



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO**

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

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

LUZ MARÍA ALFARO ZAVALA

TUTOR: DR. CESAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS

REVISORA: DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO

COMITE TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT por apoyar mi formación profesional dentro del Posgrado en Psicología de la UNAM, el cual existe para el beneficio del desarrollo de la Investigación en México.

A mi amada UNAM porque desde hace 13 años me ha ofrecido la enseñanza de la libertad de expresión, del pensamiento analítico, del cuestionarme, de la búsqueda de información no sólo en textos sino en la observación, y fue así que tomé mi papel de estudiante y aprendiz, una estudiante que socializa, que se enfrenta a la ansiedad de lo desconocido, a la realización de sueños e inquietudes y al ir más allá de las fronteras. Aún recuerdo la emoción tan intensa que sentí cuando comprendí que “Por mi Raza Hablará el Espíritu”.

A la Dra. Lydia Barragán Torres por su acompañamiento siempre amistoso y cálido. Gracias por confiar en mi desempeño!!

A la Dra. Silvia Morales por su escucha y ayuda en momentos específicos a lo largo de la maestría y aun después.

A la Dra. Ana Moreno por la calidad de su trabajo de revisión a este documento, por su retroalimentación siempre asertiva y por su rapidez de respuesta.

Al Dr. César Carrascoza por su tutoría en esos 2 años de curso y por darle continuidad a mi proyecto de titulación.

A ti Mamá porque eres la mujer que me enseñó con tu propio andar a nunca dudar de mis pasos y a caminar siempre más fuerte y segura; porque has sido siempre la primera en impulsarme a continuar y a no perder la motivación en mis planes. Gracias por tu respaldo, tu protección, tus atenciones, tu acompañamiento y por dejarme ser y decidir. Te quiero mucho Ma, sigamos juntas.

A ti Papá por tu apoyo, por continuar, por decidir estar, por tus sugerencias como profesionista y académico, por tu ojo crítico que sin duda lleva siempre a mejorar. Gracias por tu confianza y respeto en mis conocimientos y tu compañía en mi vida, te quiero Pa.

A mi hermana Selene por tantas pláticas y momentos inolvidables que nos unen de toda una vida, por tu interés en mis actividades y avances no solo académicos y profesionales. Te admiro por tu valentía, tu decisión y tu fuerza al retomar tu vuelo, tu puedes siempre!

A mi hermano Omar porque de ti aprendo que la vida es hoy y que debe vivirse en plenitud y sin miedo, con los brazos abiertos y con la satisfacción de estar en paz consigo mismo.

A mi hermano Seppi, por tu hermandad, tu sonrisa, por tu abrazo que me das desde pequeño y aun ahora; desde que eras niño disfruto verte apasionado e interesado con lo que te gusta descubrir y conocer porque eres muy inteligente y capaz, quiero que siempre te sientas importante y feliz. Me gusta la complicidad y la comunicación que tenemos.

A Isabel, porque ocupas un lugar especial en mi vida te agradezco que me permitas estar en la tuya! Gracias por tu apoyo, tu afecto, tu compañía y las risas en los momentos familiares.

A mi cuñado Gabriel porque sin ti no sería tía y es un papel que me encanta y disfruto mucho. Gracias por el apoyo que has sido para mi familia cuando se ha necesitado. Éxito!

A mi Sebastián y mi Santiago porque significan la alegría más profunda, el cariño sincero y el momento de desestrés más tierno y esperado. Desde que existen soy más feliz y disfruto enorme su crecimiento y el desarrollo de su personalidad. Deseo crezcan siempre sanos, libres, sonrientes y seguros de sí mismos. Los amo y son mi máximo, Popin!!

A Ricky, tú que eres mi cuarto hermano, mi confidente desde siempre, aquél que me conoce más que bien, sabes cuánto te quiero y lo súper que ha sido crecer contigo!

A Luciana perche mi sei sempre vicina nonostante la lontananza, per insegnarmi il significato della parola pazienza, per l'ascolto tuo, per aiutarmi a non crollare nell'attesa, per darmi la serenità quando ne ho avuto bisogno, per le risate vere e per la tua protezione nei brutti momenti del passato, tvtb Lu! Sei grande e mi sei dentro il cuore.

A te Alessio, sono tanto felice perche ci siamo incontrati in questo percorso chiamato Vita, inaspettatamente sei entrato come un fulmineo nel mio cuore e nei miei pensieri e hai fatto girare il mio mondo in torno a te. Grazie di esistere, dalla tua sincerità, di aspettarmi, dal tuo aiuto ma soprattutto grazie dal tuo dolce sorriso e dal tuo bello e luminoso sguardo

perche mi fanno venire i brividi; insomma, grazie perche vuoi restare al mio fianco a continuare questa storia sia nel bene e nel male ma sempre insieme, forti e uniti.

Amiga Bombi. Desde ese primer día el click fue real y para siempre, eres la amiga que me ha enseñado lo que es el crecimiento y fortalecimiento de una amistad. Gracias por tan fantásticas vivencias juntas que aunque no todas fueron alegres significaron unión, escucha, cariño y compañía. Gracias por tu sonrisa, por tu abrazo cálido, te quiero y te extraño!

A mi Cielo, dicen que los cambios son para mejorar y para muestra basta un botón, te respeto, te quiero y aprendo de ti la transformación, la decisión de vivir y arriesgarse!!

A Sandy, gracias por la confianza, tu escucha, tu amistad tan bonita, tierna, madura y sincera. Un gracias extra por creer en mi trabajo y en mis habilidades! Tqm

A Diego, admiro tu responsabilidad, tu independencia, tu sensibilidad, tu compromiso contigo y tu sonrisa en momentos difíciles. La vida apremia a quienes le sonrían como tú!

A Luis, gracias por ser “may”, compañero y amigo, por los tacos y las cervezas de distracción y compañía, gracias por tu empuje para terminar este trabajo.

A mis amig@s Liliana y Everardo por las risas, los días enteros de estudio y trabajo, por su acompañamiento, por su amistad sincera y por su retroalimentación a mis proyectos.

A te Lili carissima amica, lo sai benissimo quanto sei speciale da quel momento in cui abbiamo scoperto che tra noi c'era un grosso piacere per lo studio della lingua italiana e per tutto quel bel paese. In quei giorni non immaginavo quanto saresti importante nella vita mia e di certo che conoscere te non e accaduto per caso. Sono tanto felice e contenta dei tuoi successi e di ciò che sei ma soprattutto ti esprimo la mia profonda gratitudine per il grande regalo che mi hai dato, senza di te sarebbe stato impossibile vivere quest' avventura! Tvb.

Gracias a Cocco y a Gioia porque significan amor, compañía, lazos y alegría.

Gracias a los libros, a las revistas, a los escritores, a los investigadores, a la ciencia, al estudio y a las ideas...

Índice

Introducción	p.7
CAPITULO 1	
1.1. La prevalencia del consumo de drogas en México	p.11
1.2. Factores de riesgo y protección en el uso de drogas	p.15
1.3 ¿Qué consecuencias trae la adicción?	p.17
1.3.1. Elementos para entender el problema de las adicciones	p.17
1.4. Conceptos básicos en adicciones	p.18
1.4.1. Variables que influyen en el efecto de los fármacos	p.18
1.5. Drogas Legales	p.21
1.5.1. Alcohol	
1.5.2. Tabaco	
1.6. Drogas Ilegales	p.25
1.6.1. Marihuana	p.25
1.6.2. Cocaína	p.27
1.6.3. Anfetaminas	p.29
1.7. La prevención de las adicciones	p.33
1.7.1. Prevención universal	p.35
1.7.2. Prevención selectiva	p.35

1.7.3. Prevención indicada	p.36
1.8 Tratamiento	p.37
1.8.1. Intervenciones Breves para tratar el consumo de drogas, alcohol y tabaco	

CAPITULO 2

2. Formulación de Programas de Tratamiento	p.48
2.1. Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a sustancias adictivas	p.49
2.2. Programa de Prevención de Recaídas	p.75
2.3. Hospital General de México. Clínica contra el Tabaco. Tratamiento Psicológico Breve para la cesación del Tabaquismo	p.88
2.4. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	p.101

CAPITULO 3

3. Reporte de caso único en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	p.112
Referencias	p.134

INTRODUCCION

El abuso de bebidas alcohólicas y el consumo de sustancias adictivas representan en nuestro país un grave problema de salud pública, tanto por los costos que generan a la sociedad, como por sus efectos en los individuos y familias. El problema es muy serio, el consumo de drogas se generaliza, la edad de inicio disminuye, los problemas sociales y de salud asociados hacen ver que la disponibilidad de alternativas terapéuticas efectivas, duraderas y de bajo costo es una necesidad en un país de bajos recursos como el nuestro (Carrascoza, 2007).

A partir de los 15 años de edad los niveles de uso de drogas aumentan abruptamente, lo que coincide con mayores responsabilidades en el ámbito educacional, el ingreso de algunos jóvenes a la vida laboral, las primeras relaciones de pareja más estables y un distanciamiento de los cuidados paternos. Toda una serie de conflictos que desencadenan las primeras crisis vitales frente a la formación de identidad, la necesidad de asumir nuevos roles y de establecer nuevos vínculos. La experimentación con drogas se convierte así en una vía de escape y una equivocada forma de aplacar la ansiedad y la angustia. La gran mayoría de los jóvenes supera esta primera crisis vital. Algunos presentan más dificultades para hacerlo, pudiendo llegar a generar una relación de dependencia con las drogas (ENA, 2002).

Debido al incremento de consumo por parte de las mujeres, a la disminución de la edad de inicio en el consumo y al incremento en el consumo de cocaína (ENA, 2008) los problemas derivados por el consumo de drogas se han multiplicado en nuestro país y el resto del mundo. Este comportamiento adictivo repercute no solo sobre la dinámica

familiar, sino que se puede reflejar también en el área laboral y es entonces cuando deja de ser un mero problema individual con solo consecuencias físicas, emocionales y económicas.

Por esto, es fundamental realizar investigación que permita el desarrollo de estrategias de prevención e intervención en beneficio de las personas usuarias de drogas y en beneficio del resto de la sociedad a través de la formación y capacitación de profesionales de la salud.

Considerando este problema de salud pública, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología creó un Programa de Maestría con Residencia en Adicciones cuyo objetivo es desarrollar en los alumnos las competencias necesarias para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad desde un punto de vista clínico, educativo y social, a través de una formación teórico- práctica supervisadas en diversas sedes participantes; en dicho Programa de Maestría, la capacitación y formación del alumno se realiza desde la orientación cognitivo- conductual en la que se destacan las Intervenciones Breves por su eficacia en el tratamiento de la conducta adictiva. En la Residencia en Psicología de las Adicciones, el profesional de la salud es instruido para investigar, prevenir e intervenir mediante el manejo de la metodología, la técnica y las estrategias más indicadas para la detección, tratamiento y rehabilitación de la población con problemas de adicciones. Además, al alumno se le proporciona no solo una sólida formación teórico- metodológica, sino que desde inicios tempranos de su Residencia participa intensamente en la práctica clínica con los programas de tratamiento e intervenciones breves.

Dichos programas de intervención tienen como referencia el programa de autocambio dirigido, originado en Canadá, con la premisa central de que el cambio en el usuario será más duradero y estable si proviene de su misma decisión y acción; ésta característica en la persona lo vuelve un ser proactivo en su tratamiento (Echeverría et al, 2005; Carrascoza, 2007; Prochaska y DiClemente, 1983). El respaldo teórico y práctico en el que tienen origen estos programas de tratamiento son las teorías cognitiva y la conductual, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, la Entrevista Motivacional, así como la farmacodinamia de las sustancias adictivas.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de esta Residencia en Psicología de las Adicciones es la formación de profesionales de la salud en el manejo de técnicas, metodología y procesos de intervención en la prevención y tratamiento de la conducta adictiva; por esto es necesario promover el desarrollo y la adquisición de estas competencias profesionales en sedes de entrenamiento que se especialicen en el área del estudio y manejo de las adicciones. Una de éstas sedes es el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el que se atiende a usuarios de drogas, se capacita a los residentes de éste Programa de Maestría en tratamientos de intervención y se realiza investigación aplicada en materia de adicciones.

El presente reporte de experiencia profesional fue realizado con el objetivo de dar a conocer las habilidades metodológicas, los antecedentes teóricos que expliquen el consumo y las herramientas clínicas obtenidas durante el curso de la Maestría en Psicología de las Adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el primer capítulo del reporte se expone la siguiente información:

- Factores epidemiológicos del consumo de diversas sustancias adictivas en distintos grupos de edad de nuestra nación
- Factores de riesgo y protección del consumo de sustancias adictivas
- Elementos que componen el proceso de adicción
- Conceptos básicos en adicciones
- Drogas Legales e Ilegales
- Niveles de prevención
 - Algunos modelos de prevención en México
- Tratamientos
 - Bases teóricas

En el segundo capítulo se formula la experiencia adquirida en cada uno de los programas de tratamiento en los que se atendieron usuarios y se mencionan los resultados obtenidos.

Por último, en la tercera parte de este reporte, se presenta en extenso el desarrollo de un caso clínico atendido dentro del programa de Bebedores Problema. Se describe cada una de las sesiones de intervención cognitivo- conductual, los resultados, los seguimientos y la conclusión de la intervención.

LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

Según lo reportado en la ENA 2008 (INEGI, SSA, 2009), se encontró que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en ese periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2% (.6%); mientras que el consumo de drogas médicas, con potencial adictivo y que son usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002 (1 %).

Según el mismo reporte, desde una perspectiva de género, el *índice de crecimiento de consumo es mayor* en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008; con relación a los hombres, el consumo de drogas ilegales solo incrementó .8% con respecto al año 2002; sin embargo, desde la misma perspectiva de género, los hombres son mayores consumidores de drogas ilegales que las mujeres (proporción de 4.6 hombres : 1 mujer). La mariguana y la cocaína siguen siendo las sustancias preferidas por la población viéndose un aumento de .7 % (3.5 a 4.2%) para la primera, con respecto al 2002 y de 100% en 2008 para la segunda (1.2 a 2.4%). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan mariguana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1.

La edad de inicio para el consumo de drogas varía según la sustancia: la mitad de los consumidores de marihuana (55.7%) se inicia antes de los 18 años. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años (INEGI, SSA, 2008).

En lo concluido en el Observatorio (SSA, 2003) sobre el uso de drogas ilegales en nuestro país, se encontró que éste es mayor que el consumo de drogas médicas. La droga ilegal de mayor consumo es la marihuana seguida de los inhalables y el tercer lugar le corresponde a la cocaína (ya sea en forma de polvo, pasta o crack). Semejante a esta información, en los datos de la encuesta de estudiantes del 2003 (Villatoro *et al*, 2009) se encontró una situación similar. Por ejemplo, hubo un incremento en el consumo de marihuana, un ligero decremento en el consumo de cocaína y, como nueva situación, un repunte en el consumo de inhalables.

Estos datos enmascaran realmente el tamaño del impacto del consumo de cocaína en México, el cual se incrementó en un 400% durante la década de los noventas entre los adolescentes y en un 300% en la población adulta de entre 18 y 65 años. En cuanto a la edad de inicio, el uso de inhalables se da preferentemente a los 14 años, la marihuana a los 15 y la cocaína a los 16 años (INEGI, SSA, 2003).

Según los datos encontrados en el Observatorio 2003 (SSA), se encontró que en los Centros de Integración Juvenil, durante el 2002, los usuarios que reportaron la marihuana como droga de inicio fue un total de 2, 435, hombres en su mayoría (91.6 %), con edad

oscilante entre los 15 -19 años; un dato importante que se encontró fue que el 64.5 % reportó usarla diario. En la actualidad, la marihuana es la segunda opción como droga de inicio (13.5%) y como droga de impacto también se quedó en segundo lugar (18.2%).

Respecto a los inhalables se encontró que los usuarios que los utilizaron como droga de inicio que fueron atendidos en los CIJ también fueron hombres en su mayoría (87.7%) con edades entre 15 – 19 años. Una gran mayoría inició su uso entre los 10 y 15 años de edad (65.1%); 49.3 % los usaba diario y 34.9 % los usaba una vez por semana. Los datos sobre la historia natural del consumo de inhalables mostraron que 22.1 % eran monousuarios cuando entraban a tratamiento pero el 77.9 % utilizaba una segunda droga, en su mayoría marihuana (36.3%). De ellos el 76 % pasaron a una tercera droga, usualmente cocaína (23.6%), marihuana (17.6%), heroína (14.5%). En la información recolectada durante las dos semanas típicas de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, 16 pacientes (6.7%) ingresaron bajo el efecto de inhalables, 18.8% por envenenamiento o intoxicación. Así mismo, 27 pacientes refirieron haber usado inhalables durante los últimos 30 días.

En relación a la cocaína, los usuarios que ingresaron durante 2002 a los CIJ fueron en su mayoría hombres (87.5%), el 33% estaba entre las edades de 15 a 19 años, el 45.3 % habían iniciado su uso entre las edades de 15 a 19 años, la mitad la usaba una vez por semana (44.4%) seguidos por aquéllos que la consumían a diario (40.2%). En los pacientes de CIJ la cocaína se ubicó en el cuarto lugar entre las drogas de inicio y el primero como la droga de impacto.

De acuerdo a datos presentados en la Encuesta Nacional de Estudiantes 2003 (Villatoro *et al*, 2009) se demostró que el estar estudiando es un factor protector del consumo de sustancias debido a que han encontrado menores prevalencias de consumo que en aquéllos/as que no están estudiando. Los datos mencionados en dicha encuesta sugieren que aquéllos/as adolescentes que están estudiando, tienen un menor nivel de consumo que los/as que ya no lo están, lo cual, en cuestión de género, es más marcado en el caso de los hombres.

Diversos estudios coinciden en reportar que se observa una disminución en la edad de inicio en el consumo de sustancias, con los riesgos a la salud que esto implica para la población joven, la cual se encuentra, por las características de su crecimiento físico aún en proceso, en un riesgo particular de devenir en problemas de desarrollo.

Otro punto preocupante del consumo de drogas en el país es el incremento en los grupos estudiantiles y su cada vez mayor penetración en estratos poblacionales como las mujeres adolescentes y adultas (SSA, 2003). El reporte de la ENE del 2003 (Villatoro *et al*, 2009) muestra que, en materia de alcohol y tabaco, en algunas delegaciones de la Ciudad de México hay una mayor prevalencia de mujeres que las consumen. Las delegaciones más afectadas por el consumo de drogas fueron: Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan, las cuales han desplazado a Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza, Iztacalco y Miguel Hidalgo. En el caso de abuso de alcohol, también han cambiado las delegaciones más afectadas, actualmente son Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Cuajimalpa y Tlalpan. Por otro lado, sigue habiendo un bajo nivel de percepción de riesgo y alta tolerancia social ante el consumo de tabaco y alcohol, que son precursores

importantes del consumo de otras drogas como las médicas y las ilegales. De hecho, a pesar del cambio en la percepción social del tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, los adolescentes, principalmente mujeres, lo consumen cada vez más.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL USO DE DROGAS

No hay un solo factor que determine que alguien se vuelva o no usuario de drogas. El riesgo para consumir drogas es afectado por la constitución biológica de la persona, el entorno social y la edad o etapa de desarrollo en que se encuentra. Mientras más factores de riesgo se tengan, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en adicción (NIDA, 2007). Mientras que los factores de riesgo indican donde es necesario prevenir, los factores de protección indican cómo hacerlo (Medina Mora, Villatoro y Rojas, 2006).

Se entiende por *factor de protección* del consumo de drogas al atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas, es decir, el mantenimiento (Carreño, 2007).

Durante la adolescencia, se consolida la personalidad y es la etapa en que aparecen las conductas de riesgo. Se entiende por conducta de riesgo aquella que al ser ejecutada con intencionalidad consciente o no, tiene la probabilidad de producir un daño, enfermedad o lesión a uno mismo o a los demás. Una de estas conductas de riesgo es el consumo de alcohol y drogas. Dentro de los *factores (de riesgo)* que favorecen el consumo de drogas en la adolescencia tenemos aspectos culturales, interpersonales, psicológicos y biológicos,

incluyendo la disponibilidad de sustancias, privaciones económicas extremas, comportamiento problemático, bajo rendimiento escolar, inicio precoz de consumo, entre otros.

El consumo de alcohol y drogas es una conducta cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente a nivel mundial. La dependencia de sustancias incluye dos conceptos: dependencia psicológica y dependencia física. La dependencia psicológica enfatiza en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia de patrones de uso patológico, y la dependencia física enfatiza en los efectos físicos de los múltiples episodios de uso de la sustancia. Abuso de sustancias, en cambio, está caracterizado por la presencia de al menos un síntoma que indica que el uso de la sustancia interfiere con la vida de la persona.

De acuerdo con Medina Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia Conyer (2001), ante el panorama de pobreza, la falta de oportunidades, el proceso de modernización y la globalización, el vector más importante para la experimentación con drogas es el usuario mismo, pues el individuo se encuentra situado en una inestabilidad social que aumenta la vulnerabilidad y la probabilidad al consumo.

Dando continuidad al tema de los factores protectores y su investigación, dentro de la ENE del 2003 (Villatoro *et al*, 2009), se analizaron las características de aquellas escuelas en las que al director o directora, así como a su planta docente, se les percibía como competentes y que se podía confiar en ellos/as. Los resultados indicaron claramente que en estas escuelas los niveles de consumo son menores en un 40% de aquellas en las que no se notaba la presencia competente del/a director/a o que su planta docente no se percibía como buena.

Para Medina Mora y cols (2001), algunos factores de protección hacia el consumo de drogas son: la baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados y la autoestima elevada. En cambio, los factores de riesgo identificados por este grupo de investigadores son: el incremento en la disponibilidad de las sustancias, cambios en los reglamentos que regulan la producción, la distribución o venta de las drogas legales, cambios en las prácticas de los traficantes de drogas y normalización del uso en la sociedad.

El consumo de sustancias es una conducta prevenible; la estigmatización influye en el retraso y en la falta de búsqueda de atención. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, la adicción es vista como una enfermedad que puede ser tratada; sin embargo, dentro de la percepción que la población tiene sobre los usuarios de sustancias psicoactivas, se agregan las etiquetas de “débiles” y “delincuentes”, lo rescatable es que para el 80% de la población, la adicción no es una enfermedad y no son delincuentes.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TRAE LA ADICCIÓN?

Elementos para entender el problema de las adicciones

Es sabido que la salud tanto física como mental del usuario de sustancias psicoactivas sufre graves daños, como la presencia de trastornos de memoria y pensamiento, alteración del juicio y deterioro de las relaciones interpersonales. Además, se corre el riesgo de perder a la familia, el trabajo, a los amigos y muchos usuarios llegan a cometer delitos graves para conseguir la sustancia psicoactiva y consumirla (SSA, 2004).

Cuando hablamos de **abuso** se hace referencia al consumo de una sustancia psicoactiva, que llega a perjudicar la capacidad de funcionar del individuo dando por resultado daños físicos, emocionales o psicosociales.

- La **dependencia psicológica** es el uso compulsivo de una sustancia psicoactiva, es decir, involucrarse en actividades y conductas de búsqueda y consumo de la sustancia que representan un grave riesgo para el usuario.
- La **dependencia física** es la necesidad biológica u orgánica de consumir alguna sustancia psicoactiva y que se manifiesta por presentar alteraciones físicas y mentales cuando se suspende bruscamente el consumo de esta sustancia; atraviesa por las siguientes etapas de manera sucesiva: tolerancia, dependencia psicológica y síndrome de abstinencia.
- La **tolerancia** se da cuando el organismo se ha adaptado a la sustancia psicoactiva y se genera la necesidad de aumentar la dosis de consumo para obtener los efectos iniciales, ya que cuando una sustancia psicoactiva se administra repetidamente, se obtiene un efecto cada vez menor con la misma dosis.
- El **síndrome de abstinencia** se refiere al conjunto de signos y síntomas tanto orgánicos como mentales, más o menos intensos, que se presentan al suspender el consumo de la sustancia psicoactiva, éstos dependerán del tipo de sustancia, la cantidad y frecuencia con que se administre.

CONCEPTOS BASICOS EN ADICCIONES

Podríamos empezar con definir qué es una droga, para la Organización Mundial de la Salud, una droga es toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o

más de sus funciones introducida por cualquier vía de administración tenga dicho producto utilidad terapéutica o no (WHO, 2002). Entonces, una droga es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, provocando una alteración física y/o psicológica y que se manifiesta conductualmente, es decir, en el comportamiento de la persona consumidora.

En el ámbito médico, se entiende como droga a la sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental (En Océano Uno, 1991).

De acuerdo con los temas revisados en la aplicación piloto del Módulo de Psicofarmacología de las adicciones de la UNAM (UNAM, 2011) podemos explicar de qué depende el efecto de las drogas en el usuario, a continuación menciono algunos factores:

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL EFECTO DE LOS FÁRMACOS

Farmacológicas:

- A) Tipo de fármaco: Se refiere a la droga en particular, pues la dependencia física, psicológica o tolerancia no se produce de igual forma para todas las drogas
- B) Dosis: las mismas dosis de un mismo fármaco pueden causar diferentes efectos y a veces efectos opuestos
- C) Vía de administración: la vía de administración hará que el efecto de una Droga sea más o menos rápido e intenso
- D) Frecuencia de la administración: los fármacos cuando se administran con mayor frecuencia es probable que el o los efectos disminuyan, es decir, se desarrolla tolerancia.

Organísmicas:

- A) Peso: las drogas se administran de acuerdo con el peso corporal
- B) Sexo: depende del metabolismo, las mujeres tienen mayor tejido adiposo y los hombres más músculo; por consiguiente, es más lento el proceso de eliminación de la sustancia en las mujeres debido a que ésta se almacena con mayor facilidad en el tejido graso.
- C) Edad: las drogas son metabolizadas más lentamente en el feto, los recién nacidos y los ancianos
- D) Raza: el metabolismo de las drogas varía en las diferentes razas debido a factores genéticos y enzimáticos
- E) Enfermedad: influye en el proceso de biotransformación o de eliminación de las drogas si existen alteraciones renales y hepáticas

Conductuales:

- A) Contexto: el contexto en el que se administra una droga modifica sus efectos en el consumidor pues las drogas que son administradas siempre en el mismo contexto podrían tener una disminución en sus efectos y así será necesario aumentar la dosis para obtener el efecto original
- B) Programa de Reforzamiento: el aumento o disminución de la droga dependerá del programa de reforzamiento en el que se encuentre
- C) Tasa de Respuesta: el efecto se basa en la relación cuantitativa y proporcional entre la tasa de respuestas control (en ausencia de la droga) y los efectos en la respuesta después de su administración

D) Historia Conductual: cuando las drogas se administran en una situación diferente a la historia de administración puede ocurrir un efecto letal debido a que no se presenta tolerancia a la droga.

Desde el punto de vista farmacológico se distinguen varios grupos con mecanismos diferentes de acción (Cruz, 2006):

- a) Los estimulantes del Sistema Nervioso Central, que incluyen la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas y la nicotina.
- b) Los opioides como la morfina y la heroína
- c) Los depresores, de los cuales el más famoso es el alcohol
- d) Los alucinógenos con efectos similares a la LSD y a los cannabinoides

En cuanto a los aspectos generales:

DROGAS LEGALES

Alcohol

Los efectos del alcohol probablemente han sido conocidos por la humanidad desde los principios de su historia, pues las condiciones necesarias para su producción han existido desde hace milenios: azúcar, agua, levaduras y temperatura adecuada. El proceso por medio del cual estos elementos se mezclan para formar el alcohol se denomina fermentación (Brailowsky, 2002).

En el México prehispánico se preparaban bebidas alcohólicas tanto a partir del maguey (pulque) como del maíz mismo. La palabra alcohol proviene del árabe *alkuhl*, que se refiere a algo sutil, al “espíritu del vino”. El alambique, aparato para destilar el alcohol,

fue también inventado por los árabes por los años 800, e introducido en Europa hacia 1250. Hasta esos años, y dependiendo del contenido de azúcar, el contenido máximo de alcohol de las bebidas nunca sobrepasaba del 12 al 14 % (concentraciones mayores matan las levaduras); ahora, con el proceso de destilación, aumenta esta proporción hasta cerca del 50% (Brailowsky, 2002).

Una vez que el alcohol alcanza la sangre, se distribuye en forma homogénea en todo el organismo, y los carbohidratos que provee al consumidor, no puede ser utilizado por la mayoría de las células sino que son metabolizadas por una enzima hepática llamada deshidrogenasa alcohólica. Es frecuente encontrar estados graves de deficiencia vitamínica y proteica en alcohólicos crónicos (Cruz, 2001, 2007)

Algunos de los efectos físicos y psicológicos por consumo de alcohol son los siguientes (Brailowsky, 2002):

Números de Tragos	Alcohol en la sangre (%)	Efectos físicos y psicológicos
1	0.02- 0.03	Sin efectos evidentes; ligera elevación del estado de ánimo
2	0.05- 0.06	Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina
3	0.08- 0.09	Alteración ligera del equilibrio, del habla, de la visión, del oído. Sensación de euforia; pérdida de la coordinación

		motora fina.
4	0.10- 0.12	La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio
5	0.14- 0.15	Alteración mayor del control físico y mental: habla y visión difíciles
7	0.20	Pérdida del control motor (requieren de ayuda), confusión mental
10	0.30	Intoxicación severa: control consciente mínimo
14	0.40	Inconsciencia, umbral del estado de coma
17	0.50	Coma profundo
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria

Tabaco

La planta del tabaco *Nicotiana Tabacum*, nombrada así en honor de Jean Nicot, quien la promovió con fines medicinales, proviene de América; es una solanácea relacionada con la papa, la belladona y la mandrágora. Desde Paraguay hasta Quebec, los indígenas americanos han consumido el tabaco por siglos. Ya fuera con fines rituales, mágicos o medicinales, su uso era bien conocido: en forma de puro (la hoja de la planta simplemente enrollada), como cigarrillo (envuelto en hojas de maíz), en pipa, combinado con jarabe para ser ingerido, e incluso en forma de enema (Brailowsky, 2002; Medina- Mora 2010).

La composición química del tabaco es muy variada, y se han encontrado casi 4000 sustancias producidas por la quema de la planta. Éstas se agrupan en gases y sustancias particuladas, pero la proporción de cada una de ellas en el aire que inspira el fumador está sujeta a variables como: la variedad del tabaco, la mezcla de saborizantes, colorantes, conservadores, agentes que aumentan la combustión, grado de comparación de la mezcla, tamaño del cigarrillo, fuerza con la que se aspira, la temperatura que se alcanza al aspirar, con un filtro con el tipo de papel, etc (Medina –Mora, 2010).

El contenido promedio de alquitrán de un cigarrillo varía de 0.5 a 35 mg, y el de nicotina de 0.05 a 2 mg. De acuerdo a lo sugerido por Brailowsky (2002), 60 mg de nicotina son suficientes para matar a un adulto de 70 kg. Un puro puede contener hasta 120 mg. Cuando uno aspira el humo, se puede absorber hasta el 90 % de la nicotina, mientras que si solo pasa por la boca, ésta cifra se reduce del 20 al 35 %. La nicotina inhalada cruza la barrera hematoencefálica en 10 segundos.

Los efectos fisiológicos de la nicotina resultan de sus efectos colinérgicos, la acetilcolina es el alcaloide que tiene la propiedad de estimular para después deprimir. La estimulación resulta de la ocupación del receptor colinérgico, mientras que la segunda resulta de su permanencia en el sitio impidiendo la acción excitatoria de la acetilcolina (Medina- Mora, 2010).

Algunas de las consecuencias negativas asociadas al consumo de tabaco son las siguientes (Brailowsky, 2002; Cruz, 2007):

- Riesgo de muerte prematura
- Afecciones cardiovasculares

- Agudización de problemas respiratorios
- Mayor riesgo para desarrollar cáncer
- Disminución de la fertilidad y mayor incidencia de abortos espontáneos
- Disminución significativa del peso del niño al nacer y mayor peligro de muerte perinatal
- Produce cambios en el estado de ánimo, reduce el estrés y mejora la circulación

A continuación se describen características generales de las tres drogas ilegales de mayor consumo entre la población de nuestro país de acuerdo con la ENA 2008.

DROGAS ILEGALES

Mariguana

La Mariguana es la droga ilegal de mayor uso en la actualidad (ENA, 2008) y que se consume en todos los estratos sociales.

El botánico sueco Linneo clasificó a la mariguana como *Cannabis Sativa*, en 1753, y más recientemente, el etnobotánico R. Schultes distinguió tres especies: C. sativa, C. indica y C. ruderalis. La Cannabis sativa proviene del Oriente, pero su cultivo se practica en todo el mundo, particularmente como fuente de fibra para fabricar cuerda: el cáñamo (Brailowsky, 2002).

La primera descripción que se encuentra de la planta de la cannabis data del 2737 a. C., por el emperador chino Shen Nung, quien prescribía la mariguana para el tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores y la falta de concentración. En China, en el año 500 a. C., se describe a la mariguana como la liberadora del pecado (Brailowsky, 2002).

Desde China pasando por la India, Siria, Arabia, Francia y los Estados Unidos de América, la marihuana ha sido utilizada con fines religiosos, médicos, placenteros y recreativos.

Sobre la composición química de la marihuana, se han identificado 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales más de 60 son cannabinoides. Los tres más abundantes son el cannabinol, el canabidiol y varios derivados del Tetrahidrocannabinol, el cual es el compuesto que activa el comienzo de la alteración perceptual (Cruz, 2001)

De acuerdo con lo reportado por Cruz (2001), la vida media del Tetrahidrocannabinol es de aproximadamente 19 horas, pero varios de sus metabolitos son detectables durante días después a la última administración debido a su alta liposolubilidad que los hace permanecer almacenados por mayor cantidad de tiempo en el organismo del consumidor.

De acuerdo con el NIDA (2009), el consumo de marihuana produce cambios marcados en la imagen corporal, distorsiones perceptuales, incoordinación muscular, falta de atención, ilusiones y hasta alucinaciones. La memoria a corto plazo se halla alterada y la capacidad para realizar secuencias precisas de movimientos se deteriora.

Los anteriores son efectos resultantes del consumo de la marihuana, pero, la sobredosisificación puede generar severas consecuencias de tipo psicótico, es decir, no sólo el uso produce efectos cognitivos y perceptuales desagradables sino que la sobredosisificación de la marihuana puede generar estados de despersonalización, confusión, paranoia y pánico (Brailowsky, 2002).

En cuanto al estado afectivo, alterado también por el consumo crónico de marihuana, se encuentran los siguientes síntomas (NIDA, 2009)

- Apatía
- Aburrimiento
- Alteraciones del juicio
- Concentración baja
- Memoria alterada
- Pérdida del interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal (síndrome amotivacional)

Algunas de las manifestaciones del síndrome de abstinencia son:

- Irritabilidad
- Inquietud
- Nerviosismo
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Insomnio
- Temblor
- Aumento de la temperatura corporal

Cocaína

La cocaína, extraída de las hojas de *Erithroxylon coca*, ha sido utilizada como estimulante desde hace cientos de años 500 d. C., en Perú, donde se encontraron bolsas conteniendo hojas de la planta de la coca en una tumba, probablemente como ofrenda para acompañar al muerto en su viaje. A la llegada de los españoles, los incas habían desarrollado una

civilización evolucionada que incluía las hojas de coca entre sus valores de intercambio (Brailowsky, 2002).

El mecanismo de acción de la cocaína bloquea a las moléculas encargadas de captar a las catecolaminas después de haber sido liberadas en respuesta a un estímulo. Al inhibirse estas bombas de recaptura (también llamadas “transportadores”) queda una excesiva cantidad de neurotransmisor en contacto con las neuronas adyacentes, lo cual produce una estimulación excesiva y de mayor duración que se alcanza en condiciones naturales (Cruz, 2006).

El consecuente exceso de Dopamina en el sistema de recompensa y en las áreas que intervienen en la motivación se debe entonces a la inhibición de las bombas de recaptura.

En estudios de imágenes cerebrales en consumidores crónicos de cocaína, se observa que estos tienen exceso de Dopamina pero un número reducido de receptores que puedan captarlo; ésta disminución de receptores hace que haya una transmisión deficiente, lo que se asocia con un estado de ánimo deprimido, falta de capacidad de experimentar placer frente a lo que antes era grato y un deseo irresistible de volver a consumir la droga (Volkow, Fowler y Wong, 2003).

Como ya mencioné, las manifestaciones fisiológicas y conductuales tras el consumo de la cocaína, se deben a su acción bloqueante de los transportadores de adrenalina, dentro de las más observadas se observan (Cruz, 2006):

- Cara pálida
- Manos frías y temblorosas
- Respiración agitada

- El corazón late mas rápidamente
- La persona tiene energía para correr
- No tiene hambre y no nota el cansancio
- El uso repetido de cocaína puede producir un infarto cardíaco y a nivel cerebral provoca pequeños derrames o microembolias.

Anfetaminas

Las anfetaminas son sustancias que se mantienen en una dualidad constante: son fármacos y drogas, legales e ilegales, antiguas y actuales; se les considera las sustancias sintéticas que han permanecido por más tiempo en el mercado, a pesar de su situación legal/ilegal. En la actualidad, las modificaciones de la molécula *fenilsopropilamina* se dirige en dos sentidos: en el ámbito terapéutico, con la búsqueda de sustancias que en las que predomine el efecto estimulante del SNC y el aspecto ilegal, buscando estructuras en las que la acción estimulante se transforme en alucinógena y por consiguiente, con mayor capacidad para generar dependencia (NIDA, 2007).

La estructura original de la anfetamina, se sintetizó en 1887 en Alemania, proviene de la “fenilsopropilamina” – la cual es una anfetamina derivada de la efedrina. La anfetamina es una Amina simpaticomimética con propiedades broncodilatadoras (Utrilla, 2000).

Sus efectos estimulantes se descubrieron 40 años después cuando las anfetaminas comenzaron a utilizarse como inhaladores nasales por su efecto descongestionantes y como estimulantes respiratorios (dexedrina y benzedrina), esto debido a la búsqueda de un

sustituto de la efedrina para el tratamiento del asma, de ésta forma podían sacudirse los sacos bronquiales y facilitar la respiración (Brailowsky, 2002).

Hacia 1935 se empleó como farmacoterapia para la narcolepsia. Durante la segunda Guerra Mundial se les empleó para combatir la fatiga de los soldados americanos, alemanes y japoneses; una gran cantidad de ellos generó adicción. Cuando en EU quedó prohibido su uso por sus efectos adictivos, los usuarios de anfetaminas (estudiantes, conductores de camiones, señoras con sobrepeso) comenzaron a consumir cocaína. En los años 40 las anfetaminas fueron usadas como píldoras dietéticas debido a su carácter anorexigénico pues decrementaban la cantidad de alimento y bebidas ingeridas, se alargaba el período de tiempo entre una comida y otra y se perdía peso; sin embargo, se observó un alto riesgo para los usuarios pues presentaron tolerancia de aparición rápida a la sustancia, lo que hacía que los efectos anorexigénicos desaparecieran rápidamente y se incrementara la dosis para conseguir los mismos efectos, con mayor riesgo de que aparecieran efectos secundarios en el SNC. En los años 60's fueron altamente utilizadas por el movimiento hippie, su popularidad se debe a sus efectos entactógenos, promoviendo así el lema "peace and love". En ese entonces ya era clasificada como droga ilegal (NIDA, 2007).

Dentro de la clasificación *de anfetaminas*, se incluyen todas aquellas sustancias derivadas de la estructura *fenilisopropilamina*, dentro de los derivados de la anfetamina, los más comunes se encuentra la *fenfluramina* con efectos anorexígenos, la *MDMA* (metilendioximetanfetamina) y el *MDA* (metilendioxianfetamina) que son entactógenas, la *DOM* (dimetoximetilanfetamina) y el *STP* (serenidad, tranquilidad y paz) que tienen efecto alucinógeno (Utrilla, 2000; Cruz, 2007).

Los efectos del consumo de anfetaminas ocurren a nivel del SNC en la corteza cerebral, tallo cerebral, formación reticular, al actuar en estas estructuras hay una activación de los mecanismos regulatorios de ciclo sueño- vigilia, incrementa la concentración mental, la actividad motora, disminuye la sensación de fatiga, se registra elevación del ánimo, euforia, inhibición del sueño y del hambre, función fisiológica que se altera porque la anfetamina causa efectos en el hipotálamo lateral, la cual es la estructura que regula dicha función. Al actuar indirectamente en el SNP el efecto de las anfetaminas se evidencia al incrementar la frecuencia respiratoria, cardíaca y la temperatura corporal (Cruz, 2006).

El efecto de las anfetaminas sobre el sistema límbico y el hipotálamo parece ser el responsable de la pérdida de apetito, el insomnio, la sed y la hipersexualidad. Durante la fase del “rush” se exhibe un optimismo extremo así como sentimientos amorosos extensivos; es común un prolongado contacto corporal con el sexo opuesto, pero posteriormente, en la mayoría de los casos, la expresión de amor es olvidada o bien causa arrepentimiento. Esta hipersexualidad puede ser resultado de la aceleración de los impulsos táctiles, olfatorios y visuales (NIDA, 2007).

Los efectos adversos de los estimulantes anfetamínicos son la inquietud motora, irritabilidad, nerviosismo, euforia, falta de apetito, pérdida de peso, mareo, dilatación pupilar, fotofobia, cuadro psicótico, hiperglicemia, taquicardia, hipertensión, hipertermia, irritación gastrointestinal, diarrea, tolerancia y adicción (Brailowsky, 2002).

Los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia incluyen letargia, fatiga, pesadillas, cefalea, sudoración profusa, calambres musculares, calambres de estómago,

sequedad de boca, bruxismo, movimientos estereotipados, ansiedad, irritabilidad, insomnio y hambre insaciable. La pérdida de autocontrol puede dar lugar a un *acting-out* violento de los impulsores agresivos. El síntoma más característico es la depresión, a veces suicida, que alcanza su punto máximo entre las 48 horas y 72 horas después de la última dosis anfetamínica, sin embargo, la sintomatología depresiva puede durar hasta varias semanas (Saiz, 2003).

En el período de abstinencia también es común la psicosis por anfetaminas; la dificultad para reconocer caras, lo cual lleva a suspicacias y sensación de ser observado; esta paranoia a menudo desemboca en una aguda reacción psicótica.

La descripción general realizada sobre las sustancias recién mencionadas da paso a hablar sobre el cambio que ocurre a nivel cerebral tras el consumo repetido de éstas drogas; así llegamos a hablar de la neuroadaptación que sufre el encéfalo y su comunicación sináptica y que se manifiesta en el estado afectivo y en el comportamiento del individuo, específicamente durante la retirada de la exposición a la droga, que es cuando aparece el síndrome de abstinencia y hace vulnerable al individuo a una nueva ingestión de la droga para disminuir o desaparecer los efectos negativos de la abstinencia (Cruz, 2007).

Aunque muchos de los cambios observados a nivel conductual, afectivo, social y cognitivo son el resultado del consumo de sustancias y se minimizan o anulan durante el tratamiento de desintoxicación y de recuperación, en algunos casos pueden persistir signos y síntomas aun después de conseguir el mantenimiento de la abstinencia de la sustancia, y es en estos casos cuando se sugiere la existencia de un trastorno mental asociado como la depresión, el reto se convierte en identificar si ambos problemas de salud son coexistentes o si uno indujo al otro (Nanni, 2010).

Ante la neuroadaptación del encéfalo tras el consumo de sustancias, podemos hablar que ya existe una dependencia a nivel físico y también psicológico, porque aun cuando la persona conozca ya las consecuencias de tipo biológico, el usuario de drogas con el fin de seguir consumiendo, enfoca todas sus actividades a la obtención de la sustancia y al consumo de la misma, sin importarle las consecuencias a nivel social, familiar, emocional y cognitivo que le pueda causar. Por ello es necesario desarrollar estrategias eficaces de Prevención.

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

El término prevención indica cualquier actividad que pretende reducir o retrasar el inicio de del uso de drogas. Este término amplio puede entenderse como acciones de *reducción de la oferta*, que establece que a menor disponibilidad de drogas, menor es el riesgo de consumo; la *reducción de la demanda*, incluye esfuerzos para modificar la conducta, reducir el deseo de usar drogas y el control del consumo o la abstinencia en personas con problemas.

Los enfoques de reducción de la disponibilidad de drogas presentan variaciones de acuerdo con el tipo de sustancias que se traten, es decir, existen apartados especiales para las sustancias con utilidad médica y potencial adictivo, así como para las drogas ilegales.

Los resultados de las investigaciones de prevención auspiciadas por el NIDA han demostrado que los programas de prevención que involucran a la familia, las escuelas, las comunidades y los medios de comunicación son herramientas eficaces en la reducción del abuso de drogas. Mientras que hay muchos eventos y factores culturales que afectan las tendencias del abuso de drogas, cuando los jóvenes perciben al abuso de drogas como dañino, reducen el consumo del mismo. Por lo tanto, es necesario ayudar a los jóvenes y al

público en general a comprender los riesgos del abuso de drogas y continuar promoviendo a través de los maestros, padres y profesionales de cuidados de la salud el mensaje que la drogadicción se puede prevenir si jamás se comienza a abusar de las drogas (NIDA, 2007).

La prevención en una concepción amplia, puede referirse a cualquier actividad que pretende promover conductas saludables, reducir o retrasar el inicio del uso de sustancias, evitar su progresión hacia formas más severas, prevenir su recurrencia y su costo en nivel de salud, económico y social (WHO, 2004).

Como tal, la prevención puede dividirse en promoción y protección de la salud y, en prevención de enfermedades. De acuerdo con Medina Mora, Villatoro y Rojas (2006), para ser efectiva, la prevención requiere de: formulación de políticas, legislación, programas de toma de decisiones, adjudicación de recursos y evaluación continua que permita modificar las políticas y programas para ajustarlas a las acciones que muestran un adecuado equilibrio costo- beneficio y arrojan cambios en el problema.

Es así como la intervención para prevenir el consumo de drogas se realiza desde una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. Los componentes normativos se basan tanto en propuestas internacionales como en las nacionales dictadas por la NOM- 028- SSA 2- 1999.

La prevención de las adicciones puede realizarse desde tres dimensiones (SSA, 2003):

a) Prevención universal

Está dirigida a la población en general y se realiza mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Lo anterior se logra realizando:

- La sensibilización a la población general mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y los tipos de prevención
- La difusión de información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones
- El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección

b) Prevención selectiva

Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de padres consumidores, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problema de aprendizaje y/o conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas, ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad, la cual se entiende no como un factor de riesgo sino como un factor que constituye una predisposición al uso o abuso. Desde este enfoque de prevención se ayuda a la atención de grupos específicos a través de:

- El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detección oportuna de casos y derivarlos a tratamiento
- La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos en extrema vulnerabilidad

c) Prevención indicada

Se dirige a grupos de la población con sospecha de consumo y /o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementen la posibilidad de desarrollar la adicción, lo anterior se logra:

- Diseñando metodologías de intervención, en las que resaltan las de tipo breve en la que se ofrece la consejería y la orientación especializada para modificar el curso del consumo y prevenir la adicción.

Por lo anterior, la prevención universal, la selectiva e indicada, tienden a disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo de consumo a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar o social. De este modo, en la división de la prevención en tres dimensiones, se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas; es por ello recomendable que los programas de prevención sean integrales y se enfoquen a todas las formas de abuso incluyendo el abuso de drogas legales como el tabaco y el alcohol e incluyan las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades considerando el entorno del individuo, reforzando los factores

de protección (que pueden revertir o reducir los riesgos de experimentar o convertirse en un abusador de sustancias) que sean propios de los grupos a los que se va a intervenir, con base en la edad de los sujetos y sus características socioculturales y con enfoque de género, atendiendo las necesidades de hombres y mujeres.

Algunos de los programas preventivos que actualmente están disponibles en nuestro País son: Construye tu vida sin Adicciones, Modelos de Prevención en Centros de Integración Juvenil, A. C., Modelo de Prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo, Modelo Preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y familias, CHIMALLI- DF, Programa de Educación Preventiva en Adicciones, Modelo Comunitario de Integración Psicosocial de la Fundación “Ama la Vida IAP”.

TRATAMIENTO

La Terapia Cognitivo Conductual es una alternativa que aporta soluciones a la conducta adictiva debido a sus procedimientos efectivos y de bajo costo. Desde esta corriente, se considera a la persona como un ser proactivo, con iniciativa, capaz de anticipar las consecuencias de sus actos, planear su futuro y tomar libremente decisiones racionales y acertadas, en tanto sus procesos cognitivos interactúen con sus acciones y el contexto social en que se desenvuelve, por lo que en situación terapéutica forma parte activa del proceso de tratamiento (Bandura, 1986).

A lo largo del estudio de las adicciones, diversas conceptualizaciones sobre la conducta adictiva, en particular del abuso de alcohol, han estado influenciadas fuertemente por la teoría del aprendizaje cognitivo social. Bandura indica que tanto las expectativas de

resultado como las de autoeficacia tienen una especial influencia para el desarrollo de una conducta adictiva, pues cuando ambas expectativas son altas, las personas se sienten motivadas a realizar cierta conducta.

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS), que fue formulada por Albert Bandura (1986) nos expone que el comportamiento de la persona se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica, en la que el comportamiento de la persona, los procesos cognoscitivos y los eventos sociales operan como determinantes interactivos uno de otro. De este modo, Bandura propone que la conducta está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos. Una vez adoptadas normas personales y sociales, las discrepancias entre la realización de una conducta y el criterio con el que se evalúa propician actos de autoevaluación que influyen en el comportamiento posterior. Desde esta teoría, las conductas adictivas incluyen los antecedentes ambientales, las creencias y expectativas, la historia familiar del individuo y las experiencias de aprendizaje previas con la sustancia.

Así como el uso de la sustancia es reforzado por los efectos positivos de la sustancia consumida, también es probable que el individuo desarrolle una serie de expectativas cognitivas sobre los efectos anticipados sobre sus sentimientos y conducta, de esta forma es que surgen las expectativas del individuo de que ciertos efectos resulten de su uso.

En relación con lo anterior Bandura (1997) plantea que su teoría parte de la distinción conceptual entre expectativas de autoeficacia (capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento) y expectativas de resultado (probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinados resultados), y propone que

ambos tipos de expectativas actúan, en gran medida, como determinantes de la elección de actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales. En la medida en que las expectativas actúan como determinantes de la conducta, pueden utilizarse como predictores de la misma.

Bandura (1997) considera las expectativas no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes. En este sentido, las expectativas vendrían a ser creencias actuales, que reflejan la historia individual y que se proyectan hacia el futuro.

En 1991, Schafer investigó las expectativas relacionadas al consumo de drogas e identificó que los patrones de consumo son similares a las expectativas de resultado tanto en hombres y mujeres. Sin embargo, Schafer recomienda una investigación más profunda sobre los efectos de las expectativas en el uso de diferentes drogas entre hombres y mujeres.

Las expectativas relacionadas al consumo de drogas son descritas como factores de riesgo para el uso y abuso de éstas. Por ejemplo, las expectativas se desarrollan antes de que el individuo haya experimentado el consumo de drogas, de esta forma, el tener expectativas positivas relacionadas al consumo de sustancias incrementan la probabilidad de que un individuo inicie su uso (Christiansen *et al*,1982).

Debido a que por sí mismas las expectativas pueden llevar al uso de sustancias, basta con que el individuo piense que sus “creencias” sobre los efectos que espera sean ciertas, sin importar si realmente lo son (Brandon *et al*, 2004).

En una investigación exploratoria realizada por González Callejas(1996) nos explican que existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; el investigador concluyó que aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias. En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo. Conjunto a lo anterior, Gillespie (2007) sugiere que las expectativas positivas en relación al consumo de drogas están asociadas con la percepción de resultados positivos inmediatos.

INTERVENCIONES BREVES PARA TRATAR EL CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO

Para fundamentar el tratamiento del consumo de sustancias y los problemas asociados, en términos de cantidad y frecuencia con resultados significativos que permitan facilitar su aplicación y manejo terapéutico, se han realizado investigaciones comportamentales, denominadas intervenciones breves, que se encuentran sólidamente sustentadas en los principios psicológicos, algunos de ellos derivados de la teoría conductual, de la teoría del aprendizaje social y de la investigación experimental (Carrascoza, 2007). Este tipo de intervenciones, las cuales pueden aplicarse tanto a nivel individual como comunitario, son una importante sugerencia de la Organización Mundial de la Salud porque permiten prevenir o reducir el consumo de sustancias adictivas así como los problemas asociados, de

ésta manera se logra una reducción del daño importante (Babor, Koner, Wilbert & Good, 1987).

Por lo general, la intervención está compuesta por tres etapas:

- 1) Mostrar preocupación por la salud del paciente y de cómo su consumo lo puede estar afectando
- 2) Aconsejarlo de que se abstenga del uso de drogas
- 3) Acordando un plan de acción mediante un contrato sencillo con el paciente en dónde se indique cómo reducirá su consumo. La intervención puede incluir un análisis de las situaciones en las que normalmente el paciente usa drogas, el desarrollo de estrategias para lograr el control de consumo de estas situaciones y lecturas que el paciente puede hacer entre sesiones.

El término “intervención breve”, de acuerdo a la OMS, es una “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad — y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa” (Echeverría, et al. 2005).

Se puede hablar de ciertos elementos que hacen de una intervención breve, una intervención efectiva:

- Información sobre los riesgos de consumir sustancias que pueden producir un impacto en el funcionamiento completo del individuo logrará resultados efectivos
- Hacer énfasis en que el cambio es una decisión y una responsabilidad personal
- Se debe ofrecer consejo claro y enfático, oral o escrito
- Ofrecer alternativas para el cambio
- Tener un estilo terapéutico empático
- Autoconfianza para lograr el cambio

Las estrategias terapéuticas centrales de estos tratamientos combinan:

- Técnicas de auto-control
- Análisis funcional del consumo (identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de beber de bajo y alto riesgo)
- Reestructuración cognitiva
- Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de consumo

Las terapias cognitivas y motivacionales

- Actúan en los mismos sistemas motivacionales del cerebro que son afectadas por el abuso de drogas
- Tratan de reemplazar la motivación de usar drogas con la motivación de involucrarse en otras conductas.
- Se basan en los mismos sistemas de aprendizaje y motivación que se usan para describir el desarrollo de la dependencia.
- Están orientadas a desarrollar nuevas asociaciones estímulo- respuesta que no involucren el uso de sustancias o el craving. Estos principios teóricos se usan en un

intento de desaprender las conductas relacionadas con la dependencia y aprender conductas o respuestas más adaptativas (WHO, 2004).

Las terapias **cognitivo conductuales** tienen su fundamento en la convicción de que identificando y subsecuentemente alterando patrones de pensamiento desadaptativos los pacientes pueden reducir o eliminar los sentimientos y las conductas negativas.

Estas intervenciones breves cognitivo- conductuales, se caracterizan por tener un tiempo breve de duración y por su estructura que se compone por una fase de evaluación inicial, un asesoramiento breve y una fase de seguimiento; es importante especificar que la duración de la intervención varía dependiendo de la sustancia usada, de la severidad del problema atendido y de la meta deseada, la cual dependerá del sujeto y estará determinada por su patrón de consumo, las consecuencias de su uso y el contexto en el que se aplica la intervención breve (Carrascoza, 2007).

Buscan:

- Romper los procesos cognitivos que llevan a las conductas alteradas de abuso de drogas
- Intervenir en la cadena de conductas que llevan al abuso de drogas
- Ayudar a los pacientes a manejar el craving agudo y crónico
- Promover y reforzar el desarrollo de conductas y habilidades sociales compatibles con la abstinencia de drogas (WHO, 2004).

Estas terapias son muy útiles para manejar a pacientes con dependencias leves y moderadas porque:

- Es el paciente mismo el que evalúa su nivel de consumo

- Reflexiona sobre las consecuencias positivas y negativas del consumo
- Establece sus metas
- Conoce las situaciones de riesgo
- Busca alternativas para enfrentar estas situaciones
- Evalúa su capacidad para conseguir sus metas y
- Evalúa sus logros

Las **intervenciones a prevenir recaídas** usan las aproximaciones cognitivo conductuales para ayudar al paciente a desarrollar autocontrol, las estrategias incluyen:

- La discusión de la ambivalencia hacia el consumo y el abandono del mismo
- La identificación de los disparadores emocionales y ambientales del deseo de consumir y
- El desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar estresores internos y externos

Las intervenciones breves en las salas de urgencia pueden limitarse a pruebas de tamizaje y una sesión motivacional (Miller, 1991) en la que el paciente recibe retroalimentación personalizada acerca de sus patrones de consumo, su nivel de intoxicación cuando fue ingresado y las consecuencias negativas asociadas a su uso. Se recomienda enfatizar la responsabilidad que tiene el usuario sobre su conducta con el fin de reducir sus riesgos (Medina Mora, 2002).

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 deberse a distintas situaciones tanto intra como extra personales. Entendiendo a dichos estados motivacionales como etapas de cambio, a las cuáles se logra llegar con la intervención del terapeuta (Miller y Rollnick, 2003).

Para lograr el cambio el usuario pasa por varias etapas que se ejemplifican como un ciclo, ya que la persona va de una etapa a otra antes de llegar al resultado o etapa final. No es regla comenzar por una determinada etapa, ni es como subir una escalera, más bien, se puede comenzar por cualquier etapa de acuerdo a la motivación que tenga el usuario de cambiar. Esta explicación ayuda a comprender 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; 1991), 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 esta, la persona no considera tener un problema, tal vez asiste a tratamiento por recomendación o petición de alguien más. El trabajo del terapeuta es proporcionar información y retroalimentación de su problema, es decir, se aumenta la duda en el usuario con el objetivo que el usuario perciba los riesgos y problemas asociados a su conducta y así pueda elegir un cambio.

La primera etapa de entrada al proceso de cambio es la *contemplación*. En esta la persona entra a un estado de ambivalencia, en la que considera la posibilidad de tener un problema pero a la vez puede rechazarla, negarla y no aceptarla. De esta manera, la persona tendría que 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; el usuario es ayudado con la realización de un balance de las razones para cambiar, por un lado y por el otro las razones para no hacerlo, inclinar la balanza al cambio es la tarea del terapeuta.

La siguiente etapa es la *determinación*, en la que el usuario considera tener un problema y se observa que muestra una disposición favorable para el cambio. La consigna del terapeuta es establecer 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 objetivo es lograr 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 deberá tomar como fracaso sino hacerle ver al usuario que es un aprendizaje que lleva al cambio, se debe renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, siempre buscando que no se vea como un bloqueo.

De acuerdo con lo que sugieren Miller y Rollnick (2003), el terapeuta debe tener cualidades específicas en el desarrollo de cada una de sus sesiones de tratamiento con el usuario, pues consideran dar atención principal a su relación inicial con el paciente porque predice la relación futura y el resultado terapéutico. Siguiendo lo establecido por estos

autores, los usuarios son capaces de analizar sus experiencias y encontrar solución de forma abierta y sin miedo. Para lograrlo, el terapeuta debe fomentar y cuidar la empatía no siendo confrontativo ni protagonista en la intervención, debe ser cálido y también auténtico.

En el modelo de Intervenciones Breves se modifica el consumo de sustancias adictivas a través de estrategias que proveen a los usuarios de herramientas de enfrentamiento hacia el consumo y /o facilitan el mantenimiento de la abstinencia. Los programas que actualmente se emplean son: (1) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el Consumo de Sustancias Adictivas; (2) Programa para Bebedores Problema; (3) Programa de Tratamiento Breve para Consumidores de Tabaco; (4) Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína; (5) Programa de Satisfactores Cotidianos y (6) Programa de Tratamiento Breve para usuarios de Marihuana.

El objetivo de estos programas es brindar más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de este problema de salud pública como lo es la conducta adictiva.

CAPITULO 2.

FORMULACION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

A) PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ADICTIVAS

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del *Community Reinforcement Approach* (CRA) para la población mexicana. El CRA fue desarrollado por Hunt y Azrin en 1973 y su objetivo primordial era que los usuarios llegaran a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos presentes en su medio comunitario que compitieran con el consumo. La efectividad del CRA fue probada al comparar sus resultados con los de otros tratamientos, tales como: Programa Didáctico Hospitalario (Hunt y Azrin, 1973) y un tratamiento hospitalario que tenía como base el uso del disulfiram (Azrin, 1976).

El PSC tiene como objetivo restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. Estos reforzadores deben ser operacionales y de alta calidad, entregados contingentemente cuando el consumidor está en abstinencia y retirados cuando presente consumo.

El programa consta de doce componentes que tienen como objetivo identificar, establecer y alcanzar metas por el usuario. Se describen a continuación dichos componentes.

ADMISIÓN

- **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar por medio de la entrevista conductual y la aplicación de instrumentos si el usuario es candidato al Programa de Satisfactores Cotidianos.

ACTIVIDADES:

- El usuario proporciona sus datos personales y sobre su consumo
- Responde los instrumentos que permitirán conocer si el Programa es el adecuado para tratar su problemática
- Entiende las razones por las que el Programa es el adecuado para sí mismo
- Recibe motivación e información sobre el PSC

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

- Entrevista conductual
- Escala de Dependencia al Alcohol y/o el Cuestionario de Abuso de Drogas para evaluar el nivel de dependencia del usuario
- Escala de Satisfacción General para medir el nivel de satisfacción del usuario en diversas áreas de su vida
- Sub-escalas de símbolos y dígitos y de repetición de dígitos del WAIS para conocer el nivel de funcionamiento cognitivo
- Carta compromiso
- Auto-registro

EVALUACIÓN

- **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo; así como el nivel de depresión, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario.

SESIÓN 1

ACTIVIDADES

- Revisión del autorregistro identificando conductas eficientes que lo ayudaron a mantenerse sin consumo. Si presentó consumo, se identifican disparadores, características de la conducta y consecuencias de la misma. Se elaboran planes de acción con base en esta información. Este es un elemento común a todas las sesiones
- Llenado de la Línea Base Retrospectiva
- Identificar la cantidad e intensidad de los precipitadores según las sustancia de consumo mediante los instrumentos Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA) y/o Inventario de situaciones de consumo de drogas (Auto-registro del usuario)
- Evaluar el nivel de autoeficacia del usuario mediante el Cuestionario de confianza situacional (CCS) y/o Cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas (CACD)
- Elaboración de planes de acción ante situaciones de riesgo. Este es un elemento común a todas las sesiones

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Autoregistro
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA) y/o Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)
- Cuestionario de confianza situacional (CCS) y/o Cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas (CACD)

SESIÓN 2

ACTIVIDADES:

- El usuario y el terapeuta analizan información de sus resultados de evaluación referentes a su patrón de consumo de alcohol y/o drogas, precipitadores y auto-eficacia.
- Evaluación del nivel de depresión
- Evaluación del nivel de ansiedad
- Evaluación del nivel de calidad de vida

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de ansiedad de Beck

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y DE NO CONSUMO

- **OBJETIVO GENERAL:** Analizar la conducta de consumo del usuario y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad; así como analizar una conducta satisfactoria no relacionada con el consumo para resaltar sus beneficios y motivar al usuario a mantenerla e incrementar su frecuencia.

SESIÓN 1. CONDUCTA DE CONSUMO

ACTIVIDADES

El usuario:

- recibe retroalimentación sobre sus resultados de evaluación de la sesión anterior
- entiende el concepto, importancia y características del análisis funcional
- identifica los precipitadores, la conducta de consumo y las consecuencias en un caso ejemplo y después en su propia conducta así como, las situaciones de alto riesgo asociadas
- describe su conducta de consumo
- identifica las consecuencias positivas a corto plazo y las consecuencias negativas a largo plazo del uso de la sustancia
- integra los componentes del Análisis Funcional de su conducta de consumo
- aplica la estrategia de romper cadena conductual ante sus precipitadores al consumo y elabora planes de acción para decrementar la probabilidad de ocurrencia del consumo

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

- Material Didáctico del componente de Análisis Funcional
- Folleto del Componente de Análisis Funcional para el usuario
- Ejercicios de Análisis Funcional
- Formato de Análisis Funcional de la conducta de consumo
- Formato de cadena conductual
- Registro de Ocurrencia de situaciones de riesgo en escenarios naturales

SESIÓN 2. ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE NO CONSUMO

ACTIVIDADES

El usuario:

- entiende la importancia de efectuar el análisis funcional de conducta de no consumo
- identifica una conducta positiva alejada del consumo que disfrute realizar para aplicar el análisis funcional de la conducta de no consumo
- identifica los precipitadores internos y externos de la conducta de no consumo
- describe la conducta de no consumo e identificará sus consecuencias negativas a corto plazo y a largo plazo
- compara las consecuencias de la conducta de consumo y de la de no consumo
- elabora planes de acción para incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta de no consumo

- evalúa su nivel de satisfacción general después del entrenamiento

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Formato de Análisis Funcional de la conducta de no consumo
- Formato de Análisis Funcional de la conducta de consumo
- Escala de Satisfacción General

MUESTRA DE ABSTINENCIA

- **OBJETIVO GENERAL.** Que el usuario establezca su Muestra de Abstinencia por un período viable que de preferencia le cubra 90 días sin consumo.

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica las conductas eficientes y estrategias utilizadas que le permitieron mantenerse sin consumo, a partir de la sesión anterior
- identifica los estímulos precipitadores, las características de la conducta de consumo y sus consecuencias; si presentó consumo a partir de la sesión anterior elaborará un plan de acción y otro de respaldo para poder enfrentarlos sin consumo en próximas ocasiones
- identifica las ventajas personales de establecer un período de muestra de abstinencia y recibe retroalimentación positiva respecto a los periodos previos de abstinencia logrados

- recuerda sus “motivadores” para la abstinencia en periodos anteriores, y analiza la importancia que tuvieron para sus logros obtenidos; identifica sus motivadores actuales para mantener su abstinencia
- establece un periodo específico de abstinencia y firma la Carta Compromiso de dicho período
- identifica las situaciones de riesgo y/o precipitadores a enfrentar durante la muestra de abstinencia establecida y elabora planes de acción ante dichas situaciones de riesgo comprometiéndose a utilizar las estrategias aprendidas para alcanzar su compromiso de abstinencia
- ensaya conductas eficientes que le permitan enfrentar los precipitadores sin consumo, utilizando en caso necesario estrategias específicas de comunicación, autocontrol de emociones y solución de problemas
- evaluará su nivel de satisfacción general después del entrenamiento

INSTRUMENTOS y MATERIALES

- Formato del Análisis Funcional de la conducta de consumo
- Entrevista Conductual
- Análisis de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Carta Compromiso de Muestra de Abstinencia
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y/o drogas (ISCA, ISCD)
- Formato de Planes de Acción
- Escala de satisfacción General

METAS DE VIDA COTIDIANA

- **OBJETIVO GENERAL:** Que el usuario adquiriera habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.

ACTIVIDADES

- Evaluación del nivel de satisfacción General antes del entrenamiento.

El usuario:

- identifica las ventajas de establecer sus propias metas de vida cotidiana
- aprende a establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana y establece planes y períodos para lograrlas
- revisa la lectura de los 12 Hilos de Oro para aplicar estos principios en su vida
- evalúa su calidad de vida

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Escala de satisfacción General
- Material Didáctico del componente de metas de vida cotidiana
- Folleto del componente de metas de vida cotidiana
- Formato de Metas de Vida Cotidiana
- Lectura de los 12 Hilos de Oro

- Lista de Cotejo de Evaluación del Usuario

REHUSARSE AL CONSUMO

- **OBJETIVO GENERAL:** que el usuario enfrente situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y uso de las habilidades de Rehusarse al Consumo.

ACTIVIDADES

El usuario:

- genera redes sociales de apoyo, pidiendo la participación de familiares y amigos
- identifica lugares y situaciones de alto riesgo y aprende las habilidades de rehusarse al consumo ante ofrecimientos externos
- es evaluado en el nivel de adquisición de las habilidades de Rehusarse al Consumo ante presión social
- identifica la importancia del cambio de pensamientos precipitadores para la abstinencia y sustituye los pensamientos negativos “precipitadores” por pensamientos positivos a través de la reestructuración cognitiva
- identifica sus pensamientos precipitadores
- es evaluado en cuanto a su habilidad en Reestructuración Cognitiva
- responde el cuestionario de nivel de satisfacción general después del entrenamiento en rehusarse al consumo

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol o Drogas
- Formato de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo
- Cuestionario de Confianza Situacional para alcohol o drogas
- Material Didáctico del componente
- Folleto de lectura para el usuario “Rehusarse al Consumo”
- Registro de evaluación de las habilidades de Rehusarse al Consumo
- Formato de “Reestructuración Cognitiva Ejemplos”
- Menú de Reestructuración Cognitiva Consumo (Pensamientos Negativos y Pensamientos Positivos)
- Escala de Satisfacción General

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- **OBJETIVO GENERAL:** El usuario mejorará la comunicación entre él y las personas con las que convive para lograr mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la importancia y la utilidad de aprender y aplicar sus habilidades de comunicación
- aprende conductas básicas que acompañan a su comunicación: contacto visual, modular tono de voz, proximidad, gestos y postura corporal
- aprende a iniciar conversaciones, escuchar, ofrecer entendimiento, compartir responsabilidad y ofrecer ayuda, expresar y recibir críticas, expresar y recibir reconocimiento, compartir sentimientos positivos y negativos, solicitar apoyo, expresar desacuerdo
- aplica en ensayo conductual tres habilidades de comunicación y después en su ambiente natural
- evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de su vida después de aplicar en su ambiente las habilidades de comunicación

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Formato de Análisis Funcional de la conducta de consumo
- Material didáctico y folleto de lectura del componente de Habilidades de comunicación
- Registro de ocurrencia de Habilidades de Comunicación
- Escala de Satisfacción General

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- **OBJETIVO GENERAL:** Enseñar al usuario conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan resolverlas, controlar su ambiente, disminuir tensión y consecuentemente mantenerse en abstinencia.

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la importancia de la adquisición de habilidades de solución de problemas
- aprende las conductas eficientes de la estrategia de solución de problemas: Definición del problema, generar opciones/alternativas de solución del problema, analizar ventajas/desventajas de cada una de las opciones, elección de una opción de solución, minimizar desventajas de la opción, evaluación de la solución
- aplica la solución elegida en su escenario natural. Se le asignará la tarea de aplicar la estrategia ante otra situación problema
- evalúa el nivel de dominio la estrategia
- evalúa su nivel de satisfacción general después del entrenamiento en solución de problemas

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Material Didáctico del componente de Solución de Problemas
- Folleto del Componente de Solución de Problemas para el usuario
- Ejercicio escrito de Solución de Problemas/Registro Ocurrencia

- Lista de Cotejo de Solución de Problemas para evaluación del usuario
- Escala de Satisfacción General

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS

- **OBJETIVO GENERAL:** Adquisición de conductas por parte del usuario que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la relación existente entre su vida social y el alcohol y / o drogas
- identifica amigos y actividades que siempre se hayan asociado con el uso del alcohol y/o drogas, así como aquellos que no se asocien con el alcohol y/o drogas
- recibe información de los diferentes tipos de actividades disponibles en los Centros Comunitarios y se compromete semanalmente a realizar 2 actividades social-recreativas fijas y 1 esporádica
- detecta y resuelve los obstáculos que le dificulten el acceso a las actividades recreativas: aprende la motivación sistemática, acceso al reforzador y preparación de respuestas
- establece contacto con Instituciones o establecimientos recreativo/sociales

- evalúa su nivel de satisfacción en las diferentes áreas de su vida, después del componente de habilidades sociales y recreativas

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Folleto del Componente de Habilidades Sociales y Recreativas
- Material Didáctico del componente de Habilidades Sociales y Recreativas
- Escala de Satisfacción General

CONTROL DE LAS EMOCIONES

- **OBJETIVO GENERAL:** Que el usuario aprenda las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza, ansiedad y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

SESIÓN 1 ENOJO

ACTIVIDADES

El usuario:

- aprende a identificar la función e importancia de controlar el enojo
- aprende estrategias para el control de esta emoción: tiempo fuera, distracción del pensamiento y auto-instrucciones positivas

- identifica las estrategias que puede aplicar ante situaciones en las que es más probable que presente enojo y las aplica en escenario natural
- evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de su vida

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Folleto de control del enojo
- Material didáctico de control del enojo
- Menú de Pensamientos Realistas
- Aplicación pre-test del usuario en el Inventario Multicultural de la expresión de la cólera y hostilidad
- Registro de Ocurrencia de control del enojo
- Escala de Satisfacción General

SESIÓN 2. TRISTEZA

ACTIVIDADES

El usuario

- identifica la función de la tristeza y la importancia de controlarla
- aprende las estrategias para controlarla: cambiar pensamientos hacia otros más realistas, realizar actividades agradables y aplicar búsqueda de lo positivo ante las actividades que se realicen

- aprende a identificar qué estrategias para el control de la tristeza puede utilizar y las aplicará en su escenario natural
- evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de su vida

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Folleto de control de la tristeza
- Material didáctico de control de la tristeza
- Aplicación pre-test del usuario en el Inventario de Beck de Depresión
- Registro de Ocurrencia de control de la tristeza
- Escala de Satisfacción General

SESIÓN 3. ANSIEDAD

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la función de la ansiedad y la importancia de controlarla
- aprende las estrategias para el control de la ansiedad: relajación por respiración profunda, relajación muscular progresiva o con tensión-distensión y relajación mental o por imaginación
- identifica las estrategias que puede utilizar ante situaciones en las que presenta ansiedad y las aplica en su escenario natural
- evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de su vida

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Folleto de Control de la Ansiedad
- Material Didáctico de Control de la Ansiedad
- Aplicación pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck
- Registro de Ocurrencia de Control de la Ansiedad
- Escala de Satisfacción General

SESIÓN 4. CELOS

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la función de los celos y la importancia de controlarlos
- aprende las estrategias para el control de los celos: cambio de conductas, cambio de pensamientos y otras técnicas preventivas
- en su escenario natural aplica las estrategias aprendidas para el control de los celos
- evalúa su nivel de satisfacción cotidiana

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Folleto de Control de los Celos
- Material Didáctico de Control de los Celos
- Registro de Ocurrencia de Control de los celos

- Escala de Satisfacción General

CONSEJO MARITAL

- **OBJETIVO GENERAL:** que los cónyuges incrementen su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.

CONSEJO MARITAL EN CÓNYUGES CON DÉFICITS EN AUTOCONTROL DE ENOJO Y/O COMUNICACIÓN

ACTIVIDADES

El usuario y su pareja:

- evalúan el nivel de satisfacción marital que perciben tener en cada una de las áreas de su funcionamiento conyugal
- aprenden conductas eficientes que favorecen su autocontrol de enojo: Tiempo Fuera, Distracción del Pensamiento y Auto-instrucciones Positivas
- aprenden conductas básicas que favorecen su comunicación: contacto visual, tono de voz adecuado, proximidad, contacto físico positivo, expresión corporal positiva, eliminar estímulos y conductas distractoras
- aprenden habilidades de comunicación que favorecen su interacción conyugal: Saber escuchar, *Iniciar* Conversaciones, Expresar entendimiento,

Aceptar/Compartir Responsabilidad, Ofrecer ayuda, Hacer Críticas, Recibir Críticas, Dar Reconocimiento, Recibir Reconocimiento, Compartir Sentimientos Positivos y Negativos y Solicitar Ayuda

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Escalas de Satisfacción Marital
- Folleto “Enojo”
- Folleto “Mejorando mis habilidades de comunicación”

SESIÓN 1. CONSEJO MARITAL

ACTIVIDADES

El usuario y su pareja:

- reconocen la importancia del componente de Consejo Marital
- aprenden conductas básicas de Reconocimiento Diario: 1)Iniciar y Escuchar temas de conversación que agraden a la pareja, 2) Dar Reconocimiento por una conducta/cualidad que le agrade de su pareja, 3) Ofrecer ayuda sin esperar a que la pida la pareja, 4)Expresar afecto positivo, 5) Dar una Sorpresa Agradable y las aplican en escenarios naturales.

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Folleto “Mejorando mi relación de Pareja”.
- Registro de Reconocimiento Diario

SESIÓN 2. CONSEJO MARITAL

ACTIVIDADES

Los cónyuges

- analizan la aplicación de las 7 conductas básicas de reconocimiento diario en escenario natural e identifican cuáles necesitan incrementar
- evalúan el nivel de satisfacción marital
- identifican las peticiones positivas que requieren solicitar a su pareja para tener una mayor satisfacción marital
- aprenden a expresarse peticiones positivas para establecer acuerdos y compromisos de cumplimiento y aprenden a negociarlas cuando el otro no pueda comprometerse con la petición positiva
- registran la ocurrencia y frecuencia en escenarios naturales de las peticiones establecidas en el Formato de Compromisos del Matrimonio Funcional
- El usuario evalúa su nivel de satisfacción marital después del entrenamiento

INSTRUMENTOS y MATERIALES

- Folleto “Mejorando mi relación de Pareja”
- Formato de Compromisos del Matrimonio Funcional
- Registro de Reconocimiento Diario para cada cónyuge
- Escalas de Satisfacción Marital
- Escala de Satisfacción General

BÚSQUEDA Y MANTENIMIENTO DE EMPLEO

- **OBJETIVO GENERAL:** Que los usuarios adquieran habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo

SESIÓN: 1 BÚSQUEDA DE EMPLEO

ACTIVIDADES

El usuario:

- analiza la importancia de la búsqueda y mantenimiento de empleo e identificará el tipo de empleo satisfactorio hacia el cual orientar la búsqueda, al detectar sus intereses laborales: actividades, lugares y sujetos con quienes le gustaría trabajar
- identifica sus habilidades profesionales y personales
- aprende el llenado de una solicitud de empleo
- aprende a elaborar el currículum vitae e identifica cinco fuentes probables de empleo

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Material Didáctico del Componente
- Folleto del Componente de Búsqueda y mantenimiento de empleo
- Formato de Definición de Metas Profesionales
- Registro de habilidades profesionales y personales
- Solicitud de empleo
- Formato de lineamientos de currículum vitae
- Periódico
- Internet

- Sección amarilla

SESIÓN: 2 BUSQUEDA Y MANTENIMIENTO DE EMPLEO

ACTIVIDADES

El usuario:

- recibe retroalimentación de la elaboración del currículum, el llenado de la solicitud de empleo y la obtención de 5 fuentes probables de empleo
- aprende a realizar llamadas telefónicas para solicitar ayuda y para concertar citas para entrevista
- aprende a realizar conductas eficientes en la entrevista laboral
- aprende a enfrentar el rechazo laboral
- aprende conductas eficientes para mantener y mejorar el desempeño laboral
- evalúa su nivel de satisfacción en sus diferentes áreas de vida después del componente de Búsqueda de Empleo

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Sección Amarilla
- Periódico
- Internet
- Lista de personas a quienes solicitar ayuda
- Registro de llamadas telefónicas para solicitar ayuda
- Agenda de Lugares que visitar y actividades que realizar
- Registro de Llamadas telefónicas para concertar citas de entrevista

- Agenda de Lugares que visitar y actividades que realizar
- Lectura “Entrevista Laboral”
- Folleto del Componente de Búsqueda y mantenimiento de empleo
- Escala de Satisfacción General

PREVENCIÓN DE RECAIDAS

- **OBJETIVO:** que el usuario aprenda a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro

ACTIVIDADES

El usuario:

- identifica la importancia de la prevención de recaídas y las estrategias que debe dominar para anticipar situaciones de riesgo
- rompe la cadena conductual de una recaída o de una futura situación de riesgo
- aprende el sistema de advertencia temprana identificando las señales que le pueden indicar una recaída
- recuerda y ensaya la habilidad de reestructuración cognitiva para futuras situaciones de riesgo
- evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de su vida
- Responde el ISCA/ISCD

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- Material Didáctico de Prevención de Recaídas
- Folleto de Lectura de Prevención de Recaídas
- Formato de Cadena Conductual para Recaídas
- Escala de Satisfacción General
- ISCA/ISCD

PARTICIPANTE

Se trabajó con un usuario de sexo masculino de 46 años que llegó al CEPREAA con el siguiente motivo de consulta: “deseo solucionar mi problema con el alcohol”. Tras los resultados de la evaluación, se decide su ingreso al tratamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos, su dependencia a la sustancia es moderada, sin embargo, por ocasión de consumo llega a presentar un promedio de 15 a 17 tragos; presenta pérdidas importantes a nivel familiar y de salud así como problemas en el área social y legal. Es importante mencionar que el consumo lo inicia acompañado de otras personas y se mantiene por los momentos agradables que comparte con ellos, sin embargo, la ocasión de consumo la termina en solitario e incluso puede continuar por varios días.

Como plan del tratamiento, se consideró importante que el usuario mantuviera una abstinencia total del consumo de alcohol debido a las múltiples pérdidas que ha experimentado como consecuencia del abuso de la sustancia y, que adquiera las habilidades

para resistir la invitación o la disponibilidad del consumo de alcohol (Rehusarse al Consumo) siendo la invitación un factor de riesgo importante.

Dentro los precipitadores de consumo que se identificaron, se encuentran:

- Momentos Agradables con Otros
- Emociones agradables y
- Emociones Desagradables

Con el usuario se trabajaron los siguientes componentes de tratamiento:

- Análisis Funcional de la Conducta
- Muestra de abstinencia
- Tristeza
- Habilidades de comunicación y
- Rehusarse al consumo

Mientras se trabajaba en este último componente el usuario dejó de asistir a las sesiones terapéuticas; se le llamó tanto a él como a su otro significativo (su pareja y socia en negocios) y no se obtuvo respuesta a ningún llamado.

B) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El programa de Prevención de Recaídas se basa en el modelo teórico de Marlatt y Gordon (1985) y está diseñado tanto para aquellos usuarios que ya han logrado la abstinencia y desean mantenerla; así como para los usuarios que siguen consumiendo y quieren dejar de hacerlo.

La recaída se da cuando la persona que ha logrado mantenerse sin consumo, se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con estrategias de enfrentamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Según este modelo, si el usuario es capaz de emitir una respuesta adecuada de enfrentamiento ante la situación de riesgo, es decir, eliminar o desactivar la fuerza que lo empuja al consumo al identificar la importancia y conveniencia de alcanzar ante esa situación el no consumo para detener el impulso y elegir otra conducta conveniente, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente ya que experimentará una sensación de control, que además es asociada con la expectativa positiva de que superará con éxito una nueva situación de riesgo, lo que incrementa su percepción de autoeficacia. A medida que aumente el tiempo de abstinencia y el usuario enfrente eficazmente cada situación de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá.

Marlatt (1985, 1996) define la situación de alto riesgo como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Se considera que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura,

esperando que las situaciones (externas e internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro.

En este modelo se ve a la recaída como un proceso que toma lugar a través del tiempo en lugar de un evento aislado. Existen varias situaciones de alto riesgo que pueden alertar a la gente de problemas potenciales, el objetivo es reconocer estas situaciones y aplicar una combinación de acciones para evitar que el hábito y el aprendizaje de consumo dominen y dirijan al individuo en su elección hacia el consumo. Estas situaciones de riesgo se categorizan en ocho áreas:

- 1) Emociones desagradables
- 2) Malestar físico
- 3) Emociones agradables
- 4) Probando autocontrol
- 5) Urgencia y tentación
- 6) Conflicto con otros
- 7) Presión social para el consumo
- 8) Tiempo placentero con otros

Un usuario puede responder a estas situaciones de riesgo de dos diferentes maneras: con estrategias efectivas que incrementen su confianza y decrementen la posibilidad de una caída o una recaída; o con una respuesta inefectiva que disminuye la autoconfianza y si se combina con expectativas positivas respecto al uso de la sustancia, aumenta la probabilidad de que ocurra una caída o recaída.

De acuerdo con el modelo de prevención de recaídas, la ausencia de habilidades de enfrentamiento ante situaciones de riesgo de consumo es un factor que puede conducir a la reaparición de la conducta adictiva.

En el tratamiento se le enseña al usuario que la recaída es parte de un proceso incluyendo las consecuencias del uso adecuado e inadecuado de estrategias de enfrentamiento. El usuario aprende cómo desarrollar planes de acción para la prevención de recaídas considerando sus propias necesidades y se le muestra cómo evitar o enfrentar cada situación de alto riesgo usando estrategias de enfrentamiento cognitivas y conductuales.

Una recaída se refiere a una falla en el intento de la persona por mantener el cambio en cualquier conducta. En el caso de las adicciones, la recaída es medida como cualquier uso de la sustancia adictiva después de un periodo de abstinencia.

Aunque otros autores usan el término de caída, que es un solo evento que puede o no llevar a un estado de recaída; la recaída implica una pérdida de control en la conducta adictiva y el establecimiento o aumento del patrón de consumo anterior.

Si ocurre un resbalón o caída, surge el Efecto de Violación a la Abstinencia que consiste en una disonancia cognoscitiva y la atribución de responsabilidad por la caída a características internas y estables de la persona. El Efecto de Violación a la Abstinencia combinado con efectos de intoxicación por el uso de la sustancia incrementa la probabilidad de que ocurra una recaída. Este fenómeno involucra la pérdida de control

seguida de la violación de las reglas auto-impuestas, dando como resultado final del proceso un incremento en la probabilidad de recaída.

Por esto, se deberá enseñar al usuario habilidades de enfrentamiento que deben ser presentadas secuencialmente: el terapeuta modela las estrategias al usuario, el usuario ensaya las habilidades en sesión, se le retroalimenta y debe poner las estrategias en práctica fuera de tratamiento, lo que implica hacer uso de éstas ante sus experiencias cotidianas. El usuario debe hacer un ensayo conductual ante una situación de riesgo simulada, como si realmente estuviera ocurriendo, esta ejecución permite tener una idea más aproximada de la ejecución real del usuario en el futuro.

El tratamiento en control de recaídas es un programa cognitivo conductual de autocontrol diseñado para enseñar a los usuarios a mantener los cambios en su conducta anticipando y enfrentando problemas que anteriormente los condujeron a recaídas ya que el usuario dispondrá de una serie de opciones para evitarlas.

Sesión de Admisión y Evaluación

OBJETIVO: Realizar la admisión y evaluación del consumo del usuario identificando situaciones de riesgo, su nivel de auto-confianza para resistirse al consumo y su patrón de consumo. Así como las consecuencias asociadas a este.

MATERIAL

- Entrevista conductual
- Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y/o Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y/o Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)
- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)
- Línea Base Retrospectiva
- Escala de Satisfacción de Vida Cotidiana
- Carta Compromiso
- Auto-registro

PROCEDIMIENTO

Bienvenida

El terapeuta recibe al usuario estableciendo contacto visual y el rapport necesario para la sesión.

Entrevista Conductual

El terapeuta realiza la entrevista conductual, como una entrevista abierta, anotando las respuestas del usuario en el formato.

Aplicación de instrumentos de evaluación

Para identificar el nivel de dependencia del usuario, el terapeuta aplicara la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y/o el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).

El terapeuta aplica al usuario la Línea Base Retrospectiva, explica que su objetivo es observar como fue su patrón de consumo un año antes de tratamiento, es decir, en qué cantidades y con qué frecuencia consumía.

Otro instrumento importante que el terapeuta aplica, es el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) o el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Este instrumento proporcionará las bases para el tratamiento, ya que identifica las situaciones de alto riesgo en las que es más probable que el usuario consuma.

El cuestionario que complementa la evaluación del usuario en cuanto a situaciones de riesgo es el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). Este cuestionario proporciona el nivel de autoeficacia del usuario para resistirse al consumo de alcohol o drogas ante ciertas situaciones.

Y finalmente, se aplica la Escala de Satisfacción de Vida Cotidiana, la cual ayudará a identificar el nivel de satisfacción del usuario en diferentes áreas de vida.

Carta compromiso y autorregistro

El terapeuta y el usuario deben leer y firmar la carta compromiso en la cual se establecen los acuerdos para poder realizar las sesiones.

Se entrega al usuario el auto-registro de consumo, en el cual debe registrar su consumo diario en caso de recaída o ceros en caso de mantener su abstinencia, se le

indicará al usuario que la automotivación es muy importante en el llenado del autoregistro ya que este le permite visualizar sus logros.

Cierre de sesión

Al finalizar la sesión, el terapeuta hace un breve resumen de la sesión enfatizando los avances del usuario, motivándolo al cambio, preguntando sobre dudas o comentarios y concertando nueva cita.

SESION DE ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

OBJETIVO: Analizar la conducta de consumo del usuario, identificando sus precipitadores externos e internos, describiendo la conducta de consumo e identificando consecuencias positivas inmediatas y negativas a largo plazo; y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas alternativas que permitan al usuario mantener la abstinencia.

MATERIAL

- Folleto para el usuario de análisis funcional
- Formato de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo

PROCEDIMIENTO

Bienvenida

El terapeuta recibe al usuario estableciendo contacto visual y el rapport necesario para la sesión.

Revisión del autorregistro

El terapeuta debe reforzar al usuario por mantener su abstinencia, favoreciendo que identifique sus avances, mejorías y ganancias por estarlo logrando. En caso de haber consumo, se debe realizar el análisis funcional de la recaída, identificando cuáles fueron los precipitadores que lo llevaron a la recaída: precipitadores internos (emociones, pensamientos, sensaciones físicas) y precipitadores externos (personas, lugares y situaciones); se debe describir la conducta: qué sustancia o sustancias se consumieron, en qué cantidades, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo, y por último, cuáles fueron las consecuencias positivas inmediatas que obtuvo del consumo y cuáles las negativas. Se desarrollan planes de acción para enfrentar esos precipitadores y evitar más recaídas en el futuro.

Entrega de resultados de la evaluación

El terapeuta debe calificar y graficar los resultados del usuario antes de la sesión e imprimir dos juegos, uno para anexarlo al expediente y el otro para entregárselo al usuario. Debe explicar al usuario cada uno de sus resultados: nivel de dependencia, situaciones de alto riesgo de consumo, nivel de confianza situacional, patrón de consumo y nivel de satisfacción de vida cotidiana.

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo

El terapeuta explica al usuario el concepto, importancia y características del análisis funcional con ayuda del folleto de lectura para el usuario diciéndole que es una herramienta que le va a ayudar a conocer su conducta de consumo al analizarla paso por paso para tener control sobre ella, evitar consecuencias negativas y detener alteraciones y daños en su vida diaria. Le explica la triple contingencia: antecedente (A), conducta (C) y consecuente (CS); A esta cadena de eventos se le llama cadena conductual, el terapeuta debe enseñar al usuario que existen dos tipos de antecedentes o precipitadores, los internos y los externos.

Para finalizar es importante que el usuario realice un ejercicio enfocado en su propia experiencia, identificando sus precipitadores internos y externos, describa su conducta de consumo y las consecuencias positivas y negativas del mismo.

Cierre de sesión

El terapeuta cierra la sesión haciendo un resumen de la misma, enfocándose en los avances del usuario. Preguntará si el usuario tiene dudas o comentarios y lo cita a su próxima sesión recordándole el llenado de su autorregistro.

SESIÓN: MUESTRA DE ABSTINENCIA

OBJETIVO: promover en el usuario la adquisición de un compromiso para mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo acordado

MATERIAL

Folleto de muestra de abstinencia para el usuario

PROCEDIMIENTO

Bienvenida

El terapeuta recibe al usuario estableciendo contacto visual y el rapport necesario para la sesión.

Revisión del autorregistro

El terapeuta debe reforzar al usuario por mantener su abstinencia, favoreciendo que identifique sus avances, mejorías y ganancias por estarlo logrando. En caso de haber consumo, se debe realizar el análisis funcional de la recaída, identificando cuáles fueron los precipitadores que lo llevaron a la recaída: precipitadores internos (emociones, pensamientos, sensaciones físicas) y precipitadores externos (personas, lugares y situaciones); se debe describir la conducta: qué sustancia o sustancias se consumieron, en qué cantidades, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo, y por último, cuáles fueron las consecuencias positivas inmediatas que obtuvo del consumo y cuáles las negativas.

Se desarrollan planes de acción para enfrentar esos precipitadores y evitar más recaídas en el futuro.

Muestra de abstinencia

El terapeuta introduce el componente explicando al usuario qué es la muestra de abstinencia, con ayuda del folleto del usuario. Es importante que el terapeuta mencione las ventajas generales de mantenerse en abstinencia y que pregunte al usuario qué ventajas ha tenido en periodos previos de abstinencia y qué ventajas podría tener ahora.

Por otro lado, también es muy importante que el usuario logre identificar cuáles son sus principales motivadores para mantener la abstinencia y así el terapeuta podrá apoyarse de estos para indicar los principales beneficios de mantenerse sin consumo.

El terapeuta debe negociar con el usuario el tiempo de la muestra de abstinencia.

Si la muestra de abstinencia se concluye después de haber terminado la intervención, el terapeuta debe citar al usuario para renovarla o el usuario debe renovar su muestra él mismo ya que ésta representa el compromiso del usuario consigo mismo.

Si el usuario manifestara no querer renovar la muestra, se deben revisar las razones, si el usuario consume alcohol y no es un consumidor crónico y no tiene dependencia a la sustancia se trabaja en los planes de acción correspondientes para lograr la moderación (3 tragos estándar por ocasión de consumo, no más de 2 días por semana para los hombres y 2 tragos estándar por ocasión de consumo, no más de 2 días por semana para las mujeres).

Si el usuario es consumidor de tabaco, drogas ilegales o de alcohol con signos de dependencia se le motiva para que logre renovar su muestra y se le canaliza a un tratamiento más intensivo.

Una vez determinado el tiempo en que el usuario se mantendrá en abstinencia, se anotan en el folleto los días exactos de inicio y conclusión del periodo de abstinencia y se recuerdan las tres situaciones de mayor riesgo del ISCA e ISCD, describiendo las situaciones específicas que han orillado al usuario al consumo.

El terapeuta junto con el usuario trabajan en el desarrollo de un plan de acción para enfrentar estas situaciones con éxito.

Posteriormente, el terapeuta instiga al usuario a llenar y firmar la carta compromiso de muestra de abstinencia que se encuentra en el folleto del usuario, la cual también será firmada por el terapeuta.

Cierre de sesión

El terapeuta cierra la sesión haciendo un resumen de la misma, enfocándose en los avances del usuario. Pregunta si el usuario tiene dudas o comentarios y lo cita a su próxima sesión recordándole el llenado de su autorregistro.

NOTA: A partir de este componente, los demás serán dados de acuerdo a la evaluación del usuario. Es decir, los componentes se darán de acuerdo a las situaciones de mayor riesgo del usuario (puntuación ISCA o ISCD) en orden jerárquico, es decir, se dará primero el componente que corresponda a la situación de mayor riesgo del usuario (la de mayor puntaje) y después la que le sigue, y así sucesivamente hasta completar todas las situaciones de riesgo.

Participante:

- Usuario de 23 años del sexo masculino que acude en octubre del 2009 por referir pérdidas en distintos aspectos de su vida debido al consumo de inhalables y alcohol. Ingresa al CEPREAA con tres meses de abstinencia de dichas sustancias por lo que se decide intervenir con el programa de Prevención de Recaídas con el objetivo de evitar que se incrementen dichas pérdidas por el consumo de ambas sustancias. Se

trabajan las sesiones correspondientes a Admisión, Evaluación, Análisis Funcional de La Conducta de Consumo y de No Consumo, y se comienza a trabajar, en orden de importancia, con los principales precipitadores de su consumo.

Fue egresado en febrero del 2010 del mencionado programa de tratamiento por decisión propia manifestando que necesitaba el tiempo de las sesiones para trabajar y atender a su hija de 1 año y medio pues su ex pareja (consumidora activa de inhalables y marihuana) abandonó a la pequeña.

Se realizó y se le explicó cada detalle de la carta de renuncia al tratamiento ofreciéndole siempre el espacio, la escucha y la atención para controlar cualquier evento relacionado con el consumo de sustancias.

C) HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D

CLINICA CONTRA EL TABAQUISMO

Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel

Antecedentes históricos del Programa

En México, a partir de septiembre de 1981, se inició un programa de investigación sobre la cesación del consumo de tabaco, técnicas educativas y educativo- conductuales. El programa se llevó a cabo con el apoyo y la asesoría del Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz), en tres instituciones gubernamentales: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto Nacional de Perinatología. El objetivo de esta investigación fue establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia y costo beneficio de ambas intervenciones. Estos programas se enfocaron tanto en los tratamientos psicológicos como el médico- biológico, ya que ambos son de importancia para entender el complejo proceso de tabaquismo.

La Clínica Contra el Tabaquismo del HGM, presenta el siguiente lineamiento terapéutico que tiene como objetivo general el que al (los) terapeuta (s) se le muestren los tres elementos básicos para llevar a cabo el abordaje terapéutico para la cesación del tabaquismo.

Cuenta con los siguientes objetivos específicos:

- El terapeuta revise los antecedentes teóricos sobre el tabaquismo a partir de la epidemiología, componentes químicos del tabaco, daños a la salud; diagnóstico a través de la neurofisiología y el DSM IV, así como los apoyos farmacológicos existentes para el tratamiento.
- Que el profesional de la salud se familiarice con los principios psicológicos cognitivo- conductuales (modificación de conducta, TREC, educación para la salud) utilizados en el tratamiento para la cesación del tabaquismo.
- Finalmente, que el profesional de la salud aprenda la implementación de las técnicas cognitivo- conductuales (visualización dirigida, escritura emocional, autorregistro- monitoreo, rol playing, entrevista motivacional) empleadas en el tratamiento para la cesación del tabaquismo.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO BREVE PARA LA CESACIÓN DEL TABAQUISMO

CLINICA CONTRA EL TABAQUISMO

Objetivo General: Generar que el paciente logre la abstinencia mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento.

- Sesión 1

Objetivo: Establecer una relación cálida y de confianza entre los integrantes del grupo y los terapeutas, así como el establecimiento del compromiso terapéutico de ambas partes. De igual forma en esta sesión se comienza con los principios para la modificación de hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio de los pacientes

Actividades

Actividad 1: Encuadre

- Meta del programa
- Horario
- Lineamientos del contrato terapéutico
- Presentación del grupo
- Importancia de los estudios Médicos

Actividad 2: Modificación del a conducta

- Estilos de vida saludable (tomar agua, hacer ejercicio, dieta rica en vitamina C y fibra)
- Tareas en casa

-Explicaciones de Autorregistros individuales

-Historia del consumo de tabaco

Actividad 3: Autoafirmaciones Positivas de ánimo (Autodiálogo Eficaz TREC)

Procedimiento: Al inicio de la sesión se realiza una bienvenida y presentación por parte del terapeuta, el cual se presenta y describe brevemente en qué consiste el tratamiento así como los lineamientos del contrato terapéutico del grupo.

Se menciona la importancia de los estudios médicos y su repercusión en la salud, haciendo hincapié en los estilos de vida saludable: como tomar dos litros de agua diariamente, consumir frutas ricas en vitamina C, incrementar la cantidad de fibra en su alimentación hacer una caminata de 20 minutos diarios.

El terapeuta explicará el llenado del autorregistro y su importancia para lograr la meta de dejar de fumar.

Las Autoafirmaciones positivas consisten en la repetición de frases motivadoras, basadas en la realidad, que influyan en el fortalecimiento de la autoeficacia y que ayudan al usuario a lograr la cesación del consumo de tabaco. Ejemplo: “es difícil pero puedo lograrlo porque tengo confianza en mí”.

Se cierra la sesión con la indicación de realizar el registro de consumo de tabaco y Automonitoreo antes de encender el cigarro, diariamente, así mismo las indicaciones de estilos de vida saludables.

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo

Actividades

Actividad 1: ¿Qué es el aprendizaje?

- Definiciones
- Aprendizaje Social
- Mecanismos de aprendizaje

Actividad 2: Tabaquismo como conducta aprendida

- Relación de aprendizaje e historia de consumo de tabaco
- Relación aprendizaje con autorregistro inicial y Automonitoreo (AR/AM)

Actividad 3: ABC de la terapia racional emotiva conductual

- Autoafirmaciones positivas de ánimo (autodiálogo eficaz TREC)

Procedimiento: Al comienzo de la sesión se explica cómo es que se adquiere y se mantiene una conducta por medio de la imitación y el reforzamiento de algunas conductas, cuál es el tiempo en que se establece la misma como fija y cómo se automatiza.

En base a lo anterior, se hace una revisión de sus historias de consumo y autorregistros, enlazándolas con la teoría del aprendizaje social y el reforzamiento.

Posteriormente se explica a los asistentes al grupo cómo es que sus pensamientos pueden afectar su consumo y cómo es que éste se relaciona con sus emociones, dicho esto

se les explica qué son las afirmaciones positivas, dándoles ejemplos prácticos en la cesación de tabaquismo.

Finalmente, se cierra la sesión con la indicación de realizar durante la semana el registro de su consumo mediante el autorregistro, así como la realización de estilos de vida saludable, todo esto aunado a la aplicación de autoafirmaciones positivas como medios de preparación para la abstinencia.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y que conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisión.

Actividades

Actividad 1: Revisión AR y estilos de vida saludable

Actividad 2: Componentes químicos del tabaco

-Tabaquismo como adicción

-Daños a la salud

Actividad 3: Diferencia entre síndrome de abstinencia, duelo y desintoxicación

-Síndrome de abstinencia

-Duelo

-Proceso de desintoxicación

-Autoafirmaciones positivas de ánimo (autodiálogo eficaz TREC)

Actividad 4: Fecha de abstinencia

-Escritura Emocional autorreflexiva

Procedimiento:

Se lleva a cabo la revisión de consumo de tabaco de cada participante. Tomando esto como base y se explica cómo se va aumentando el consumo, como la nicotina a nivel cerebral crea tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia (física y psicológica) hecho por el cual se considera al tabaquismo una adicción. Aunado a lo anterior se da un panorama general de cómo afectan las sustancias contenidas en el tabaco a la salud.

Se propone a los miembros del grupo la fecha para la suspensión abrupta de su consumo de tabaco y se les informa de los probables síntomas que pueden presentar al abandonar su consumo, dejando en claro cuál es la diferencia entre el síndrome de abstinencia, desintoxicación o bien una enfermedad asociada al consumo de tabaco.

Es de suma importancia indicar de manera clara y precisa el uso de los registros del tratamiento en esta sesión, pues estos serán parte fundamental en el mantenimiento de la abstinencia.

Finalmente se le da cierre a la sesión indicando a los pacientes la elaboración de su carta de despedida (escritura emocional autorreflexiva).

Sesión 4

Objetivo: Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.

Actividades:

Actividad 1: Ejercicio de Respiración profunda

Actividad 2: Revisión AR y estilos de vida saludable

Actividad 3: Síntomas que se presentaron en el síndrome de abstinencia

Actividad 4: Lectura de la carta de despedida

Actividad 5: Terapia sustitutiva de nicotina (TSN)

Actividad 6: Autoafirmaciones positivas de ánimo (autodiálogo eficaz TREC)

Procedimiento: Es una sesión de contención por lo que debe iniciarse con un ejercicio de relajación que ayude a los participantes a disminuir sus molestias generadas por el abandono del tabaquismo.

Una vez realizada la respiración profunda se lleva a cabo la revisión de registros haciendo énfasis en las estrategias usadas para mantenerse sin fumar, en cada una de las situaciones estresantes cotidianas, se refuerzan las que han sido productivas y saludables y se desalientan las que no lo son, si hubo problemas en este punto se pueden llevar a cabo ejercicios de juego de roles, para mostrar estrategias más efectivas.

Se da lectura a sus cartas de despedida al cigarro, haciendo una revisión de los pensamientos irracionales, emociones producidas por el duelo y se comentan algunas de las

formas eficaces para manejar las emociones generadas por la pérdida de su anterior estilo de vida.

Finalmente se le va indicando a cada paciente si requerirá o no TSN de acuerdo a su consumo de tabaco, se le recuerda a los pacientes de la importancia de su autodiálogo interno, pues si se desalientan a sí mismos, difícilmente logran mantenerse sin fumar.

Sesión 5

Objetivo: Desarrollar habilidades que faciliten a los asistentes al grupo el afrontamiento de abstinencia, desintoxicación y duelo

Actividades

Actividad 1: Revisión AR y estilos de vida saludable

Actividad 2: Revisión de síntomas de abstinencia, duelo y desintoxicación

Actividad 3: Relajación con visualización dirigida

Actividad 4. Ensayo de conductas

Procedimiento: La sesión cinco está encaminada a identificar los recursos con los que ya cuenta el paciente para hacer frente a situaciones estresantes y reforzarlas de ser necesario, así como también se muestran nuevas estrategias como visualización dirigida y el ensayo de conductas como medios de control del estrés, de tal suerte que se retoman temas anteriores para darles nuevas formas de solución.

Finalmente concluye esta sesión haciendo énfasis en la motivación del paciente para lograr sus objetivos.

Sesión 6

Objetivo: Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia

Actividades

Actividad 1: Revisión AR y estilos de vida saludable

Actividad 2: Revisión de síntomas de abstinencia, desintoxicación y duelo

Actividad 3: Relajación con visualización dirigida y autodiálogos eficaces

Actividad 4: Ensayo de conductas

Procedimiento: El terapeuta debe estar sumamente atento para identificar situaciones y sentimientos que pongan al paciente en riesgo de volver a fumar, posterior a esto ayuda al paciente a hacerse consciente de ellas y generar en conjunto estrategias de solución reforzando las estrategias antes vistas.

Sesión 7

Objetivo: Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismo

Actividades

Actividad 1: Revisión AR y estilos de vida saludable

Actividad 2: TREC y abstinencia

Actividad 3: Aprendizaje

Actividad 4: Autoafirmaciones positivas de ánimo (Autodiálogos eficaces TREC)

Procedimiento: Se revisan nuevamente situaciones, conductas y pensamientos cotidianos del paciente, así como las teorías del aprendizaje y se hacen hincapié en la relación en el vínculo que se tiene al accionar una conducta e interiorizarla como un éxito que llevara al paciente a percibirse eficaz y esta introyección generará a su vez la reestructuración cognitivo-conductual-racional. De igual forma se identifican las conductas que podrían propiciar un reinicio del consumo, para posteriormente recomendar soluciones alternas eficaces y saludables.

Sesión 8

Objetivo: El terapeuta inicia la sesión grupal explicando la diferencia entre que es una recaída y un tropezón, y cuáles son las situaciones que podrían llevar a los ex-fumadores a recaer, así mismo les brinda estrategias de prevención, como son el autorregistro, la visualización y la escritura autorreflexiva.

Como conclusión se hace el cierre grupal haciendo énfasis en la realización de los seguimientos para reforzar conductas que mantengan la abstinencia.

Sesiones de seguimiento (15, 30 días y 3 meses)

Objetivo: Que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como la adherencia a su tratamiento médico.

Actividades

Actividad 1: Temas relacionados con la salud

Actividad 2: Apoyo en el éxito

Actividad 3: Atención a los diálogos internos

Actividad 4: Seguimiento médico (cada 6 meses)

Actividad 5: Ensayo de conductas sanas

Actividad 6: TREC

Actividad 7: Canalización a otras especialidades médicas

Actividad 8: Información sobre nuevas alternativas de tratamiento

Procedimiento: Se cita con anticipación a los pacientes y se abordan diferentes temas dependiendo de las necesidades específicas de cada uno, de no ser posible una reunión, se les da a los pacientes seguimiento vía telefónica.

PARTICIPANTES

Se atendieron 35 pacientes con Tabaquismo Crónico; 15 de ellos abandonaron el tratamiento sin finalizarlo; 8 de esos pacientes manifestaron que los motivos de su deserción han sido personales (trabajo, distancia, horario, hijos, dinero) y los 7 participantes restantes desertaron debido a que su motivación por el abandono del tabaquismo no era la suficiente para iniciar la preparación para el cambio. De los 20 consumidores restantes, fueron 7 mujeres y 6 hombres (N=13) con edad promedio de 45 a 50 años los que concluyeron el tratamiento satisfactoriamente, es decir, lograron la cesación de su tabaquismo y permanecen en abstinencia; es importante mencionar que la media de evaluación basal de estos 13 consumidores era de 15 a 20 cigarros por día. Como parte de su tratamiento, se les realizó los seguimientos correspondientes y muestran agrado con su estilo de vida sin fumar. Los otros 7 usuarios (4 hombres y 3 mujeres de 55 a 60 años con

un consumo de 24 a 28 cigarros por día al momento de la evaluación inicial) concluyeron el tratamiento con la reducción de su consumo, han logrado el mantenimiento de la tasa de consumo con la que finalizaron la cual en promedio es de 1 a 5 cigarros por día; como efectos positivos directos y colaterales a su reducción de ingesta, todos los pacientes observaron mejorías en su salud, en sus relaciones interpersonales y en la regulación de sus emociones.

Además de la atención de pacientes con tabaquismo crónico en la Clínica contra el Tabaco del Hospital General de México, O. D., se realizaron múltiples actividades:

- Se ofrecieron pláticas informativas sobre el tabaquismo, sus daños y tratamiento a los pacientes que se encuentran en las salas de espera de los distintos pabellones del nosocomio.
- Se participó en la organización de congresos relacionados con el tabaquismo
- Se asistió a los distintos foros y conferencias sobre tabaquismo y/ o otras sustancias
- Se capacitó al personal de pregrado que rota por la Clínica contra el Tabaco en temas referentes al proceso adictivo, fundamentos teóricos y tratamiento de la conducta adictiva.

D) MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Es un programa que proporciona una opción de tratamiento a los bebedores problema o bebedores en riesgo.

Este modelo es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El usuario detecta los problemas relacionados con su consumo excesivo, desarrolla un plan general para la solución de problemas para enfrentarse a las situaciones de consumo excesivo y lograr cambios en su comportamiento (Ayala, Echeverría, Ruiz, Salazar, y Tiburcio, 2005).

Las características principales de esta aproximación son:

1. *Evita calificar* o etiquetar a las personas.
2. *No confronta* a la persona, sino escucha en forma reflexiva y analiza la información, a fin de que el cliente se concientice sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de consumo excesivo de alcohol.
3. *Proporciona retroalimentación* objetiva no amenazante a los clientes para evitar la resistencia.
4. Informa y orienta a los clientes acerca de cómo *es posible el cambio de sus hábitos*.

5. Permite a los clientes intervenir en la *selección de metas* y la planeación del tratamiento

El enfoque del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* ayuda a los clientes a: fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones. Este modelo ayuda a los pacientes a enfrentar problemas de salud, por ejemplo: proporcionando información básica, consejo, motivando, monitoreando las condiciones para el cambio, retroalimentando y dando seguimiento.

El programa de *Auto-Cambio Dirigido* fue desarrollado por científicos de la *Addiction Re-search Foundation*, de Toronto, Canadá, fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores, para utilizarlo en nuestro país.

El **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema** consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. De manera general en las seis sesiones del Modelo se consideran los siguientes aspectos:

- a) **Admisión:** Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento

- b) **Evaluación:** Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo
- c) Paso 1: **Decisión de cambio y establecimiento de metas.**
- d) Paso 2: **Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.**
- e) Paso 3: **Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol.**
- f) Paso 4: **Nuevo establecimiento de metas.**

El profesional de la salud puede ayudar en la consulta a sus clientes que presentan problemas por su forma de beber, a resolver problemas, dirigiendo sus lecturas y comentando con ellos sus respuestas a cada ejercicio. La duración aproximada de cada sesión del tratamiento es de 45 minutos y se requieren cuatro sesiones, a fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio, registra su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo (abstinencia o moderación), identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.

SEGUIMIENTOS

El principal propósito de realizarlos es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario y obtener indicadores que demuestren la eficacia del modelo.

•1 y 3 meses: se hace una entrevista para revisar el autorregistro y se analizan las estrategias usadas y los problemas relacionados. A los tres meses se emplea la LIBARE.

•6 meses: además de lo anterior, se aplica la Entrevista de Seguimiento del Usuario y la Entrevista de Seguimiento del Colateral

•12 meses. Además de las actividades anteriores se aplica la escala BEDA, CCS y la prueba Pistas.

Las características centrales de las sesiones combinan:

- Técnicas de auto-control
- Análisis funcional del consumo (identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de beber de bajo y alto riesgo).
- Reestructuración cognoscitiva
- Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de ingestión.

Instrumentos

Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998): Diseñada para medir la dependencia en población adulta que abusa del alcohol.

Psicométricamente cuenta con estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest, pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol, es probable que sea sensible para detectar cambios en dependencia.

El tiempo promedio de aplicación es de cinco minutos y consta de 15 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert de cuatro puntos:

- “NUNCA”, si nunca ha estado en esa situación = 0 pts.
- “ALGUNAS VECES”, si algunas veces ha estado en esa situación = 1 pto.
- “FRECUENTEMENTE”, si ha estado en esa situación con frecuencia = 2 pts.
- “CASI SIEMPRE”, si ha estado casi siempre en esa situación = 3 pts.

El puntaje puede ir de 0 a 45 puntos que se interpretan de acuerdo a las siguientes categorías:

1 – 10 pts. = Dependencia Baja

11 – 25 pts. = Dependencia Media

Entrevista Inicial: Es una entrevista semi-estructurada diseñada para este tratamiento en particular cuyo objetivo es ayudar al terapeuta a conocer las características e historia del usuario para una adecuada planeación del tratamiento y que permite al terapeuta: identificar el motivo de consulta; explorar la etapa de disposición al cambio; y recolectar información sobre historia y patrón de consumo, consecuencias relacionadas con el consumo, situaciones de consumo, características clínicas que sugieran dependencia severa, contraindicaciones para consumir alcohol, uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar, historia de síntomas físicos y situación laboral.

Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE), (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper 1979; adaptada por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Diseñada para ayudar al usuario que inicia tratamiento a recordar su patrón de consumo; permite obtener registros precisos del consumo antes, durante y después del tratamiento. Psicométricamente se ha demostrado que es un instrumento adecuado, sin embargo, el reporte en forma retrospectiva es vulnerable a errores de memoria del usuario.

La LIBARE requiere que la persona estime retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un período específico (12 meses). Consiste en un calendario y se le pide al usuario que reporte el número de copas estándar consumidas cada día.

Proporciona medidas directas y precisas de los niveles de consumo individual, puede ser utilizada para medir cambios en los niveles de consumo durante y después del tratamiento. Puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte; su llenado requiere de 25 a 30 minutos aproximadamente. Pueden utilizarse apoyos como días clave, días de abstinencia, situaciones particulares de riesgo y se deben establecer los límites de consumo (mínimo y máximo de copas consumidas por ocasión), para lo cual, si el usuario no es capaz de establecerlos, el entrevistador puede utilizar la “técnica de la exageración”.

Los datos obtenidos por día pueden ser promediados o sumados para determinar variables como:

- Número total de días de consumo
- Número total anual de copas estándar consumidas
- Promedio de tragos consumidos por día
- Número máximo de copas tomadas en un día en los últimos 90 días
- Porcentaje de días de abstinencia
- Porcentaje de días de consumo bajo, moderado y excesivo.

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA); (Annis, 1982; 1986; en Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un instrumento que permite medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída.

En base al análisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, puede utilizarse como herramienta para planear el tratamiento, pues proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo para el

individuo. Para investigación, el ISCA es un instrumento que permite el estudio de los resultados de un tratamiento, así como del proceso de recaída.

El tiempo aproximado para contestarlo es de 20 minutos; su aplicación puede ser individual o grupal y lo puede aplicar el entrevistador o ser auto-aplicado. El ISCA es un cuestionario que consta de 100 reactivos diseñados para medir ocho categorías o situaciones de consumo de alcohol, divididas en dos grupos:

- Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad de consumo)
- Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión social, momentos agradables).

Cada reactivo se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos:

Si “NUNCA” bebió en exceso en esa situación = 0 pts.

Si “OCASIONALMENTE” bebió en exceso en esa situación = 1 pto.

Si “FRECUENTEMENTE” bebió en exceso en esa situación = 2 pts.

Si “CASI SIEMPRE” bebió en exceso en esa situación = 3 pts.

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría. Los puntajes obtenidos pueden ser transformados en un puntaje final llamado “índice del problema”, dividiendo cada subpuntaje entre el puntaje máximo posible en cada subescala y multiplicándolo por 100.

0 pts. = Bajo Riesgo

1 – 33 pts. = Riesgo Moderado

34 – 66 pts. = Alto Riesgo

67 – 100 pts. = Muy Alto Riesgo

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) (Annis & Martin, 1985; adaptada por Echeverría & Ayala, 1977): Se creó como un instrumento para que el terapeuta mida, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. Igualmente, puede ser empleado para la investigación enfocada en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída (auto-eficacia/situaciones de riesgo).

El CCS fue diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación a la percepción del usuario para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de auto-reporte que consta de ocho reactivos que

equivalen a las ocho categorías evaluadas en el ISCA y que a su vez pueden agruparse en dos grupos: Situaciones personales y situaciones de grupo.

Los puntajes en cada categoría van de 0 a 100%; el usuario marca en una línea continua, en una escala de 0 a 100%, qué tan capaz se siente de controlar su forma de beber en cada una de las situaciones.

0 – 20% = No tiene o tiene poca confianza de poder resistir el consumo ante esa situación

80 – 100% = bastante confianza o seguridad para controlar el consumo Excesivo ante esa situación.

Auto-registro de la conducta de consumo (Ayala & Echeverria, 1997): Requiere que el usuario anote rutinariamente varios aspectos de su conducta de consumo, así como los eventos relacionados a éste (necesidad de consumo, consecuencias). Este registro proporciona retroalimentación al usuario sobre su conducta y se ha sugerido que el sólo hecho de registrar la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado. Requiere que el usuario lleve un diario en el que registre diferentes aspectos relacionados con su consumo:

- Episodios de consumo
- Cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo

- Circunstancias asociadas con el consumo (lugar, estado de ánimo, consecuencias a corto y largo plazo, etc.)
- Pensamientos y necesidad de consumo

PARTICIPANTE

Usuaría de sexo femenino, soltera, de 18 años de edad, llegó al CEPREAA en noviembre de 2009. Estudiante del curso de preparación para el examen de ingreso a la UNAM en el ciclo escolar 2010- 2011; además acudía diariamente a su curso de inglés.

Resultados de su tratamiento:

BEDA: 11 puntos \approx dependencia media

Número máximo por ocasión= 24 C. E

Número mínimo por ocasión= 2 C. E

Consumo total anual = 1, 143 copas estandar ~ 63 botellas de 1 lt

El Tratamiento para Bebedores Problema que se le otorgó a esta usuaria se completó en sus 4 componentes y en los respectivos seguimientos del primer, tercer y sexto mes. La usuaria logró disminuir su consumo de alcohol de un promedio de 6 tragos por ocasión de consumo a dos tragos por ocasión, reduciendo la frecuencia de sus consumos a una ocasión por semana.

CAPITULO 3

REPORTE DE CASO ÚNICO EN EL MODELO DE DETECCIÓN

TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES

PROBLEMA

CASO correspondiente al **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**

Sede

Centro de Prevención y Atención de las Adicciones (CEPREAA). Este centro desde 1993 ofrece modelos de tratamiento de Intervención breve dirigidos a evitar el desarrollo de la dependencia severa en personas que consumen alcohol, tabaco y/o drogas ilegales y a modificar tanto conductas y pensamientos negativos asociados al consumo de sustancias.

Participante

Mujer de 24 años que es referida del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”. Su motivo de Consulta es el siguiente: “acudo porque tengo problemas con el alcohol y quiero solucionarlos”. Llega al CEPREAA el 14 de mayo del 2010, fue necesario aplicar todos los instrumentos de evaluación para explorar cada detalle de su patrón de consumo y de las consecuencias asociadas a este. Tras los resultados de la evaluación y con la ayuda de la Entrevista, se decide su tratamiento en el Programa de Bebedores Problema.

1.- Admisión

Objetivo: Conocer el motivo de consulta de usuario, conocer las características de consumo de alcohol, identificar la etapa de cambio y verificar criterios de inclusión; se aplicó el BEDA

BEDA: 15 pts: Dependencia Media

Entrevista inicial: motivo de consulta de la usuaria :

- « Estoy aquí para controlar mi forma de beber y evitar los problemas familiares y de salud »
- A los 17 años estuvo por 9 meses en un programa de 4to y 5to paso; refiere que tanto su padre como su hermano son consumidores de alcohol y que no la presionan para consumir pero reconoce disfrutar el beber cerveza con ellos.
- Comenta que tiene un vecino que es distribuidor de drogas y que en años pasados le ofreció consumir cocaína e inhalables, los cuales aceptó y consumió en esa ocasión y a decir de ella no los ha vuelto a consumir.
- La usuaria comenta que en su forma de consumir influía la relación con el que en ese entonces era su novio pues su cantidad de consumo de él, la disponibilidad del dinero, del tiempo y los momentos agradables juntos, la hacían no controlar ni contar cuantas cervezas se tomaba.

Razones por las cuales desea dejar de consumir:

1. tener mejor relación familiar, en especial con su madre quien no es consumidora de alcohol o de alguna otra sustancia.
2. controlar consumo
3. mejorar estado de salud tanto físico como mental

Etapa de cambio al momento de la Admisión: Precontemplación, ella sólo quiere moderarse; anula el dejar de consumir; le agrada el alcohol pero sabe los riesgos y las consecuencias.

2.- Evaluación

Objetivo: Conocer con mayor detalle las características del consumo de alcohol, así como otros aspectos que pudieran ser de interés clínico; se aplicaron: Entrevista Inicial, y LIBARE. Se le entregó el CCS, el auto-registro y la lectura del paso 1 para que los contestara y se revisaran la próxima sesión. No se le entregó el ISCA debido al límite del tiempo rebasado en la sesión; la usuaria se presentó con necesidad de escucha. El ISCA quedó pendiente para la sesión siguiente junto con la revisión de la tarea 1 “Decidir cambiar y establecimiento de metas”.

Resultados Evaluación pre-tx

- **Tabla 1. Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol**

Mes	Copas Estándar
may-09	14
jun-09	14
jul-09	80
ago-09	90
sept-09	90
oct-09	90
nov-09	80
dic-09	29
ene-10	28
feb-10	25
mar-10	9
abr-10	11
may- 10	13
Total =	573 C. E.

Descripción de Datos:

Número máximo por ocasión= 10 C. E

Número mínimo por ocasión= 2 C. E

Número máximo de días de abstinencia = 297 días

Días totales de consumo = 68

Meses de mayor consumo= agosto- septiembre y octubre del 2010 con 90 C. E por mes

Consumo promedio por ocasión de consumo= 8. 4 C. E

Consumo total anual = 573 copas estandar ~ 26 botellas de 1 lt

Días de mayor consumo = Martes y Sábado

Figura 1. Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol de la usuaria

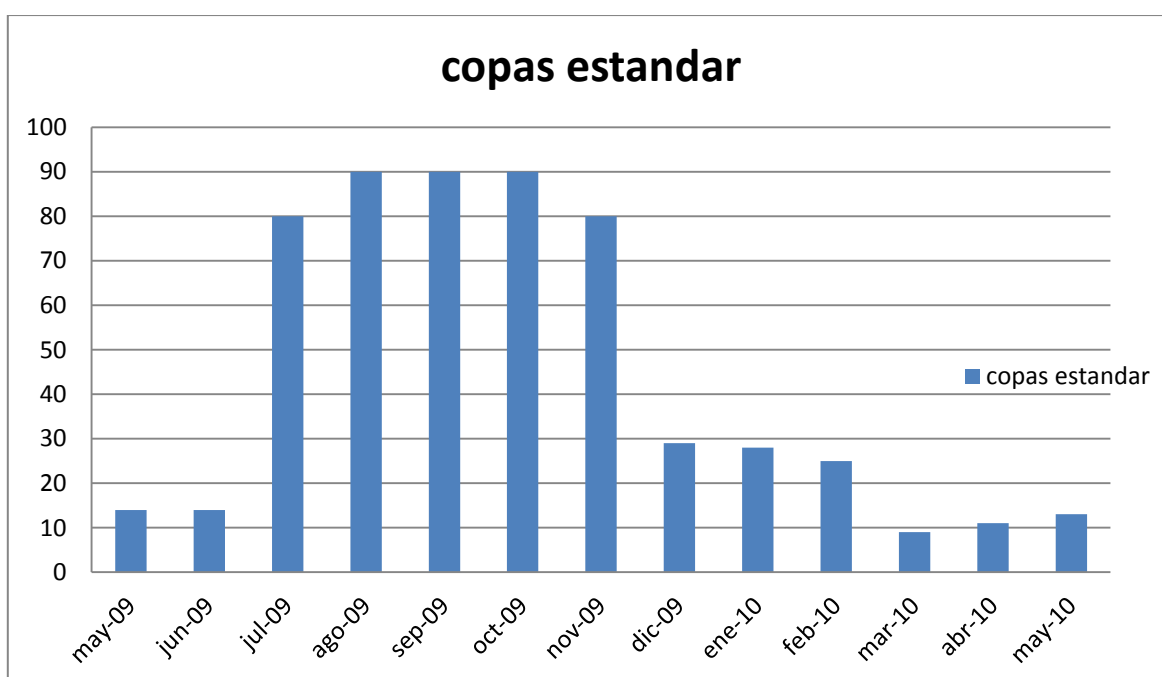


Fig. 1. Se puede observar que los meses de mayor consumo son agosto, septiembre y octubre con (90 C. E), julio y noviembre (80 C.E) y los meses de menor consumo son marzo, abril y mayo del 2010.

Tabla 2. % obtenidos ISCA y CCS:

	ISCA	CCS
Emociones desagradables	31.66	30%
Malestar físico	13.33	80%
Emociones agradables	53.33	30%
Presión social	60	55%
MAO	46.66	25%
Probando autocontrol	60	10
Necesidad física	56.66	10

Figura 2. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y Cuestionario de Confianza Situacional de la usuaria

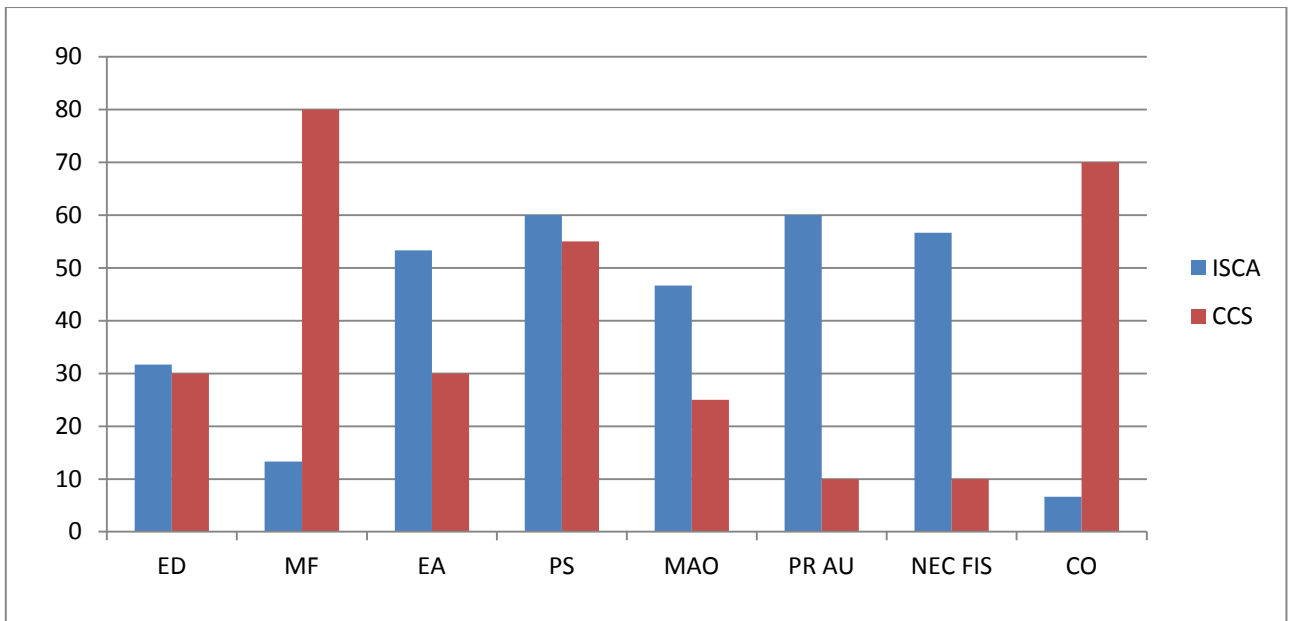


Figura 2. Se observan que las situaciones de mayor consumo y en las que se presenta una menor autoeficacia para rehusarse al consumo del alcohol son probando autocontrol, necesidad física, EA y MAO; mientras que las situaciones de menor consumo y mayor autoeficacia son: malestar físico, conflicto con otros y presión social.

Tabla 3. Características de la usuaria

Recursos	Déficits
Motivación	Familia Consumidora
Decisión de cambio	No necesita dinero para consumir
No presenta consumo por consumo con otro	Amigos consumidores
Conoce situaciones de riesgo	Sin red de apoyo
Habilidades de socialización que le ayudan a formar redes de apoyo	Disponibilidad de la sustancia en casa
Tiene momentos agradables sin consumo	Agrada sabor y efecto de la cerveza

3.- Resumen del Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas

Objetivo: Que la usuaria reflexione sobre su consumo de alcohol y encuentre las razones para moderar o suspender su consumo, ayudar a explorar y reducir la ambivalencia normal que experimentan los individuos cuando contemplan un cambio importante en su estilo de vida y que el usuario establezca su primera meta de consumo, la cual intentará alcanzar en las siguientes semanas. Se llevó a cabo: la revisión del ISCA ; revisión del auto-registro, analizando situaciones de consumo y estrategias empleadas; revisión y análisis de los ejercicios del paso 1, decisión de cambio, razones para cambiar y establecimiento de metas; identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción.

Ante la revisión de los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) la usuaria sólo asintió y reconoció que en dichos momentos es cuando presenta mayor riesgo y consumo, así mismo, se sorprendió al ver los resultados de la Línea Base Retrospectiva para el consumo de Alcohol (LIBARE).

Se aplica manejo de la ambivalencia para la realización del Balance Decisional con la reestructuración cognitiva; de esta forma fue que la usuaria pudo completar el llenado de su ejercicio.

Se le revisa su auto-registro; el viernes 20 de mayo estando con su compañero de trabajo en un bar consumió 6 cervezas por sensaciones internas positivas y momentos agradables con otros. Sólo presentó este único consumo y es de importancia mencionar que presentó deseo de consumir pero lo controló pensando en las consecuencias negativas de hacerlo.

Logró cumplir la meta propuesta de 1 sola ocasión de consumo a la semana y de 6 copas estándar por ocasión; se le retroalimenta, se le escucha y se le pregunta su sentir sobre su logro.

Tabla 4. Ejercicio Balance Decisional

	<i>Cambiar mi forma de Beber</i>	<i>Continuar con mi forma de Beber</i>
<i>Beneficios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de salud • Aumento de dinero en mi 	Obtener diversión y efecto del alcohol

	bolsa <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar relación familiar • Mejorar estado físico y rendimiento 	
Costos	La desaparición de la sensación que causa el efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares • Problemas de salud física y/o mental • Futuros problemas de dinero

Resumen de la sesión 2. Identificar situaciones de riesgo

objetivo: que el usuario identifique 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 esa forma de consumo y que el usuario reconozca las situaciones que se asocian con su modo de beber.

- Se presenta puntual, cooperadora, sonriente y congruente con su discurso. Se hace rapport y se vincula la sesión anterior con la actual.
- Se revisa su autorregistro así como las situaciones de consumo identificadas, se hace un análisis de los precipitadores y se devuelve a la usuaria la información

encontrada. De esta forma se da inicio formal al paso 2 del tratamiento de *bebedores problema*.

- Se comienza por explorar la comprensión de la usuaria hacia el folleto, se le cuestiona sobre la metáfora de la “*montaña del éxito*”, se escucha su propia interpretación y se va ligando a su situación de consumo.

Adentrándonos a los ejercicios, la usuaria logra identificar tanto los disparadores que favorecen su consumo excesivo y las consecuencias inmediatas y demoradas así como las negativas y las positivas.

Tabla 5. Situaciones que favorecen el consumo excesivo de la usuaria, disparadores y consecuencias

Situaciones de consumo excesivo	disparadores	consecuencias
1. Cuando sale a divertirse con sus amigos 2. Semana “pesada”	Ext: MAO, disponibilidad del alcohol Int: EA (bienestar, en confianza) y Sen Fis (tensión)	Físicas: mareo, vómito, somnolencia, deshidratación, memoria borrosa y “pequeñas caídas” Sociales: Madre

- La usuaria reporta que tanto la autoconfianza que experimenta en lograr la meta establecida y la importancia en alcanzarla se encuentran en un 75%.

Se hace resumen de la sesión actual y se entrega el folleto 3 *“Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”* para la realización de su lectura.

Se le retroalimenta con comentarios positivos por el manejo en la identificación de precipitadores y situaciones de riesgo

Se le da cita para la próxima sesión

Resumen de la sesión 3 “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”

Objetivo: desarrollar estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo

Se presenta la usuaria puntual, cooperadora, sonriente y congruente con su discurso. Se hace rapport y se vincula la sesión anterior con la actual.

Se revisa su autorregistro y se pregunta cómo estuvo su semana en general.

Después de la introducción a la sesión de hoy se revisa la lectura del folleto y se procede a la realización de los ejercicios incluidos en el material. Con este tópico la usuaria propone planes de acción realistas para la adecuada modificación de su conducta adictiva y a través de la reestructuración cognitiva y búsqueda de lo positivo es como establece que su principal plan de acción sea el controlar su consumo a 3 tragos por ocasión siendo esta una sola vez a la semana, dichos tragos los alternará con vasos de agua. Además, la usuaria plantea la realización de otras actividades como el bailar, el platicar, y el seguir las sugerencias que se le brindaron para automonitorear su consumo durante su ocasión de consumo. Se identificó como factor protector la compañía de su madre.

En esta sesión se muestra interesada por modificar su consumo y controlar los disparadores internos y externos (los síntomas del efecto del alcohol, disminuir la frecuencia de asistencia a fiestas, reunirse con sus amigos en otro contexto libre de alcohol, con amigos no consumidores y evitar lugares con la disponibilidad de la bebida).

Así mismo, se comprometió a contabilizar los tragos que ingiere y a respetar su patrón de consumo actual correspondiente a 1 ocasión por semana y a consumir 3 tragos por ocasión.

Se hace resumen de la sesión, se le devuelve su autorregistro, se le otorga el folleto 4 y se le recuerdan las sugerencias para un consumo moderado.

Resumen de la sesión 4 “nuevo establecimiento de metas”

Objetivo: identificar situaciones probables de alto riesgo que pudieran ocurrir en el futuro

Objetivos específicos:

- Que el usuario establezca por segunda vez su meta y solicite sesiones adicionales si lo considera necesario
- Que el usuario dé su opinión sobre el programa y que haga un resumen del mismo

EAR se presenta puntual, cooperadora, sonriente y congruente con su discurso. Se hace rapport y se vincula la sesión anterior con la actual.

Se revisa su autorregistro y se observa que no hubo consumo ni apetencia durante la semana a lo que la usuaria comenta su sentir y satisfacción porque a decir de ella dejar de consumir cerveza “no es fácil pero no imposible”. La usuaria se fija metas a corto y largo plazo sobre su vida laboral y académica y continúa con el interés puesto en cambiar su manera de consumir, en esta ocasión, la usuaria decide la abstinencia.

Se realiza la gráfica correspondiente al consumo total; se observa un claro descenso del consumo, se le cuestiona su opinión y EAR comenta sentirse tranquila y contenta con los cambios obtenidos y con el saberse eficaz para concretar un tratamiento.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Figura 3. Autorregistro de Consumo de la usuaria



Fig. 3. Autorregistro de consumo de alcohol de la usuaria, se observa un notable decremento de consumo durante las sesiones de tratamiento y un mantenimiento estable en las sesiones de seguimiento

Figura 4. Breve Escala para la Dependencia al Alcohol

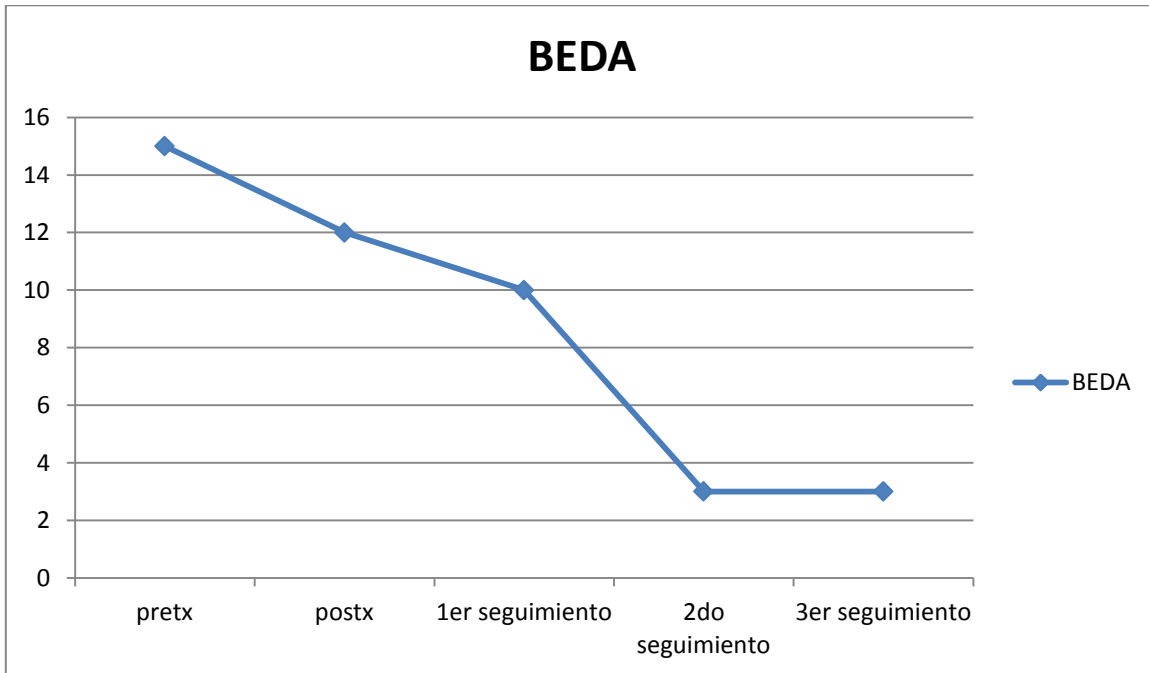


Figura 4: la puntuación obtenida a lo largo del tratamiento nos evidencia un descenso importante en la dependencia al alcohol de la usuaria

Figura 5. Cuestionario Breve de Confianza Situacional

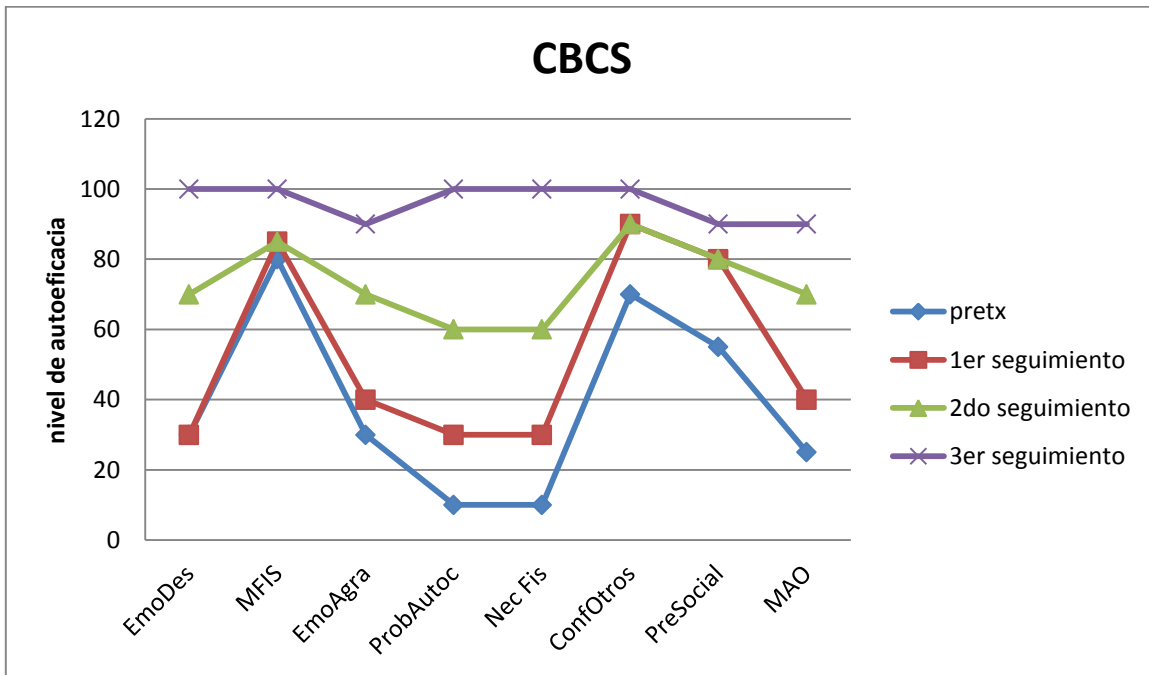


Fig. 5: puntuación del CBCS a lo largo del tx para Bebedores Problema. La autoeficacia era baja al inicio del tx pero se va incrementando durante los planes de acción establecidos en las sesiones y logra mantenerse alta en los seguimientos

SEGUIMIENTOS

El principal propósito de realizarlos es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario y obtener indicadores que demuestren la eficacia del modelo.

Cita del primer seguimiento (1 mes)

La usuaria se presenta puntual, cooperadora y atenta como de costumbre; se indaga sobre su estado en general, se le cuestiona sobre su consumo para revisar si se ha mantenido en el patrón previamente decidido y establecido por la usuaria y, se confirma su compromiso personal. El patrón de consumo de la usuaria continúa siendo el que estableció en el 4to paso “nuevo establecimiento de metas”, es decir, la abstinencia.

Comenta que le ha sido de utilidad el recordar las consecuencias negativas asociadas a su consumo, ella misma cuenta los tragos que ingiere, emplea búsqueda de lo positivo de permanecer sin consumo y evita el asociar el consumo de alcohol con consecuencias positivas.

*Se realiza la prueba del alcoholímetro para comprobar la inexistencia de alcohol en sangre y el resultado obtenido es negativo.

- Se deja fecha para el segundo seguimiento

Cita del segundo seguimiento (3 meses)

Se presenta la usuaria EAR puntualmente a cita; se establece rapport y se da comienzo a la sesión del segundo seguimiento. Se explora el patrón de consumo en los últimos tres meses por medio de la *Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol*, se niega la presencia de disparadores internos y externos del consumo así como las consecuencias asociadas.

Al cuestionar a la usuaria sobre sus planes de acción, ella menciona el estar siguiendo lo acordado, es decir, mantener su abstinencia, y lo logra a través de la realización de actividades agradables no relacionadas con el consumo con personas no consumidoras e interesadas en la práctica del Yoga; además, ha dejado de asistir a las fiestas y reuniones en las que la disponibilidad del alcohol era alta y en su casa, controla su consumo al estar cercana a su madre pues disfruta de su plática, compañía y escucha. De igual forma, tanto su hermano como su padre consumen alcohol cuando ella no está presente y en las reuniones familiares se entretiene platicando con sus primas y no le ofrecen ni le insisten en consumir alcohol.

EAR refiere que ahora puede tener, sensaciones agradables, confianza en sí misma y la seguridad de que, tanto su diversión como un ambiente familiar agradable no dependen del consumo del alcohol.

*Se realiza la prueba del alcoholímetro para comprobar la inexistencia de alcohol en sangre y el resultado obtenido es negativo.

- Se le cuestiona si tiene alguna duda u otro comentario y se le da cita dentro de tres meses para su 3er seguimiento, 6 meses pos-tx

Cita del tercer seguimiento (6 meses)

Se presenta la usuaria EAR puntualmente a cita; se establece rapport y se da comienzo a la sesión del segundo seguimiento. Se explora el patrón de consumo en los últimos tres meses por medio de la *Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol*, se

niega la presencia de disparadores internos y externos del consumo así como las consecuencias asociadas.

A decir de la usuaria su meta de tratamiento se ha mantenido firme y estable pues comenta no encontrar obstáculos o dificultades de ningún tipo para cumplirla y continuar en abstinencia incluso, mientras estando en su casa, su padre y hermano consumen cerveza o pulque.

A lo largo de estos tres meses transcurridos desde su segundo seguimiento, la usuaria ha realizado diversas actividades de su agrado de tipo cultural, artístico, deportivo y de entretenimiento, todas las actividades son totalmente incompatibles con el consumo y proporcionan bienestar y tranquilidad a la usuaria.

En el aspecto laboral, menciona sentirse feliz por estar terminando un curso en masajes reductivos y por tener clientas que le solicitan su servicio. El dinero que gana lo invierte en continuar su capacitación y en la adquisición de su material de trabajo.

En el área académica comenta no deber ninguna materia y no falta a sus asesorías o foros de discusión. Está cursando el 4to semestre en Letras Prehispánicas.

En cuanto a su vida personal refiere estar saliendo con un chico de 25 años que conoció en su anterior trabajo en el MUTEK y que se siente tranquila al estar a su lado pues es una persona no consumidora de alcohol o de alguna otra sustancia adictiva.

En general, se observa coherencia y congruencia en el pensamiento y comportamiento de la usuaria; su apariencia física y anímica se notan saludables. EAR menciona sentirse activa, contenta, ocupada y distraída del consumo y las consecuencias negativas asociadas.

*Se realiza la prueba del alcoholímetro para comprobar la inexistencia de alcohol en sangre y el resultado obtenido es negativo.

CONCLUSIONES

Las intervenciones breves de corte cognitivo conductual contemplan el problema del consumo excesivo como el resultado de un aprendizaje y de patrones de conducta que pueden ser modificados. Para “desaprender” una conducta, como lo es utilizar el alcohol para reducir la ansiedad o para ser más agradable socialmente, primero se deben identificar las situaciones que llevan al usuario a beber en exceso y se deben romper estas asociaciones para generar conductas mas adaptativas y sanas.

En estos modelos de tratamiento el terapeuta ayuda al usuario a tratar sus debilidades en otras áreas de su vida, lo acompaña durante su proceso de rehabilitación y lo enseña a ser activo, creativo, a mantener relaciones saludables, a ser asertivo, a rechazar el consumo excesivo a afrontar sus deseos de beber y controlar su ingesta con las recomendaciones otorgadas y explicadas y, también se le enseña mejorar sus habilidades de comunicación para poder manejar sus emociones.

Las Intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol constan de un mínimo de sesiones de tratamiento y muestran resultados inmediatos que se mantienen en el tiempo.

Con los datos obtenidos en el tratamiento se concluye que la intervención realizada fue positiva y de gran utilidad para la usuaria porque generó cambios no sólo en su consumo de alcohol sino en su vida familiar, social, académica, laboral y personal. Dentro de algunos de los cambios reportados por la usuaria se mencionan los siguientes:

a) Cambios en el consumo de alcohol:

- Al comienzo del tratamiento, la usuaria aumentó el tiempo para beber entre copas
- Adicionó a su modo de consumir las recomendaciones para un consumo moderado y generó planes de acción que realizó eficientemente
- Refiere haber comenzado a disminuir su consumo y evitar amistades y momentos en los que el alcohol estaba presente
- Por último, en las últimas sesiones del tratamiento, la usuaria cambió su meta inicial de consumo y prefirió mantener su abstinencia la cual se mantuvo hasta los seguimientos realizados.

b) Disminución de Riesgos:

- Dejo de consumir cantidades excesivas de alcohol que le generaban problemas en su salud
- Dejo de exponerse a que le sirvieran bebidas que ella no controlaba
- Disminuyo la probabilidad de sufrir accidentes automovilísticos
- No presento problemas de tipo sexual

c) Beneficios Colaterales

- Mejoró su rendimiento académico y deportivo
- Logró un ahorro económico
- Mejoró su relación familiar, especialmente con su mamá
- Amplió y enriqueció sus habilidades creativas

Con la información expuesta recientemente, puede decirse que las metas de consumo establecidas por la usuaria en su etapa de tratamiento se alcanzaron al 100% y se obtuvieron beneficios directos y colaterales que se mantuvieron aun en los seguimientos correspondientes. De esta manera, el tratamiento para Bebedores Problema que le fue otorgado a la usuaria tuvo impacto no solo en su conducta de consumo de alcohol, la cual fue controlada, sino también en áreas importantes de su vida como lo son la familiar, social, personal y laboral, entonces, las mejorías obtenidas son un factor protector de recaída.

La usuaria terminó el tratamiento permaneciendo estable en su decisión de dejar de consumir alcohol y manteniendo un cambio del que ella misma es responsable, así, se concluye que el tratamiento otorgado fue eficaz debido a que la usuaria logró el mantenimiento de su abstinencia durante el tratamiento y los seguimientos.

REFERENCIAS

- Annis, H. (1982). **Inventory of drinking situations**. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. (1986). **A relapse prevention model for treatment of alcoholics**. En Ayala, H., Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L. y Tiburcio, M. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Ayala, H & Echeverria, L. (1997). **Autorregistro de la conducta de consumo**. En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L, & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Babor, T., Koner, P., Wilbert, C. & Good. S. (1987). Screening and early intervention strategies for harmful drinkers: Initial lesson from the Amethyst Project. *Australian Drug and Alcohol Review*, 6, 139- 157.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self- Efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Brown, S. (1980). Expectations of Reinforcement From Alcohol: Their Domain and Relation to Drinking Patterns. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48: 336-344.
- Barragán L., Flores, M., Morales, S., González, J & Martínez M. (2006). Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del Terapeuta. UNAM. CONADIC.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conductuales y procedimientos clínicos*. México: UNAM.
- Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M., Vélez, A. & Ruiz, E. (2007). Alcohol y drogas en centros de trabajo. Un manual para la prevención.

México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P.

- Christiansen, B., Goldman, M. & Inn, A. (1982). Development of alcohol-related expectancies in adolescents: separating pharmacological from social-learning influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 336–344.
- Cruz S. (2001). “Efectos y mecanismos de acción de las drogas de abuso”. En: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, Editorial El Manual Moderno, México.
- Cruz, S. (2006). “El cerebro y el consumo de drogas”. *CINVESTAV*. 36- 45.
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas, de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1977). **Cuestionario de Confianza Situacional:** Traducción y Adaptación. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L, Oviedo, P. & Ayala, H. (1998). **Inventario situacional de consumo de alcohol**. En Ayala, H., Cárdenas, L., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, G., & Tiburcio, M. (2005). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Gillespie, M. A. (2007). I. Adolescent problem gambling: Developing a gambling expectancy instrument. *Journal of Gambling Issues*, 19: 51-68.
- Gillespie, M. A. (2007). II. The utility of outcome expectancies. *Journal of Gambling Issues*, 19: 69-84.
- Gonzalez, F. (1996). Consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 8: 257-267.
- Hunt, G., & Azrin, N. (1973). *A Community Reinforcement Approach to alcoholism*. *Behavioral Research and Therapy*. Inglaterra. Pergamon Press.
- Maestría en psicología profesional*. Programa de residencia en psicología de las adicciones. Recuperado en noviembre 2010, en <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia>.

- Lorenzo, P y Lizasoain, I. (2004).MDMA. *Pharmacol*, 15: 99- 105.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high risk situations por alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive- behavioral model. *Addiction*, 91, 37- 50.
- Miller, R. & Rollnick, S. (1991). ***Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior***. New York. Guilford Press.
- Miller, R. & Rollnick, S. (2003). ***La Entrevista Motivacional***. Barcelona. Paidós.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V., & Ayala, H. (2004). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas: Manual del terapeuta*. México: UNAM. CONADIC.
- Medina- Mora, ME; Natera, G; Borges, G; Cravioto, P; Fleiz, C y Tapia, R. (2001). Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y La Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. *Salud Mental*, 24, 4: 3- 19.
- Medina- Mora, ME. (2006). Las Adicciones. Medicina General. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Medina- Mora, ME; Rojas, E, y Villatoro, J. (2006). Prevención del Uso de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Medina –Mora, ME. Coordinadora. *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras cada año?*. El Colegio Nacional. México. 2010
- Nanni, R. (2009). ***Tratado de Patología Dual***. Bioquimed. México
- National Institute of Drug Abuse. *Amphetamine abuse*. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina>. 2007
- National Institute of Drug Abuse. La Marihuana. Recuperado en Diciembre 2009, en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/la-marihuana>
- National Institute on Drug Abuse. *Serie de Reportes de Investigación: Cocaína: abuso y adicción*. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion>. 2011
- Norma Oficial Mexicana (NOM- 028- SSA2- 1999). Recuperado en abril, 2011, de www.salud.gob.mx

- Ocampo, M., Magallán, A., Villa, T., Cuevas, E. (2007). *Manual de la Clínica contra el Tabaquismo en un hospital de tercer nivel*. Terapia breve cognitivo- conductual.
- Océano Uno (1991). *“Diccionario Enciclopédico Ilustrado”*. Editorial Océano. España
- Programa Piloto del Módulo de Psicofarmacología de las Adicciones. Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero- Marzo 2011.
- Prochaska, J., & DiClemente, C(1983). Stages and Processes of selfchange of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 51. pp. 390- 395.
- Saiz, M., García- Portilla, P., Paredes, B., y Bobes, J. (2003). Evolución histórica del uso y abuso de MDMA. *Adicciones*, 15: 35- 43.
- Secretaría de Salud. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones: tabaco, alcohol y otras drogas*. Reporte ejecutivo. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Secretaría de Salud. (2003). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Secretaria de Salud. (2004). *Información y Técnicas para el Trabajo Juvenil de Prevención de Adicciones*. Instituto Mexicano de la Juventud. Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Secretaría de Salud. (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008: tabaco, alcohol y otras drogas*. Reporte ejecutivo. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Shafer, J. (1991). Marijuana and Cocaine Effect Expectancies and Drugs Use Patterns. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 5 :575- 592.
- Sobell, Maisto, Sobell & Cooper. (1979). **Línea Base Retrospectiva**. Adaptada por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998. En Ayala, H., Cárdenas, L., Echeverría, L. & Gutiérrez, L. (Eds.) Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa y Facultad de Psicología.

- Tapia, R. (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. 2da ed. Manual Moderno. México.
- Utrilla, P. (2000). Pharmacological Aspect of Amphetamines. *Ars Pharmaceutica*, 41: 67- 77.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M. (2009). *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006*. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2009;32:287-297.
- Volkow N. Fowler J, y Wong G. (2003). “The addicted brain: insights from imaging studies”. *J Clin Invest* , 111: 1444- 1451.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: reducing risk, promoting healthy life*.
- World Health Organization (WHO). *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization*. Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Prevention Research Centre. Printed in France, 2004.
- WWW.NIDA.COM. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos—Institutos Nacionales de la Salud. 2007.