl, 2000).

A partir de los hallazgos acerca de los componentes químicos y de los efectos de estas sustancias en el cuerpo, la medicina las ha incorporado en su práctica profesional en forma de medicamentos, para el tratamiento de algunas enfermedades (muchas de éstas tienen que ver con alteraciones del comportamiento) o también para tratar el dolor. En este sentido, algunos médicos psicoanalistas pretendieron utilizar la cocaína o la mezcalina como herramienta en la práctica con pacientes, ellos mencionaban que con dichas sustancias tendrían acceso al “yo” de los pacientes y así trabajar sus malestares (Rodiles, 1996).

### *1.2 Prevalencia del consumo de drogas*

Pero el consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas ya no sólo tiene como objetivo el religioso, el científico o el médico, también son consumidas de manera lúdica e irresponsable.

Desde de sus inicios a la actualidad, el patrón y edad de inicio de consumo han cambiado, aspectos que son de gran preocupación para las familias y los gobiernos, ya que también se han incrementado los problemas relacionados al consumo de las mismas.

A nivel mundial, se observa que el consumo general de drogas no tuvo cambios significativos por cuarto año consecutivo, esto representado por 208 millones de personas (4.9% de la población mundial) quienes han consumido drogas al menos una vez en los últimos 12 meses y quienes tienen un consumo problemático representan el 6%. Esto está reportado por la ONU en el reporte mundial sobre drogas 2008.

La mayor prevalencia anual de opiáceos es por parte de Estonia con el 1.5%, Federación Rusa 1.6%, Irán 2.8% y Afganistán 1.4%, los demás países presentan una prevalencia por debajo del 1%.

Respecto a la cocaína, los países que tienen mayor prevalencia de consumo son Estados Unidos y España con 3%, Argentina e Inglaterra con 2.6%, Canadá con 2.3%, Perú 2.2%, Australia con 2%, Italia con 2.1%, Bolivia y el Norte de Irlanda 1.9%, Irlanda 1.7% al igual que Chile 1.5%, Uruguay 1.4%, Arabia 1.3%, Ecuador y Panamá con 1.2%, con 1.1% están Venezuela, Jamaica, Ghana, Islandia y Suiza y con 1% Santa Lucía y Dinamarca.

Es importante resaltar la prevalencia anual del consumo de marihuana, pues es la sustancia de mayor consumo, sólo seguida por la cocaína, los países de mayor prevalencia Papua y Nueva Guinea con 29.5%, Micronesia presenta el 29.1%, Ghana con 21.5%, Zambia con 17.7%, Canadá con 17%, 16.1% en Sierra León, Nigeria con 13.8%, 13.3% en Nueva Zelanda, 12.2% en Estados Unidos de Norteamérica,

Australia con 11.4%, Italia, España con 11.2%, Jamaica con 10.7, Suiza y Egipto con 9.6%, Republica Checa tiene 9.3%, Madagascar con 9.1%, Sta. Lucia 9%, Israel, Francia, Liechtenstein, Sudáfrica y Barbado tienen una prevalencia comprendida entre 8.9% y 8.1%, en el rango comprendido entre 7.8% y 7% están los países de Malí, Groelandia, Luxemburgo, Austria y Chile. Los países que tienen una prevalencia entre 6.9% a 6.2% son Argentina, Belice, Granada, Zimbabwe, Kirguistán, Irlanda, Escocia, Eslovenia, Haití y San. Vicente y Granadinas, los demás países presentan una prevalencia menor a 5% anual.

A diferencia de la marihuana, las anfetaminas no son tan consumidas, son pocos los países que las consumen y éstos presentan baja prevalencia de consumo. El país que más las consume es Filipinas con 6%, seguido de el salvador con el 3%, Australia con 2.9%, Nueva Zelanda con 2.3%, Estados Unidos con 1.6%, Inglaterra, Gales y Estonia con 1.3%, Letonia con 1.1%, Noruega, República Dominicana y Nigeria y presentan 1%, el norte de Irlanda, Escocia, España, Costa Rica, Canadá y Ghana, los demás países presentan una prevalencia menor a 1%.

El éxtasis mantiene la tendencia de los opiáceos, la cocaína y las anfetaminas, de ser consumidos en pocos países y con bajas tasas de prevalencia, sin restarle importancia a la problemática que acarrea el consumo mismo. Australia es el país con mayor prevalencia en el mundo con 4.4%, le sigue República Checa con 3.5%, Nueva Zelanda con 2.6%, Inglaterra y Gales y el Norte de Irlanda con 1.8%, Estonia con

1.7%, Hungría con el 1.4%, Canadá con el 1.3%, Irlanda, Holanda, Escocia, Eslovaquia y España con 1.2%, Bélgica con 1.1% y con 1% Estados Unidos.

De los datos anteriores se destaca que las sustancias ilegales de mayor consumo son la marihuana, seguida por la cocaína y las que menos se consumen son las anfetaminas y los opiáceos. Los países donde son consumidas cuatro de las cinco sustancias (la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis) con altas tasas de prevalencia son Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Australia.

Por otra parte, en Europa los jóvenes consumieron alcohol sólo alguna vez en los últimos 12 meses representa el 90%, pero aquellos que se pueden considerar consumidores frecuentes se encuentran en los Países bajos con un 25%, Alemania, Australia, Bélgica, Malta y Reino Unido oscilan entre 17% y 21%. Ningún país presenta tasas altas en el consumo de alcohol por mujeres jóvenes, mientras que Finlandia, Groenlandia, Islandia, Noruega y Suecia presentan los porcentajes más bajos, 3% o menos. Groenlandia es el país que presenta mayor porcentaje de jóvenes que han fumado en los últimos 30 días (60%) y Austria, Bulgaria, Alemania, Rusia y la República Checa presenta porcentajes entre 43 a 49%. El consumo de marihuana, sedantes, inhalables, otras drogas ilícitas y la combinación de alcohol con pastillas se mantiene en porcentajes bajos en todos los países. Turquía es un caso a distinguir, pues el consumo de todas las sustancias se mantiene con bajos porcentajes, a excepción del tabaco alguna vez en 12 meses, pues el 50% de la población lo ha

hecho. Vemos entonces que los jóvenes Europeos llegan a consumir algunas sustancias, pero no todos llegan al abuso de ellas. Además, es ligeramente mayor el porcentaje de aquellos que prefieren los inhalables a otras drogas ilícitas (Hibell et al, 2003).

En Estados Unidos el consumo de drogas ilícitas disminuyó ligeramente del 20.9% en el 2006 al 19% del 2007, de acuerdo a lo reportado en el Estudio de Observación del Futuro del 2007, realizado en cooperación del NIDA (2008). Los resultados reportan disminución o mantenimiento del consumo de algunas drogas, como la marihuana que disminuyó del 11.7% en el 2006 al 10.3% en el 2007, siendo ese año en el que se registró su máximo consumo. El uso de los sedantes en el 2006 fue de 10.5% y en el 2007 el consumo fue de 9.3%. Los inhalables no mostraron cambios significativos. El consumo diario de tabaco pasó del 4% en el 2006 al 3% en el 2007. También la cocaína muestra una ligera disminución con el 0.7% en el 2006 al 0.5% en el 2007. Mientras las bebidas alcohólicas las consumieron el 48.8% en el 2006 y en el 2007 bajo a 45.9%. Estos datos fueron tomados como tendencias positivas. Mientras que las tendencias negativas mostradas por el reporte son el abuso de medicamentos de prescripción médica, incluyendo anfetaminas, sedantes, barbitúricos, tranquilizantes y opiáceos, fuera de la heroína, tales como la Vicodin y el Oxycontin, que representan el 15.4% de los estudiantes quienes reportaron uso no médico de por lo menos uno de los medicamentos antes mencionados. El uso del éxtasis va en este sentido, pues el 2.4% de estudiantes de 10º grado consumieron en el 2004 y en el 2007 fue el 3.5%, mientras que el 3% de los de 12º grado consumieron



en el 2005 y en el 2007 fue un 4.5% de estudiantes. El uso de heroína inyectable en el 2006 fue de 0.2% y en el 2007 fue de 0.3%, de la heroína no inyectable en el 2006 fue de 0.6% y en el 2007 de 1%. Cabe aclarar que estos datos son de estudiantes por grados escolares, sin embargo muchas de las encuestas levantadas en diferentes países toman sus datos de esta población. Estos resultados nos dejan ver que las sustancias que han aumentado su consumo son las de medicamentos de consumo controlado, heroína, éxtasis, sustancias que no son de uso muy común en la mayoría de los países.

El caso de México es preocupante, por ser el país en el que vivimos, por la tendencia de consumo y por la fuerte violencia existente relacionada al narcotráfico. Pues el consumo de drogas ilegales y la tendencia de la mujer a consumir ha aumentado casi al doble, de acuerdo a lo reportado en la Encuesta Nacional de Drogas del año 2008 (ENA, 2008). Como en años anteriores, el consumo de marihuana se mantiene a la cabeza, en el 2002 era de 3.5% (ENA, 2002) y en el 2008 fue de 4.2% (ENA, 2008), mientras que la cocaína se mantiene como la segunda droga de elección, la que presenta un incremento del doble pues pasa del 1.2% en el 2002 al 2.4% en el 2008. Aunque con índices bajos, el consumo de crack y de metanfetaminas también ha aumentado seis veces. Y los inhalables vuelven a incrementar, aunque no de manera significativa.

Con relación a las sustancias legales, los mexicanos que toman lo hacen de manera menos constante, pero cuando lo hacen es en grandes cantidades, sólo 8 de

cada 1000 personas refirieron haber consumir diariamente. Las personas que beben grandes cantidades son principalmente los mayores de edad, los hombres representan el 45.3% y las mujeres 16.8%, mientras que los jóvenes menores de edad son un 11% y las mujeres 7.1%. Respecto al consumo de tabaco, las personas consideradas fumadores activos representan el 18.5%, con un promedio de 7 cigarrillos diarios consumidos.

Observamos que el alcohol sigue siendo la sustancia de preferencia, seguido por el tabaco, antes de las sustancias ilegales y de éstas, las de mayor consumo son la marihuana y la cocaína. Datos que muestran similitudes con lo reportado por otras estadísticas mundiales.

### *1.3. Abordaje del consumo de drogas*

Existen varios puntos de vista con relación a permitir o prohibir el consumo de las sustancias actualmente ilegales, también llamadas psicotrópicas debido a que sus efectos son principalmente en el Sistema Nervioso Central (SNC) y debido a esto pueden provocar abuso o dependencia (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

En lo referente a la legalidad del consumo de las sustancias, dependerá de lo que cada país establezca para uso interno. Por ejemplo, Estados Unidos únicamente considera legales el consumo del alcohol y el tabaco, exceptuando a algunos estados que incluyen a la marihuana como apoyo en el tratamiento del dolor en algunas

enfermedades. Así como Estados Unidos de Norteamérica, la mayoría de los países también consideran al alcohol y al tabaco como drogas legales y todas las demás sustancias entran en la clasificación de ilegales, con algunas excepciones ya que Holanda permite como legal el consumo de la marihuana y de algunas resinas derivadas, manteniendo como ilegal el tráfico en general. Portugal despenalizó el consumo de drogas aún de aquellas que pueden provocar dependencia en el consumidor, el usuario puede llegar a poseer 10 dosis diarias sin penalización. Son varios países los que se pronuncian por la despenalización y regulación del consumo y/o venta de las sustancias que hasta ahora son consideradas ilegales (ONU, 2000).

En México, se han presentado discusiones entre la posición prohibicionista de cualquier otra sustancia a las que ahora son consideradas legales y entre la posición de legislar, regular y controlar la producción y el consumo de sustancias adictivas. A raíz de estas discusiones, en el mes de agosto del año 2009 se aprobó una ley que señala no ejercer acción penal contra los consumidores, siempre y cuando no rebasen las cantidades establecidas en dicha ley, mismas cantidades se presentan en la tabla 1.1, además señala que su uso debe ser personal y que no se debe consumir dentro de instalaciones educativas, asistenciales, policiales, de reclusión o en el perímetro de dichos lugares (Diario Oficial de la Federación, 2009).

Todos estos datos no serían motivo de mención, de estudio, ni de legislación, si el consumo, tráfico y producción de estas sustancias no fuera causa de graves efectos físicos, cognitivos, emocionales, económicos, sociales, legales y familiares,

que alteran tanto a los consumidores como a terceros, directa e indirectamente, resultando un problema de salud pública (Medina-Mora et al., 2001).

Por lo anterior, el gobierno tiene que intervenir con las medidas de salud y seguridad necesarias. Además, varios especialistas como médicos, psicólogos, farmacólogos, biólogos, entre otros profesionales, se han dedicado al estudio del tema, con el fin de dar respuesta a las necesidades de prevención del consumo y tratamiento para aquellos que ya consumen y prevención de la recaída.

Tabla 1.1 Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato, publicada en el Diario Oficial de la Federación en agosto del 2009.

<i>Narcótico</i>	<i>Dosis máxima de consumo personal e inmediato</i>
Opio	2gr.
Diacetilmorfina o heroína	50mg.
Cannabis Sativa, indica o Marihuana	5gr
Cocaína	500mg.
Lisergida (LSD)	0.015mg.
Polvo, granulado o cristal MDA, tabletas o capsulas de Metilendioxfanfetamina	40mg. / Unidad de peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl34metilendioxinidimetilfeniletilamina	40mg. / Unidad de peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40mg. / Unidad de peso no mayor a 200 mg.

De acuerdo a los datos presentados con relación a la prevalencia del consumo y a las políticas de prohibición o permisividad, se observa que en algunos de los

países donde el consumo no está penalizado, las tasas de consumo no son altas, como ejemplo esta Holanda. Por el contrario, algunos países donde se penaliza el consumo presentan tasas de consumo altos y con una tendencia a la alza. Ejemplo de ello es Estados Unidos, pues es uno de los países donde se consumen cuatro de las cinco sustancias más consumidas a nivel mundial, sumándole a esto que el consumo de anfetaminas, medicamentos controlados, sedantes, opiáceos, éxtasis, barbitúricos y de la heroína ha aumentado ligeramente. Otro ejemplo, en México es ilegal el consumo de toda sustancia ajena al alcohol y al tabaco, pero el consumo de marihuana, cocaína, crack, metanfetaminas e inhalables aumento hasta el doble de lo reportado en el 2002, además de haber aumentado el consumo de la mujer. Esto deja en la mesa de discusión una nueva reflexión en el análisis de la prohibición o permisividad del consumo de sustancias adictivas.

#### *1.4 Problemas relacionados al consumo de drogas*

##### *1.4.1 Problemas médicos*

Es preocupante el consumo de drogas a nivel médico, pues además de afectar el buen funcionamiento del cuerpo de la persona, estas alteraciones afectan el comportamiento y da por consecuencia diversas afecciones a la vida social y legal de la persona. Como ejemplo de ello, esta lo que se lee frecuentemente en los periódicos sobre accidentes automovilísticos, donde uno o más involucrados en el accidente estaban bajo el influjo del alcohol u otras sustancias.

Debemos explicar qué pasa con la persona que ya formó dependencia a alguna sustancia. Una adicción consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico, que evidencia la pérdida de control sobre el consumo de las sustancias, la persona continúa el consumo a pesar de las consecuencias negativas que le acarrea, el usuario pone todo su empeño en conseguir y consumir la sustancia (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

Las drogas afectan al cuerpo, desde que son ingeridas comienza el estado de intoxicación, ya cuando el consumo es recurrente se presentan las alteraciones en el pulso, la temperatura, la respiración, la piel, en los ojos, en el tórax, en el abdomen y en el sistema nervioso central. A nivel conductual se presenta agitación o sedación dependiendo de la sustancia consumida.

Cada droga provoca determinados efectos en el cuerpo, mismos que a continuación se explican, sustancia por sustancia. Se mencionará las principales sustancias de consumo en México.

#### *1.4.1.1 Alcohol*

El alcohol, pese a que socialmente se le conoce como un estimulante, es un depresor del SNC, especialmente de las estructuras responsables de los procesos de integración superior y la corteza cerebral. La depresión de estas partes producen una inhibición de las neuronas represoras o inhibidoras, mismo efecto genera que la

persona se desinhiba. Es por esto que se cree que es estimulante. Debido a que el alcohol afecta las funciones de la corteza cerebral y a que ésta es una de las regiones cerebrales responsables del análisis cognitivo y perceptual (Rosenzweig y Leiman, 2003), se ve afectada la calidad de las acciones motoras, las emociones y los afectos (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001). Además, los efectos en el SNC alteran la percepción, la conducta, la psicomotricidad, la inteligencia, la memoria y la atención.

También, con el consumo recurrente y en grandes cantidades de alcohol, la persona puede presentar “delirium tremens”, que generalmente se presenta en la abstinencia y cuando la persona ya ha desarrollado dependencia. Su inicio es con una crisis convulsiva, que puede durar de dos a cinco días, continua por lo general, con un período largo de sueño. Algunas personas llegan a presentar alucinaciones. Con el consumo excesivo, también existe la posibilidad de presentar ataques de pánico (Uriarte, 2005).

Además, el alcohol puede provocar efectos dañinos en otros órganos. En la piel produce un efecto rubefaciente y vasodilatador, irrita las mucosas y tejidos en general, lo que ocasiona descamación, ulceración, hemorragia y perforación. Efectos mayormente visibles en el tracto digestivo, que puede acarrear complicaciones y a veces hasta la muerte. Deprime los centros vasomotores, principal causa de muerte por consumo de alcohol y puede ocasionar acciones deletéreas sobre el miocardio.

Tiene efecto diurético por el mecanismo inhibitorio de la reabsorción tubular y por la disminución de la hormona antidiurética que provoca poliuria, pero si se mantiene el consumo en exceso puede afectar a los riñones. El consumo de alcohol lleva a la acumulación de grasa en los hepatocitos y una deficiente aportación de los nutrientes, causas de la cirrosis hepática. También está relacionado el consumo de alcohol con la reducción de la producción de la testosterona, lo que acarrea que en el alcoholismo crónico aparezcan signos de feminización como ginecomastia, impotencia y esterilidad. Los hijos de mujeres que están bajo los efectos del alcohol, pueden morir por la depresión del SNC (Córdoba, 2000). También se conoce el síndrome alcohólico fetal, caracterizado por que hay daño en el SNC del recién nacido, que puede provocar retraso mental y malformaciones somáticas, sin que hasta la fecha se pueda comprobar estos efectos debidos al consumo por parte del padre (Uriarte, 2005).

Cabe mencionar que un factor de importancia y gravedad es la manera de beber del mexicano, pues la tendencia observada es que el mexicano no toma con frecuencia pero lo hace excesivamente. El riesgo que corre el consumidor por beber de esta manera lo coloca en un riesgo mayor (Riehm et al, 2001), pues en esas ocasiones de consumo excesivo no se tiene control de la cantidad y puede ser posible que se acerquen a la dosis letal que es 400 ml de alcohol (Córdoba, 2000), además de tener una mala calidad de vida y terminar en una muerte prematura.



Es importante resaltar que frecuentemente los usuarios consumen el alcohol en combinación con otras sustancias, lo cual origina una interacción entre las sustancias combinadas, lo que ocasiona daños sinérgicos en el cuerpo, además de que forman nuevos compuestos como resultado de este consumo mezclado. Por ejemplo, en el caso del consumo del alcohol con la cocaína, los usuarios reportan que lo hacen pues aumenta el efecto estimulante y reduce la sensación de disforia asociada a la cocaína. Probablemente, esto es provocado por la presencia del cocaetileno, formado posterior al uso prolongado de ambas sustancias conjuntamente. El consumo conjunto también provoca la inhibición del metabolismo de la cocaína, esto provoca que las concentraciones de la cocaína en el cuerpo sean altas. Además, los efectos simpaticomiméticos de ambas sustancias pueden ser aditivos, lo que favorece a una alta mortalidad (Goldstein et al, 2009; Córdoba, 2000). A esto sumémosle que la cocaína, así como otros estimulantes, antagonizan el efecto sedante del alcohol (Uriarte, 2005).

#### *1.4.1.2 Tabaco*

Los problemas observados por el consumo del tabaco son menos reconocidos por los usuarios de éste, que los percibidos por los que consumen alcohol, cocaína u otras sustancias. Esto debido a que los mayores efectos negativos se observan a largo plazo, como es el deterioro del aspecto y funcionamiento de los dientes, debido a su farmacodinamia (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001). Sin embargo, fumar está relacionado con cuarenta enfermedades aproximadamente y éstas están relacionadas con 1 muerte cada 10 minutos (Cano-Valle, 2007).

Es una de las sustancias estimulantes más tóxicas, pues actúa con una velocidad comparable a la del cianuro potásico, compuesto químico altamente tóxico (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

Un fumador recurrente presenta problemas respiratorios como disnea, sibilancias respiratorias, constricción faríngea, dolor torácico y frecuentes cuadros respiratorios infecciosos superiores e inferiores, éstos usualmente se llegan a confundir con asma bronquial (Pardell y Saltó, 2004).

Se pueden presentar problemas cardiovasculares como accidentes cerebrovasculares, extrasístoles, ataques paroxísticos, taquiarritmias atriales e incremento de amplitud e inversión de la onda T en el electrocardiograma y problemas tromboembólicos (Jiménez et al, 2004) y aunque no es muy frecuente, ambliopía tabáquica. Ésta última es caracterizada por una reducción súbita de la agudeza visual, especialmente la relacionada con objetos de color, si no se deja de fumar este problema puede evolucionar a la atrofia del nervio óptico con daño permanente (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

También se ha asociado al tabaco con problemas reproductivos, la preeclampsia, con abortos espontáneos, embarazos extrauterinos, alta incidencia de mortalidad perinatal y con bebés con bajo peso al nacer. Además, al fumar se corre el riesgo de que la menopausia de las mujeres fumadora aparezca con anticipación

(Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001; Pardell y Saltó, 2004; Jané, 2004). En este sentido, gracias a que la nicotina tiene una gran facilidad de atravesar la barrera placentaria, la leche materna de mujeres que fuman contiene nicotina (Mycek, 2004).

Un problema que es muy conocido y el que más relaciona la gente con el tabaco, es el cáncer broncopulmonar. Sin embargo, existen otros tipos de cáncer que se relacionan al consumo del tabaco como cáncer de laringe, de lengua, de encías, de esófago, boca en general, páncreas, cérvix y vejiga (Pardell y Saltó, 2004). Lo anterior provocado por la gran cantidad de sustancias adicionadas al cigarrillo por las tabacaleras, con el objetivo de crear una mayor dependencia y lograr la lenta combustión del cigarro y así se pueda fumado lentamente, ya que de lo contrario se quemaría rápidamente (Sánchez, 2004).

Pero hay un tema de suma importancia, el tabaco no sólo afecta al consumidor, sino que también afecta a las personas que están a su alrededor, pues el humo del tabaco y las sustancias adicionadas se mezclan con el oxígeno, las personas lo inhalan llegando al torrente sanguíneo y vías respiratorias. Además, si es frecuente la estancia con personas que fuman, puede llegar a tener afecciones a los fumadores pasivos, debido a que los niveles de nicotina se pueden acercar a los presentados por los que fuman regularmente. Por tal motivo, algunas de los trastornos respiratorios y cardiovasculares que afectan a la persona que fuman, pueden afectar al no fumador. Esta situación también afecta al feto, como ya se hizo mención (Sánchez, 2004).

Debido a su acción en el SNC, altas dosis de tabaco pueden provocar palpitaciones, agresividad, excitación psicomotora, conducta gregaria, verborrea, hipertermia, alteraciones en el estado de ánimo, euforia que pasa a la irritabilidad, de la suspicacia a las ideas delirantes, desarrolla tendencias suicidas y homicidas. Pero cabe recordar que todos estos síntomas se presentan cuando se llega a la intoxicación por dosis muy altas (Uriarte, 2005).

La nicotina tiene efecto en los ganglios parasimpáticos, pues los estimula y provoca un aumento en la actividad motriz del intestino. Esta es una de las causas por lo que en ocasiones se recomienda a las personas con estreñimiento su uso, sin embargo todo aquello que se lleva a exceso es dañino, considerando como exceso a toda cantidad que afecte de manera negativa al organismo, por lo que puede ocasionar en lugar de beneficio, un daño en la motilidad intestinal (Mycek, 2004).

#### *1.4.1.3 Marihuana*

Esta sustancia forma parte de los alucinógenos. Produce relajación de la musculatura bronquial, irritación en la mucosa bronquial 25 veces mayor que la producida por el humo del tabaco. En grandes cantidades provoca aumento en la frecuencia cardíaca, proporcional a la dosis consumida y llega a subir hasta 140 latidos por minuto (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

Ha sido difícil establecer su mecanismo neuroquímico específico de acción en el SNC, pero dosis elevadas pueden producir alucinaciones, durante dos o tres horas

aproximadamente (Uriarte, 2005). También puede producir efectos negativos sobre el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, sensorial, del sentido del tiempo, la autopercepción, la capacidad de hacer tareas que requieran seguir pasos mentales múltiples, el equilibrio, estabilidad de la postura, disminución de la fuerza muscular, en la seguridad de las manos y los procesos complejos como la atención o manejar un automóvil (Córdoba, 2000).

Como se mencionó, en algunos estados de Estados Unidos se permite su consumo en bajas dosis por sus propiedades analgésicas, así como antieméticas, anticonvulsivas y musculorelajantes, en apoyo al tratamiento de algunas enfermedades como reumatismo, asma, dismenorrea, migraña, glaucoma y delirium tremens, además que ayuda a disminuir el dolor en algunos tipos de cáncer (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001).

#### *1.4.1.4 Cocaína*

Esta sustancia forma parte de los estimulantes del SNC. Debido a su absorción rápida, los efectos son inmediatos, motivo por el cual tienen un potencial adictivo alto y por lo tanto es tan difícil para los usuarios dejar de consumirla. Sus efectos variaran de acuerdo al modo de consumo.

En el sistema cardiovascular incrementa la descarga catecolaminérgica en el sistema simpático, lo que provoca hipertensión, taquicardia y una vasoconstricción localizada. Muchos de las complicaciones a este sistema se producen durante el

síndrome de intoxicación, como consecuencia de una crisis adrenérgica (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez y Souza, 2001). También, puede llegar a presentar el consumidor crisis convulsivas y arritmias fatales (Mycek, 2004).

Se presentan los broncoespasmos con disnea y sibilancias pulmonares. En los tabiques nasales se ha observado desde congestión nasal, hasta perforación del mismo. En los pulmones se presenta una grave congestión pasiva aguda, con ingurgitación de los tabiques, extravasación de algunos glóbulos rojos y edema generalizado (Mycek, 2004).

En el tracto digestivo, los daños se presentan con mayor frecuencia en aquellas personas que se rentan como mulas, es decir, que tragan condones llenos de cocaína y si se llega a romper alguno de estos contenedores conduce a una intoxicación sobreaguda (Córdoba, 2000).

Cuando se acostumbra a fumar cocaína en los dedos índice y pulgar se presenta una coloración amarillo ocre, probablemente debido a las impurezas que acompañan a la cocaína (Uriarte, 2005).

Los daños en el SNC se observan a simple vista a nivel conductual, los cuales se deben a la estimulación intensa que produce en la corteza y en el tallo cerebral, que incrementa intensamente el estado de alerta, generando una sensación de bienestar y

euforia, puede provocar alucinaciones, paranoia, incrementa la actividad motriz, en dosis altas produce temblores periféricos, convulsiones, seguidos de depresión respiratoria y vasomotora.

En el Sistema Nervioso Simpático (SNS), la cocaína potencia la acción de la noradrenalina, lo cual ocasiona el síndrome “pelea o huye”, junto con taquicardia hipertensión, dilatación pupilar y vasoconstricción periférica. Si el consumo es prolongado puede ocasionar ansiedad, puede aparecer depresión posterior a la estimulación del SNC (Mycek, 2004).

#### *1.4.2 Problemas sociales y conductuales*

Otras áreas que se ven afectadas con el consumo de alcohol u otras drogas son la familiar, la social y la legal, ya que bajo los efectos de estas sustancias, los consumidores recurren a conductas que ponen en riesgo su seguridad y la de otros.

Bajo los efectos de las sustancias, los consumidores no tienen control total de su conducta, pues como ya se describió en el apartado anterior, los efectos en el SNC desencadenan problemas conductuales. Esta pérdida de control es ocasionada por la acción de las sustancias en diferentes áreas del cerebro, que produce una deficiente acción motora, euforia que puede pasar a la agresividad, lo que puede derivar en conductas delictivas por parte del usuario que responden a la necesidad de comprar y consumir la sustancia. Así, cuando no tiene control total de su conducta el consumidor puede hacer daño a las demás personas o a sí mismo (Córdoba, 2000;

Uriarte, 2005; Rosenzweig y Leiman, 2003). Esto justifica la dificultad que presenta el usuario para controlar sus acciones y no se debe confundir con que el usuario no sea responsable de sus acciones y decisiones.

Por lo que se relaciona el pobre autocontrol como predictor del consumo de bebidas alcohólicas, así como de los problemas relacionados a éste (Piquero, Gibson & Tibbetts, 2002; Surgenor et al, 2006). También están relacionados con el consumo, la de toma de decisiones y de acciones poco asertivas. Además, el autocontrol y la asertividad están relacionados con la cantidad de drogas consumidas y con la cronicidad del consumo (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003). Las situaciones que representan estrés para los consumidores se asocian con el consumo y en esta relación estrés-consumo un estilo asertivo en la resolución de problemas moderó la relación entre estresores y consumo, el mayor consumo se presenta entre las personas que actúan de manera más impulsivas (Calvet, 2009).

Así como el estrés es un factor de riesgo para el consumo de drogas, otros factores de riesgo para el consumo son: padres con tendencia a consumir alcohol u otras drogas, estar expuesto a ambiente de consumo, fracasos académicos, dejar de estudiar, conflicto entre los padres, conducta antisocial, ambiente familiar caótico, fallas en la relación efectiva y afectiva con adultos, actitud positiva hacia el consumo de droga por parte de los padres o adultos que están cerca del joven, dolores o enfermedades crónicas, factores raciales como el caso de los asiáticos que no les es fácil metabolizar el alcohol, problemas psicológicos o psiquiátricos como el



Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), bajas expectativas de éxito, tener amigos que usan drogas, conductas relacionadas con la delincuencia, privación económica y social y uso temprano de la droga (Calvet y Estevez, 2009; 2006; ENA, 2002; ENA, 2008; NIDA, 2003; Moncada, 1997; Hawkins, 1992).

Existen algunos factores que pueden fungir como protectores del consumo, como estar en la escuela, ya que estando dentro de un plantel educativo se tiene mayor acceso a información de las sustancias, de programas preventivos y de los tratamientos existentes. También están los sentimientos de integración y seguridad dentro de la familia que percibe el joven, el involucramiento de los padres en la vida del joven, la percepción de que están cubiertas sus necesidades básicas, como son las económicas, emocionales, cognitivas y sociales. También que haya límites claros, disciplina, una actitud abierta y positiva, pero no permisiva, hacia el consumo de drogas por parte de los padres y/o adultos cercanos al joven, el apoyo que perciba el joven por parte de los padres en los momentos críticos de la adolescencia, éxitos académicos, inserción del joven en actividades extracurriculares, aceptación de normas, entre otros (Moncada, 1997; Hawkins, 1992; López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005).

Otro problema existente y recurrente, es que bajo los efectos de las sustancias se llega a tener conductas sexuales de riesgo, pues a los consumidores frecuentemente se les olvida protegerse con el uso del condón. Además, los consumidores de drogas su forma de uso es inyectada, en muchas ocasiones comparten las jeringas. Ambas

conductas aumentan el riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como otras enfermedades que comparten este modo de infección. Esta situación acarrea otros problemas al usuario, como la discriminación por parte de la sociedad, afectando aditivamente su vida económica, familiar, social e innegablemente su salud física (Kornblit, 2000).

Pero no sólo son víctimas de la discriminación los portadores del VIH o las personas diagnosticadas con el SIDA, pues es frecuente que los consumidores lleguen a prisión, ya sea por el consumo en sí, antes de la nueva ley que permite la portación de dosis de consumo personal en el D.F. o por conductas delictivas como robo, por ocasionar accidentes automovilísticos, que lamentablemente muchos finalizan con graves consecuencias. Al salir de la prisión son discriminados, situación que puede provocar en el usuario una reacción negativa. Uno de los grupos vulnerables que sufren mayor discriminación, tanto del ambiente laboral como del familiar, son las mujeres (Olphen, Eliason, Freudenberg & Barnes, 2009).

Pero no sólo los consumidores tienen complicaciones, los familiares de ellos también se ven envueltos en diversos problemas con relación al consumo. La familia vive bajo estrés por factores como no saber si la forma de actuar frente al problema es la correcta, preocupación por la salud del usuario así como de los integrantes de la familia, las dificultades económicas, la ansiedad, la desesperanza, la desesperación y la depresión (Orford et al, 1998). En su caso, los niños integrantes de la familia de

algún consumidor tienden a tener conductas impulsivas, a tener conflictos con otros niños y se incrementa el riesgo de que ellos consuman drogas. Además, es frecuente la presencia de violencia física y psicológica hacia los miembros de la familia, por parte del consumidor cuando esta bajo los efectos de la sustancia, lo que trae consigo un ambiente familiar tenso y violento. Este ambiente funge como un factor de riesgo y en algunos casos contribuye a la separación de la familia (Orford et al, 1998; Huncom, Copello & Orford, 2000; Oxford et al, 2005).

También, la familia del consumidor es estigmatizada por mitos y creencias que tiene la sociedad, por lo que tienen miedo a contar el problema a otras personas por miedo a ser objeto de críticas. Aditivamente, el desconocimiento de los lugares que apoyan a los familiares, provoca que las familias no se acerquen a pedir ayuda, incrementando la tensión familiar (Natera, Mora, Tiburcio, 1999).

### *1.5 Antecedentes de la conducta de consumo*

El consumo y su mantenimiento se pueden entender de varias formas. Muchas áreas de estudio han intentado dar una explicación, desde el psicoanálisis, los teóricos que hablan de una personalidad adictiva, las biológicas, hasta las teorías conductuales y cognitivas.

El abordaje de la explicación psicológica que se llevará a cabo en este trabajo se hará desde las teorías con bases y principios conductuales, cognitivos y del aprendizaje social, sin dejar de lado la explicación biológica, pues tales explicaciones

tienen una interrelación evidente, clara, visible y medible. Además de ser las teorías que han demostrado mayor eficacia en el manejo de las adicciones y por ello son la base teórica y práctica de la maestría.

### *1.5.1 Explicación biológica*

Existe en el cerebro un sistema llamado “sistema de recompensa”, ubicado en el encéfalo (Rosenzweig y Leiman, 2003). Este sistema se ve afectado en sus funciones por la acción de las sustancias adictivas. Es uno de los principales sistemas en donde actúan todas las drogas y es llamado así pues es el que provoca una sensación placentera ante algunas conductas como comer, tomar agua, el mantenimiento de la temperatura corporal, la actividad sexual, así como las interacciones sociales y familiares, también llamados reforzadores naturales. Su importancia radica en que sin estas actividades el ser humano no podría sobrevivir, por eso es importante que sean placenteras dichas conductas, así se asegura su repetición y, por lo tanto, la existencia y reproducción de las personas (Spanagel & Weiss, 1999). Este sistema está inervado por neuronas dopaminérgicas, que parten del área ventral tegmental, con proyecciones a las áreas mesolímbica y mesocortical en particular el núcleo accumbens y la corteza prefrontal (Uriarte, 2005).

Cuando se consumen sustancias adictivas la dopamina es secretada en grandes cantidades, mucho mayores a las secretadas por los reforzadores naturales, esto afecta la forma en que el cerebro responde a las drogas y a los reforzadores naturales. Esta es la causa más probable por la que muchos consumidores dejan de sentir placer de

comer u otras actividades, si no han consumido la droga, viéndose afectada la sobrevivencia del usuario (Spanagel & Weiss, 1999).

La forma como se presenta la adaptación al consumo se explica con algunos mecanismos indispensables para que se dé la adicción, de los cuales mencionaremos a tres principales: reforzamiento, neuroadaptación y sensibilización, que contribuyen a la formación de la adicción en los consumidores.

Un estímulo percibido como gratificante se considera un reforzador positivo, lo que incrementa la probabilidad de aparición de una respuesta determinada. De la misma manera, un estímulo percibido como incomodo o doloroso se considera un reforzador negativo, que puede provocar la ocurrencia de una conducta determinada con el fin de que ese estímulo desaparezca o que se involucre otra conducta para lograr desaparecer la sensación desagradable. Algunos ejemplos de estímulos pueden ser personas, lugares, ambientes. Entonces, a través de los reforzadores positivos del efecto de las drogas, se establece la conducta adictiva. Y ambos tipos de reforzadores, están relacionados con el mantenimiento del consumo, pues con el fin de que cesen las sensaciones desagradables (reforzador negativo) de la abstinencia se vuelve a consumir.

La neuroadaptación es un proceso por el cual puede incrementar la acción de los reforzadores con la exposición repetida de la sustancia. Además, algunos cambios

en la neuroadaptación podrían producir una sensación persistente de disconformidad durante la abstinencia, esto puede provocar que la persona recaiga.

Es importante la sensibilización, que se origina después de una exposición repetida a la sustancia. Esto se debe a que se ve aumentada la actividad de la dopamina en el sistema mesolímbico, que podría representar dentro de este sistema, una neuroadaptación. Lo anterior da como resultado la tolerancia a las drogas, pero la sensibilización que desarrollo una determinada droga no lo hace en otra. También está involucrada la corticotropina, hormona relacionada con el hipotálamo y la amígdala en la respuesta ante el estrés (Roberts & Koobs, 1997).

### *1.5.2. Explicación psicológica*

La adicción en términos conductuales se define como una repetida autoadministración de alcohol o cualquier otra droga, pese a que la persona conozca las consecuencias negativas, de tipo social, biológico, emocional, familiar, que le acarrea el consumir dichas sustancias. La persona con el fin de continuar consumiendo, enfoca todas sus actividades a la obtención de la sustancia y al consumo de la misma (Roberts & Koob, 1997).

### *1. 5. 2. 1. Explicación basada en principios cognitivos y conductuales*

Hay que tomar en cuenta que los problemas más complejos del ser humano, cómo lo es el consumo de drogas y sus consecuencias, deben basar su explicación cómo el resultado de las historias individuales de aprendizaje de cada persona.

Así, antes de que el usuario llegue a la adicción, pasa por un proceso de aprendizaje del consumo. Entendiendo al aprendizaje como un cambio de la conducta debido a la experiencia, que le da la posibilidad de modificar la conducta para ajustarse a una situación nueva, que le ayuda a cubrir sus necesidades de supervivencia y le da el poder de modificar el ambiente físico en el que se desarrolla (Chance, 2001). Por ejemplo, los usuarios de drogas aprenden a consumirlas por diversas situaciones y para lograr consumir modifican tanto su conducta, como su ambiente y logran ajustarse a las nuevas circunstancias que enfrenta para conseguirlas y consumirlas, así como para librar los incidentes negativos que presentan.

Para ello, el usuario involucra el uso del pensamiento, del razonamiento, el aprendizaje conceptual y la solución de problemas. Los conceptos anteriores se reconocen como procesos cognoscitivos que ayudan al aprendizaje, como procesos simbólicos, mentales e inferidos de los seres humanos, no observables directamente y por lo tanto sólo se reflejan en la conducta, que sí es observable y medible. El aprendizaje debe definirse con relación a la conducta. Por lo tanto, la conducta se define como algo que un individuo o un animal hacen, con la interacción entre él y su

ambiente, caracterizada por movimientos que se pueden observar en el espacio, a través del tiempo y que da como resultado un cambio medible, reconociendo al ambiente como el compuesto de circunstancias en las que la persona existe (Skinner, 1977; Ellis, 1980).

Existen conductas que parecen ser innatas a la existencia del ser humano y otras que son aprendidas, ambas son respuestas a determinados estímulos. Una respuesta es entendida en términos de una conducta específica y estímulo se entiende como un aspecto específico del ambiente que se pueden diferenciar entre sí. Una respuesta de las consideradas innatas, se le llama respuesta incondicionada (RI) a un estímulo incondicionado (EI), la cual no tiene una preparación previa, como ejemplos están los reflejos y las necesidades básicas de supervivencia. También existe el estímulo condicionado (EC), al que le sigue una respuesta condicionada (RC), para lo cual tiene que haber una preparación previa. Cabe señalar que casi cualquier estímulo puede volverse un estímulo condicionado si se le aparea con uno incondicionado de manera regular. La relación entre el estímulo y la respuesta es donde se encuentra la base del aprendizaje, pues habiendo un estímulo hay una respuesta y no sin la existencia de éste. Pero además del estímulo, para que haya una respuesta determinada, es importante que la aparición de éste sea contingente y contigua. Que el estímulo sea contingente se entiende cuando la respuesta ocurre siempre y cuando ocurra el estímulo, es decir, que un evento aparezca sólo cuando ocurre otro determinado. Y contiguo es, cuando un evento ocurre cercano a la aparición de otro,



es decir, la cercanía de la aparición de la respuesta al estímulo (Chance, 2001; Cooper, 1987; Alcaraz, Colotla & Laties, 1991).

En el caso de la conducta de consumo, como conducta aprendida, los estímulos para su aparición pueden ser varios, el ofrecimiento, el deseo de consumo, tener contacto directo con personas que consumen, conflictos con otras personas, situaciones orgánicas, la búsqueda de la sensación de los efectos placenteros que producen las drogas, la búsqueda de eliminar los efectos displacenteros de la abstinencia. Un ejemplo de contingencia y contigüidad del consumo podría ser que aparezca el efecto inmediato de la sustancia, como la euforia.

Ellis mencionó que las conductas aprendidas son aquellas que fueron recompensadas, mientras que las que no fueron recompensadas no son aprendidas, tomando en cuenta el reforzamiento como recompensa. Define el reforzamiento como un evento cualquiera, que si se presenta en una relación temporal cercana a una respuesta incrementa la probabilidad de que dicha respuesta se repita en el futuro. Existen dos tipos de reforzadores, el reforzador positivo y el reforzador negativo. El primero es cualquier evento que consolida una respuesta, cuando éste se presenta y el segundo, es cualquier evento que consolida una respuesta cuando éste termina o desaparece.

Una conducta que se ha aprendido puede afectar la ejecución de la persona en situaciones nuevas. Esto es un ejemplo de la transferencia de lo aprendido, que es cuando el aprendizaje aprendido con anterioridad ayuda a la adquisición de nuevo aprendizaje, éste se facilita cuando se aprende primero algo fácil y luego algo más difícil. Por el contrario, se puede ver afectado el aprendizaje cuando lo aprendido anteriormente interfiere con el aprendizaje nuevo, esto es especialmente cuando las respuestas (la aprendida y la que está por aprenderse) son incompatibles o antagónicas entre sí. La transferencia tiene que ver con la semejanza específica de las tareas y a los efectos generales de la práctica (Bandura, 1987).

#### *1. 5. 2. 2. Explicación basada en el aprendizaje social*

También son importantes para la ocurrencia de una conducta la percepción individual, la interpretación de los eventos de la vida, los sentimientos y las expectativas ante el ambiente, pues la persona no sólo actúa, sino que existe una interacción entre los aspectos cognitivos, el proceso conductual y el ambiente social donde se desarrolla el individuo. Así, es capaz de simbolizar lo que vive, tiene experiencias ante la ocurrencia de algún evento, tiene la capacidad de anticiparse a las consecuencias que podría tener su conducta y puede aprender de las experiencias que tienen otras personas y lograr auto-regular su conducta (Abrams & Niaura, 1987).

Las pautas de respuestas nuevas pueden adquirirse por experiencia directa o por observación. En el proceso del aprendizaje la persona efectúa respuestas, observa y analiza los efectos que producen éstas. Así, para que se lleve el proceso del

aprendizaje, las características cognoscitivas de la persona le permiten beneficiarse de las experiencias que dan las consecuencias de la conducta, pues las consecuencias tienen una función motivadora, ya que incentiva a la persona a que continúe o no actuando de la manera que lo está haciendo, esto gracias a que el ser humano tiene capacidades anticipatorias a las consecuencias, por ejemplo, el efecto físico que proporcionan las sustancias puede ser motivador a continuar el consumo si fue agradable, por el contrario será motivador para no continuar el consumo si el efecto fue desagradable. De este modo las experiencias pasadas crean las expectativas de que ciertas acciones proporcionarán o no beneficios valiosos, esa es una de las razones por lo que los consumidores de cocaína mantienen el consumo, pues como el efecto del primer consumo fue muy agradable para ellos y mantienen la expectativa de volver a sentir esa sensación primera. Además, las consecuencias pueden fortalecer la respuesta, pues si la persona conoce y toma en cuenta las consecuencias de la conducta, habrá más probabilidad de su ejecución.

Una de las respuestas a por qué las personas consumen, es porque las personas aprenden no sólo por las consecuencias de las propias acciones, sino que también aprenden a través de la observación de las consecuencias que les ocurren a otras personas, formando gran parte de su aprendizaje, es decir por medio del modelado de las demás personas, a esto se le conoce como aprendizaje vicario. Esto da como consecuencia que las personas se hagan una idea de cómo se lleva a cabo una conducta nueva y de las consecuencias que arrojó esa conducta a la persona que se está observando. A cuál modelo se seguirá, dependerá de muchas circunstancias

principalmente de las características propias de los observadores, los rasgos de las actividades que sirven de modelo y la organización estructural de las interacciones humanas. Algo importante es que las personas con las que solemos convivir, delimitan que tipo de conductas se observan más y se aprenden mejor. Además, la atención que prestamos a un modelo está delimitado por la atracción interpersonal de éste sobre el observador (Bandura, 1987).

Cuando se le da atención a una conducta de un modelo y se codifica en palabras, se crean imágenes vividas de lo visto o se hace una designación concisa de ello, se aprende y retiene mejor la conducta, a diferencia de si sólo se observa y mientras lo hace el observador se ocupa mentalmente de otros asuntos. Entonces, se logra mayor aprendizaje cuando primero se organiza y se repite simbólicamente la conducta del modelo y luego se efectúa abiertamente. La influencia de los modelos puede tener varias funciones sobre la conducta del observador como instrucción, inhibición, desinhibición, facilitación, aumento de atención a ciertos estímulos y excitación emocional.

Los medios de comunicación, cómo la televisión, son un buen ejemplo de un modelo masivo, con el cual sólo se necesitaría de éste para transmitir una gran cantidad de conductas y situadas en diversos lugares.

Si se responde o no a una señal de los modelos y se aprende una determinada conducta dependerá de las características del modelo, pues si éste tiene una alta posición o si muestra una gran competencia o poder, mostrará mayor eficacia para transmitir una conducta nueva. También, cuando el observador sigue a varios modelos que producen efectos divergentes, las características de los modelos y los símbolos de estatus adquieren un valor informativo de las consecuencias probables de la conducta observada. Y además, aquellas personas que carecen de confianza en sí mismos y aquellos que han recibido recompensas frecuentes por imitar la conducta, parecen ser más susceptibles a la adopción de la conducta del modelo (Bandura, 1987; Bandura, 1983).

La adopción de nuevas conductas es muy susceptible a la influencia del refuerzo, ya que las personas adoptan las conductas que ofrecen mayores beneficios, entonces, promover la nueva conducta dependerá del refuerzo anticipatorio y vicario (Bandura, 1987).

Por ejemplo, algunos jóvenes comienzan el consumo después de ver los efectos de la sustancia en otros jóvenes que consumen, el joven presta atención a la conducta y si además el modelo representa poder en el medio donde se desarrolla hay mayor probabilidad de la aplicación de la conducta. Aditivamente, si el consumo está inmerso de conductas que sean atractivas para el joven, como las fiestas, la desinhibición, entre otras, sirven como reforzadores de la conducta de consumo.

Las personas influyen unas a otras sin tener que efectuar la conducta observada gracias a los incentivos sociales. Estos últimos, son importantes para el aprendizaje y para el adecuado desarrollo de las relaciones sociales.

Así, vemos que la conducta de consumo se aprende de observar a otras personas consumir, que fungen como modelos, el observador percibe lo que hace y experimenta el modelo, así como las características de éste, mientras analiza la conducta y las consecuencias que podrían surgir de ésta, con ello forma expectativas propias que ayudan a que el observador adquiera o no con éxito la conducta del consumo.

## *1.6 Tratamientos Breves*

### *1.6.1 Características*

Como se mencionó anteriormente, los tratamientos breves con principios conductuales y cognitivos han demostrado ser eficaces en el manejo de las adicciones, conjuntamente a las características de la entrevista motivacional, pues con un buen manejo de las técnicas se logra que los usuarios participantes en estas terapias asistan a mayor cantidad de sesiones, que tengan el deseo de mantenerse en abstinencia y que sus expectativas de éxito sean mayores.

Este tipo de intervenciones muestran su eficacia principalmente con usuarios que sólo tengan el problema del consumo, ya que cuando tienen otro problema

aunado a éste, como la depresión, es más complejo lograr los resultados respecto al éxito de llegar a la abstinencia, sin limitar su rango de acción (McKee et al, 2007).

Algunos teóricos mencionan su utilidad como apoyo en la adherencia del usuario a la intervención médica, logrando que el consumidor lleve a cabo las recomendaciones médicas a través del manejo de problemas, con el trabajo en la reducción del consumo de las drogas, así como de la automedicación recomendada por los médicos, con el manejo de las contingencias que presenta el usuario y logra motivar al usuario sobre su estancia en el tratamiento y sobre su propio éxito. Lo que le da al usuario mayores expectativas de éxito en el tratamiento y en el mantenimiento de los resultados (Carroll, Kosten & Rounsaville, 2004).

Pero para que sean efectivos, los terapeutas deben ser capacitados en las teorías y técnicas, pues así los usuarios tienen mejor apego al tratamiento y tienen mayor éxito respecto a la abstinencia. Además, las sesiones deben ser supervisadas, con el fin de que la diseminación del tratamiento sea efectivo (Carroll et al, 2008).

La capacidad del ser humano de simbolizar lo que ve, anticiparse a los acontecimientos, de aprender de las experiencias de otros, de reflexionar y autorregular su conducta, es lo que hace posible que llegue al cambio. Esto es lo que se llama autocambio. El autocambio es una parte importante en las intervenciones breves, ya que se ha demostrado su importancia para que los usuarios lleguen a la

abstinencia, así como su mantenimiento. Esto se ve reflejado en los cambios positivos en el estilo de vida y en el desarrollo de intereses distintos al consumo, lo que lleva a que el usuario aumente su autoeficacia (Sobell et al, 2006; Sobell, Sobell & Cunninham, 1998).

Las características de este tipo de intervenciones son a su vez sus ventajas, pues pueden aplicarse tanto a nivel individual como en una comunidad, su duración es de pocas sesiones, lo que las hace costo/benéficas, ayudan a las personas en una etapa temprana de su problema, se pueden aplicar a la resolución de diversos problemas, siempre con un sólo problema a la vez como meta final, en el caso de las drogas la meta será la moderación o la abstinencia de acuerdo a las características de la problemática del usuario. El propósito general es motivar al usuario para el cambio, es decir que comience a actuar para resolver su problema (Carrascoza, 2007).

Una característica importante, que le da mayor eficacia a este tipo de intervenciones, es que su procedimiento es sistematizado y estandarizado. Se debe definir el problema específico de la persona, formular el caso al que nos enfrentamos, a partir de ahí organizar un plan de trabajo y establecer la meta final a la que se desea llegar, para lo cual se debe implementar este plan y terminar el tratamiento apropiadamente, tomando en cuenta las variables que podrían dificultar el proceso del tratamiento (Ledley, Marx & Heimberg, 2005; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).



Respecto a los objetivos del tratamiento, se debe identificar y describir las conductas que se considerarán adecuadas para obtener los resultados deseados, luego disponer y organizar las condiciones propicias para obtener las conductas requeridas para llegar a la meta final y lograr hacer una auto evaluación positiva de los resultados. Así, los objetivos que han sido definidos conductualmente no sólo ayudan a seleccionar los procedimientos apropiados, sino también a la evaluación. Para lograr dicha evaluación, se necesita que los resultados se designen en términos observables y medibles y así determinar si los métodos utilizados han tenido éxito, cuando han fallado o cuando se necesitan desarrollarse más ampliamente para aumentar su potencial (Bandura, 1983).

#### *1. 6. 2 Entrevista Motivacional*

Una de las maneras de lograr el cambio, en este caso la abstinencia, es motivar para el cambio al usuario. Entendiendo a la motivación como un estado de disponibilidad para cambiar por parte de la persona, dicho estado no es fijo, pues puede fluctuar de un estado de motivación a otro en cualquier momento, esta variación puede ser por diversos factores, tanto intra como extra personales. Entendiendo a dichos estados de motivación como etapas de cambio, a las cuales se logra llegar con la intervención del terapeuta con el usuario, misma que se explicara más adelante (Miller & Rollnick, 2003).

Para lograr el cambio, el usuario comienza el camino hacia varias etapas que se ejemplifican con un círculo, ya que la persona va de una a otra etapa antes de

llegar al resultado final. No es regla comenzar por una determinada etapa, ni es como subir una escalera, escalón por escalón, más bien se puede comenzar en cualquier etapa, eso lo determinara la motivación de cada persona, pero el objetivo es llegar al cambio. Esto ayuda a entender que la recaída es una posibilidad en el proceso de cambio y que lejos de ser un fracaso es parte del proceso de recuperación y se puede tomar como un estado de aprendizaje, que ayuda para llegar hasta el final y cumplir la meta.

*Las Etapas de cambio* formuladas por Prochaska y DiClemente (1983), se refieren a etapas por las que pasa el usuario en el intento de lograr el cambio de la conducta de consumo. Son las siguientes:

La primera etapa es cuando aún no se ha entrado al proceso de cambio y es llamada *precontemplación*. En ésta, la persona no considera tener un problema, tal vez va a tratamiento por recomendación o insistencia de alguien más. El trabajo del terapeuta es proporcionar información y retroalimentación de su problema, es decir, aumentar la duda en el usuario, para que con ello el usuario perciba los riesgos y problemas que acarrear la conducta en cuestión, así pueda entrar al proceso de cambio.

La primera etapa de entrada al proceso de cambio es la *contemplación*. En ésta, la persona entra a un estado de ambivalencia, en la que considera la posibilidad de tener un problema, pero a la vez puede rechazarla. La persona necesita hacer una

disonancia cognitiva entre las razones por las que considera que tiene un problema y las razones por las que considera que no lo tiene, ayudado con la realización de un balance de las razones para cambiar, por un lado y por el otro las razones para no hacerlo, inclinando esa balanza al cambio, siendo éste el trabajo del terapeuta.

La siguiente etapa es la **determinación**, donde el usuario considera tener un problema y se ve en él un buen grado de motivación para el cambio. El terapeuta le debe ayudar a fijar el mejor camino a seguir para lograr el cambio.

Al lograr que la persona se adentre en las actividades a realizar para su restablecimiento, es cuando se está en la etapa de **acción**. El trabajo del terapeuta es ayudarlo a que dé los pasos hacia el cambio.

El siguiente paso es el **mantenimiento** del cambio que se ha logrado, aplicando las estrategias planeadas, para evitar la recaída. Pero si se llegará a presentar una **recaída**, no se debe tomar como un fracaso, por el contrario se le debe resaltar al usuario que esa recaída sirve como un proceso de aprendizaje que lleva al cambio, se debe renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, siempre buscando que no se vea como un bloqueo.

### *Manejo de los usuarios*

Algunas características del manejo del usuario son: se evita la confrontación, lejos de dirigir a los usuarios en la formulación, planeación y ejecución de sus actividades, se les debe apoyar en el entrenamiento de habilidades que lo ayuden a lograr el cambio por él mismo, considerando así al usuario participe de su recuperación y no como una persona observadora de la misma. Esto ayuda a que el usuario vea incrementada su Autoeficacia para lograr el cambio.

También, el terapeuta debe tomar en cuenta varios aspectos para manejarlos dentro de las sesiones de tratamiento. La relación que forme con el usuario debe ser buena, pues la relación es tan importante como el enfoque de tratamiento con el que se trabaja, ya que la relación de las primeras sesiones predice la relación futura y el resultado terapéutico, además de que si esa relación se centra en el paciente y se trabaja en una atmósfera segura y de apoyo para él, entonces los usuarios son capaces de analizar sus experiencias y encontrar salida a sus problemas de forma abierta. Para ello, el terapeuta debe fomentar en las sesiones de trabajo tres características básicas, la empatía adecuada, que implica una actitud de escucha concreta que explique y amplíe la propia experiencia y el significado que da a ésta el paciente, sin que el terapeuta imponga su opinión. La segunda característica es la calidez no posesiva y la tercera es la autenticidad como terapeuta (Miller & Rollnick, 2003).

Es importante tomar en cuenta, que todas las técnicas de la entrevista motivacional. Son técnicas que fomentan el cambio de la cognición del usuario respecto a la droga y que, por lo tanto, lleve a éste a la abstinencia.

### *1. 6. 3 Autoeficacia*

Los factores cognitivos, afectivos, biológicos, conductuales y ambientales funcionan en una interacción determinante, que influye uno sobre los demás bidireccionalmente. Esta relación puede variar para diferentes actividades y bajo diferentes circunstancias. Esto puede ayudar a que la persona logre tener control sobre su conducta. La eficacia que percibe la persona del control sobre su conducta impacta en la calidad de su vida.

La importancia de la auto eficacia, tiene que ver con el juicio que hace la persona en relación a los resultados que él cree ser capaz de lograr y por lo tanto que el usuario llegue con éxito a la abstinencia. Las personas visualizan los resultados y después sus capacidades de lograr los resultados imaginados. Así, la Autoeficacia es un juicio de las propias capacidades de organizar y ejecutar determinado tipo de rendimiento y que tiene que ver con las expectativas, siendo éstas una sentencia de las probables consecuencias de dichas acciones. La Autoeficacia no sólo incluye el control de la conducta, sino también la autorregulación de los procesos del pensamiento, de la motivación y de los afectos.

La Autoeficacia incluye, entre otras cosas, las aspiraciones personales, las expectativas sobre los resultados y su propia eficacia. La Autoeficacia se refiere a las capacidades personales (Bandura, 1998).

En el trabajo terapéutico se debe fomentar la Autoeficacia, pues el usuario, después de varios intentos fallidos de dejar de consumir, no cree tener la capacidad de dejar el consumo. Se logra llevando a la práctica las técnicas de la entrevista motivacional, ya que una persona motivada tiene mayores expectativas de éxito y por lo tanto tiene mayor autocontrol de sus capacidades de lograr el cambio.

#### *1. 6. 4 Solución de Problemas*

Un aspecto que se les complica trabajar a los usuarios de drogas es solucionar sus problemas sin recurrir al consumo de drogas, por lo tanto es uno de los puntos clave que se trabaja en las sesiones terapéutica, ya que si se sienten agobiados por el problema, generalmente se envuelven más en el consumo y, por ende, sus consecuencias. La mayoría de los tratamientos breves varían en sus sesiones, sin embargo el tema de solución de problemas es un común denominador, pues en todos se procura que maneje de forma diferente sus problemas.

La naturaleza de la solución de los problemas se inicia en el pensamiento, como un proceso que se infiere a partir de la conducta de los individuos, sin que se pueda ver directamente, abarca desde niveles más simples hasta niveles más complejos para lograr descubrir una solución.

También, para lograr que el usuario aprenda a solucionar sus problemas de una nueva manera debe estar en cierto grado motivado, ya que si el grado de ésta aumenta se presenta un incremento en la Autoeficacia de solucionar el problema y una vez solucionado el problema, puede generar motivación en el usuario si se logra percibir avances.

Para solucionar un problema hay que considerar que el usuario ya trae consigo un cúmulo de hábitos, éstos varían respecto a la fuerza con que están asociados a una tarea determinada, están dispuestos en una jerarquía de familia de hábitos a la que el usuario se apega ante un problema nuevo a resolver, pero con la practica los hábitos disponibles disminuirían en su fuerza hasta que alguna respuesta en particular resulte exitosa. Es decir, mientras más practique la solución de problemas, los hábitos anteriores del usuario irán disminuyendo a medida que tenga mayor éxito.

El proceso consiste en intentar, las veces que sean necesarias, la solución de problemas hasta que se tenga finalmente la respuesta correcta a su problema. Para ello, se tiene que ir eliminando respuestas encubiertas hasta que uno logre la respuesta correcta que solucione el problema. El usuario se puede ayudar tomando en cuenta cinco principios generales; comprender el problema, recordar el problema, identificar alternativas de acción, planear estrategias para enfrentar el problema y finalmente, evaluar la alternativa tomada y ver si fue la mejor.

## 2. Formulación de programas

La aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos forma parte integradora de la maestría en psicología de las adicciones. En este caso particular, la aplicación se realizó en el Centro de Atención de Adicciones, ACASULCO, con usuarios de alcohol, tabaco y del programa de familia y también en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), en la clínica de trastornos adictivos, las actividades fueron con un usuario de fármacos controlados y con usuarios de cocaína, estos últimos formaban parte de un ensayo clínico que lleva a cabo dicho instituto.

En este último caso, el objetivo era apoyar impartiendo las sesiones del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), en las cuales no se pretendía que tuvieran efecto terapéutico en los usuarios, pues nuestra participación formaba parte de los requisitos del comité de ética del INP, indispensables para el manejo de pacientes en ensayos clínicos del instituto.

### *2.1 Aplicación de los programas en ACASULCO*

#### *2.1.1 Programa de Intervención Breve para Fumadores*

El Programa de Intervención Breve para Fumadores (PIBF) (Lira et al, 2008), tiene como objetivo apoyar a las personas que fuman, que cubran los criterios de inclusión como presentar dependencia moderada, que deseen dejar de fumar y que no presenten diagnóstico de alguna enfermedad, que no padezcan depresión mayor, ansiedad severa u cualquier otro trastorno psiquiátrico.



Está compuesto por seis sesiones, admisión, evaluación, cuatro de tratamiento y 3 seguimientos, correspondientes a 1, 3 y 6 meses posteriores al tratamiento.

#### *Participantes.*

Se atendió un caso, una mujer. Presentaba dependencia alta, así como también el nivel de depresión, criterios de exclusión del programa, a partir de estos datos se le canalizó al Hospital General, ya que ahí tienen el programa psicológico y medico para tratar a esta población. Sin embargo, refería que no tenía ingresos económicos para asistir al hospital, así que se le apoyo con seis sesiones para trabajar situaciones de riesgo y estrategias para enfrentarlas, además de mantener la motivación para el cambio que presentaba la usuaria.

#### *Procedimiento.*

En la *Sesión de admisión* el objetivo es explicar al usuario las características de la intervención y conocer los motivos por los cuales quiere dejar de fumar. En esta sesión se conoce si el usuario es candidato para el tratamiento o si se le canaliza. Para ello, el terapeuta se apoya con la aplicación del Test de Fagerström, para conocer el nivel de dependencia a la nicotina. En este programa se espera que sea media o baja, por lo que los usuarios deben tener puntuaciones menores a 6.

En la *Sesión de evaluación* se busca conocer el patrón de consumo, los problemas asociados y la disposición al cambio. Para ello se aplicó la entrevista inicial para establecer datos socio-demográficos e historia de consumo, el

cuestionario breve de confianza situacional (CBCS), que permite obtener una medida del grado de confianza que tiene el usuario de no consumir en ciertas situaciones, la escala de disposición al cambio y anhelo de tratamiento (SOCRATES), para evaluar la disposición al cambio de la persona y por último, la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) para conocer el patrón de consumo de la fecha de asistencia a un año atrás.

En la primera sesión de tratamiento, *“Tomando la decisión de dejar de fumar”*, el usuario realizará un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación y señalará la meta del tratamiento, reducción o abstinencia. Y se comienza con el auto-registro de consumo.

En la segunda sesión de tratamiento, *“Identificando mis situaciones relacionadas con fumar”*, se busca que el usuario identifique aquellas situaciones que precipitan el consumo tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo. Se revisa si hubo o no consumo.

En la tercera sesión de tratamiento, *“Planes de acción para dejar de fumar”*, se busca que el usuario aprenda un modelo general de solución de problemas, donde planteará opciones para cada situación de riesgo y desarrollará un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia.

En la cuarta sesión de tratamiento, “*Manteniéndome sin fumar*”, se revisa y se da retroalimentación de los avances logrados por el usuario con relación a los planes de acción.

### *Resultados.*

En las tablas 2.1, 2.2 se muestran los resultados de la evaluación y en las tablas 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6 se representan los resultados obtenidos a lo largo de las sesiones.

Tabla 2.1 Resultados de los instrumentos aplicados a los usuarios de tabaco.

Caso	Edad	Fagerström	Depresión Beck	Áreas de confianza	Áreas de no confianza	Cigarros Diarios	Sócrates
♀	45 años	Dependencia Alta	Severa	* Presión Social * Momentos agradables con otros * Emociones agradables	* Malestar Físico * Necesidad Física * Probando Control * Emociones desagradables * Conflicto con otros	10 piezas	Ambivalencia

Tabla 2.2 Etapa de cambio inicial, situaciones de riesgos y observaciones.

Caso	Etapa de cambio	Situaciones de riesgo	Observaciones
♀	Contemplación  Sabe que tiene un problema con su manera de fumar, mucho más porque esta por entrar a la menopausia y le preocupa que agrave su salud, dice que tiene que hacer algo “ya y definitivo”. Sin embargo, en ocasiones duda, pues considera que será difícil por toda la carga afectiva ella le imputa a fumar, además de su difícil situación económica que está pasando y de la fuerte adicción al tabaco que reconoce tener.	* Recordar violación en la infancia y adolescencia * Infidelidad por parte de su esposo * Dependencia alta al tabaco * Nivel de depresión severa * Diferencias con su esposo, madre y suegra * Le atribuía al tabaco una gran carga afectiva * Difícil situación económica	Llega al centro con muchas intenciones de dejar de fumar, sin embargo presenta depresión alta, por lo que se le canaliza al hospital general, sin embargo por falta de dinero no iba a ir enseguida, por lo que se le apoyo con algunas sesiones en las que se trabajaron estrategias de acción a situaciones de riesgo

Tabla 2.3 Primera sesión “Tomando la decisión de dejar de fumar”

Caso	Razones para no fumar	Razones para fumar	Meta
♀	Prevenir que su estado de salud empeore con la entrada a la menopausia Gastar menos Poder estar en cualquier lugar sin que la vean feo por estar fumando Practicar la natación sin problemas Saber que si puede hacerlo Para que no le huela la ropa a tabaco Porque le da vergüenza que de su familia sólo ella fuma Para dejarse de parecer a su mamá que también fuma	La relaja La estresa si no fuma Es un habito ya muy arraigado y siente que lo necesita física y psicológicamente	Reducción (7pzs)

Tabla 2.4 Segunda sesión “Identificando mis situaciones relacionadas con fumar”

Caso	Éxito de Meta anterior	Situaciones de riesgo	de	Situación de riesgo elegida	de	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas	Meta
♀	Sí	* Recordar violación * Infidelidad por parte de su esposo * Dependencia alta al tabaco * Nivel de depresión severa * Diferencias con su esposo, madre y suegra * Le atribuía al tabaco una gran carga afectiva * Situación económica difícil * Estar sin hacer nada	Recordar	Recordar violación en la infancia y adolescencia	de	Se relaja Siente que hace lo que quiere y que nadie la reprime Calma la ansiedad por fumar	Aun cuando esta fumando, recuerda lo sucedido y no soluciona nada Se relaja de manera parcial, pues cuando se acaba el cigarro vuelve a sentirse mal y necesitarlo Con el cigarro se siente muy mal pues considera que no ha podido superar la violación y por eso tampoco puede dejar de fumar Se siente fracasada, a pesar de tener mucha ayuda Se siente sola y triste	4 pzas

Tabla 2.5 Tercera sesión “Planes de acción para dejar de fumar”

Caso	Éxito de meta anterior	Situación de riesgo elegida	Plan de acción	Meta
♀	Oscilo entre 5 y 4 pzas y un día llevo a 3 pzas  Menciona que en la terapia donde tratan su violación están trabajando una situación muy difícil para ella.	Recordar violación en la infancia y adolescencia y debido a esto le atribuía al tabaco una fuerte carga afectiva	Recordar que para eso está yendo a terapia Recordar que eso ya paso y que ella ya ha logrado tener éxito, no sólo con el tabaco, sino en otras áreas Recordar los beneficios físicos y psicológicos que ha sentido al reducir la cantidad de cigarros fumados Va a continuar con sus clases de natación y tratará de hacer amistad con más personas que no fumen Va a continuar cambiando hábitos que resultan riesgosos para el consumo Buscara tener actividades con su familia, lo que le ayudara porque ellos no fuman y la apoyan En la terapia sobre su violación va a cambiar de terapeuta, ya que le está causando conflicto la actual Tratara de buscarse una actividad que le guste, que la relaje y que le dé algo de dinero para no pensar en su violación, además dejar el cigarro, además de tener los recursos para asistir al Hospital General	2 pzas

Tabla 2.6 Cuarta sesión “Manteniéndome sin fumar”

Caso	Éxito de meta Anterior	Satisfacción con los logros	Beneficios	Plan de acción
♀	No Oscilo entre 5 y 4 pzas y un día fumo 7pzas  Continúo inestable emocionalmente , por lo que se le vuelve a hacer hincapié en que asista al Hospital General,	Se encuentra en un estado emocional que no le permite percibir los beneficios que ha tenido, así que se le motiva a que vea que, aunque no era la meta la abstinencia pues se le canalizo, logró fumar hasta 3 cigarros varios día y eso habla de éxito.  Así es como la usuaria logra darse cuenta y acepta que ha logrado mucho, no sólo con el cigarro, sino también en otras áreas de su vida, cómo la relación con sus hijos, su esposo, su suegra, su madre y con algunos compañeros de otras actividades	Mejoro su rendimiento en la natación  Ya no huele tanto a tabaco  Logra valorarse ante los demás y ante ella misma  Logro sin medicamento fumar sólo 3 cigarros	Ir al Hospital General lo antes posible, para recibir atención médica, para su dependencia física a la nicotina, para su depresión y para mejorar los síntomas de la menopausia. Continuar con su terapia acerque de la violación. Continuar con las estrategias para evitar fumar planeadas en las sesiones. Evitar exponerse a situaciones de riesgo.

### *Conclusión.*

Por un lado, la señora asiste con disposición de dejar de fumar, sin embargo, reconoce que le será muy difícil llegar a la abstinencia pues necesitaba de ayuda médica además de la psicológica, por lo que la meta general para ella era mantener su motivación para el cambio mientras podía ir al Hospital General.

Se logró superar la meta pues se observó avances importantes, ya que la usuaria logró fumar sólo 3 cigarros en varias ocasiones, superando la cantidad inicial de consumo que eran 10 piezas diarias y además, mantuvo su motivación para el cambio. Por ello, se considera que avanzó a la etapa de cambio de determinación.

Después de trabajar 6 sesiones, se cerró el tratamiento enfatizando que asistiera al Hospital General y que continuara aplicando las estrategias que se planearon en sesión. Por las características mencionadas de cada caso, no se llevaron a cabo seguimientos.

### 3.1.2 Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y Otras Droga entre los Trabajadores y sus Familias.

Este programa (IMP, 1998) tiene por objetivo apoyar a los miembros de la familia a que identifiquen y analicen las formas como han enfrentado el problema, ayudarles a analizar las ventajas de cada una de ellas, explicándoles nuevas técnicas de enfrentamiento. Además, promover que los familiares busquen los apoyos necesarios, que contribuyan a encontrar posibles alternativas de solución a sus problemas y con ello lograr su bienestar.

Este programa es una intervención breve, que cuando se elaboró se pensó para la capacitación del personal de recursos humanos y de salud de empresas, quienes apoyarán a los trabajadores y a sus familias para hacer frente al consumo de alcohol

y/o drogas y con ello crear un ambiente de salud, no sólo en la empresa si no que se extienda al ambiente familiar. Conlleva no más de cinco sesiones de tratamiento. Se considera como familia a todos los integrantes que convivan con el usuario de alcohol y/o drogas.

#### *Participantes.*

Mujer de 33 años de edad, con escolaridad de Primaria, su ocupación es de mesera, tiene dos hijos que consumen marihuana e inhalables. Motivo de consulta: Preocupación con relación al consumo de sus dos hijos varones.

#### *Procedimiento.*

En el primer tema, “*Problemática particular de la familia*”, se busca lograr un cambio de actitud del familiar y que logre darse cuenta de las posibilidades que tiene para identificar, analizar y derivar un conjunto de acciones más constructivas, tendientes a establecer relaciones menos conflictivas entre los miembros de su familia. Para ello, se apoya al familiar a que analice cuál ha sido la problemática dentro de la familia, originada del consumo de drogas o alcohol de algún miembro de la familia. Así, se buscan, junto con el familiar, los principales factores que provocan tensión dentro de la familia.

Para conocer dichos factores se utilizan los siguientes instrumentos: El Cuestionario sobre salud familiar evalúa el malestar psicológico, entendido como un

estado transitorio y cambiante (Tiburcio y Natera, 2007). Este instrumento tiene una confiabilidad total de 0.93, una confiabilidad en los síntomas psicológicos de 0.91 y por último, de los síntomas físicos de 0.82. También La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), que evalúa los indicadores de riesgo de depresión, basándose en los síntomas depresivos que presentó el familiar durante la semana previa a la aplicación, tiene una confiabilidad de 0.92 (Tiburcio y Natera, 2007). Y por último la Escala de Enfrentamiento, que busca observar la ocurrencia de las ocho formas de enfrentamiento, en la manera particular en que la persona ha enfrentado la situación del consumo de su familiar. En este instrumento las formas de enfrentamiento se agrupan en enfrentamiento comprometido, enfrentamiento tolerante y enfrentamiento apartado, tiene una confiabilidad de 0.81 (Tiburcio y Natera, 2007).

El segundo tema, *“Proporcionar información objetiva y relevante acerca de la sustancia en cuestión”*, este tema es importante ya que los familiares generalmente no tienen la información necesaria de como descartar o aceptar la sospecha de consumo de su familiar, de los efectos físicos de la sustancia en el cuerpo, de donde conseguir mayor información, además de los lugares donde puede acudir a tratamiento, ya sea para el usuario de la sustancia o bien para los propios familiares.

En el tercer tema, *“Identificación y análisis de los mecanismos naturales de enfrentar y buscar nuevas alternativas”*, se busca facilitar el reconocimiento de las formas de enfrentar la problemática generada en la familia ante el consumo, con el fin



de reducir la tensión familiar, ayudando al familiar a que reconozca nuevas formas de enfrentamiento. Estas formas nuevas de enfrentamiento se integran en ocho: enfrentamiento emocional, enfrentamiento tolerante, enfrentamiento evitador, enfrentamiento controlador, enfrentamiento inactivo, enfrentamiento confrontativo, enfrentamiento apoyador y enfrentamiento independiente.

El cuarto tema, “*Analizar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos y si es necesario la canalización del familiar a fuentes de ayuda especializada*”, tiene por objetivo fortalecer y orientar la búsqueda de apoyo social para la solución conjunta de los problemas en la familiar.

#### *Resultados.*

En el cuestionario de síntomas, se necesitan 25 puntos o más para que represente una situación de riesgo de enfermedad, ya sea de alguna enfermedad física o presentar malestar psicológicos. En el caso del familiar tratado en el Centro ACASULCO, presenta 14 puntos totales, de los cuales los síntomas físicos obtuvieron 6 puntos y los síntomas psicológicos 8 puntos. Lo que significa que no presenta gran riesgo de enfermedad física. Ver la figura 2.1

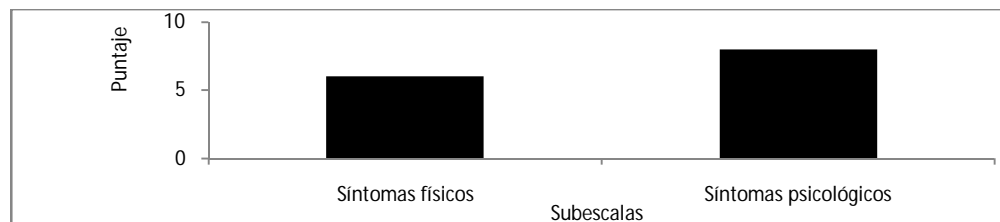


Figura 2.1 Cuestionario de Síntomas

El cuestionario de enfrentamiento refleja cuál es la forma de enfrentar más utilizada por el familiar al inicio de las sesiones. La señora ocupa menos el enfrentamiento apartado, le sigue el enfrentamiento tolerante y con mayor frecuencia el enfrentamiento comprometido. Esto es reflejado por las puntuaciones que presenta el familiar en este instrumento con 6, 11 y 26 puntos respectivamente. Lo que hace notar que la señora se involucra y se siente comprometida con el problema de consumo que tienen sus hijos varones. Ver figura 2.2

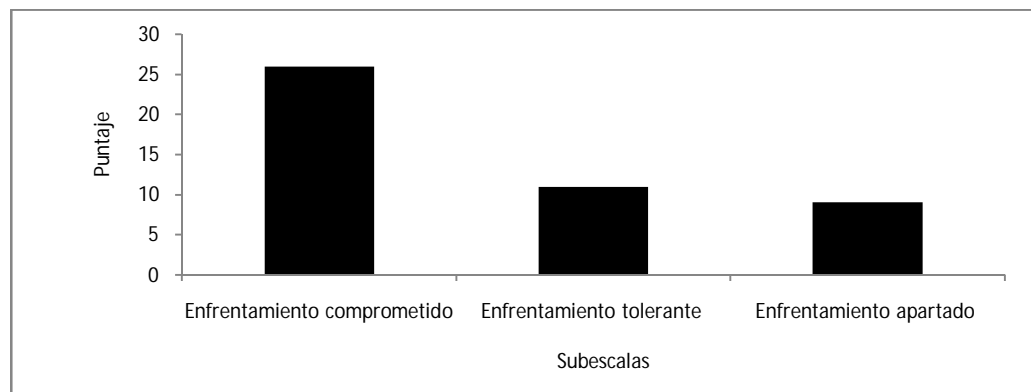


Figura 2.2 Cuestionario de enfrentamiento

El instrumento CES-D habla de la tendencia que podría tener la persona a la depresión. La calificación total es de 30 puntos y mientras más se acerque a este puntaje se habla de una mayor tendencia a la depresión. El familiar en general obtuvo puntajes muy bajos en todas las subescalas. El puntaje total es de 7, lo que refleja tan sólo el 23.3% del puntaje global, lo que representa que el familiar tiene muy poca tendencia a la depresión. Ver figura 2.3

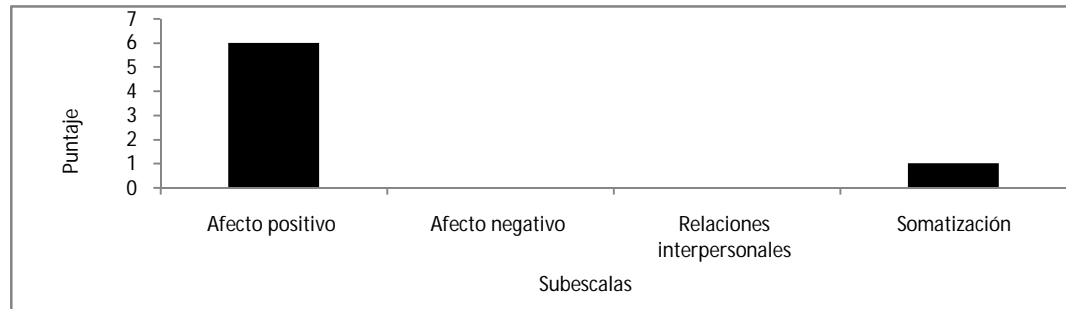


Figura 2.3 Escala de depresión

“Problemática particular de la familia”. Tiene 5 hijos, los dos mayores son mujeres casadas y viven a parte, tienen 20 y 19 años de edad. El siguiente hijo es hombre de 18 años, consume alcohol e inhalables, vive con ella. El siguiente también es varón, tiene 16 años de edad, consume alcohol y marihuana, asiste al centro ACASULCO al programa de atención a adolescentes, vive momentáneamente con la hermana de la señora. La última es mujer y tiene 15 años de edad, vive con ella y con el joven de 18 años.

Actualmente vive separada del papá de sus hijos, aunque nos comenta que su presencia es muy intermitente y esta situación es un factor de estrés que ha alterado toda la dinámica. Menciona que le preocupa la relación con su ex pareja, pues éste hace comentarios negativos a sus hijos respecto a ella y ejerce violencia física, además de que ha amenazado a su pareja actual. Dicha pareja la ha apoyado en estos momentos, es el dueño del bar donde trabaja por las noches de mesera.

“Formas de enfrentamiento”, Señala que es diferente la forma de enfrentar la situación con cada uno de sus hijos. Con el hijo mayor de 18 años es más estricta, más rígida, tiene que ser más directiva, incluso amenaza, chantajea, regaña o grita, identificando que las formas de en enfrentar la situación han sido la *emocional*, *controladora* y *confrontadora*, sin embargo le ha resultado más ser confrontadora. En el caso de su hijo de 16 años comenta ser más tranquila, platica con él cuando esta sin el efecto de la sustancia, menciona que es una relación de amigos, dice que le da este trato porque es más tranquilo, existe mayor cercanía y apego. Se identifica que predomina un estilo *apoyador*, *tolerante* y *emocional*, pero menciona que le ha funcionado más ser apoyador con él, ya que lo ha motivado a seguir asistiendo a sus sesiones de tratamiento, le comenta de los beneficios que va a traer consigo y que ambos están trabajando para salir adelante. La señora considera que la forma en cómo ha enfrentado la situación de consumo de sus hijos le ha funcionado más con su hijo menor, dado que le es más complicado hablar con el mayor, se siente ignorada y se tensa.

Se creó discrepancia de la situación actual y a la que se desea. Concluye que con el mayor será controladora, pero cuando haya oportunidad se mostrará más apoyadora. Con el menor, mantendrá el apoyo que le da sin caer en ser permisiva.

“Búsqueda de apoyos y canalización”. La última de las sesiones se empleo para identificar, fortalecer y orientar la búsqueda de apoyo social para la solución de los problemas en la familia.

Menciona que tiene amigas cercanas en la colonia que trabajan en el mismo lugar con ella y que la apoyan en los momentos difíciles. Sabe que cuenta con el apoyo de su nueva pareja en el momento que lo requiera. Dice que su hija menor es un gran apoyo para ella, que la tranquiliza y apoya, así como su hermana justo ahora que no tiene mucho dinero y está empezando a tener otra vida lejos de su ex pareja, así como el apoyo que le brinda al cuidar de su hijo menor. Se motivo al familiar a fin de que reconociera y buscara redes sociales que son importantes como apoyo en su problemática.

### *Conclusión.*

Existen diversos factores que le preocupan y afectan a la señora con relación al consumo de sus hijos. Menciona sentirse culpable por no haberles dado el tiempo, los recursos y la atención suficiente. No obstante, ha puesto interés en sus hijos, sabe que tiene muchas cosas por cambiar y que puede ser de apoyo para ellos. Asimismo, al vivir en un medio hostil le es más difícil retomar su vida, sus intereses y reconsiderar la idea de que todo puede cambiar en el momento en que ella empiece a actuar, de acuerdo a sus propias palabras. En este sentido, la señora mostró mayor fortaleza y con deseos y motivación para cambiar las cosas.

Finalmente, algunos de los elementos importantes que se consideraron para hacer más efectiva la intervención fueron el retroalimentar al familiar sobre las consecuencias del consumo, fomentar la responsabilidad y el compromiso personal, aconsejar sobre formas en las que se puede lograr el cambio de conducta, dar

opciones, adoptar una actitud empática, fortalecer su auto-eficacia, brindarle información sobre lugares de tratamiento que le pudieran beneficiar a ella o a su hijo mayor.

## 2. 2. Aplicación de los programas en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP).

El INP, específicamente en la Clínica de Trastornos Adictivos, es el lugar de residencia para la aplicación de los conocimientos adquiridos en la maestría de psicología de las adicciones. Dicha clínica forma parte de las clínicas de subespecialidades del Instituto. Éstas tienen el propósito de establecer el diagnóstico y dar el tratamiento correspondiente, de acuerdo a una entrevista semiestructurada; así como proporcionar psicoeducación para pacientes y familiares.

La participación de los alumnos de la maestría en las actividades del instituto, corresponde a una de las actividades inherentes de los institutos nacionales de México, de acuerdo a lo establecido en la “Ley de los Institutos Nacionales de Salud” (2008).

### 2. 2. 1 Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)

Una de las actividades que tiene que cubrir el INP es “proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada” (Ley de los Institutos Nacionales de Salud, 2008). A partir de ellos, una de

las actividades fue atender un usuario de medicamentos controlados, que además era atendido por psiquiatras de la clínica.

El PSC (Barragan et al, 2005) tiene como antecedente el programa Community Reinforcement Approach (Hunt & Azrin, 1973), que fue elaborado por Hunt y Azrin. Tiene por objetivo lograr que los usuarios alcancen la abstinencia, dirigiendo su vida mediante la búsqueda y aplicación de otros reforzadores ajenos al alcohol y las drogas. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro-sociales deseados.

Para lograr el objetivo se aplican 12 componentes que son: admisión, evaluación, análisis funcional de la conducta, muestra de abstinencia, rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, solución de problemas, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades sociales y recreativas, control de las emociones y prevención de recaídas. Sin embargo, la aplicación de cada uno de ellos dependerá de las necesidades particulares de cada usuario, ya que puede ser que la persona tenga trabajo y no sea pertinente la aplicación de ese componente y puede mejor aprovecharse el tiempo para la aplicación de otro componente de suma necesidad o el reforzamiento de otro que sea de mayor utilidad para el caso específico de cada persona.

A partir de esto, se vio necesario la aplicación de sólo de siete componentes: admisión, evaluación, análisis funcional de la conducta, control de las emociones; control de la ansiedad, control de la tristeza, búsqueda de empleo, habilidades sociales y recreativas, para beneficio del usuario y de acuerdo a sus habilidades personales se enfatizaron dichos componentes. Por lo anterior, serán estos componentes los explicado y desarrollados en este apartado.

### *Participantes*

Hombre de 35 años de edad. El más chico de tres hermanos. Posterior a una meningitis, que padeció a los tres años de edad aproximadamente, sus padres, específicamente la madre, lo sobreprotege de cualquier situación que pudiera causarle daño. En el INP es diagnosticado con el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, con ocurrencia de ataques de pánico. Comenzó con los síntomas desde muy joven, aproximadamente a los 9 años de edad y a los 17 años de edad comenzó con el consumo de clonazepan, para aminorar los síntomas, recetada por un médico al cuál lo llevo su madre. Dejo de asistir con éste y consiguió las pastillas de manera ilegal. Ahora está en el INP y recibe recetas y dosis controladas por los psiquiatras. Llega a la sesión muy animado e interesado en el tratamiento, proponiendo actividades el mismo, por lo que se concluye que llegó en la etapa de acción.

### *Procedimiento*

En la sesión de *Admisión* se busca obtener los principales datos del usuario, tales como datos personales, motivo de consulta, historia y patrón de consumo, para



saber si el usuario cubre con los criterios filtro y si es candidato a que se le proporcione la intervención psicológica. Además, es importante que el terapeuta utilice la entrevista para favorecer la motivación del usuario y siga asistiendo a tratamiento orientándose al cambio e incrementar las expectativas positivas del usuario.

Para lo anterior, el terapeuta se apoya con algunos instrumentos. Formato de entrevista conductual para conocer los datos personales, de consumo y de los problemas que le ha acarreado el consumo. El Cuestionario de Abuso de Drogas para medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo, tiene una confiabilidad de 0.86 (Barragán, González, Medina y Ayala, 2005). Escala de Símbolos y Dígitos y Escala de Repetición de Dígitos del WAIS, para valorar el estado cognitivo de la persona y saber si podrá entender y llevar a cabo las actividades del programa. Escala de Satisfacción General, busca conocer el nivel de satisfacción general que identifica tener el individuo con su vida cotidiana, tiene una confiabilidad de 7.6.

En la sesión de “*Evaluación*” se busca evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo, el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo, así como el estado anímico del usuario al momento de comenzar el tratamiento.

Para lo anterior se aplican los siguientes instrumentos. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), tiene una confiabilidad de 0.91. Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD). Tiene por objetivo identificar las situaciones de riesgo de consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída, tiene una confiabilidad de 0.98. Con el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) se busca valorar la auto-eficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol a partir del tratamiento. Con el Cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas (CACD) se busca evaluar la confianza que tiene el usuario de poder resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones, con una confiabilidad de 0.99. Inventario de depresión de Beck mide el nivel de depresión de la persona, tiene una confiabilidad de 0.87. El Inventario de ansiedad de Beck mide el nivel de ansiedad que presenta el usuario, tiene una confiabilidad de 0.83. Y el Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y Hostilidad, busca evaluar la forma cómo se describe el usuario cuando se molesta y cómo considera que reacciona ante situaciones de enojo.

En el componente “*Análisis funcional de la conducta*”, se trata de que el usuario establezca los precipitadores que lo llevan al consumo, de tal manera que pueda identificar la cadena de eventos que promueve la conducta de consumo, así como identificar las consecuencias, tanto positivas como negativas de dicha conducta, resaltando siempre las negativas. De este modo el usuario especificará los resultados agradables inmediatos y los desfavorables a largo plazo de la conducta de consumo y de no consumo, promoviendo que perciba con mayor énfasis los resultados positivos de no consumir.

El Componente “*Control de la ansiedad*” es parte del componente de control de las emociones, junto con “control de la tristeza”, “control del enojo” y “control de los celos”. Se busca que el usuario conozca qué es, cuál es su función y la importancia de controlar la ansiedad. Además, aprenderá técnicas de cómo controlarla, identificará las estrategias adecuadas para usarlas en determinadas situaciones y las llevará a cabo en escenarios naturales.

El Componente “*Control de la tristeza*” busca que el usuario identifique qué es, la función y la importancia de la tristeza, así como técnicas para lograr controlarla, identificar cuáles son aquellas que le ayudarán más en determinadas situaciones y su aplicación en situaciones naturales.

En el Componente “*Búsqueda de empleo*” los usuarios adquirirán habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores del consumo.

En el Componente “*Habilidades sociales y recreativas*” se busca que el usuario adquiera conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y lo apoyen para llegar a la abstinencia.

### *Resultados.*

*Admisión.* En la repetición de símbolos y dígitos el usuario hizo un buen trabajo, con lo que se nota un buen estado cognitivo. En el CAD tubo 12 puntos, lo que habla de un nivel de abuso sustancial. Por último, la escala de satisfacción general muestra una satisfacción general de 3, siendo las escalas de progresos en el trabajo o escuela, situación legal, comunicación y relaciones familiares las escalas en donde presenta mayor satisfacción con puntajes de 10, 10, 9 y 8 respectivamente.

De acuerdo a los resultados anteriores y a los criterios de inclusión, el usuario era un buen candidato para el programa, ya que tiene un nivel de abuso sustancial, es mayor de edad, tiene un buen nivel cognitivo, su nivel de estudios es de preparatoria y tiene perdidas en más de tres de las áreas comprendidas en los criterios de inclusión.

*Evaluación.* En el ISCA sólo presenta 2 puntos y además de lo reportado en la entrevista conductual, hace notar que el consumo corresponde sólo a la presencia de los síntomas del trastorno de ansiedad que presenta el usuario, pues estos dos puntos son en los reactivos 15 y 29, pertenecientes a la categoría de emociones desagradables. Esto también se ve reflejado en la confianza que tiene para no consumir ante determinadas situaciones, pues en las situaciones en que se siente con menor seguridad de poder resistir el consumo son las emociones desagradables y el malestar físico.

Muestra una mínima puntuación de depresión, lo que corresponde a 7 puntos en el inventario de depresión de Beck. En el inventario de ansiedad de Beck presenta 6 puntos, lo que representa ansiedad leve, podría interpretarse que la persona no tiene gran conflicto con la ansiedad, pero de acuerdo a las instrucciones del inventario se responde con las sensaciones que ha tenido en la última semana y el usuario en esa semana no tuvo ningún ataque de pánico, ni síntomas de ansiedad, además de que siguió el tratamiento farmacológico como lo indicó el médico que lo atendía.

Con relación al inventario del cólera, el usuario presenta un buen control del cólera, no ha guardado sensaciones de enojo por mucho tiempo y ni presenta rasgos marcados de enojo.

En base a los resultados arrojados por los inventarios aplicados y a los datos referentes al trastorno de ansiedad que padece, se muestra claramente que el problema más importante a trabajar con este usuario es controlar sus reacciones ante los ataques de ansiedad o de pánico que llega a experimentar, pues éstos hacen que el usuario recurra al medicamento y acarreen que los médicos aumenten o disminuyan la dosis, además que su consumo es sólo relacionado a dichos ataques. Por lo tanto, las sesiones se guiarán en base al objetivo de ayudar al usuario para que aprenda qué es la ansiedad y como puede reaccionar de una nueva manera a los ataques de ansiedad y de pánico y así tenga una mejor calidad de vida.

Y debido a que el consumo del medicamento está controlado por los médicos del Instituto, no se le entregó auto-registro de consumo.

*Control de la ansiedad.* Se le explico al usuario que la ansiedad tenía una función específica, que bien canalizada era positiva su presencia para actuar ante un peligro, pero en su caso, él había aprendido a reaccionar de manera mucho más fuerte ante cualquier percepción de peligro, aunque éste no fuera tan grave y él mismo sugiere que como su madre lo había sobre protegido desde chico, toda amenaza de peligro era percibida como letal, lo que hacía que reaccionara de esa manera. Posteriormente, se le proporcionaron técnicas para controlar la ansiedad cuando se presentará, cómo distracción del pensamiento, conductas que lo relajarán y lo alejarán de la sensación de ansiedad. Se motivo a que el usuario aplicara las técnicas en cualquier mínima señal de ansiedad, además de que las practicaré aunque no sintiera ansiedad para mayor control de ellas y así cuando se presentara la ansiedad, él estaría preparado.

*Análisis funcional de la conducta.* Luego se le explicó al usuario el análisis funcional de la conducta y la cadena conductual, teniendo en cuenta que toda conducta tiene un antecedente y consecuencias de la misma.

Para el trabajo con este usuario se partió de un episodio de ansiedad que él haya vivido con anticipación. Se le explicó que para que ocurra una situación

determinada, cómo el ataque de pánico, tubo que aparecer un factor desencadenante, por ejemplo en el episodio que mencionó iba manejando por una calle conocida pero unos policías lo desviaron y eso provocó que desconociera por un segundo el camino y comenzara a sentir demasiada ansiedad, hasta llegar a un ataque de pánico. Se resaltó el desvío que hicieron los policías como el factor desencadenante, si hubiera reaccionado en ese momento podría haber detenido la ansiedad y no llegar al estado de pánico. Después de ese momento se identificó cada momento en que hubiera podido detener la ansiedad y se analizó cómo se hubiera reaccionado para lograrlo. Después de haber aclarado las dudas del usuario, se le pidió que aplicara el análisis funcional de la conducta, con el fin de que llegue a tener mayor control de las situaciones de mayor ansiedad y pueda anticiparse a nuevas situaciones de ansiedad.

Este componente se manejó en 11 sesiones, debido al trastorno con el que fue diagnosticado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, se manejó en cuatro sesiones con experiencias que había vivido antes. Otras tres sesiones con experiencias de ataques de pánico que vivió en el transcurso del tratamiento, motivando al usuario a aplicar nuevamente las estrategias que le funcionaron y a mejorar aquellas que no lo hicieron. Tres sesiones en las que el usuario experimento ataques de pánico a la hora de la sesión del tratamiento, éstas no estaban programadas para trabajar el tema, pero al encontrarse el usuario experimentando un ataque de pánico fue necesario, en estas sesiones también se aplicaban estrategias de control de la ansiedad.

Y una última sesión (pero no fue la última en orden de aparición) en la cual se trabajó una actividad llevada a cabo por su propia iniciativa el usuario, fue al estadio Azteca a ver un partido de la Selección Mexicana, fue importante trabajar esta actividad en una sesión ya que sirvió para aplicar el análisis funcional de la conducta, pues con esta actividad se analizó como logró enfrentar su fobia social ante una gran multitud, además de controlar un ataque de pánico, con ayuda de lo trabajado en las sesiones del tratamiento, cómo el análisis funcional de la conducta, técnicas de relajación y de distracción logro controlarse y no permitió que avanzaran sus sensaciones e interrumpió el ataque de pánico.

Fue uno de los componentes más largos de tratar con el usuario, pero también el más útil, pues al conocer y analizar cada situación de ansiedad le ayudo al usuario a manejar dichas situaciones y a prever su reacción ante nuevas situaciones.

*Control de la tristeza.* Después de pasar el día de las madres y del padre el usuario comenzó a sentirse triste, para trabajar esto se hizo un análisis de la conducta y se llegó a la conclusión de que se sentía triste porque a su edad sus padres aún lo seguían manteniendo, siendo dos personas mayores de 67 años de edad, es decir no se percibía autosuficiente y por lo tanto se percataba con poca autoeficacia para lograr éxito en el tratamiento. Se discutió con el usuario que por eso estaba en tratamiento para lograr ser autosuficiente. Lo anterior, ayudó al usuario a reanimarse y seguir con un buen ánimo y buena actitud en el tratamiento. Se le explico al usuario la función de la tristeza y se le proporcionaron técnicas para controlarla.



*Búsqueda de empleo.* Hasta el momento de la sesión el usuario no tenía empleo, ya que confiaba en la promesa de un empleo en el estado de Veracruz, además de que el usuario ha trabajado antes y dice haberse desenvuelto bastante bien. Además de que no tuvo problemas con el consumo de la pastilla en sí, sino con los episodios de ansiedad que experimentaba y que lo llevaban a recurrir al consumo de la pastilla. Lo anterior era un factor positivo para el usuario. Por lo mismo, él considera no necesitar este componente, sin embargo se le sugiere trabajarlo, pues el trabajar aquí en el distrito federal, mientras se va a Veracruz, le ayudará a enfrentar a otras personas, con lo que le hará frente a su fobia social y a otras exigencias laborales que lo tendrán en situaciones de estrés y esto le ayudará a trabajar la ansiedad. El usuario accede a tratar el componente.

Las opciones de empleo que propuso fueron pensadas para que le ayudaran a manejar su ansiedad y su fobia social, por lo que pensó en ser volantero, que además le ayudará a enfrentar a las personas. Otra opción sería trabajar en una oficina, en ello ya tiene experiencia y también trabajaría con personas. Una de las opciones que vio más interesante es de auto-emplearse podando jardines, pues es una actividad que le gusta, lo relaja y sabe hacer, se observa una desventaja en esta opción, pues no tendría tanto contacto con personas, pero el contacto que tendría sería más profundidad, pues en este trabajo no sólo daría un volante a la gente sino que aquí tendría que acercarse a la gente y además convencerla de que acepte el servicio de poda que ofrecía.

El usuario analizaría las opciones y decidiría por alguna para llevarla a cabo y de ese modo tener un modo de obtener ingresos económicos y la oportunidad de ser autosuficiente, para con ello fortalecer su Autoeficacia y así lograr que el usuario se sienta más motivado de ser capaz de lograr controlar sus emociones.

Se analizó la opción elegida por el usuario, después de analizar las ventajas y las desventajas de cada opción, se decidió llevar a cabo la tercera opción y que ya había hablado con el dueño de una casa y había aceptado, pero que también quería intentar buscar un empleo. Se felicitó al usuario por el análisis que hizo y por su iniciativa de comenzar a hablar con probables clientes y se motivó a que siga así de optimista y con esa actitud proactiva. Se analizó la propuesta del usuario, destacando que él puede hacer las dos cosas bien, pero habría que ponerle toda su atención a una sola actividad, pues hay que notar que si se contraponen las actividades quedaría mal con una, por lo tanto era importante tal vez buscar más posibles clientes o dedicarse a buscar trabajo. Se concluyó, junto con el usuario, que haría las dos actividades para ver cual daba más resultados, pero en cuanto se conjuntarán dejaría la que diera menos resultados.

*Habilidades sociales y recreativas.* Este componente es muy importante en el tratamiento del usuario, pues debido a la fobia social y a la ansiedad que presenta, se le complica relacionarse con las demás personas y desplazarse para acudir a una cita con amigos. En general se relaciona con amigos de sus papas, con sus padres, con sus hermanos, sus sobrinos y con un amigo que tiene desde hace tiempo. Por lo tanto, se

le explica que tener una vida social activa y hacer actividades recreativas frecuentemente, es muy importante para el desarrollo de una persona, pues el relacionarse con otras personas le dará más confianza en sí mismo y eso aumentará su Autoeficacia.

Se hizo una lista de actividades recreativas que podría hacer, tomando en cuenta sus características, se plantearon ir a clases de baile, en éstas se esperaba que conocería a más personas y tal vez de su edad con las que pudiera comenzar a relacionarse, además de ser una actividad que lo relajaría y lo activaría, mismas que están disponibles en la casa de la cultura que se encuentra cerca de su casa, además iría a ser ejercicio a un parque cercano a su casa, comenzaría a frecuentar más a unos amigos que había dejado de ver. Seguiría acompañando a sus padres con sus amistades, pero también haría amistades propias.

En el *primer seguimiento* el usuario seguía llevando a cabo las actividades y estrategias que aprendió en tratamiento. Sin embargo, seguía resintiendo las sensaciones que le causaban el hecho de no poder valerse por sí mismo y sentirse una carga para sus padres. A lo que se le reitera que para lograr hacerse cargo de sí mismo tiene que poner mucho empeño en controlar la ansiedad. Él usuario termina la sesión más animado y con la decisión de poner más empeño.

En el 2º *seguimiento* el usuario comenta que trabajo varios meses en las oficinas del gobierno de la delegación Tlalpan, trabajo que él mismo buscó y consiguió, esto provoco que se sintiera más seguro de sí mismo y de su futuro, a pesar de que lo “descansaron” un periodo, él sigue animado y comenta que no han aparecido ataques de pánico, ni de ansiedad.

### *Conclusión.*

El usuario presentaba con características a su favor y con mucho interés de estar en tratamiento. Sin embargo, el trabajo con este usuario en particular fue muy complejo, por la misma ansiedad que presentaba hablaba mucho y cuidaba mucho lo que decía, quería quedar bien en todo momento y a veces eso impedía trabajar bien, tal vez derivado de la misma fobia social tenía miedo a quedar mal ante las demás personas. Esto se tenía que trabajar para eliminar dicha barrera y se logró fomentando un ambiente de confianza en las sesiones de tratamiento para que se sintiera libre de hablar, actuar y de equivocarse si fuese necesario, además se resaltaba cada logro que él tenía. Finalmente se logró eliminar en gran medida esta barrera.

Se lograron avances significativos con el usuario, pues aprendió una nueva manera de reaccionar ante la presencia de ansiedad y se fomentó que se generalizara a otras situaciones no ensayadas en las sesiones. Además, con el uso de las técnicas aprendidas logró parar los ataques de pánico apenas sentía las sensaciones particulares de éstos y hasta logró se disminuyera su aparición. Mientras trabaje sus

emociones y continúe aplicando las estrategias, logrará controlar la ansiedad y reducir el medicamento.

## 2. 2. 2 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)

Además de la atención de pacientes del INP, la participación en el instituto tiene que ver con otra actividad fundamental de los institutos nacionales de salud, “realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud” (Ley de los Institutos Nacionales de Salud, 2008).

Se participó en un ensayo clínico elaborado por la clínica de trastornos adictivos con la aplicación del TBUC (Oropeza et al, 2003). En este caso se aplicó de manera distinta, pues mientras que en el formato del TBUC original el tratamiento tiene por objetivo ayudar al usuario a modificar la conducta de consumo y se aplican instrumentos de evaluación pre y post tratamiento, para observar el impacto que se tuvo en los usuarios. En el caso del ensayo clínico, su aplicación fue sin las características del tratamiento, siendo en el formato solicitado por el instituto de psicoeducación, el cual consiste en dar a los usuario una plática interactiva de los temas a tratar y con ello lograr el objetivo de lograr su adherencia al proyecto, ya que, cómo se mencionó en el apartado 1. 6, los programas que estén basados en principios

conductuales y cognitivos han demostrado ser eficaces para el apoyo en la adherencia del usuario a las intervenciones médicas (Carroll, Kosten & Rounsaville, 2004).

Por tales motivos, tampoco se hizo evaluación previa, no se les entregó autoregistro, ni folletos y tampoco se realizaron seguimiento de los casos, por lo que sólo se desarrollaran los aspectos tratados, omitiendo aquellos que en este caso no se aplicaron.

#### *Participantes.*

Para seleccionar la muestra, previamente determinada por los médicos psiquiatras planeada para que fueran 100 participantes, tendrían que cumplir con los criterios de inclusión: aceptar de manera voluntaria participar en el ensayo, ser mayores de edad, estar internados en la casa de recuperación “Carrasco”, sólo tener problemas con el consumo de cocaína y no tener ningún padecimiento médico, ni psiquiátrico grave. Por la escasa convocatoria que se tuvo, para conseguir la muestra deseada y cumplir con los criterios de inclusión, se tuvo que formar grupos con mínimo tres integrantes. La integración de los grupos la realizaron los médicos encargados del proyecto. Los participantes que en el periodo de residencia se alcanzaron a ver fueron 26 en total, insertados en 6 grupos.

*Procedimiento.*

El tratamiento está compuesto por ocho tópicos, cuyo objetivo general es la detección de las situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento apropiadas, siendo la meta terapéutica la reducción del consumo hasta lograr la abstinencia. Sin embargo, debido a las características especiales de esta aplicación, las sesiones se dividieron para que fueran 12, con el fin de cumplir con el cometido de dar el contenido a los usuarios hasta las doce semanas en que tomarían medicamento, quedando las sesiones de la siguiente manera:

*Balance decisional.* Con el objetivo de hacer un análisis sobre las consecuencias positivas y negativas de continuar con el consumo y de no hacerlo.

*Metas de vida.* Con el objetivo de que el usuario plante metas ajenas al consumo y que ha dejado de hacer por el consumo o de nuevas metas que desea alcanzar y que lo alejen del consumo.

*Manejo del consumo de cocaína.* Con el objetivo de que el usuario identifique y maneje los disparadores del consumo de cocaína.

*Identificación de pensamientos sobre cocaína.* Con el objetivo de que el usuario identifique los pensamientos acerca de cocaína que lo hacen recaer en el consumo.

*Manejo de los pensamientos sobre cocaína.* Con el objetivo de que el usuario maneje dichos pensamientos acerca de la cocaína.

*Identificación del deseo de consumir cocaína.* Tiene el objetivo de que el usuario identifique los disparadores del deseo de cocaína.

*Manejo del deseo de consumir cocaína.* Después de haber identificado el deseo, se busca que el usuario aprenda a manejarlo.

*Habilidades asertivas de rechazo.* Tiene el objetivo de que el usuario aprenda nuevas habilidades asertivas para rechazar el consumo.

*Decisiones aparentemente irrelevantes.* Su objetivo es que el usuario aprenda a identificar aquellas decisiones que aparentemente no tienen relación con el consumo y por lo tanto logre detenerse a tiempo antes de llegar al consumo.

*Solución de problemas de la vida común.* El objetivo es que el usuario aprenda una nueva forma de solucionar problemas que presenta todos los días sin recurrir al consumo.

*Solución de problemas relacionados al consumo de cocaína.* El objetivo es que el usuario aprenda una nueva forma de solucionar problemas relacionados a la cocaína, sin recurrir al consumo.



*Restablecimiento de la meta.* Su objetivo que el usuario evalúe los resultados logrados y restablecer la meta de abstinencia.

*Resultados.*

Se trabajó con 26 participantes, agrupados en 6 grupos, de los cuales 16 concluyeron las sesiones del programa y 10 lo abandonaron.

En seguida se expondrán de manera general los casos atendidos, describiendo los resultados conductuales observados al final de los casos, pero no los resultados respecto al consumo de la cocaína, debido a que forman parte del ensayo clínico del instituto.

En la figura 2.4 se muestran a los participantes que terminaron y a los que abandonaron el protocolo. En primer lugar, cabe resaltar una situación extraordinaria en la aplicación de las sesiones, en particular en el caso del sexto grupo, pues a la mitad del tratamiento ocurrió la contingencia sanitaria debida a la influenza AH1N1, debido a esto no se atendieron durante dos semanas a los usuarios, se les dio una nueva cita. Sin embargo, ninguno de los usuarios regresó, ni a la casa de recuperación Carrasco, ni al instituto. Con ello podríamos dar peso a las conclusiones ya mencionadas por Carroll, Kosten y Rounsaville, acerca de la influencia que tienen éste tipo de tratamientos psicológicos en la adherencia a los tratamientos médicos, así como a la asistencia y la conclusión de los mismos.

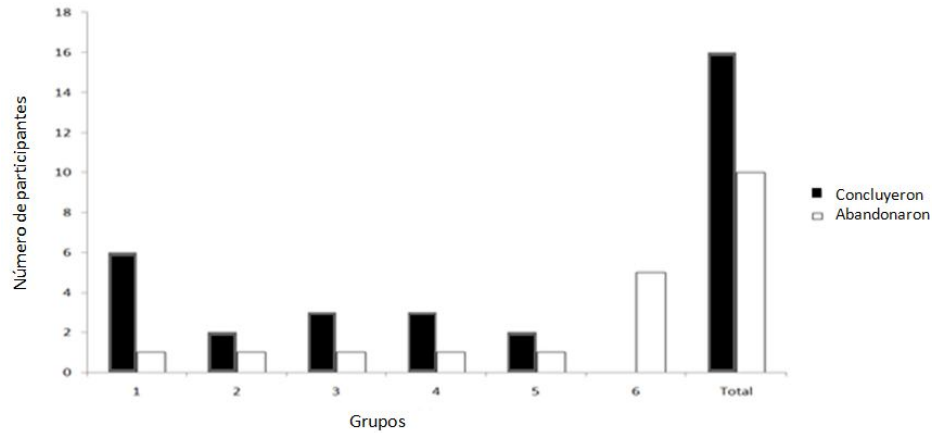


Figura 2.4 Casos atendidos en el INP, del TBUC. Con gris vemos a los participantes que concluyeron todas las sesiones y en blanco los participantes que abandonaron las sesiones. Están separados por grupos y al final los datos totales.

Aunque no podíamos aplicar ningún instrumento, ni hacer una entrevista adicional a la que los médicos hacían, a través de la observación se hizo una conclusión de la etapa de cambio en la que se encontraron los participantes al inicio y al final de las sesiones.

Se considera que iniciaron cinco en la etapa de pre-contemplación y 21 en la etapa de contemplación. Los 21 usuarios que estaban en la etapa de contemplación mencionaron que a pesar de considerar difícil lograr la abstinencia, están seguros que necesitan conseguirlo, pues ya han tenido pérdidas en varias áreas de su vida como la familiar, la económica, laboral y legal, mientras que los 5 restantes seguían ambivalentes ante el cambio.

Un participante termino en pre-contemplación pues no consideraba tener un problema o que podría controlarlo. 11 terminaron en contemplación pues reconocían

que era difícil el cambio pero podrían intentar las veces que fueran necesarias para lograrlo, con el fin de disminuir los problemas. Los que concluyen en determinación son tres, pues están más motivados y sus conductas estaban encaminadas para cambiar. Siete usuarios realizaban acciones mucho más precisas, efectivas y duraderas para cambiar y por eso se considera que estaban en la etapa de acción. Y finalmente, fueron cuatro los que se pueden considerar que estaban logrando el mantenimiento del cambio. Ver la figura 2.5.

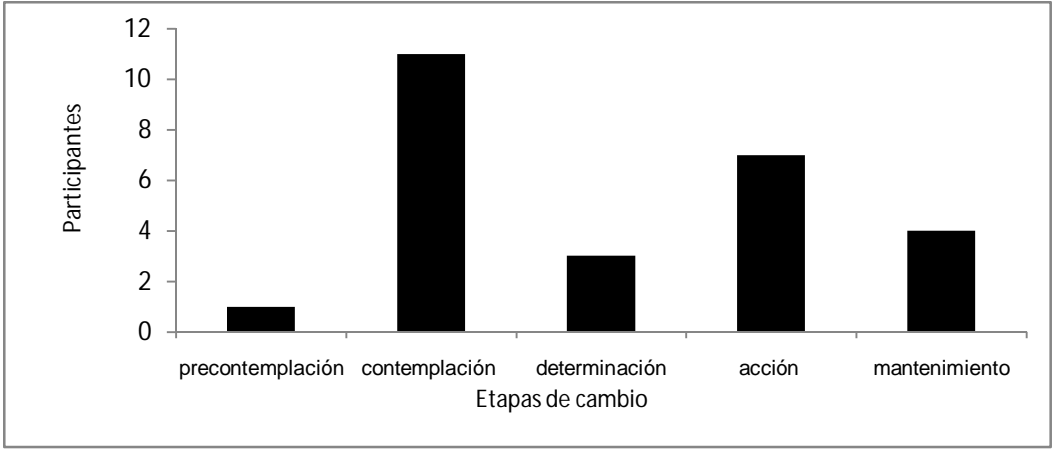


Figura 2.5 etapas de cambio al finalizar las sesiones.

*Conclusión*

Las sesiones aplicadas tuvieron efecto positivo sobre los usuarios, pues muy pocos faltaban a las sesiones y más de la mitad de los participantes terminaron el total de ellas.

Además, se lograron cambios conductuales por parte de los usuarios que les ayudaron a lograr el cambio. Algunas de las conductas más visibles fueron: que dejaron de minimizar riesgos, comenzaron otras actividades que los alejaba del consumo a pesar de que no estaban acostumbrados a algunas de ellas, algunos ejemplos son hacer deporte, leer, tener más actividades con familiares, acercarse a personas que les ayudan en su recuperación, valorar las consecuencias antes de actuar, regresar a estudiar.

## Anexos

### *Anexo 1. Sesión Típica del Programa de bebedores problema*

El objetivo principal es reportar de manera detallada los resultados obtenidos de la aplicación del Programa de Bebedores Problema con un usuario.

Este programa, cómo los anteriores, está basado en el programa de autocambio dirigido desarrollado por científicos canadienses de la *Addiction Research Foundation*, adaptado por científicos mexicanos de la Facultad de Psicología de la UNAM, dirigidos por el Dr. Héctor Ayala. Se trata de que el usuario sea quien dirija y emplee las acciones necesarias para lograr reducir o eliminar el consumo de alcohol y logre solucionar los problemas que éste le ha acarreado (Echeverría et al, 2005).

El programa está dirigido a personas que se les denomina “bebedores problema” pues su consumo es episódico, no muestran síntomas crónicos de dependencia, pero los niveles consumidos de alcohol los ponen en riesgo de tener problemas de salud, así como consecuencias negativas en su vida, social, familiar o en el aspecto psicológico, además de tener accidentes automovilísticos que ponen en riesgo su vida y la de otros.

Las características anteriores son precisamente la base de los criterios de inclusión al tratamiento, a los cuales debe apegarse el usuario para ser atendido en

este programa y así verificar que no sea candidato de otros, tratad además de tener las características cognoscitivas optimas para poder leer los folletos, entender y realizar los ejercicios y lograr llegar a conclusiones asertivas acerca de su tratamiento.

*Participante.*

Hombre de 38 años de edad, con estudios de bachillerato completo y licenciatura en derecho incompleta, es casado y tiene dos hijos. Vive en casa propia proveniente de la herencia de su papá. Trabaja en el área administrativa de la UNAM.

*Procedimiento.*

Este tratamiento está integrado por una sesión de admisión, una sesión de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y tres seguimientos a los 3, 6 y 12 meses.

Desde el primer contacto hasta el final del tratamiento se trata al usuario como proactivo en su recuperación, se procura un ambiente de confianza, no se le debe etiquetar, se debe promover y permitir que él usuario participe activamente, aplicando las estrategias de la Entrevista Motivacional.

*Sesión de Admisión.* El objetivo es obtener toda la información básica acerca de las características del consumo y con ella saber si el participante es candidato a participar en el tratamiento, así como identificar la etapa de cambio en la que se encuentra.

Para lograr el objetivo se aplican los siguientes instrumentos: Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) para medir la dependencia y presenta 0.87 de confiabilidad (Lee, Greely & Oei, 1999). Con el objetivo de conocer el nivel cognoscitivo de la persona se aplica la subescala de Pistas, en su parte A y B, que se retoma de la batería de Halsted-Reidtan.

*Sesión de Evaluación.* En esta sesión se evalúa la situación detallada del consumo del usuario. Para lo cual se apoya a con la aplicación de algunos instrumentos: Entrevista inicial, con la cual se obtienen datos sobre salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas y las consecuencias adversas del consumo. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), que tiene por objetivo conocer y medir la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después de tratamiento. Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de haber iniciado el tratamiento, durante y después del tratamiento para medir el consumo hasta los seguimientos. Tiene una confiabilidad de 0.91. El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), con el que se busca valorar la auto-eficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol a partir del tratamiento. El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) evalúa las situaciones en las que él consumió de manera excesiva.

La primer sesión de tratamiento es el *Paso 1*, “*Decidir cambiar y establecimiento de metas*”. Tiene por objetivo ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol y encontrar las razones para moderar o eliminar el consumo,

además de ayudarlo a reducir la ambivalencia sobre su consumo que podría presentar.

La segunda sesión de tratamiento es el *Paso 2*, “*Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso*”. Su objetivo es guiar al usuario a identificar la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de ese consumo.

El *Paso 3*, “*Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol*”, es la tercer sesión de tratamiento y busca que el usuario desarrolle estrategias con las que se enfrentará a las situaciones de riesgo, con el fin de evitar futuros problemas de consumo excesivo.

Y finalmente el *Paso 4*, “*Nuevo establecimiento de metas*”, es la cuarta sesión de tratamiento, en la que se analiza el progreso del usuario y se decide la conclusión del tratamiento o si es necesario, considerar sesiones adicionales y se define la meta de consumo final.

*Seguimientos.* Se realizan seguimientos a uno, tres, seis y doce meses posteriores a la conclusión del tratamiento. Su objetivo es medir la eficacia del



tratamiento, el impacto que tiene en el usuario, reforzar el proceso de cambio, obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo del usuario.

*Resultados.*

*Motivos de consulta:* Él menciona que su motivo de consulta son los problemas acarreados por su forma de beber, principalmente con su esposa. Además que no quiere poner en riesgo su salud, su vida y la de otros.

*Patrón de consumo:* Las bebidas que consume principalmente son la cerveza y destilados. Comenzó a tomar hace 18 años aproximadamente y de 6 a 12 meses atrás de manera que le ha originado problemas. El exceso de consumo regularmente es cuando toma a solas, menciona que cuando toma acompañado logra controlar su consumo. Cuando toma solo llega a hacerlo hasta por 4 horas y cuando lo hace en compañía son 2 o 3 horas de consumo, pero el consumo en esta situación es más lenta y en menor cantidad. Aproximadamente una cerveza se la toma en 10 minutos y entre cerveza a cerveza deja pasar 5 minutos, en el caso de los destilados una cuba se la toma en 20 minutos y entre cuba y cuba pasan unos 15 minutos. Indica que sólo ha logrado mantenerse en abstinencia un mes, pero no recuerda cuando fue y el motivo que lo llevó a hacerlo fueron su esposa y su hija. Y son ellas su principal motivo para asistir a tratamiento y dejar de consumir como lo ha hecho.

Este tratamiento es el primero al que recurre formalmente, manifestó que en una ocasión asistió a un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), pero refiere que no le agrado y considera que ese tipo de tratamientos no es para él.

Refiere que su padre falleció hace más de un año. El usuario comentó que llevó a su padre al hospital en el momento que empezó a mostrar malestares físicos y falleció en el camino “en sus brazos”. Lo que le desencadenó episodios de “terror” y depresión, diagnosticados por un psiquiatra, para lo cual le fue recetado Prozac y lo tomó durante cuatro meses y lo dejó de tomar sin aviso al médico tratante, pues investigó que podía ocasionar dependencia física.

Los recursos que tiene son: sus características cognitivas que ayudan en el entendimiento de cada tema, sabe que tiene un problema, pues reconoce que en algunas situaciones ha puesto en riesgo su vida y la de otros, relacionadas al consumo de alcohol. Este patrón de consumo se desarrollo hace poco tiempo, hay momentos en los que controla su consumo, tiene una vida activa y recibe el apoyo de su esposa.

Sus déficits son: las discusiones que tiene con su esposa constantemente (mayor precipitador), debidas a una presunta infidelidad por parte de él, por problemas económicos, por su manera de beber y a la convivencia con sus hermanos, sus hermanos han servido como protectores de su consumo. Él mismo identifica a estos factores como situaciones de riesgo para el consumo. También un déficit podría

ser la ambivalencia acerca del consumo que presenta. Además, hay que estar pendiente de los síntomas de depresión que presentó y que haya dejado el medicamento sin control médico, así como a los ataques de terror que menciona.

En la *Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)* obtuvo 12 puntos, que describe una dependencia media, que no le ha repercutido en otras áreas de vida más que en la de pareja.

Cuando se le aplicó la *sub-escala de pistas*, no presentó ninguna señal de alteración cognoscitiva.

*La etapa de cambio* en la que llega es la de contemplación, pues fue a tratamiento en primer lugar por la recomendación y preocupación de su esposa. Refleja una clara ambivalencia acerca del consumo, ya que por una parte menciona que tiene un problema con su forma de tomar y lo ve en los riesgos en que se ha visto expuesto gracias al consumo y desea resolver esto, pero por otra parte mencionó que la que tiene el problema es su esposa, porque ella lo mando.

Se presentan a continuación los resultados de los instrumentos aplicados en la *evaluación* al usuario.

En la *Línea Base Retrospectiva* resaltó que:

\* Fueron 37 días como total de consumo al año.

- \* Su consumo máximo por periodo fueron 13 tragos estándar.
- \* Su consumo diario promedio fue de 6.6 tragos estándar.
- \* Y los días que se mantuvo en abstinencia continua fueron 61 días.

Su consumo no es frecuente, así como tampoco el consumo excesivo, pues de 365 días del año toma 37 de ellos, representando sólo el 10% del año, pero hay que prestar atención a la cantidad, pues ha llegado a consumir 13 tragos estándar cada uno de esos días.

Las situaciones de mayor riesgo de consumo para el usuario son cuatro, dos que tienen que ver con las emociones, otra con el autocontrol y la última con la presión ejercida por los demás para el consumo. Éstas son resultantes de la aplicación del *Inventario Situacional de Consumo*, mismas que se presentan en la figura 1.

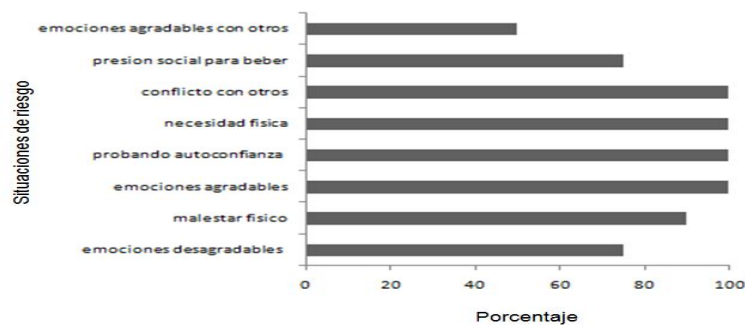


Figura 1 Situaciones de riesgo para el consumo, resultadas del Inventario Situacional de Consumo.

Así mismo, en la figura 2 se presentan las situaciones en las que el usuario muestra mayor confianza de no consumir ante situaciones específicas y son

emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física y conflicto con otros, reflejadas en los resultados del *Cuestionario de confianza situacional*.

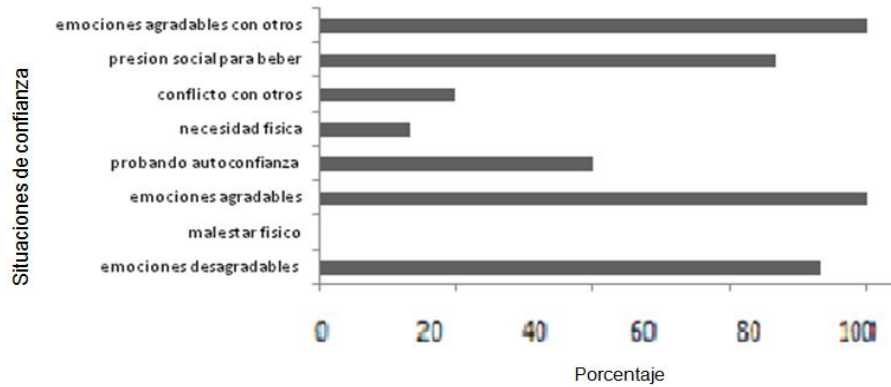


Figura 2 Situaciones de confianza de no consumir, resultadas del Cuestionario de Confianza Situacional.

Las situaciones en las que mayor riesgo de tomar tiene son emociones agradables, emociones desagradables, presión social para beber y probando autoconfianza. Por otro lado, tiene menor confianza de no consumir cuando presenta emociones desagradables con otros, presión social para beber, ambas concuerdan en ser situaciones de riesgo y, aunque con muy poca inseguridad de consumo, malestar físico, que está relacionado con los “ataques de terror” más que con otras sensaciones, pues no presenta síntomas de dependencia severa.

El tratamiento fue dirigido a cuidar dichas situaciones de riesgo, rescatando sus habilidades de autocontrol que presenta en momentos diferentes a los que lo ponen en riesgo, para generalizarlas y también desarrollar otras que amplíen su gama de acción. Y con ello mantener la seguridad que tiene el usuario de no consumir, es decir la autoeficacia.

Se sugirió que considerará una consulta con el psiquiatra, para valorar su recuperación o retomar el medicamento. Además de implementar actividades en su vida que le proporcionen satisfacción y por ende lo alejen del consumo de alcohol, tal vez retomar sus estudios de derecho. También se le sugirió que asista a terapia de pareja con su esposa, para aprender a resolver sus diferencias sin peleas, gritos o agresiones.

En el *Paso 1 “Decidir cambiar y establecimiento de metas”*, al hacer el contraste de los beneficios y costos que obtendría al dejar de consumir y de continuar consumiendo de manera excesiva, el usuario percibía sólo los beneficios de dejar de tomar de esa manera, sin embargo se le exhortó a que desarrollara también las otras alternativas, pues de esta manera al hacer el análisis final de este ejercicio notará claramente hacia donde se inclina la balanza y con ello logrará tomar la decisión de la meta final más adecuada. Así, se apreció que eran más los beneficios de cambiar su manera de beber, que los de continuar con el consumo excesivo, pues éste le acarrea mayores costos en muchas áreas de su vida que cambiar su conducta de consumo.

Sus razones para cambiar son su hija y su esposa, pues desea estar bien y en paz con ellas, porque ha observado que ha perdido estabilidad en la relación con su esposa cada vez que llega a tomar, además que empeora otros problemas que tiene que resolver y no atiende a su hija cuando toma. Además de mejorar su salud, no exponerse a riesgos a él mismo, ni a otros.

La decisión de la meta se tomó de acuerdo a las características personales y de consumo del usuario. Por lo que se planteó la meta de moderación y tomará sólo en ocasiones muy especiales, ya que el usuario presenta características positivas de autocontrol.

En el *Paso 2*, “*Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso*”, el usuario reporta que sí cumplió la meta, pues no ha tomado nada, aun cuando se presentó la oportunidad. En esa ocasión para no tomar aplicó la estrategia de distracción del pensamiento, hacia otras actividades ajenas al alcohol. Lo anterior le proporcionó alegría y aumentó su Autoeficacia para lograr su objetivo.

El usuario reconoce varias situaciones de riesgo, pero puntualiza como la situación de mayor riesgo para que él recurra a consumir excesivamente las discusiones con su esposa y como disparadores sentirse no escuchado, incomprendido y sale de su casa a tomar. Las consecuencias negativas de su consumo es que no resuelve nada y agranda la discusión y concluye que la que sale perdiendo es su hija y como consecuencias positivas sólo reconoce que se distrae, no piensa en el problema y se relaja.

Para el *Paso 3*, “*Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol*”, el usuario cumplió la meta, a medida que no tuvo la necesidad de tomar alcohol durante la semana anterior a esta sesión.

Se trabajó como principal situación de riesgo la discusión con su esposa. En esta situación, los disparadores son sentirse no escuchado e incomprendido por su mujer.

Para enfrentar dicha situación se aplica la estrategia de solución de problemas, en la cual el usuario propone como alternativas de acción para no tomar: 1) Tratar de calmarla y hablar más tranquilos. Esto ya lo han intentado, sin buenos resultados, pues en cualquier momento cualquiera de los dos se vuelve a enojar e insulta al otro. 2) Salirse de la casa pero ir a un lugar que no esté relacionado en nada con el alcohol y que lo mantenga distraído, mientras este fuera de casa no pensar en el problema. Esta situación ayudará a que no peleen estando los ánimos calientes, pero podría hacer enojar aún más a su esposa y podría llegar a consumir. 3) Ir a otra área de la casa, procurando que en ese lugar no haya alcohol y que tenga la posibilidad de hacer una actividad que lo mantenga ocupado y distraído, para no pensar en el problema, ya que si calienta su cabeza con pensamientos relacionados a la discusión, sólo agravara la relación. Ayudara a que se bajen los ánimos en ambos y estando en la casa, será más difícil que recurra al alcohol.

Por lo último, se propuso la tercer opción, pues estando en la casa, no tendría la oportunidad de comprar alcohol. Para llevarla a cabo le propondrá a su esposa hacer una señal para darse un tiempo ambos. Cuando llegue el momento de replantear



el problema nuevamente la dejará hablar y después planteará sus puntos de vista, siempre pensado en lo más conveniente para ambos. Se le hace la propuesta de que si llegan a alzar la voz, que encuentren otro modo de comunicarse sin manejar palabras ofensivas. El usuario dice que tomara en consideración la propuesta para practicarla.

En relación a esta situación también se le propone ir a terapia de pareja. Se le proporcionan datos de algunas opciones a las que podrían asistir.

En el *Paso 4*, “*Nuevo establecimiento de metas*”, el usuario comentó que tomó alcohol, fueron 6 tragos estándar en una fiesta, rebasó levemente la cantidad establecida para una ocasión de consumo, sin embargo comentó que tomó despacio y que se espero para salir a manejar y no ocasionar problemas graves.

Esta sesión se trata de restablecer la meta que se planteó inicialmente, sin embargo, se propuso trabajar habilidades de comunicación que le sirvieran al momento de conversar con su esposa y sondear como ha estado su consumo y como ha enfrentado las situaciones de riesgo, sin olvidar replantear su meta de moderación del consumo y concluir el tratamiento, pues a él se le complicaba asistir a nuevas sesiones por cuestiones de su trabajo.

En esta sesión se mostró atento y participativo y con mayor confianza dentro de la sesión, escuchaba y comentaba cada una de las habilidades, reconociendo que

algunas las veía muy oportunas para aplicarlas, se le planteó la posibilidad de platicarlas con su esposa y que a su vez las aplicarán los dos. También hace mención de que comenzó a hacer actividades contrarias al consumo de alcohol, cómo salir con un grupo de amigos que también estaban dejando de tomar y se apoyaban mutuamente, a dichas reuniones invitaba a su esposa, como lo hacían los demás, compartían un momento de distracción con otras personas y ésta era una oportunidad de convivencia entre los dos, cosa que antes también reclamaba su esposa. Ahora practica futbol americano, esto lo distrae y lo aleja de tomar. Las discusiones con su esposa han reducido un poco, sin embargo, no al grado que dejen de ser una situación de riesgo para el usuario, por lo que se enfatiza asistir a terapia de pareja, una opción viable y económica es la Facultad de Psicología. Se le replantea la posibilidad de que retome sus estudios de licenciatura. Lo anterior se ha establecido como factores protectores del consumo.

En una sesión adicional, con el consentimiento del usuario, se atendió a su esposa, con el objetivo de aclarar sus dudas relacionadas al tratamiento y su objetivo.

Debido al tiempo del usuario, sólo se hicieron los seguimientos a un mes y doce meses después del tratamiento, pese a que se concretaban citas a las que faltaba sin previo aviso. Así que el último seguimiento se llevo a cabo por teléfono.

Para el *Primer seguimiento* comenta estar tranquilo. Comenzó a ir a terapia de pareja en la Facultad de Psicología, su esposa está embarazada de su segundo hijo. Ha tomado en dos ocasiones pero no de manera excesiva, han sido 4 o 5 tragos estándar por ocasión.

En el *Seguimiento a los 12 meses* comentó que ya había nacido su hijo. Dice que esta situación le agradaba mucho y lo tenía contento y tranquilo. La relación con su esposa era aceptable, procuran llevarse bien, por ellos y por sus hijos, con la ayuda de la terapia de pareja a la que asistieron en la Facultad de Psicología.

Se aplicaron el CCS y el ISCA, para comparar con los resultados de las aplicaciones iniciales y poder analizar su desarrollo. Los resultados se pueden observar en las figuras 3 y 4, respectivamente.

En el CCS se muestra que, al igual que al inicio del tratamiento, la situación donde considera tener menor seguridad de controlar su consumo son las emociones desagradables, pero al contrario del inicio en todas las demás situaciones reporta sentirse seguro de controlar su consumo.

Mientras que en el ISCA se reflejan las emociones desagradables, la presión social y se agrega la situación de conflicto con otros, como situaciones de riesgo para el consumo. Revisando los reactivos, cabe destacar que el área de conflicto con otros

es específicamente en el hogar, lo que lleva a resaltar nuevamente los problemas de pareja como uno de los principales disparadores.

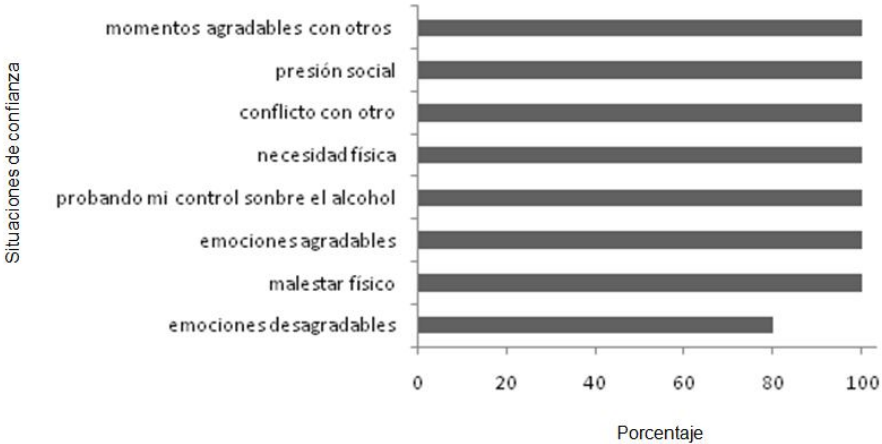


Figura 3 Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

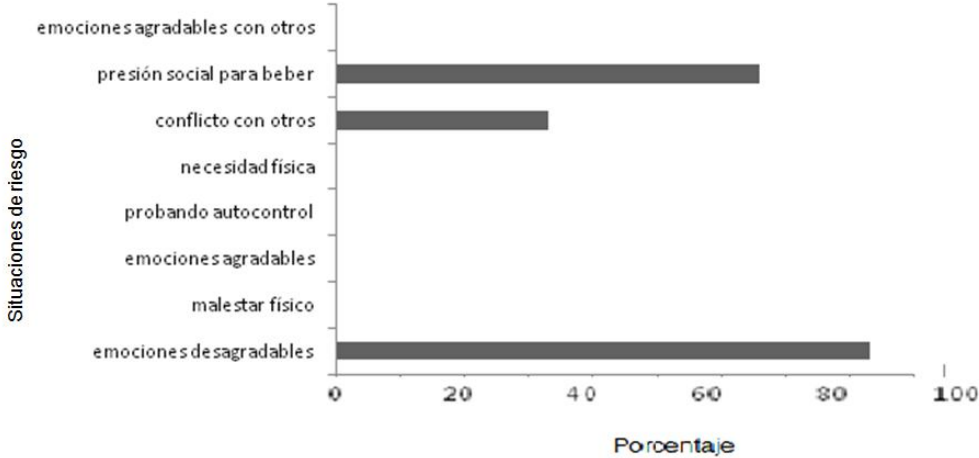


Figura 4 Resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

Con relación al consumo, comentó que tomó moderadamente varias veces, de 1 a 4 tragos por ocasión, pero de manera excesiva sólo tres veces, de 5 a 6 tragos estándar por ocasión, se destaca que aún así no alcanzaba los niveles de consumo previos al tratamiento, es decir tuvo tres recaídas. Hizo un aproximado de las veces y de la cantidad de alcohol tomado en cada ocasión. La comparación de lo consumido antes, durante y después del tratamiento se muestra en la figura 5.

Los datos anteriores mostraron que clínicamente el tratamiento es significativo, ya que se cumplió con la meta de moderación, reflejado en que el usuario alcohol de manera menos frecuente, en general respetaba los tragos estándar por ocasión y sólo cinco veces posteriores al tratamiento rebasó el consumo permitido para evitar la intoxicación.

Para saber si el resultado obtenido se debía al tratamiento y no a consecuencia de otros factores, se aplicó el estadístico series temporales, el cual compara las mediciones de una sola variable, con una interrupción determinada en el tiempo. Los resultados muestran que el tratamiento fue el que tuvo el impacto, por lo tanto es estadísticamente significativo. Para demostrar este impacto se espera que los parámetros delta y omega tengan valores cercanos a cero y en este caso los valores fueron de 0.346 y 0.036, respectivamente.

## *Conclusión*

El usuario concluye el tratamiento más dispuesto a cambiar su forma de beber, hace una reestructuración cognitiva, ya que deja atrás la ambivalencia en la que consideraba que no tenía un problema y ahora reconoce que, independientemente de su esposa, sí debe y quiere mantener el cambio, pues él mismo se ha puesto en riesgo, una de las situaciones en las que lo percibió fue darse cuenta de que cuando tomaba excesivamente se hacen más notables los síntomas que presentaba al sentir los “ataques de terror”.

Lo anterior resultó en cambios de conducta que lo mantuvieron lejos del consumo, lo que deja con mayor importancia en el balance decisional los efectos positivos de dejar de beber. Al ver estos resultados se percibió así mismo con mayor capacidad de controlar su consumo, por lo tanto su Autoeficacia se vio incrementada.

Se lograron resultados positivos con el tratamiento, reflejados en el cumplimiento general de la meta de consumo moderado, pues en una ocasión durante el tratamiento tomó seis tragos estándar, mientras que en el seguimiento muestra un patrón de consumo moderado, siendo cinco veces las que tomó más de los tragos establecidos para una ocasión, entre cinco y seis tragos estándar. Se espaciaron las ocasiones de consumo de una a dos veces por mes, en comparación de la línea base que lo hacía de tres a cuatro veces por mes. Además que no alcanzó los niveles de consumo previos al tratamiento (ver figura 5).

Por lo anterior, se muestra un usuario que pasó de una etapa de cambio de contemplación a una de mantenimiento. Antes, no estaba muy convencido de necesitar modificar su consumo y no se daba cuenta de todos los riesgos que implicaba tomar así. Ahora, continúa haciendo cosas nuevas para evitar el consumo, así como los planes hechos en las sesiones de tratamiento, para evitar recurrir al consumo excesivo de alcohol.

Estos resultados son clínicamente y estadísticamente significativos, ya que se cumplió con la meta establecida de moderación y estadísticamente se descartó que los resultados hayan sido por factores externos al tratamiento.

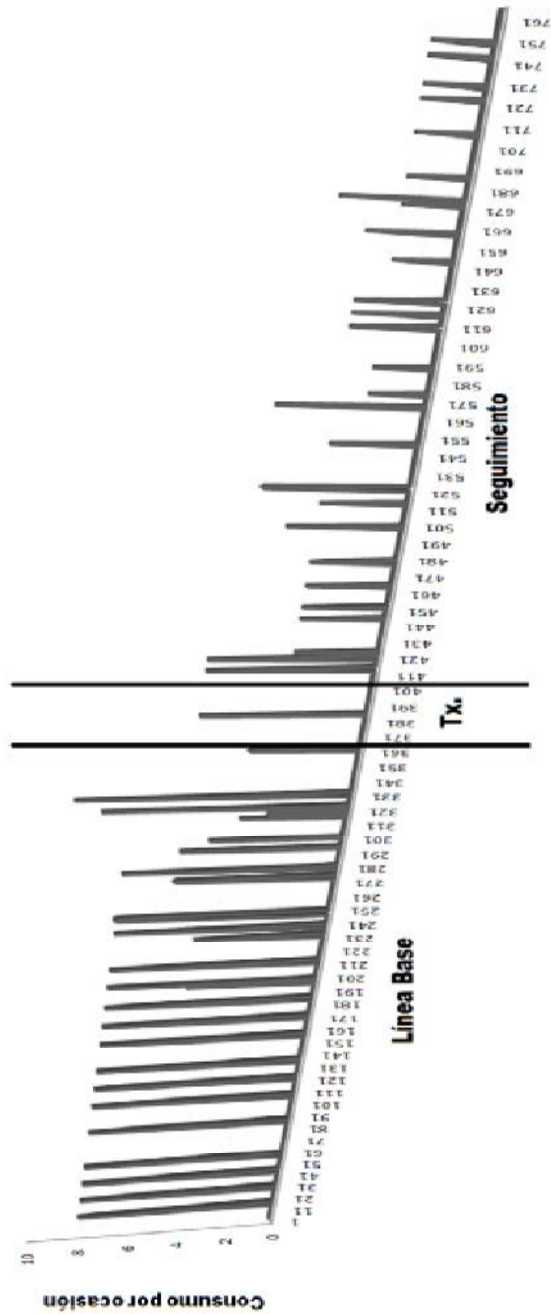


Figura 5 Registro del consumo del usuario. Se registró en la línea base que el consumo llega hasta a 10 tragos por ocasión, existiendo también periodos muy largos de abstinencia de 28 días. En el tratamiento sólo hubo un consumo de 6 tragos. El registro de los tragos tomados durante los doce meses posteriores a la conclusión del tratamiento muestra que se logró la meta del tratamiento, moderación, pues sólo en cinco ocasiones rebasó los límites de consumo, sin embargo nunca rebasó los 6 tragos por ocasión.



## Anexo 2. Investigación en el desarrollo de un Instrumento de medición

### *Epidemiología*

El consumo en México se caracteriza por ser episódico y explosivo (ENA, 2002), es decir, se consume alcohol con poca frecuencia y en grandes cantidades. Pasa lo contrario en los países europeos donde se bebe alcohol con frecuencia, pero en cantidades moderadas. Medina Mora (1989) menciona una clasificación para estos tipos de culturas, nombra a las culturas que su consumo es fuerte pero con baja frecuencias como “culturas secas”, por ejemplo México y a las culturas que su consumo es de mayor frecuencia en cantidades moderadas “culturas húmedas”, por ejemplo Francia.

Algunos de los padecimientos a raíz del consumo excesivo de alcohol y que provocan pérdida de vida saludable son la cirrosis (39%), lesiones por accidentes automovilísticos (15%), dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%) (ENA 2002).

### *Antecedentes teóricos*

Para contrarrestar y evitar estos efectos se han implementado tratamientos que hagan frente a esta situación y que se adapten a la vida actual. En esta directriz, se ha presentado el proyecto de tratamientos breves bajo la perspectiva teórica cognitivo y conductual, que actualmente se aplica en el Centro Acasulco como parte de la investigación y tratamiento que lleva a cabo la Universidad Nacional Autónoma de México. Se basa en la preparación paulatina del usuario a la reducción del consumo,

cuando el caso lo permita, es decir que el usuario autocontrolará su consumo y de este modo también reducirá los riesgos que puede atraer el consumo que mantenía hasta el momento. Por otro lado, cuando se observe que el usuario no podrá mantener el consumo de manera moderada y no podrá controlar su consumo, se buscará la abstinencia total (Echeverría et al 2005).

Y hablamos de consumo moderado de acuerdo a los límites establecidos de lo que es un trago estándar por hora. Este es definido por el contenido estándar de etanol que corresponde a media onza de etanol puro, (Carrascoza 2007). La ingesta de cada trago va a depender del metabolismo del alcohol en el cuerpo, del peso corporal y del sexo de la persona, es decir, el cuerpo humano oxida 12 c.c. de etanol (1 trago estándar) cada 60 minutos, aproximadamente. Así, si se consume una copa por hora se evitara la intoxicación, se logra la sobriedad y se evitan los problemas que beber en exceso conlleva. Por otro lado, los parámetros de tragos estándar por día son: para la mujer 1 trago por ocasión y para el hombre 2 por ocasión, sin rebasar los 9 tragos para la mujer y 12 para el hombre por semana (Echeverría et al 2005; OMS, 2000). Entonces, podemos definir a un “bebedor problema” como aquella persona que su consumo rebasa el límite establecido, puede haber desarrollado problemas físicos, sociales o de algún otro aspecto por su consumo sin llegar a ser tan graves, no presenta dependencia severa, ni síntomas de retiro, su consumo lo pone en riesgo, puede tener estabilidad económica y laboral, reportan pérdida de control al consumir y episodios de consumo controlados.

En este modelo de tratamiento se observa al usuario como responsable de su tratamiento, así como lo ve la teoría del aprendizaje social, cuya conducta de consumo esta determinándose recíprocamente de manera conjunta con variables ambientales, con procesos cognoscitivos, tanto su ocurrencia como su alteración (Abrams & Niaura, 1987).

Estas variables ambientales, cognoscitivas y, además, emocionales son vistas como situaciones de riesgo o precipitadores del consumo, es decir, situaciones ambientales como los amigos, las fiestas, riñas y discusiones. Cognoscitivas como los pensamientos recurrentes por tomar y las situaciones emocionales como la tristeza, la alegría, la frustración y el enojo son situaciones que pueden desencadenar la conducta del consumo.

Cooper (1987) “menciona que el autocontrol o el automanejo, involucra por lo menos dos respuestas: 1) la respuesta que se controlará (por ejemplo, comer, fumar, ahorrar, beber, etc.) y 2) las respuestas emitidas para controlar la tasa de la conducta meta (por ejemplo, registrar cada cosa que se come durante el día, tirar los propios cigarrillos, firmar un plan de ahorros, rechazar el consumo)”. También hay que tomar en cuenta que existen factores de riesgo para el consumo, cómo son los problemas dentro de las familiar y las emociones, ya sean de alegría, tristeza, enojo, frustración (Echeverria et al 2005).

Así, ya que el consumo de alcohol en México se caracteriza por ser excesivo (Medina, 1989), provocando ausentismo laboral, divorcios, enfermedades, problemas

de índole legal o hasta la muerte, se han llevado a la práctica diversos tratamientos y en cualquiera de ellos se requiere que el usuario practique el autocontrol.

Y para conocer acerca de esta valiosa herramienta se elaboró y validó un instrumento para medir el autocontrol del consumo de alcohol.

### *Método.*

La variable a medir es el autocontrol del consumo de alcohol, pues si no llega a controlar pueden ocasionarse problemas las personas que toman.

El objetivo de realizar este trabajo es tener un instrumento que nos ayude a medir el autocontrol del consumo de alcohol.

El instrumento se llevó a cabo en dos fases. En la primer fase se piloteó un instrumento en formato de redes semánticas (Reyes, 1993), con el objetivo de contener una muestra representativa de las características de la conducta meta de este estudio. La muestra en esta fase fue de 50 participantes, la cual se obtuvo de conocidos, familiares, amigos y estudiantes de la UNAM, que como requisito debían consumir bebidas alcohólicas y en algunas ocasiones de manera excesiva. A partir de las respuestas de los participantes y tomando en cuenta el significado que la gente da a estas características, se logró formar los reactivos del instrumento a trabajar en la segunda fase.

En la segunda fase se elaboró el instrumento tentativo, partiendo de los resultados obtenidos de la primera fase y del plan de prueba mostrado en la tabla 1, donde se describen las áreas que están incluidas en el autocontrol de la conducta de consumo de alcohol, el cual se pretende medir. Se aplicó a una muestra de 150 participantes con la misma característica de consumo que en la primera fase. La opción de respuesta de este instrumento está diseñada en una escala tipo Likert, pero con el objeto de evitar que los participantes centren sus respuestas en la opción intermedia (indeciso o ni de acuerdo ni en desacuerdo), se propusieron sólo cuatro opciones de respuestas que van de totalmente en desacuerdo representada por el número 1, hasta totalmente de acuerdo representada por el número 4.

Dominio	Área	Área relacionada	Reactivos
Autocontrol	Cognitiva	Pensamientos recurrentes	4
	Física	ansiedad	4
	Conductual	Control	8
	Emocional	Toma de decisiones	
		Alegría	
		Enojo	
	Tristeza	14	
	Frustración		

Tabla 1 Plan de prueba.

En esta segunda fase, se validaron los reactivos que conforman el instrumento que se construyó y para ello se utilizaron una serie de pruebas estadísticas como: análisis de frecuencias, solicitando media, desviación estándar y sesgo en una primera parte para conocer si existió una correcta captura, conocer el tipo de curva que se presenta y la media en que se ubican la mayor parte de los datos y en una segunda parte, para conocer la curva de todos los datos y la división de éstos por cuartiles. Una prueba *t de Student* para conocer la significancia de los reactivos. A partir de

aquí se eliminaron los reactivos que no fueron estadísticamente significativos. Crosstab reactivo por reactivo para analizar la direccionalidad de las frecuencias de las respuestas de cada reactivo. Alpha de Cronbach con el fin de saber la confiabilidad de cada reactivo y aquellos que no presenten confiabilidad se discriminan. Coeficiente de correlación de Pearson para conocer la intercorrelación entre los reactivos que hasta el momento se han salvado de las discriminaciones y decidir el tipo de rotación que se llevará a cabo. Y por último, análisis factorial de los datos para revisar el punto de quiebre y determinar el número de factores rotados con que se quedará el instrumento.

### *Resultados*

Tan sólo cuatro de los 30 reactivos mostraron una ligera asimetría en la curva y de acuerdo a las frecuencias de cada reactivo, las respuestas de la mayoría estaban distribuidas en las cuatro opciones de respuestas.

En este trabajo se toma en consideración que para que sea significativa una variable tiene que ser igual o menor de 0.05. De los 30 reactivos, sólo uno no fue significativo en la *t de Student*, por lo que continuó la validación con 29 de reactivos. El reactivo que se eliminó en esta parte fue el número 24 “Se decir no a una invitación para beber”, tiene un nivel de significancia de 0.519.

Se esperaba que las respuestas cayeran en mayor proporción en las opciones 3 y 4, con excepción de los reactivos 10 y 22 que van en sentido contrario, pero hay que

tener ciertas reservas por las características de la muestra obtenida. De este modo, con el Crosstab observamos que la direccionalidad no fue como se esperaba en la mayoría de los reactivos, ya que en seis reactivos la direccionalidad se distribuyó en las cuatro opciones de respuesta.

Con el Alpha de Cronbach podemos decir que el instrumento en general tiene confiabilidad, representada con un alpha general de 0.917, además sólo se eliminó un reactivo que tenía una correlación baja, sin embargo, aún con la ausencia de éste, el alpha sigue puntuando arriba de 0.9. El reactivo discriminado en esta parte fue el número 22 “Sé hasta cuando debo de tomar”. Hasta el momento se han eliminado 2 reactivos, quedando 28 de los 30 iniciales.

Al analizar el coeficiente de correlación de Pearson se distingue una correlación media entre los reactivos y por lo tanto el análisis factorial se corrió con una rotación ortogonal, que en el SPSS lo nombran varimax.

Del análisis factorial con rotación ortogonal y con la ayuda de la gráfica del punto de quiebre de Catell se obtuvieron cuatro factores significativos, en los cuales se agruparon los reactivos que se salvaron de esta nueva prueba de eliminación, ya que si alguno puntúa en más de un factor se elimina. Cabe señalar que aquellos que llegaron a puntuar sólo una vez en estos cuatro factores y una vez en los factores 5 o 6, sí se consideraban para incluirlos, agrupándose en el reactivo que le corresponda de los cuatro primeros. También se dejaron los reactivos que se encontraban en los factores 5 y 6 solos, agrupándolos de acuerdo a lo que representa en algún factor de

los cuatro primeros. Finalmente, quedaron cuatro factores y un total 20 reactivos. Los reactivos que quedaron en mayor cantidad de acuerdo al área de procedencia, fueron los del área emocional, estando en tres de los cuatro factores, seguidos por los del área conductual y cognitiva, el área física es la que menos reactivos presenta. Los nombres que se les asignaron fueron: 1er factor “control ante situaciones estresantes externas”. 2º factor, “control ante solución de problemas”. 3er factor “situaciones sociales agradables” y 4º factor “necesidad de consumo”

Tomando como base el diseño de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), (Reyes et al. 2003) se pretende calificar, evaluando factor por factor, de la siguiente manera:

Para el factor uno, se sumarán los valores de los siguientes reactivos: 2, 7, 11, 15 y 19, tomando en cuenta la siguiente escala: 1=0, 2=1, 3=2 y 4=3, ya que el 1 representa la total ausencia de representación del reactivo en cuestión. Entonces el puntaje máximo posible a obtener será de 15 puntos.

Para el factor dos, se sumarán los valores de los siguientes reactivos: 4, 8, 12 y 16, tomando en cuenta la siguiente escala: 1=0, 2=1, 3=2 y 4=3, ya que el 1 representa la total ausencia de representación del reactivo en cuestión. El puntaje máximo posible a obtener será de 12 puntos.

Para el factor tres, se sumarán los valores de los siguientes reactivos: 1, 3, 6, 10, 14, 17 y 20 tomando en cuenta la siguiente escala: 1=0, 2=1, 3=2 y 4=3, ya que el



1 representa la total ausencia de representación del reactivo en cuestión. El puntaje máximo posible a obtener será de 21 puntos.

Por último, para el factor cuatro, se sumarán los valores de los siguientes reactivos: 5, 9 y 18 tomando en cuenta la siguiente escala: 1=0, 2=1, 3=2 y 4=3, ya que el 1 representa la total ausencia de representación del reactivo en cuestión y al resultado de esta suma se le restará el valor del reactivo 13, pues éste va en sentido contrario. El puntaje máximo posible a obtener será de 12 puntos.

En la parte inferior derecha de la escala, se encuentra una pequeña tabla para colocar los puntajes que resultaron de las sumas de los valores de cada factor. Hasta el momento conoceremos el nivel de control de la persona en cada factor. Para conocer el nivel de autocontrol general, se deben sumar los puntajes de todos los factores y colocar el resultado en la parte que le corresponda de la tabla mencionada. Siendo el puntaje total máximo posible a obtener de 67 puntos.

El nivel de autocontrol se describirá de la manera como se muestra en la tabla 2, Tomando en cuenta las dos acepciones del autocontrol que menciona Cooper, la respuesta emitida (el consumo) y la respuesta para controlarla, entenderemos al consumo sin control como pobre autocontrol y cuando ya se ha llevado a cabo algo para controlarlo es el buen autocontrol y un momento intermedio, en el que no existe un control adecuado del consumo, pero tampoco se ha hecho ninguna conducta adicional para controlar el consumo, este momento es mediano autocontrol.

Factor	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Buen autocontrol	Mediano autocontrol	Pobre autocontrol
1	0	15	0-5	6-10	11-15
2	0	12	0-4	5-9	10-12
3	0	28	0-9	10-19	20-28
4	0	12	0-4	5-9	10-12
Total	0	67	0-22	23-45	46-67

Tabla 2 Niveles de autocontrol.

### *Discusión*

Cabe destacar que la variabilidad de la muestra refleja una virtud, ya que al no ser atípica como se deseaba y al tener confiabilidad, podemos esperar que el instrumento final pueda medir el autocontrol de la conducta de beber en cualquier persona que consuma. La variabilidad se debió a que la muestra de participantes sólo tuvo como requisito que tomarán bebidas alcohólicas y que en alguna ocasión haya llegado a ser excesivo su consumo, sin pedir problemática previa por su forma de beber.

El instrumento inicial contenía 30 reactivos, mismos que al pasar por los distintos análisis se redujeron a 20, distribuidos en cuatro factores. Después del análisis factorial se esperaba que los reactivos quedaran agrupados de acuerdo al área de procedencia, sin embargo no fue así, pues varias áreas se mezclaron.

Los factores más homogéneos fueron el primero, con cinco reactivos de los cuales cuatro son del área emocional y sólo uno de la conductual y el segundo factor con cuatro reactivos, tres de ellos son del área emocional y uno de la cognitiva. A diferencia del tercer factor con siete reactivos, de los cuales tres son del área emocional, dos de la física y dos de la conductual. Y por último, el cuarto factor con cuatro reactivos, dos del área conductual, uno de la física y uno de la cognitiva.

Se observa que los reactivos que preponderan son los del área emocional, en los tres primeros factores, quedan diez reactivos del total del instrumento. Lo que es de utilidad mencionar, pues se ha relacionado el consumo a situaciones de riesgo vinculadas con las emociones (Echeverría et al, 2005). Los primeros dos factores se relacionan por el contenido de sus reactivos, la diferencia es que mientras en el primer factor se menciona el consumo ante ciertos estímulos externos como los problemas, la pérdida de alguien y el ofrecimiento, el segundo menciona el consumo como ayuda en la solución de los problemas. El tercer factor es muy claro en la relación de sus reactivos, ya que miden el consumo ante situaciones sociales, específicamente las recreativas. Y por último, el cuarto factor refleja la necesidad del consumo ante los ofrecimientos y necesidad física.

Esto tiene que ser tomado en cuenta al momento de plantear la forma de calificar el instrumento, pues reflejan que el contenido de los reactivos, desde el inicio se confundía de un área a otra, dando como resultado que los factores se hayan agrupado de manera distinta a la planteada en el plan de prueba y por lo tanto, en el análisis factorial se agruparon de manera que tuvieran mayor relación los reactivos de cada factor.

### *Conclusión.*

Se finaliza con un instrumento para medir el autocontrol del consumo de alcohol, que no sólo nos ofrece la oportunidad de medir el autocontrol en general, sino también en cada área descrita como factor, con posibilidades de mejorar, con la alternativa de llevarlo a la práctica y conocer sus alcances y limitaciones.

Conocer a los usuarios de alcohol nos llevará a elaborar planes de acción específicos para cada uno de ellos, a partir de la idea de que los usuarios no son iguales, no piensan, ni actúan igual y mucho menos pasan por las mismas situaciones que podríamos llamar de riesgo.

## Referencias

Abrams, B. D. & Niaura, S. R. (1987). *Psychological theory of drinking and alcoholism; Social Learning Theory*. New York: Guilford Press.

Alcaraz, M, V, Colotla, A, V, & Laties, G, V, (1991). *Drogas y conducta. interacciones y aplicaciones*. México: Ed. Trillas.

Bandura, A. (1983). *Principios de modificación de la conducta*. España: Sígueme-Salamanca.

Bandura, A. (1987). *Social learning theory*. EE. UU: Prentice Hall.

Bandura, A. (1998). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Barragán, T. L., González, V. J., Medina, M. M. E. & Ayala, V. H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual, para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, a población mexicana: un programa piloto. *Salud mental*. Vol. 28, N° 1, pp 61-71.

Barret, P. S., Archambault, J., Engelberg, M. J. & Pihl, R. O. (2000). Hallucinogenic drugs attenuate the subjective response to alcohol in humans. *Human psychopharmacol*, 15, 559-565.

Bickel, K. W. & Marsch, A. L. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting. *Addiction*. Vol. 96, pp 73-86

Calvete, Z. E. y Estévez, G. A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*. Vol. 21, N° 21, pp 49-56.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2008). *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*: Autor.

Cano, V. F. (2007). Día mundial sin tabaco. *Revista del INER*. Vol. 2, N° 12, pp 89-100.

Carrascoza V. C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México, UNAM, facultad de psicología.

Carroll, M. K., Kosten, R. T. & Rounsaville, J. B. (2004). Choosing a behavioral therapy platform for pharmacotherapy of substance users. *Drug and alcohol dependence*. Vol. 75, pp 123-134.

Carroll, M. K., Martino, S., Ball, A. S., Nich, Ch., & Frankforter, L. T. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and alcohol dependence*. Vol. 96, 37-48.

Chance, P. (2001). *Aprendizaje de la conducta*. México. Manual Moderno.

Concejo Nacional Contra las Adicciones. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México: Autor.

Concejo Nacional Contra las Adicciones. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Autor.

Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W.L. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Columbus, Ohio: Merrill publishing company.

Córdoba, P. D. (2000). *Toxicología*. Bogotá: Manual Moderno.

Diario Oficial de la Federación. (2009). *Se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la ley general de salud, del código penal federal y del código federal de procedimientos penales*. México: Autor.

Echeverría S. V., Ruiz T., Salazar G., Tiburcio S., Ayala V. y Reidl M. (2005). *Manual de detección temprana e interpretación breve para bebedores problemáticos*. México. CONACYT, UNAM, Facultad de Psicología.

Ellis, C. H. (1980). *Fundamentos del aprendizaje y procesos cognoscitivos del hombre*. EE. UU. Trillas.

Goldstein, A. R., Facoí, D. M., PharmD, D. C., Abat, B. A. & Johnson-Arbor, K. (2009). Cocaine: History, social implications and toxicity. *ELSEVIER*. 26, 10-17.

Guerra, D. E. (2006). Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la prehistoria. *Trastornos adictivos*. Vol. 8, No. 1, pp, 53-61.

Guisa, C. V. M., Díaz-Barriga, S. L., Sánchez, H. R. y Souz, M. M. (2001). *Farmacoterapia de los Síndromes de intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. México. Centros de Integración Juvenil.

Hawking, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors and alcohol and others drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse preventive. *Psychology bulletin*. Vol. 112, pp 64-105.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2003). *The ESPAD Report 2003 Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Suecia: Modintryckoffset AB.

Hunt, G., & Azrin, N., (1973). A Community Reinforcement Approach to alcoholism. *Behavioral Research and Therapy*, Pergamon Press. Inglaterra, 11, pp. 91-104.



Hurcom, C., Copello, A. & Orford, J. (2000). The family and alcohol: effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use & Misuse*. Vol. 35, N° 4, pp 473-502.

Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*. Vol. 16, N° 2, pp 115-130.

Jiménez, L., Bascarán, M. T., García, P. M. P., Sáiz, P., Bousoño, M. y Bobes, Julio. (2004), La nicotina como droga. *Adicciones*. Vol. 16, N° 2, pp 143-154.

Kornblit, A. L. (2000). Experiencias de vida de consumidores de drogas portadores de VIH. *Adicciones*. Vol. 12, N° 2, pp 281-287.

Lazcano, A. A. (1994). *El origen de la vida*. México: Trillas.

Ledley, R. D., Marx, P. B. & Heimberg, G. R. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work. Clinical process for new practitioners*. New York: The Guilford Press.

Lira, M, J, et al.,. (2008). *Manual de aplicación del Programa Breve para Fumadores*. México. CONACYT, UNAM, Facultad de Psicología.

López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arrollo, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoestima de los drogodependientes. *Adicciones*. Vol. 17, N° 3, pp 241-249.

López-Torrecillas, F., Perarla, I., Muñoz-Rivas, M. J. y Godoy, F. J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. Vol. 15, N° 2, pp127-136.

McKee, A. S., Carroll, M. K., Sinha, R., Robinson, E. J., Nich, Ch., Cavallo, D. & O'Malley, S. (2007). *Drug and Alcohol dependence*. Vol. 91, pp 97-101.

Medina, M. M. E. (1989). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. *Salud pública*. 21-44.

Medina, M. M. E., Natera, R. G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia, C. R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio, las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*. Vol. 24 N° 24 pp 3-19.

Miller, R. W. & Rollnick, S. (2003). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Moncada, S. (1997). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas*. Plan nacional sobre drogas.

Morris, D. (1969). *El mono desnudo*. Baelona: Círculo de lectores.

Mycek, M. J. (2004). *Farmacología*. México: McGraw-Hill.

Natera, R. G., Mora, R. J. y Tibuercio, S. M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para la familias con un problema de adicciones. *Salud mental*. Número especial. pp 114-120.

Natera, R. G., Orfor, J., Tibuercio, M. y Mora Jazmín. (1998). *Prevención del consume de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares: manual para el orientador*. México: CONADIC.

Natera, R. G. y Tiburcio, S. M. (2007). Adaptación de un modelo de intervención para ayudar a las familias indígenas a enfrentar el consumo excesivo de alcohol en la zona central de México. *Salud mental*. Vol. 30, N° 6, 2007, pp 32-42.

National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents*. EE. UU: Autor.

National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health & Department of Health & Human Service. 2008. Tendencias en el uso de drogas entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. *Info Fact*.

Nezu, M. A., Nezu, M. C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

Olphen, V. J., Eliason, J. M., Freudenberg, N. & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance abuse treatment prevention and policy*. 4, 10, pp 1-10.

Organización de las Naciones Unidas; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2000). *Informe Situación en el mundo respecto de las drogas legales e ilegales, reporte final, 2000*. Autor.

Oropesa, T. R., Loyola, B. L. P., Vázquez, P. F. y Reidl, M. L. M. (2004). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. México. CONACYT, UNAM, Facultad de Psicología.

Orford, J., Natera, G, Copello, A., Mora, J., Tiburcio, M., Atkinson, A., et al. (2005). *Coping with alcohol and drug problems*. Inglaterra: Routledge.

Orford, J., Natera, G, Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., et al. (1998). Stresses and strains for family members living drinking or drug problems in England and México. *Salud mental*. Vol. 21, N° 1, pp1-13.

Orford, J., Natera, G, Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., et al. (1998). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and México. *Addiction*. Vol. 93, N° 12, pp 1799-1813.

Pardell, A. H. & Saltó, C. E. (2004). Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones*. Vol. 16, Nº 2, pp 131-142.

Piquero, A. R., Gibson, L. & Tibbetts, S. (2002). Does self-control account for the relationship between binge drinking and alcohol-related behaviors. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 135-154

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 51 pp. 390-395

Reihm, J. (2001). Steps towards constructing a global comparative risk for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with differed consequences. *European Addiction Research*. Nº7, pp138-147.

Reyes, L. I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de psicología social y personalidad*, IX, 1, 81-97.

Reyes, et al. (2003). Actualización de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. *Salud Mental*. 26, 59-98.

Roberts, J. A. & Koob, F. G. (1997). The neurobiology of addiction. *Alcohol Health & Research World*. Vol. 21, Nº 2, pp 101-107.

Rodiles, J. (1996). Psicoterapia prohibida del Dr. Roquet. *Addictus*. 13, 27-29.

Rodríguez, R., Romero, M., Flores, F. y Ortiz C. (1993). Consumo de sustancias alucinógenas ayer y hoy. *Salud Mental*. 16, 16, 2, 24-32.

Rosenzweig, R. M. & Leiman, I. A. (2003). *Psicología Fisiológica*. España: McGraw-Hill.

Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.

Sobell, C. L., Sobell, B. M., Ellingstand, P. T., Eickleberry, L. & Golden, J. Ch. (2006). Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive behaviors*. Vol. 31 pp 519-530.

Sobell, C. L., Sobell, B. M. & Cunningham, A. J. (1998). Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addictive behaviors*. Vol. 23, Nº 3, pp 399-404.

Spanagel, R. & Weiss, F. (1999). The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends neuroscience*. Vol. 22, Nº 11, pp 521-527.

Surgenor, J. L., Horn, J., Hudson, M. S., Adamson, S. & Robertson, P. (2006). Alcohol dependence and psychological sense of control: refining the links. *New Zealand journal of psychology*. Vol. 35, Nº 3, pp 146-153.

United Nations, Office on Drugs and Crime. (2008). *World Drug Report*.  
Estados Unidos: United Nations Publication.

Uriarte, B. V. (2005). *Psicofarmacología*. México. Trillas.