



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS (PEREU) EN UN CONSUMIDOR DE
MARIGUANA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

TEPAYOL CANO MARICARMEN

DIRECTOR DEL IPSS: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

SINODALES:

DRA. GEORGINA CÁRDENAS LOPEZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DR. ARIEL VITE SIERRA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

CIUDAD UNIVERSITARIA

2010





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.

***“Queda prohibido no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quieres,
abandonarlo todo por miedo,
no convertir en realidad tus sueños”
Pablo Neruda***

***“Pensando correctamente adquirimos control emocional.
Para controlar nuestros estados afectivos debemos saber
interpretar claramente lo que percibimos lo que nos conduce
a tener emociones sanas”
Albert Ellis***

Dedicatoria

A mi mamá quien me ha enseñado que no hay problema que no tenga solución, que no importa si pensamos que no podemos seguir adelante siempre hay una nueva oportunidad para aprender y esperar que nuevas cosas nos sorprendan, gracias por todo tu apoyo, cariño y por siempre tener una palabra amable, por enseñarme a no dejarme vencer a tener esperanza y persistir.

A mi hermano Arturo, quien es mi guía, quien me cuida, me aconseja, me tiene paciencia y esperanza; quien es mi pilar, mi apoyo y me ayuda a intentar ser una persona mejor; gracias por ser quien me ilumina en los peores momentos y sonrío conmigo en los mejores, no dudes que siempre te apoyare y estaré allí para ti. Gracias por todo, sin ti seria una persona distinta.

A mi hermana Nancy y mi sobrino Daniel, porque gracias a ustedes somos de nuevo una familia. Gracias Nancy por procurarnos siempre y preocuparte por nosotros.

A Israel, gracias por caminar junto conmigo todo este tiempo, por compartir tristezas y alegrías, por enseñarme a ser más fuerte y comprensiva, por estar allí justo cuando más lo necesito, por creer en mí e impulsarme y motivarme, gracias porque contigo conocí lo que significa amar a alguien. Ojala y nuestros sueños se hagan realidad.

Agradecimientos

Al Dr. Horacio Quiroga por darme la oportunidad de realizar mi servicio social en el Programa de Conductas Adictivas, por su asesoría y enseñanzas.

A Lupita a quien admiro, respeto y estimo, se que con estas palabras no se refleja el profundo agradecimiento que siento, aun así GRACIAS por tu ayuda, tus consejos, tu generosidad, tu tiempo, tus asesorías; eres una gran inspiración, me ayudaste a crecer en tantos aspectos, ojala y algún día pueda retribuirte todo lo que has hecho por mí.

A Luis, por ser una persona tan especial para mí, gracias por escucharme, darme ánimos en los momentos difíciles, por siempre ayudarme a comprender el trasfondo de las situaciones, por compartir tantos buenos y simpáticos momentos, siempre aprendo alguno nuevo de ti; eres uno de mis grandes amigos.

A Tere, por su revisión en el presente trabajo.

ÍNDICE

	No. de página
Resumen.....	7
Datos generales del programa de servicio social.....	8
Contexto de la institución y del programa en donde se realizó el servicio social.....	9
Descripción de actividades realizadas en el servicio social.....	18
Objetivos del informe social.....	20
Capítulo 1. Características generales sobre el consumo de marihuana	
1.1 Panorama actual: epidemiología del consumo de la marihuana.....	21
1.2 Antecedentes históricos de la marihuana.....	24
1.3 Efectos del consumo de la marihuana en el organismo	26
1.4 Abuso y dependencia a las sustancias.....	28
1.5 Factores de riesgo involucrados en el consumo de sustancias.....	30
Capítulo 2. Modelos para el tratamiento de problemas con el consumo de sustancias	
2.1 Modelo Psicodinámico.....	33
2.2 Modelo Conductual.....	33
2.3 Modelo del Aprendizaje Social.....	35
2.4 Modelo Transteórico.....	37
2.4.1 Técnica de la Entrevista Motivacional.....	38
2.5 Modelo Cognitivo Conductual.....	40
2.5.1 Prevención de Recaídas.....	41
2.5.2 Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios "PEREU".....	43

Capítulo 3. Reporte de caso único	
Motivo de consulta.....	46
Admisión.....	46
Antecedentes.....	48
Evaluación por medio de cuestionarios.....	50
Descripción de los instrumentos.....	50
Resultados de la evaluación por instrumentos.....	53
Fortalezas y déficits.....	57
Tratamiento.....	58
Desarrollo por sesiones.....	60
Entrevista motivacional	60
Plan de tratamiento individualizado.....	62
Fase de iniciación al cambio. Sesión 1. Cambio de pensamiento y enfrentamiento de los deseos intensos.....	66
Sesión 2. Asertividad y rechazo a las drogas.....	71
Fase de mantenimiento del cambio. Sesión 3. Solución de problemas y relajación.....	78
Sesión 4. Enfrentamiento del pesar e incremento del apoyo social.....	83
Sesión 5. Manejo del enojo.....	90
Sesión 6 Cierre del tratamiento.....	94
Resultados.....	98
Recomendaciones.....	102
Bibliografía.....	103

RESUMEN

El presente informe profesional de Servicio Social (IPSS) pretende abarcar las actividades realizadas durante el servicio social prestado en el Programa de Conductas Adictivas, en el que se incluyen los antecedentes del programa, el contexto de la institución y los objetivos a cumplir por el prestador del Servicio Social dentro del programa, como es el entrenamiento en los tratamientos que ofrece. Se presenta un estudio de caso en el cual se aplicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente que presentaba abuso con el consumo de marihuana, el cual llegó a solicitar tratamiento debido a que tenía sentimientos de apatía, tristeza, aislamiento y ansiedad y no sabía si estaban relacionados con el consumo de marihuana que mantenía, además, refería tener sensaciones desagradables después de un episodio de consumo (intensificación de tristeza, preocupación y ansiedad) y haber presentado consecuencias graves como perder el semestre y un menor funcionamiento intelectual. Se evaluó al paciente por medio de diferentes cuestionarios según los cuales cumplió los criterios para su inclusión en el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas. La intervención tuvo una duración de 9 sesiones, de las cuales las primeras 3 se ocuparon para aplicar los componentes de evaluación, entrevista motivacional y el plan de tratamiento individualizado; en las sesiones subsiguientes se llevó a cabo los procedimientos de consejo para la Iniciación al Cambio y para el Mantenimiento del Cambio en las que se proporcionaron las siguientes destrezas: Cambio de Pensamiento, Enfrentamiento de los Deseos Intentos, Rechazo a las Drogas, Asertividad, Relajación, Solución de problemas, Enfrentamiento del Pesar, Incremento del Apoyo Social y Manejo del Enojo. Al finalizar el tratamiento se observaron los siguientes incrementos en el porcentaje de autoeficacia percibida para enfrentar las situaciones de riesgo sin consumir, tales como: Emociones Desagradables aumentó en un 74%, Emociones Agradables 72%, Impulsos y Tentaciones 68%, Presión Social aumentó 64% y Momentos Agradables con Otros aumentó 76%. Posteriormente en el 1er mes de seguimiento el porcentaje de confianza para resistirse al consumo en las situaciones de riesgo se mantuvo en la mayoría de ellas, en tanto que en otras aumentó; sin embargo se puede considerar que la probabilidad de que pueda continuar con su meta de abstinencia es alta.

Palabras clave: Marihuana, Tratamiento, Autoeficacia.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa de servicio social a través del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, tiene como principales objetivos brindarle al prestador del servicio social el conocimiento teórico-metodológico y aplicado de los subprogramas a nivel preventivo, orientación, tratamiento y rehabilitación que lo constituyen.

Los principales objetivos a alcanzar por el prestador del servicio social son:

1. Conocer el marco teórico referente a los Programas Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU) y el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas (PEREU).
2. Conocer y profundizar sobre los temas generales de Alcohol y otras drogas (epidemiología, efectos sobre el Sistema Nervioso Central, factores de riesgo, problemas asociados, etc.).
3. Instrumentación e interpretación de los instrumentos requeridos para la aplicación del DIBAEU y PEREU.
4. Aplicación clínica del DIBAEU y el PEREU como co-terapeuta y terapeuta.

Dentro de las actividades específicas que realiza el supervisor, se encuentran:

1. Proporcionar los materiales referentes a los antecedentes clínicos de los programas en que el prestador se va a involucrar, Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) y Detección e Intervención Breve de Problemas de Alcohol en Estudiantes Universitarios (DIBAEU).
2. Supervisar que la inserción del prestador al programa sea óptimo.
3. Evaluación del desempeño del prestador en las actividades asignadas.
4. Revisión de los reportes mensuales de actividades.
5. Asesoramiento en los puntos a cubrir para la estructuración del reporte final del prestador.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece a la comunidad universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) con problemas actuales o potenciales en su consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, un *Programa de Conductas Adictivas*.

Este programa se desarrolló durante el año de 1989 como respuesta a una demanda creciente por el abuso de sustancias, tomando como base el trabajo de investigaciones realizadas dentro del campo de la farmacodependencia, a lo largo de quince años por miembros del personal académico de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Misión

El Programa de Conductas Adictivas brinda servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, caracterizados por un abordaje científico y humano de alta calidad; desarrolla investigaciones que permiten determinar la efectividad de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el Programa; forma recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas y difunde las actividades y los resultados de la instrumentación del Programa.

Visión

El personal académico, terapeutas y alumnos del Programa de Conductas Adictivas mantienen un sentido de pertenencia a la institución a través de su liderazgo de vanguardia nacional e internacional en la enseñanza, la investigación y la difusión eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercutan en bien de la sociedad.

Tipo de Institución

El Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, es una institución de carácter Público.

Población a la que atiende

El Programa de Conductas Adictivas ofrece sus servicios principalmente a la población universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) que presenten problemas de alcohol, tabaco y/o drogas, o que estén en riesgo de presentarlos; sin embargo, también brinda estos servicios al público general que pudiera presentar esta problemática.

Programas y acciones que realiza

Los servicios de prevención y tratamiento se encuentran estructurados con base en un Modelo de Atención Escalonada que contempla las siguientes modalidades:

1. Prevención del Uso y Abuso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
2. Detección e Intervención Breve de Problemas de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU).
3. Tratamiento Breve de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (TAGEU).
4. Prevención Estructurada de Recaídas Para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y Otras Drogas (PEREU).

1. Prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios (PREEDEU)

Perfil del usuario

El PREEDEU está dirigido a estudiantes y trabajadores universitarios que presentan factores de alto de riesgo para el inicio del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas ó que presentan conductas de riesgo para el consumo de éstas sustancias.

Descripción

El PREEDEU es una Intervención Breve desarrollada por Quiroga, Vázquez y Mata (1994) en la Facultad de Psicología de la UNAM, que cuenta con un referente cognitivo conductual apoyado en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) y la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1988, 1991), a la cual se le han ido incorporando posturas como la dinámica de grupos, del trabajo comunitario y de la perspectiva de género (Quiroga, Mata, Vital & Cabrera, 2008).

Las estrategias fundamentales para llevarlo a cabo consisten en "pláticas-debate", folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se aplica un sondeo a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, con el fin de determinar la posible problemática de consumo de sustancias además de elaborar el contenido de la "plática-debate" a realizar. Por otro lado, durante esta sesión se aplica un cuestionario de conocimientos y actitudes hacia las drogas, así como, uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, a fin de detectar a personas que usen y abusen de drogas, para que sean canalizados al Programa de Conductas Adictivas y se les brinda una intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

Los temas a tratar durante las pláticas debate, versan sobre alguno(s) de los siguientes contenidos: a) Conceptos básicos sobre el alcohol, tabaco y/o drogas; b) Efectos sobre el Sistema Nervioso Central y órganos relevantes; c) Factores contextuales (ambiente); d) Etapas del alcoholismo, tabaquismo o drogadicción; e) Motivos para beber, fumar o consumir sustancias; d) Signos y síntomas de dependencia; e) Daños sobre el organismo, familia y sociedad; f) Influencia de los medios masivos de comunicación; g) Información sobre las Instituciones de atención hacia el tratamiento de problemas con el consumo de sustancias con el fin de que los interesados acudan en caso de necesitarlo y h) Legislación vigente.

2. Detección e intervención breve de problemas de alcohol para estudiantes universitarios (DIBAEU)

Perfil de usuario

El DIBAEU está dirigido a estudiantes universitarios que presenten consumo excesivo, abusen o tengan dependencia leve al alcohol, con base en los criterios de abuso del DSM-IV, caracterizados por una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) ó de consumo problemático (menos de 3 años) además de un patrón de consumo excesivo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o más de 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 7 en la mujer, en no más de 3 días a la semana) y presenten o estén en alto riesgo de presentar problemas asociados por ejemplo: de salud, sociales, legales, etc.

Descripción

El DIBAEU es una Intervención Breve Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y adaptado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por Quiroga y Cabrera (2003).

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen hoy en día el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional, (b) el balance decisional para el cambio en el consumo, (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el paciente, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) el aconsejar al paciente en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al paciente un menú de opciones de procedimientos para el cambio, y (h) el auto-monitoreo del consumo. Está basado en estrategias de reducción del daño y busca motivar al paciente a moderar o suprimir su consumo de alcohol. Consta de 1 sesión de evaluación de 90 minutos (con 50 minutos adicionales, antes o después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); 1 sesión de Retroalimentación y Consejo de 90 minutos y 4 sesiones de seguimiento, al 1er mes, 3ro, 6to y 12vo; las cuales se describen someramente a continuación:

1. *Sesión de Evaluación:* El objetivo de esta sesión es hacer una evaluación de los patrones de consumo de alcohol del paciente, las actitudes que tiene sobre el alcohol y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se aplica una batería de instrumentos.
2. *Sesión de Retroalimentación y Consejo:* En esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos en la sesión anterior), al tiempo que se le proporciona información psico-educacional sobre el alcohol. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al paciente sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al paciente material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.
3. *Seguimiento:* Estas sesiones se realizan al 1er mes, 3ro, 6to y 12vo, de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del paciente y reforzar lo logrado. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera. La decisión de si hay una segunda sesión de seguimiento se evalúa conjuntamente por el paciente y el terapeuta, basándose en qué tan útil fue la primera.

3. Tratamiento breve de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (TAGEU)

Perfil del usuario

Está dirigido a estudiantes universitarios con problemas de alcohol de dependencia moderada (de 14 a 21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol EDA, ó de 4 a 5 síntomas en el DSM IV), con una historia leve de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de 5 años); un patrón de consumo excesivo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y entre 13 y 30 copas estándar a la semana en el hombre y de entre 8 y 24 copas a la semana en la mujer, en no más de 3 días a la

semana); con problemas asociados (e.g. académicos, sociales, financieros) menores, siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas, una de ellas seria).

Descripción

Es una forma de Tratamiento Breve de Corte Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de *Auto-Cambio Guiado*, desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation* Toronto, Canadá, el cual ha sido adaptado y modificado en la Ciudad de México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998) y por Quiroga y Montes (2003). Esta modalidad ambulatoria de atención consiste en un Tratamiento Breve Motivacional y Cognitivo-Conductual que ayude a los pacientes a comprometerse en la modificación de su conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol.

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen hoy en día el estado del arte de los tratamientos breves como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del paciente, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del paciente durante la terapia, (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (j) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, (k) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol.

Esta modalidad emplea un modelo específico de *solución de problemas* a fin de que el paciente lo utilice en el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

El programa se caracteriza por 5 sesiones en donde se consideran los siguientes aspectos:

1. *Evaluación y Admisión*: Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio y se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales

situaciones riesgo de consumo y la autoeficacia del paciente ante diversas situaciones de consumo.

2. *Paso 1: Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas:* Se analizan los costos y beneficios del cambio y se ayuda a encontrar razones para reducir (moderación) o interrumpir (abstinencia) el consumo actual de alcohol.
3. *Paso 2: Analizar las situaciones que ponen en riesgo beber en exceso.* Se identifican detalladamente 3 situaciones que ponen al paciente en riesgo de consumo.
4. *Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol:* Se desarrollan estrategias alternas para enfrentarse a las situaciones de riesgo de consumo, bajo un modelo de solución de problemas, con el fin de mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.
5. *Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.* Al finalizar el tratamiento el paciente restablece la meta de consumo.

La duración aproximada de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos y se requiere un mínimo de 4 sesiones con el fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del paciente para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas. Al terminar el tratamiento se programan sesiones de seguimiento, estas se realizan al mes, 3, 6 y 12 meses.

4. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios (PEREU)

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol (más de 21 puntos en el Escala de Dependencia al Alcohol y de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV) y otras drogas (más de 10 puntos en el Prueba de Detección del Abuso de Drogas), con historia moderada de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o hasta más de 30 copas a la semana en el hombre y hasta más de 24 copas en la mujer, hasta 5 días a la semana) con problemas asociados (e. g. de salud, familiares, financieros) menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea seria), siendo uno de

ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales sean serias).

Descripción

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merek (1996) en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá y adaptado en la Ciudad de México para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003). Se encuentra basado en un enfoque Cognitivo-Conductual Motivacional derivado de la Teoría del Aprendizaje Social diseñado para enseñar a los pacientes a lograr un mayor control sobre el uso de alcohol o droga.

El programa se centra en involucrar a los pacientes en:

- a) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
- b) Diseñar un plan de Tratamiento Individualizado.
- c) Identificar fortalezas y déficits.
- d) Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso del alcohol o drogas y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento.
- e) Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real.
- f) Hacer las conexiones entre el uso del alcohol o drogas y otras situaciones de la vida.
- g) Convertirse en su propio terapeuta al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

El Programa incluye los siguientes 5 componentes principales que se instrumentan a lo largo de 8 a 12 sesiones:

1. La evaluación clínica del paciente, contiene el establecimiento de la línea base del consumo, identificación del nivel de dependencia, valoración de la disposición al cambio e identificación de las situaciones de riesgo; posteriormente se devuelven los resultados de las evaluaciones a través de la retroalimentación personalizada.
2. Una o más citas de entrevista motivacional, con el fin de disminuir la ambivalencia de reducir o abstenerse del consumo.
3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

- ★ Un contrato de tratamiento.
 - ★ Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
 - ★ Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.
4. Asignación de tareas para la Fase de “Iniciación del Cambio”, se centra en estrategias de consejo como: evitación de las situaciones de riesgo para el uso de alcohol y/o droga; la coerción (por ejemplo, un mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora; la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.
 5. Asignación de tareas para la Fase de “Mantenimiento del Cambio”, se enfoca en las estrategias de enfrentamiento. Las estrategias se diseñan para ayudar al paciente a desarrollar confianza (autoeficacia). Se involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, se anima al paciente para que se anticipe a las situaciones identificadas de alto riesgo y a que practique las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo.

Estas cuatro opciones de tratamiento tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, posibilidades y motivación de los pacientes.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades desarrolladas durante mi estancia como prestadora del servicio social en el Programa de Conductas Adictivas son las siguientes:

A manera de introducción se me proporcionó una capacitación sobre los aspectos generales del alcohol y otras drogas abarcando temas como: epidemiología, clasificación de las drogas, efectos en el organismo, absorción, metabolismo, factores de riesgo en el inicio y mantenimiento de problemas con las sustancias, además de la revisión sobre la implementación de programas basados en modelos de atención primaria, secundaria y terciaria, relacionándolos con los programas llevados a cabo por el Programa de Conductas Adictivas, al mismo tiempo, se me encomendó la búsqueda especializada de material bibliográfico en el campo de las adicciones para profundizar los conocimientos obtenidos; de manera adicional, y con objetivos de actualización en el campo de las Adicciones asistí al Congreso Mundial de Adicciones “Experiencias basadas en la evidencia”, por su 40 Aniversario, organizado por el Centro de Integración Juvenil, del 23 al 25 de Septiembre del 2009, en la Ciudad de México.

Por otra parte, y con el fin de conocer los tratamientos que se han llevado a cabo con éxito en el campo de las adicciones, se me dió un entrenamiento en los programas: “Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios” (DIBAEU) adaptado por Quiroga y Cabrera (2003), por medio de la asistencia a la clase de Modificación de Conducta; y en el “Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios” (PEREU) adaptado por Quiroga y Vital (2003a), a través de la asistencia a la clase de Rehabilitación Conductual.

Las actividades realizadas en el DIBAEU, estuvieron enfocadas en la aplicación de la entrevista inicial, los instrumentos de evaluación, estructuración e instrumentación de la retroalimentación personalizada, participación en el moldeamiento de estas actividades; además, del diseño y elaboración de la base de datos de este programa.

En el PEREU, realice actividades enfocadas al tratamiento de pacientes con problemas significativos, relacionados con alguna sustancia adictiva, dichas actividades incluyeron: la aplicación e instrumentación de los formatos de evaluación, la integración de los datos obtenidos a través de estas evaluaciones, con el fin de

establecer un diagnóstico, la elaboración de la retroalimentación personalizada y el diseño y estructuración del Plan de tratamiento individualizado. Estas actividades se realizaron tanto al participar como co-terapeuta y terapeuta y tuvieron el objetivo de aprender los procedimientos y destrezas a través del modelamiento en las sesiones, en las que se abordó temáticas como el Rechazo al Alcohol, Asertividad, Solución de Problemas, Relajación, Enfrentamiento de los Deseos Intentos, Enfrentamiento del Pesar, Manejo del Enojo e Incremento del Apoyo Social; además, realicé la elaboración de los resúmenes de sesión, considerando los puntos centrales del tratamiento.

De igual forma y con fines de aprendizaje se me encomendaron otras actividades propias de la clínica, como el manejo los expedientes clínicos, entrevistas de exploración sobre el motivo de consulta, canalizaciones y el modelamiento de la aplicación de los componentes del PEREU a alumnos del Servicio Social.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo del trabajo reportado en el presente Informe Profesional de Servicio Social consiste en recuperar la experiencia a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos de las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, vinculando los elementos de mi formación teórico-metodológica recibida durante mi trayectoria escolar con las actividades desarrolladas en mi servicio social.

CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES SOBRE EL CONSUMO DE MARIGUANA

1.1 PANORAMA ACTUAL: EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES.

El consumo de drogas ilegales ha adquirido una importancia considerable en las sociedades actuales, ya que se encuentra inmerso en distintos sectores, tales como: económicos, políticos, sociales y psicológicos, reflejándose en problemáticas de salud, deserción escolar, problemas legales, etc., debido a esto y para tener un conocimiento global de la problemática, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, brinda la oportunidad de conocer a nivel general la situación actual en México sobre el consumo de drogas ilegales, su prevalencia, poblaciones en riesgo, drogas de preferencia, etc., en seguida, se menciona lo más relevante.

El consumo de drogas ilegales se presenta de formas distintas en los grupos de la población mexicana, diferenciándose en los rangos de edad y en el sexo. Según los datos reportados por la ENA (2008), se observó que la mayor proporción de consumidores de drogas se ubicó entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres. Para los hombres el siguiente grupo más afectado correspondió a aquéllos de 35 años o más (8.6%) y posteriormente se situó el de los adolescentes de 12 a 17 años (3.7%). Para las mujeres, la incidencia se dió por igual entre las adolescentes y las que tienen 35 años o más (2.1%). Estos datos indicaron que el uso de drogas entre las mujeres es un fenómeno más reciente.

En cuanto a la preferencia en el consumo de drogas ilegales, los datos arrojados mencionan que la droga de preferencia entre la población mexicana fue la marihuana, este consumo aumentó de 3.5 en el 2002 al 4.2% en el 2008. La cocaína ocupó el segundo lugar en cuanto a preferencia, su consumo aumentó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008. De tal forma, hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1. En tercer lugar, se situaron los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

La ENA 2008 también hizo hincapié en los grupos vulnerables para el inicio del consumo de drogas y en los factores de riesgo para su uso, tal como la exposición al consumo por el ofrecimiento de alguna droga. Uno de los grupos más vulnerables al

consumo de drogas fueron los adolescentes y los adultos jóvenes. La edad de inicio para el consumo de drogas fue típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inició antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína fue más tardía, únicamente el 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años; esto se observó para el 50.8% de los usuarios de drogas ilegales. En total 89.7% de los usuarios de drogas lo hizo antes de cumplir los 26 años. Un elemento importante que mencionó la ENA, fue que los adolescentes progresan en mayor proporción hacia la dependencia, las estadísticas muestran que una vez que se presenta el abuso en los adolescentes el 35.8% progresa a la dependencia en comparación con el 24.6% de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 14.5% de quienes tienen más de 25 años.

Así mismo, un factor relevante para el consumo de drogas tuvo que ver con la población expuesta al consumo dado el ofrecimiento de alguna droga. La marihuana fue la droga a la que la población se encuentra mayormente expuesta (16.6%). Por grupos de edad, los hombres entre 26 y 34 años tuvieron una mayor exposición para el uso de drogas (39% informó haber estado en una situación en que le ofrecieron marihuana u otra droga comprada o regalada). El segundo lugar lo ocuparon quienes tenían entre 35 y 65 años, de ellos casi una tercera parte estuvo expuesta (29.9%). Finalmente, entre los hombres adolescentes y jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, una cuarta parte ha estado expuesto al ofrecimiento de alguna droga (25.4%). Para las mujeres, la exposición ocurre a edades más tempranas y es más frecuente entre aquéllas de 12 a 25 años de edad (10.7%). El índice de exposición desciende con la edad: casi 8.8% de las mujeres entre 26 y 34 años han estado expuestas y solamente 5.2% de aquéllas mayores de 35 años.

En cuanto a las variables que pueden mediar la exposición dado el ofrecimiento para el consumo de drogas entre los adolescentes y adultos jóvenes estuvieron: no estar en la escuela, trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consuma, intentos suicidas y el que la familia tenga mayores ingresos aumentaban la probabilidad de la exposición a las drogas.

Dicha exposición a drogas podría ser menor si se está en la escuela; el 12.2% de quienes tenían entre 12 y 25 años y son estudiantes les ofrecieron marihuana regalada, en comparación con el 19.1% de quienes estaban fuera de la escuela. Además, en quienes están estudiando puede ser menos probable que haya un progreso de la oportunidad al uso y la experimentación al uso continuado. La misma situación se observa en relación con la familia: el 85% de quienes vivían en familia,

incluida la uniparental, pareciera ser que no les ofrecen drogas regaladas, en comparación con el 80% de quienes no vivían en familia. Así mismo, es menos probable la progresión hacia la experimentación y el uso regular cuando había supervisión de los padres (ENA, 2008).

Por otra parte, la ENA (2008), mostró resultados en los que se expuso que el consumo de tabaco y alcohol (drogas legales) podría incrementar el uso de drogas ilegales; se vió que las personas que no fumaban o no bebían alcohol presentaron una prevalencia muy baja de consumo de drogas (1 y 2.3% respectivamente). En contraste, quienes fumaban o bebían presentaron tasas más altas de consumo de drogas, índice que se incrementó conforme disminuía la edad de inicio de tabaco y alcohol. Las prevalencias de uso de drogas entre quienes empezaron a fumar o a beber después de los 25 años fue de 1.5 y 1% respectivamente, esta prevalencia aumenta a 7.1 y 4.8% cuando el inicio ocurre entre los 18 y 25 años y es de 17 y 15.8% cuando el inicio ocurre antes de los 18 años. Menos del 7% de quienes empiezan a fumar o a beber después de los 18 años usa drogas.

De tal forma, al sintetizar los datos mostrados por la ENA (2008), se revela que el consumo de drogas amenaza a ciertos sectores de la población; los hombres de un rango de edad entre 18 y 34 años fueron los mayormente propensos y vulnerables al uso, aunque, en el inicio del consumo se ven más afectados los adolescentes tanto hombres como mujeres, siendo estos quienes incrementan el abuso de drogas hacia la dependencia; así también, según los datos mostrados se expuso que la principal droga ilegal no solo en el consumo sino en la exposición es la marihuana.

Una vez conocida la situación actual del consumo de drogas en México, se profundiza a continuación en los antecedentes históricos del consumo de marihuana, como se ha mencionado la droga de mayor consumo y preferencia en México.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MARIGUANA

Para abordar una problemática tal como el abuso de una droga ilegal, en este caso la marihuana, es necesario conocer sus antecedentes, es decir como se ha comportado a través del tiempo, cuáles fueron sus usos y el significado de su consumo, por lo tanto en lo subsecuente se abordaran los principales antecedentes de esta sustancia.

La marihuana es una planta silvestre cuyo nombre científico es *Cannabis Sativa*, durante muchos años se intentó la búsqueda de los ingredientes que la hacían poseer su capacidad psicoactiva pero fue Mechoulman en 1966 quien logro la síntesis del delta-9-tetrahidrocanabinol, este es el llamado THC. Esta sustancia está contenida en la planta en diferentes concentraciones (Garza, & Vega, 1990).

Su cultivo se ha practicado en todo el mundo, particularmente como fuente de fibras para fabricar cuerda (el cáñamo); aunque su fabricación disminuyó con la aparición del plástico y dió lugar a cultivos clandestinos para su comercio ilegal, fabricándose variedades de *Cannabis* seleccionadas para producir mayor cantidad de principios psicoactivos (Brailoswsky, 2002).

La preparación y el consumo de la marihuana data desde hace mucho tiempo y se ha utilizado con fines medicinales, espirituales, y/o recreativos.

Las reseñas históricas más antiguas sobre el uso de la *Cannabis* se remontan al 2737 a. C., por el emperador chino Shen Nung, quien prescribía la marihuana para el tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores y a la falta de concentración. En otra obra china de alrededor de 500 años a.C., se hablaba de la *Cannabis* como "liberadora de pecado" (Brailoswsky, 2002).

En la India, la referencia más antigua data del 2000 a.C., en donde la *Cannabis* fue utilizada en ceremonias religiosas. Escritos antiguos describen la ceremonia de la recolección de la resina de las flores (hachís), donde individuos seleccionados se preparaban a través del ayuno y la abstinencia para esa ceremonia, en la que un hombre corría desnudo a través de un campo sembrado de *Cannabis*. La resina que a su paso recogía se colectaba después, cuidadosamente. Con ella se hacían pasteles destinados a los festejos (Brailoswsky, 2002).

El cultivo de estas plantas se extendió desde sus regiones originarias (probablemente Asia Central) hacia Occidente, fundamentalmente para extraer fibras

para la manufactura de tejidos y sogas, también como alimento para pequeños animales domésticos (gatos y pájaros) o como condimento (en sopas y dulces). Éstos usos llegaron al Mediterráneo hacia 1500 a. C. Herodoto (450 a. C.) describió su utilización por parte de algunos pueblos indoeuropeos de Asia menor. Los escitas utilizaban la planta para purificarse tras los funerales, para lo cual arrojaban las semillas de cáñamo sobre piedras muy calientes, creando un humo muy denso que al ser aspirado producía la intoxicación de los presentes en la ceremonia (Ladero, Leza, & Lizasoain, 1998).

La expansión de la Cannabis por Europa fue temprana, con las migraciones hacia el Oeste de los pueblos Indoeuropeos. Los romanos utilizaron la planta como fuente de fibra textil y la incorporaron a la farmacopea occidental. Dioscórides (hacia 70 d. C.) describió las preparaciones de la planta como analgésico y para frenar el deseo sexual. Galeno sostenía que el abuso de la planta producía esterilidad e iba seguido de propiedades euforizantes. La expansión del Islam desempeñó un papel decisivo en la difusión de la planta y su empleo como sustancia inductora de la embriaguez. Al parecer la planta se introdujo en los países árabes hacia el siglo IX.

Durante la Edad media y debido a la expansión musulmana hacia el sur, se introdujo esta planta en África, llegando hasta el extremo sur del continente. Su uso se extendió por Europa a partir de las campañas napoleónicas en Egipto (Ladero et al., 1998).

Al continente americano llegó de manos de los españoles en la primera mitad del siglo XVII, quienes utilizaron la fibra para suministrar aparejos a la armada española. Se intentó su cultivo en Colombia, Perú, México y Chile, siendo esta última nación la única que desarrolló la capacidad para exportar cáñamo a España. Inglaterra introdujo con el mismo fin la planta a Canadá y en algunas zonas de Estados Unidos en la misma época. Su uso se popularizó en el mundo occidental en los años 60's, en el ambiente contracultural juvenil de esa época. Desde esa fecha, su consumo ha ido aumentando en casi todos los países (Ladero et al., 1998).

Al conocer los antecedentes del consumo de la marihuana, se observa que a lo largo de la historia ha tenido múltiples usos, a partir de los cuales se empezaron a conocer las sensaciones producidas; en el siguiente apartado se exponen detalladamente los principales efectos, sensaciones y daños producidos por esta sustancia en el organismo.

1.3 EFECTOS DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN EL ORGANISMO

Los efectos que produce la marihuana en el organismo son variados, en general, se han señalado ciertas reacciones inmediatas en el momento del consumo, normalmente el THC se autoadministra fumando cigarrillos hechos con la hoja triturada del cáñamo, también se puede fumar la resina concentrada en la planta, denominada hachís además de consumirse en forma comestible, mezclada con alimentos cocinados (Goldstein, 2003).

Las dosis inhalada de THC necesaria para producir efectos en seres humanos varía entre 2 y 22 mg. Regularmente un cigarrillo de cannabis contiene entre 5 y 30 mg. de THC, del cual se absorbe entre 0.5 y 7.5 mg.

Tras inhalar el humo de un cigarrillo, la concentración en la sangre de THC, llega al máximo (alrededor de 100 ng/ml) en pocos minutos, desapareciendo rápidamente, lo que pone de manifiesto el importante fenómeno de redistribución. Los efectos subjetivos también son inmediatos, alcanzan un máximo de 20-30 minutos y pueden durar de 2-3 horas. La dosis oral es menos eficaz que la dosis inhalada y, en general, debe ser tres a cinco veces mayor que esta para que se produzcan efectos similares (Ladero et al., 1998).

El THC permanece en el organismo durante un tiempo muy prolongado, manifestándose sobre algunas alteraciones del comportamiento. Esta prolongación se debe a que el THC se almacena en el tejido adiposo y se va liberando lentamente en la sangre (luego es excretado por la orina) durante muchos días, incluso semanas, después de haber cesado el consumo (Goldstein, 2003).

Algunos de los efectos físicos inmediatos que se presentan por el consumo de marihuana son: sequedad de boca, percepción de mucha hambre o sed, temblor de manos (pueden sentir las frías), aumento en la frecuencia cardíaca (entre un 20 y 100%, puede durar hasta 3 horas), distorsión en la percepción visual y auditiva, pérdida de capacidad de alerta, falta de coordinación, dificultades para llevar a cabo tareas complicadas, aumento de sensibilidad física, emocional y dilatación de los pupilares de la conjuntiva.

En cuanto a los efectos psicológicos percibidos por el consumo, manifiestan una sensación de bienestar (euforia), un estado de relajación, tranquilidad, letargo y ensueño, percepción de estar desconectado del mundo normal, distorsión del sentido del tiempo, asociada a la dificultad para la memoria inmediata, concentración y el aprendizaje, los pensamientos se vuelven confusos y desorganizados,

despersonalización (sensación de estar fuera del propio cuerpo), paranoia y trastornos de pánico (Bubes, Casas, & Gutiérrez, 2003).

Para producir estos efectos el THC se adhiere a lugares específicos en las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides, estos se descubrieron en 1990, se conocen 2 receptores el CB1 y CB2 (Goldstein, 2003).

Hay determinadas áreas del cerebro que cuentan con un mayor número de receptores de cannabinoides, estas son: el Cerebelo (asociadas con la coordinación de los movimientos corporales), el Hipocampo (relacionado con el aprendizaje y memoria), la Corteza cerebral, especialmente las regiones cingulada, frontal y parietal (relacionadas con las funciones cognitivas superiores como el juicio y el placer), el Núcleo Accumbens (asociado con la gratificación) y los Ganglios Basales especialmente en la Sustancia Negra Reticulada, el Núcleo Entopeduncular, el Globo Pálido, el Putámen (correspondiente con el control de movimiento). Las regiones del cerebro en donde se ha encontrado una concentración moderada de los receptores de cannabinoides son: el Hipotálamo (relacionado con las funciones de disposición corporal, como la regulación de temperatura, equilibrio de la sal y el agua, función reproductiva), la Amígdala Central (asociada con la respuesta emocional), la Medula espinal, (relacionada con sensaciones periféricas incluyendo el dolor), el Tallo del Cerebro (correspondiente con el sueño, la vigilia, la regulación de la temperatura y control motor), la Sustancia Gris Central (relacionada con la analgesia) y el Núcleo del Tracto Solitario (asociado con la sensación visceral, náusea y vómitos) (Volkow, 2005).

De acuerdo con el NIDA (National Institute of Drug Abuse), el consumo habitual de la marihuana podría causar algunos efectos adversos en la salud, por ejemplo, el riesgo de tener un ataque al corazón es de 4.8 veces mayor durante la primera hora después de haber fumado la marihuana, esto podría deberse al aumento en la frecuencia cardíaca pues este consumo causa palpitaciones y arritmias. De igual forma, en los pulmones se ha demostrado que el humo de la marihuana causa daño, ya que este contiene entre un 50 y 70% más hidrocarburos carcinógenos que el humo de tabaco e irrita a los pulmones. Por lo general, los fumadores de marihuana inhalan más profundamente y sostienen su respiración por más tiempo que los fumadores de tabaco, por lo que la exposición pulmonar a este carcinógeno aumenta. Por tal motivo, una persona que fuma marihuana puede tener muchos de los problemas respiratorios que presenta un fumador de tabaco, tales como: tos, y producción crónica de flema, mayor frecuencia de enfermedades agudas en el pecho y un riesgo alto de

infecciones pulmonares. El NIDA (2005) también expone la posibilidad de que algunos de los efectos adversos de la marihuana sobre la salud ocurran porque el THC deteriora la habilidad del sistema inmune para combatir las enfermedades infecciosas y el cáncer.

Otro problema ligado al uso crónico de marihuana es el llamado Síndrome Amotivacional. Este se ha descrito como un cuadro de apatía, aburrimiento, alteraciones del juicio, la concentración y la memoria, pérdida de interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal, se ha incluido también el desgano en general y falta de cuidado en la apariencia personal. Este síndrome se ha detectado en fumadores crónicos de altas dosis de marihuana, pues parece estar vinculado a las concentraciones elevadas de THC en la sangre, estos síntomas persisten hasta varias semanas después de interrumpir la administración y desaparecen después de un periodo de abstinencia (Brailowsky, 2002).

Aunque hay gran variedad de consecuencias negativas, el consumo de marihuana persiste, llegando a convertirse en un problema como el abuso y la dependencia, de tal forma, se hace necesario conocer los criterios para considerar la presencia de un trastorno por el consumo de drogas.

1.4 ABUSO Y DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS

La American Psychiatric Association (APA) en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (APA DSM-IV, 1994) establece como característica esencial del abuso de sustancias un patrón desadaptativo en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems dentro de un periodo de 12 meses.

1. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente dentro de un período continuado de 12 meses. Los ítems para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo y en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

2. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con el criterio de dependencia de la sustancia. Es más probable que el diagnóstico de abuso de sustancias se presente en personas que han comenzado a tomar la sustancia recientemente, aunque algunos individuos experimentarán consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo antes de presentar signos de dependencia.

El DSM-IV define a la dependencia a las sustancias como un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (deseo) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

La dependencia se define como un grupo de tres o más de los ítems enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses (DSM-IV, 1994).

1. Tolerancia: Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado al ingerir las mismas dosis.

2a. La abstinencia: Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con componentes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de la sustancia disminuye en la sangre o los tejidos del individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la sustancia.

2b. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias.

Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias.

3. El sujeto toma la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.

4. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.

5. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

6. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en tomar la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

7. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los pasatiempos con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia.

El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

No sólo es importante conocer los criterios para identificar un trastorno de consumo de sustancias sino, como se origina y se va desarrollando; es decir, qué elementos participan en el inicio y desarrollo del consumo de marihuana.

1.5 FACTORES DE RIESGO INVOLUCRADOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Conocer sobre los distintos factores de riesgo en el inicio y mantenimiento del abuso de las sustancias ayuda a determinar cuáles son los factores que pueden controlarse, aquellos que no pueden modificarse pero si pueden ser regulados y cuáles no pueden ser alterados por ninguna circunstancia (Echeverría, Carrascoza & Reidl, 2007).

Para empezar a hablar de estos elementos, es de suma importancia definir qué es un factor de riesgo. Este se considera como “Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad

del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)". En contraste, un factor de protección es "Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992; citado en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/lineamientos.pdf>, recuperado el 26 de Julio del 2010).

Algunos factores de riesgo que parecen estar involucrados en la presencia y desarrollo del abuso de drogas pueden ser de tipo biológico, psicológico y social.

Factores biológicos

La carga genética de la persona puede mediar las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo y la eliminación de las drogas y en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor. La existencia de factores hereditarios no implica que una dependencia sea un trastorno hereditario en sí mismo, sino que existe un riesgo mayor de desarrollar esa dependencia (Ladero et al., 1998).

Otra variable propia del individuo como factor de riesgo de dependencia a las drogas son los trastornos psiquiátricos. La drogodependencia es frecuente en personas con problemas psíquicos e igualmente en patologías mentales. A veces se recurre a las drogas para aliviar determinados síntomas de la esfera psiquiátrica como: ansiedad, depresión, insomnio, etc., o para cambiar determinadas características de la personalidad como autoestima baja o una presencia de impulsos agresivos (Ladero et al., 1998).

La adolescencia es una edad de riesgo para muchas dependencias, debido a las características del proceso madurativo psicológico de esta etapa de la vida que implica que las personas culminen su desarrollo en los planos psicosexual, afectivo, intelectual y socioeconómico. El grupo de iguales puede ejercer una gran influencia.

El sexo parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales de uno u otro. A nivel epidemiológico, los varones parecen ocupar el primer lugar en el consumo de todo tipo de drogas, sin embargo, este hecho puede deberse mayormente a factores culturales que a biológicos (Ladero et al., 1998).

Factores psicológicos

Los enfoques modernos sostienen que el consumo de drogas es el resultado de un proceso de aprendizaje de la conducta. El aprendizaje vicario en el hogar desempeña un papel importante, ya que es principalmente en este medio donde se modela la conducta hacia los hijos. Sin embargo, el papel de los padres tiende a tener menor influencia a medida que los niños llegan a la adolescencia, pues, en esta etapa, la presión social y el deseo de pertenecer al grupo de referencia promueve el uso y abuso de las sustancias (Echeburúa, 2001).

Los factores que parecen mantener el consumo de drogas se deben a que existen ciertos déficits en destrezas de afrontamiento a los problemas o circunstancias difíciles, por ejemplo, ante una situación estresante el alivio del estímulo emocional desagradable parece obtenerse mediante una sustancia química, esta respuesta se aprende con facilidad, sobre todo cuando dicha respuesta recibe la aprobación social del grupo al que desea integrarse o ha existido un aprendizaje anterior.

Así mismo, las expectativas positivas acerca de lo que pueden experimentar bajo los efectos de la droga, formadas por los modelos de observación cercanos, contribuyen a mantener una conducta que puede resultar inicialmente desagradable, llegando a modular los efectos de la droga sobre la conducta (Echeburúa, 2001).

Factores sociales

Toda cultura que consuma colectivamente alguna sustancia tiende a elogiar al máximo sus valores positivos y desvalorar sus efectos negativos (Bobes et al., 2003). La aceptación social y la disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones, etc.) de las drogas, junto con el aumento del poder adquisitivo, constituyen un factor determinante del consumo normal y patológico de la sustancia, concretamente, el consumo está influido por presión social asociada con la búsqueda de diversión, nuevas sensaciones y cohesión grupal (Echeburúa, 2001).

Una vez que se han abordado las características generales sobre las drogas, específicamente sobre la marihuana, se procede a revisar los diferentes enfoques para el tratamiento de problemas con el consumo de drogas.

CAPITULO 2. MODELOS DE TRATAMIENTO PARA LOS PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los trastornos adictivos son un fenómeno complejo que cuentan con una gran variedad de modelos para su intervención. Agrupar o clasificar todas estos modelos supone un reto, aunque se ha encontrado, en la mayoría, elementos que concuerdan entre sí como lo biológico, conductual y social; por este motivo, existe un acuerdo general al entender el fenómeno del consumo de sustancias como bio-psico-social. Algunos modelos destacados en cuanto a las contribuciones hechas en el campo de las adicciones son el modelo Psicodinámico, el de Aprendizaje, el Transteórico y el Cognitivo-Conductual (Llorente del Pozo, & Iraurgi-Castillo, 2008).

2.1 MODELO PSICODINÁMICO

Este modelo propone que el uso de sustancias adictivas se explica por motivaciones inconscientes que se manifiestan en la conducta de la persona aunados a las fijaciones y traumas que se desarrollaron en su personalidad. De tal forma, uno de los principales objetivos de este tipo de intervenciones es promover mecanismos de defensa menos autodestructivos que el consumo de sustancias; se trabaja en aspectos relacionados con la pérdida de control tales como: negación persistente, aspectos sexuales, aspectos psicodinámicos de la recaída, rasgos de la personalidad, eventos traumáticos, entre otros. Estas técnicas son de escasa efectividad cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad o deterioro cognitivo y cuando se emplea como única modalidad de tratamiento (Monasor, Jiménez, & Palomo, 2003).

2.2 MODELO CONDUCTUAL

Este modelo propone que la conducta, en general, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos entre el organismo y el ambiente, de tal forma, es posible modificar estos comportamientos y reaprender otros, empleando los mismos principios que se ocuparon en su adquisición.

La terapia conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante. El

condicionamiento clásico proporciona una explicación sobre la adquisición, mantenimiento, tratamiento y recaída en las adicciones (Llorente del Pozo et al., 2008).

El condicionamiento clásico se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados, que son innatos y están formados por un estímulo natural que tiene como resultado una respuesta automática, y los condicionados, que son reflejos adquiridos y están formados por un estímulo condicionado que tiene por resultado una respuesta aprendida (Chance, 2001).

De esta forma, cuando una persona empieza a consumir algún tipo de sustancia (EI) existe una respuesta natural del organismo (RI), esta relación comienza a asociarse con los estímulos del ambiente generando respuestas condicionadas ante la ingestión de la sustancia, las respuestas condicionadas son parecidas a la respuesta incondicionada y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir la sustancia. Un estímulo condicionado fácilmente identificable es el ambiente donde se consume, la presencia de un grupo de amigos o situaciones donde se ha consumido con anterioridad (Llorente del Pozo et al., 2008).

Las técnicas empleadas en este modelo son:

1. Terapia aversiva: Esta técnica consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choques eléctricos, inducción del vómito, etc.).
2. Contrato de contingencias: Se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas y desmotivar el consumo de sustancias.
3. Prevención de respuestas a la exposición de estímulos: Esta técnica consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales; es decir, de consumo o recaída (Monasor et al., 2003).

Una de las principales críticas hechas a este tipo de intervenciones es que solo se enfocan en la conducta observable, esto puede obstaculizar el tratamiento pues deja fuera el proceso de pensamiento en el uso de sustancias (Monasor et al., 2003).

2.3 MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL

La Teoría del Aprendizaje Social plantea que tanto los factores sociales cognoscitivos (expectativas y observacionales) como la conducta tienen papeles importantes en el aprendizaje.

Dentro de esta Teoría se explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognoscitivos, comportamentales y los ambientales; es decir, las personas y el medio se determinan en forma recíproca pues existe una mutua relación entre los factores (Bandura, 1987).

En la Teoría el Aprendizaje Social se acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y auto regulatorios en el funcionamiento.

El aprendizaje vicario requiere la capacidad de desplegar actividad simbólica. Los seres humanos podemos formar símbolos cognoscitivos, representaciones imaginarias, conceptuales y verbales de los hechos, gente y objetos. Estas representaciones sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas (DiCaprio, 1989).

El proceso de aprendizaje por observación está dirigido a cuatro procesos que la componen:

1. Atención: Se deben atender los rasgos significativos de la conducta que sirve de modelo. Estos procesos de atención determinan cuales se seleccionan de entre los muchos modelos posibles y que aspectos se extraen;
2. Retención: Para reproducir los actos de un modelo, las personas deben codificar la información y guardarla en la memoria para poder recuperarla;
3. Reproducción: Es probable que las personas pongan atención a un modelo y que codifiquen en la memoria lo que vieron pero, debido a las limitaciones motoras, sean incapaces de reproducir la conducta del modelo;
4. Motivación: La propensión para adaptar las conductas que aprenden por observación dependerá de las consecuencias de estas, será mayor cuando las consecuencias sean valiosas y menor cuando tengan efectos punitivos o poco gratificantes (Bandura, 1987).

Así también, el proceso de simbolización es un poderoso medio para que los individuos puedan enfrentarse a su entorno y adquirir conductas que puedan servir en un futuro sin necesidad de experimentarlas directamente. Estos símbolos sirven como mediadores entre las situaciones, las reacciones y acciones, de esta forma, cuando las personas se exponen a un modelo adquieren, principalmente, representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo para, posteriormente, realizarlas sólo si son efectivas o serán benéficas para el individuo. Sin embargo, este proceso no es mecanicista, pues conlleva un reforzamiento diferencial en el que únicamente se seleccionan las formas que han tenido éxito y se descartan las ineficaces.

Las consecuencias de las respuestas tienen varias funciones entre ellas, en un principio proporcionan información que sirve de guía para acciones posteriores; en segundo lugar, actúa como motivación por su valor como incentivo, las personas poseen capacidades anticipatorias que permiten que puedan ser motivados por las consecuencias de sus respuestas; es decir, las experiencias pasadas crean la expectativa de que ciertas acciones proporcionaran beneficios valiosos, algunas tendrán efectos desfavorables y otras impedirán un problema en el futuro, de esta forma, al representar simbólicamente las consecuencias previsibles, las personas pueden convertirlas en motivaciones reales de su conducta (Bandura, 1987).

Otra característica que distingue a la Teoría del Aprendizaje Social es el hecho de que las personas pueden ejercer un control sobre su propia conducta, generando apoyos cognoscitivos y produciendo determinadas consecuencias a sus propias acciones, lo que se ha llamado autorregulación. Las capacidades autorregulatorias tienen, sin duda, un origen externo pero, una vez establecidas su influencia determina, en gran parte, las acciones del sujeto. La imagen de un futuro deseable estimula acciones deseadas para lograr objetivos cada vez más distantes, por medio de estos símbolos las personas pueden proveer las consecuencias probables de diversas acciones y amoldar su conducta a ellas (DiCaprio, 1989).

Bandura (1969; citado por Kenneth, Howard; 1999) menciona que el uso de sustancias en los adolescentes o personas jóvenes comienza por la experimentación de la droga; inicia dentro del proceso de socialización del grupo de referencia al que pertenece y puede ser mantenido por la presión social o la necesidad de pertenencia con sus pares; en algunos casos, poco a poco, el consumo del alcohol será usado como reforzamiento negativo y se ira convirtiendo en una forma de reducir el estrés

ante la presencia de situaciones problemáticas. Si esta forma de enfrentar situaciones desafiantes continúa, es probable que se pueda desarrollar una problemática mayor como la aparición de algún trastorno relacionado con sustancias.

Una vez que esta conducta ha aparecido es probable que el individuo siga consumiendo para evitar los efectos del síndrome de abstinencia. Bandura (1969; citado por Kenneth, Howard; 1999) plantea que los individuos que consumen de esta forma tienen ciertos déficits de afrontamiento a situaciones de estrés, debido a que no cuentan con alternativas de respuesta diferentes al consumo. De esta forma, el tratamiento propuesto iría encaminado a dotar a las personas en destrezas de afrontamiento que le permitan hacer frente a situaciones de riesgo sin recurrir al consumo de drogas (Kenneth, Howard; 1999).

En conclusión los principios de la Teoría del Aprendizaje Social permiten una aproximación clara y sistemática del comportamiento adictivo.

2.4 MODELO TRANSTEÓRICO

Este modelo fue desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1982 para el área de conductas adictivas. Parte del análisis de los variantes que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento con o sin ayuda de psicoterapia (Sánchez- Hervás, Tomas & Morales, 2004).

Dichos autores plantean un modelo global que sirva como síntesis de los diferentes modelos de tratamiento que se utilizan actualmente en las adicciones; se pretende cubrir todo el proceso de cambio, desde una persona que no se da cuenta que tiene un problema con el consumo de sustancias, hasta que ha mantenido algún cambio respecto a su problemática (Sánchez- Hervás et al., 2004).

Los estadios de cambio según Prochaska y DiClemente (1982; citados en Llorente del Pozo et al., 2008), son los siguientes:

Precontemplación: Es un estadio dentro del cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, puede ser porque no consideran que tengan un problema. Si acuden a tratamiento lo harán de forma involuntaria, para evitar presiones externas y su único objetivo será que disminuya la presión, en ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma puntual, pero una vez que la presión externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo.

Contemplación: Es el periodo en el que los individuos están pensando en si deberían cambiar o no; están abiertos a la información sobre su problema y la manera de cambiar, pero no han desarrollado un compromiso firme de solución. Durante este estadio, el individuo toma conciencia de la existencia de su problemática y empieza a plantearse la posibilidad de hacer algo para modificarla, aunque existe ambivalencia entre el costo y beneficio de dejar el uso de sustancias.

Preparación: En este estadio se aprecian criterios intencionales como conductuales; es decir, el individuo se encuentra preparado para la actuación y ha efectuado algunos pequeños pasos dirigidos a actuar.

Acción: En este estadio se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. En esta etapa el individuo cambia con o sin ayuda profesional su conducta, así como las condiciones ambientales que lo afectan con el objetivo de superar su problemática.

Mantenimiento: El individuo intenta conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior, además de poner énfasis en prevenir una recaída. Algunos individuos situados en este estadio puede llegar a tener temor no sólo a recaer sino al cambio en sí mismo, ante lo cual pueden llegar a tener un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado para evitar alguna situación que pudiera llevarlos a recaer .

El Modelo Transteórico se ha utilizado en múltiples conductas, una de las principales técnicas que se basa en este modelo es la Entrevista Motivacional desarrollada por Miller y Rollnick en 1982, la cual se enfoca en aumentar la motivación para el tratamiento y facilitar la transición del estadio precontemplativo o contemplativo al estadio de mantenimiento (Monasor et al., 2003).

2.4.1 Técnica de la Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional es un método no directivo centrado en la persona para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio.

Es importante considerar que la motivación para el cambio es un estado que puede fluctuar de un momento a otro, este estado puede ser influido por múltiples factores, de tal forma que el objetivo central del terapeuta es ayudar a la persona para que esta balanza se incline a favor del cambio (Llorente del Pozo et al., 2008).

La tarea del terapeuta es estimular y orientar al paciente hacia una reevaluación interna de su situación; para lograr esto, el terapeuta deberá intentar crear una atmósfera en la cual el paciente se motive a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento, los motivos que le han llevado al inicio y mantenimiento de dicho comportamiento y las posibilidades que existen para el cambio (Miller & Rollnick, 1999).

El terapeuta debe adoptar un papel activo al centrarse en descubrir las razones por las que el paciente acude al tratamiento y las expectativas del mismo.

Miller y Rollnick (1991; citado por Fuentes- Pila et al., 2005) destacan que las intervenciones de la Entrevista Motivacional están basadas en los siguientes principios básicos:

1. Expresar empatía: El terapeuta debe escuchar a la persona de manera reflexiva, comprender sus sentimientos y nunca juzgarla; es decir, aceptarla sin aprobar todo lo que diga.
2. Crear discrepancia: Consiste en llevar a la persona a una discrepancia entre el consumo y una situación saludable que puede abarcar contextos emocionales, físicos, personales, etc. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que por el mismo presente sus razones para cambiar.
3. Evitar la discusión: En todo sentido, el terapeuta debe evitar las discusiones o las confrontaciones, éste debe ser persuasivo sin provocar una actitud defensiva.
4. Manejar la resistencia: El terapeuta intentará cambiar las percepciones del paciente a una manera sugerida no impuesta.
5. Fomentar la autoeficacia permite el fortalecimiento del propio juicio de capacidad de los pacientes, para que estos colaboren de un modo más efectivo en la solución de su problema adictivo.

Este tipo de intervenciones son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores (Monasor et al., 2003).

En general, el estilo Motivacional mejora la adherencia, la participación activa durante el tratamiento y puede combinarse con otras formas de tratamiento (Fuentes-Pila et al., 2005).

2.5 MODELO COGNITIVO- CONDUCTUAL

El Modelo Cognitivo-Conductual representa la integración de los principios derivados de la Teoría del Comportamiento y la Terapia Cognitiva (Sánchez- Hervás, et. al., 2004). Las intervenciones que surgen de este modelo analizan tanto los pensamientos, como el comportamiento en la problemática, es decir, se trata de modificar las creencias y conductas desadaptativas por otras adecuadas y funcionales (Monasor et al., 2003).

Las Terapias de tipo Cognitivo Conductual suponen un enfoque comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene de sí misma (Sánchez- Hervás et al., 2004).

Algunas técnicas utilizadas son:

1. Autocontrol

La técnica del autocontrol pretende que el individuo emprenda de manera intencional conductas para lograr los resultados seleccionados, el paciente debe elegir las metas y poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas (Kazdin, 1996). El objetivo de esta técnica en el tratamiento de las conductas adictivas, es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de consumir la sustancia y manejar las situaciones que puedan provocarlo; para ello, se enfocan en el entrenamiento en conductas asertivas, habilidades de auto-observación, autoevaluación y autorefuerto/autocastigo (Monasor et al., 2003).

2. Entrenamiento en Habilidades Sociales

El objetivo de esta técnica es que el paciente desarrolle una serie de habilidades sociales que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo. Dichas habilidades pueden ser: asertividad, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación positiva, rechazo de bebidas alcohólicas y conductas alternativas de consumo (Monasor et al., 2003).

3. Prevención de Recaídas

Una de las características principales de esta técnica es la acentuación de los procesos cognitivos en las conductas adictivas tales como: creencias, atribuciones y expectativas de autoeficacia, además de que pone un énfasis especial en el proceso de recaída; dada su alta relevancia y eficacia en el campo de las adicciones se profundizara en ella a continuación.

2.5.1 Prevención de Recaídas

Esta técnica es utilizada ampliamente en el campo de las Conductas Adictivas. Fue desarrollada por Marlatt y Gordon en 1985 y se fundamenta en las Teorías de Aprendizaje Social y el concepto de Autoeficacia de Bandura (Bobes et al., 2003). Esta técnica ayuda a los pacientes a identificar las situaciones en las que es probable que usen las sustancias, encontrar maneras de evitar las situaciones de riesgo y enseñar habilidades de afrontamiento para enfrentarse a situaciones de riesgo que puedan disparar el deseo de consumir, además de enseñar a los pacientes a anticipar las recaídas en el consumo de sustancias (Monasor et al., 2003).

En el análisis del proceso de recaída se encuentran factores elementales como las situaciones de alto riesgo que el individuo percibe como amenazantes para su autoeficacia y que incrementan el riesgo potencial de recaída, es decir, si el individuo no afronta con éxito una situación de alto riesgo, su autoeficacia disminuye y la probabilidad de que presente una recaída aumentará, en esta situación el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos e ignora las consecuencias negativas a largo plazo. En contraste, si el individuo realiza una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo aumentará su autoeficacia y la percepción de control, mientras que la probabilidad de recaída disminuirá. (Bobes et al., 2003).

Después de una experiencia de fracaso, el individuo experimenta una disminución de la autoeficacia, asociada con una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse ante la situación. Marlatt, (1985) (citado en Llorente del Pozo et al., 2008) propone un mecanismo que explica esta reacción denominado Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). La EVA se caracteriza por dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).

Dentro de este modelo, se propone un programa para aumentar el mantenimiento del cambio conductual en las conductas adictivas, tales elementos son:

1. Provisión de información básica: Se informa al paciente sobre la sustancia que consume y su adicción para que no se deje influir por pensamientos equivocados o irrealistas. En este apartado es útil hablar de la recaída como parte del proceso de cambio, al tiempo que se le menciona el aprendizaje que resulta de tal situación (cuáles eran sus pensamientos, que hizo, etc.).
2. Reconocimiento de situaciones de riesgo: Son hechos, circunstancias, estados internos que desencadenan o precipitan los deseos de consumir y pueden resultar en una caída, las situaciones son múltiples y pueden variar en una persona según el momento o la actividad.
3. Desarrollo de habilidades de afrontamiento: Va encaminado a la adquisición de habilidades que permitan enfrentar, con posibilidades de éxito, las situaciones que en el pasado conducían frecuentemente al consumo (Veiga, Martin & Corral, 2003).
4. Procedimientos de reestructuración cognitiva, diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternos a aquellos que le precipitan el consumo de sustancias, de forma que el proceso de cambio se entienda como aprendizaje. Este componente incluye estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y desarrollar la capacidad de afrontamiento, con el fin de controlar los deseos irresistibles, reconocer las primeras señales de aviso y reaccionar ante el lapso inicial.
5. Estrategias de re-equilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al consumo. Estrategias como la relajación y el ejercicio físico tienen como objetivo reducir la frecuencia e intensidad de las urgencias y de los deseos irresistibles del consumo, que en general son consecuencia de un estilo de vida desequilibrado (Bobes et al., 2003).

En general este tipo de programas ha sido objeto de investigación con el fin de comprobar su eficacia. Las conclusiones apuntan a lo siguiente: Una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras el inicio del tratamiento respecto a controles (sin Programa de Prevención de Recaídas) y aunque no se asocia con mayor tiempo de abstinencia, si se compara con otros tratamientos se

observa menor cantidad de consumo de drogas y menos problemas por el consumo, en comparación con pacientes con recaídas (Monasor et al., 2003).

Esta técnica desarrollada por Marlatt en 1985 ha servido como base para múltiples tratamientos en conductas adictivas, de tal forma Annis, Herle y Merek, en 1996, retomaron este enfoque para diseñar el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, en México este programa fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital en el 2003 en población universitaria y se describirá a continuación.

2.5.2 Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios

El Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), es un tipo de consejo para el usuario de consulta externa que fue desarrollado durante los últimos 14 años en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá.

El consejo del PEREU ha sido diseñado para las personas que tienen una dependencia sustancial a severa; y que desean trabajar con un consejero, a nivel de consulta externa hacia un cambio en su uso de alcohol y/u otras drogas.

El consejo se centra en involucrar a los pacientes en: a) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar, b) Diseñar un plan de tratamiento individualizado, c) Identificar sus fortalezas y recursos, d) Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento, e) Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real, f) Hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida y g) Finalmente, convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

Hay cinco componentes principales para este Consejo del PEREU:

1. Evaluación
2. Entrevista Motivacional
3. Plan de Tratamiento Individualizado
4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio
5. Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio

1. Evaluación

El consejo empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del cliente: a) funcionamiento psicosocial; b) historia del uso de alcohol y droga/problemas/consecuencias; c) razones/compromiso para el cambio; y d) fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del cliente para el uso de alcohol y/o droga un año antes de entrar al tratamiento (los disparadores pueden involucrar estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectan a los clientes). La herramienta de evaluación recomendada para este propósito es el “Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga” (ISCD-50).

2. Entrevista Motivacional

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de la Entrevista Motivacional, que ayuda al cliente a alcanzar y comenzar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de uso de alcohol o droga. La Entrevista Motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el cliente para cambiar su uso de alcohol y/o droga, esto es, los pros y contras percibidos para el cambio; así como en la fortaleza del compromiso para el cambio, complementado por una discusión de los disparadores del cliente para el uso y las fortalezas que tiene de enfrentamiento.

3. Plan de Tratamiento Individualizado

Posterior a la evaluación y a la Entrevista Motivacional, se involucra a cada cliente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyen: a) Proporcionar una orientación hacia el consejo y acordar con el cliente la firma de un contrato del tratamiento; b) una revisión por parte del cliente de los disparadores que tiene, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; y c) establecimiento de meta y automonitoreo de disparadores por parte del cliente.

4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio

La Fase de Iniciación se centra en las estrategias de consejo con el fin de empezar un cambio conductual. Los apoyos de Iniciación más importantes incluyen: la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol/droga; la coerción (por ejemplo, por mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora (por ejemplo, Antabus); la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta. Esta fase implica típicamente cuatro sesiones.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio

En la Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas), se retiran gradualmente las ayudas usadas en la Fase de Iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependan sólo del paciente. Las estrategias se diseñan para ayudar al cliente a desarrollar confianza (auto-eficacia), para empezar a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso de alcohol o droga. La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez incrementan su dificultad, se anima a los pacientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y a practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del Consejo consta de cuatro a ocho sesiones.

Los cinco componentes del Consejo del PEREU pueden ser igualados con los cinco estadios secuenciales de cambio (Prochaska y Diclemente, 1984): precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Componentes del Consejo Estructurado de Prevención de Recaídas	Estadios de Cambio
1. Evaluación	Precontemplación
2. Entrevista Motivacional	Contemplación
3. Plan de tratamiento Individualizado	Preparación
4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio	Acción
5. Procedimientos de consejo para el Mantenimiento del Cambio	Mantenimiento

CAPÍTULO 3. REPORTE DE CASO UNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Admisión

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, soltero, que en el momento de solicitar el tratamiento cursaba la licenciatura en Arquitectura y a quien llamaremos en lo posterior como V.M.S. Llegó al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología, referido por el Servicio de Atención Psicopedagógica de la UNAM.

V.M.S consumía marihuana. Acudió a solicitar tratamiento por varias razones: mencionó que desde hacía 2 meses (desde la sesión de evaluación) se sentía sin voluntad, con mucha apatía, desorientado, no sentía emoción por las cosas que antes lo motivaban, se aisló de sus amigos, prefería estar solo y encerrarse en su cuarto a fumar marihuana en lugar de frecuentarlos. Refirió estar confundido pues no sabía si estos síntomas eran consecuencia del consumo de marihuana o se debían a algún factor interno como “falta de autoestima”.

V.M.S mencionó que los efectos asociados al consumo de marihuana se tornaron desagradables, pues cuando fumaba marihuana “le daba para abajo”, es decir, estaba triste y preocupado, ya que recordaba eventos o situaciones desagradables y experimentaba aletargamiento; en contraste, cuando inició el consumo de esta sustancia los efectos percibidos eran placenteros como creatividad, tranquilidad o relajación; señaló que estas sensaciones desagradables fueron algunas de las principales razones por las que ya no le agradaba tanto consumir. Así también, refirió que en ocasiones cuando despertaba sentía ansiedad, algunas veces lo atribuía a tener miedo al futuro o no saber qué rumbo iba a tomar su vida.

Otra razón que le preocupó era que su funcionamiento intelectual se pudo haber reducido a causa del consumo de marihuana; comentó que tenía dificultades para concentrarse, su memoria se vio deteriorada (no tenía la misma retención) y se le dificultaba tomar decisiones. V.M.S señaló que antes había podido hacer sus actividades bajo los efectos de la marihuana, se sentía “creativo”, sin embargo, refirió que ya no podía hacerlo; así mismo, mencionó que este consumo pudo haber afectado el ámbito académico, pues reprobó 5 materias, pero resaltó que este resultado no sólo se debió al consumo, sino también contribuyeron factores económicos (ya que su familia no podía solventar los gastos que exigía la carrera) y problemas familiares (desintegración familiar), refirió que se había dado baja en algunas materias.

Debido a esta situación escolar, se sentía preocupado, estancado, ineficaz y con el pensamiento recurrente de que no podía realizar con éxito sus responsabilidades, como sacar buenas calificaciones, esto le hacía pensar que había perdido el control de su vida; aunado a esto, se sentía desorientado con respecto al futuro, pues pensaba que la carrera que cursaba no correspondía a sus intereses, mencionó que tenía miedo de intentar con otra carrera ya que sentía que “fracasaría” como había ocurrido en este semestre, esta cognición impactaba en sus metas hacia el futuro como independizarse y terminar una carrera, refirió que debido a esta problemática podría no llevarlas a cabo, señaló sentirse ansioso e intranquilo al no encontrar una solución para evitar tales situaciones. En contraste, comentó que, cuando acudía a sus clases y se esforzaba por cumplir con sus tareas tenía un sentimiento de gratificación al pensar que estaba dando todo de sí, percibía cierta estabilidad sobre lo que quería y hacia donde iba, se sentía capaz de lograr sus metas.

V.M.S empezó a reducir el consumo de marihuana no sólo por los efectos señalados anteriormente, sino por haber observado a su mamá inhalando resistol. Mencionó que se sentía responsable de su cuidado, esto lo llevaba a sentirse enojado cuando tenía que estar pendiente de ella y culpable cuando no lo hacía.

En el momento de la evaluación consumía 1 cigarrillo de marihuana por ocasión con una frecuencia de 3 veces por semana, aunque en el último año el mayor consumo fue de 2 a 3 cigarrillos por ocasión, diariamente, por un periodo de 4 meses.

En cuanto a las personas que refirió lo podrían apoyar para cambiar el consumo de marihuana señaló a su mejor amiga y a su madre, ya que ellas le pidieron en algunas ocasiones que ya no fumara marihuana.

Así mismo, se exploró junto con él, las actividades que dejó de realizar desde que experimentó estas sensaciones. V.M.S relacionó estas pérdidas con la escuela, ya que cuando asistía regularmente interactuaba con personas, presenciaba las clases, hacía tareas, leía, visitaba a sus amigos en su tiempo libre, estudiaba para sus exámenes y debido a que ya no asiste con la misma frecuencia a la escuela dejó de hacerlo. Las actividades que realizaba en ese momento eran: tareas del hogar, corría por las mañanas, y asistía a clases 2 veces por semana, esto le generaba un sentimiento de inutilidad.

Antecedentes

V.M.S inició el consumo de mariguana cuando cursaba el bachillerato en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH). Éste se presentó de manera ocasional estando con sus amigos (entre todos fumaban 1 cigarro). Las sensaciones que experimentaba eran: sentirse alegre, mayor intensidad de las formas, colores, sabores, mayor socialización con amigos, sentimientos de empatía e identificación para con ellos, creatividad y concentración.

Cuando V.M.S entró a la carrera de Arquitectura comenzó a incrementarse este consumo, presentándose cada tercer día, luego, empezó a reunirse con compañeros de su carrera que también fumaban mariguana, ante lo cual, su consumo aumentó a un cigarro de mariguana diario. A partir del segundo semestre su consumo aumentó a 2 o 3 cigarros por ocasión en la mañana, tarde y noche, todos los días de la semana.

Además de la mariguana V.M.S probó drogas como el LCD. Los efectos que percibió fueron: “los sentidos despiertos”, “mucho fuerza” y “se sentía capaz de hacer lo que fuera”. Esta droga llegó a consumirla ocasionalmente, aunque hubo un periodo de una semana en la que la consumió 3 veces, sin embargo, dejó de consumirla debido a que en un episodio perdió la percepción del tiempo, esto le pareció desagradable.

V.M.S inició el consumo de alcohol desde los 12 años de edad. No refirió tener algún problema con este consumo. En el momento de la evaluación bebía de 2 a 3 veces por semana, acostumbraba consumir 10 copas estándar de cerveza por ocasión y los fines de semana 1 botella de tequila o brandy que compartía con aproximadamente 3 amigos.

El consumo de tabaco se presentó regularmente desde hace 5 años. En el momento de la evaluación consumía de 1 a 2 cigarros al día. Mencionó que generalmente pasan aproximadamente 7 horas antes de que encienda su primer cigarro y refirió no tener problemas con el consumo de esta sustancia.

V.M.S presentó historia familiar positiva al consumo de sustancias. Mencionó que su papá tuvo problemas con el consumo de alcohol pero acudió a tratamiento con un psicólogo particular y ha dejado de consumir alcohol, así también, refirió que su tío consume cantidades excesivas de alcohol y sus abuelos murieron de problemas relacionados con éste. También 3 de sus primos consumían, pero sólo uno de ellos acudió a pláticas de Alcohólicos Anónimos.

Así mismo, su mamá fue diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor. Fue internada en el Hospital Psiquiátrico alrededor de 3 o 4 veces. El último internamiento ocurrió hace 1 año. La han medicado, V.M.S mencionó que cree que toma sus medicamentos en la forma prescrita.

En general, los principales motivos que V.M.S tenía para cambiar su consumo eran: recuperar su estabilidad emocional para dejar de experimentar esos sentimientos de tristeza, apatía, falta de motivación, así como recuperar su funcionamiento intelectual normal en la medida de lo posible, ya que un factor importante para él es terminar una carrera, independizarse y realizar todas sus metas como comprar una casa, tener un buen trabajo, solvencia económica, etc.

EVALUACIÓN POR MEDIO DE CUESTIONARIOS

La sesión de evaluación tuvo como objetivo ayudar a identificar a los terapeutas aspectos relevantes de la historia de consumo de marihuana y otras sustancias del paciente, tal como: el funcionamiento psicosocial, los problemas relacionados al consumo de la sustancia, el patrón de consumo (duración, frecuencia y cantidad), disposición al cambio para modificar el consumo de drogas; el nivel de dependencia a las drogas e identificación de las situaciones de alto riesgo que pudieran disparar el consumo de drogas; así como, conocer los niveles de depresión y ansiedad.

Descripción de los Instrumentos

Línea Base Retrospectiva (LIBARE - D)

La Línea Base Retrospectiva – Drogas (LIBARE – D), traducida y adaptada por Quiroga, (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB; L. C. Sobell & Sobell 2000, 2003), tiene por objetivo la medición de la conducta de consumo de drogas antes, durante y después del tratamiento; utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar de manera continua la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol durante un periodo establecido, asimismo, se pueden identificar las recaídas y servir de base para sondear las causas de éstas. Esta técnica es apropiada para todo tipo de consumidores. Presenta una confiabilidad test-

retest de .91 y la correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .81 (Quiroga, 2003).

Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20)

La Prueba de Detección del Abuso de Drogas fue desarrollada por Skinner en 1982 y fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003a) con estudiantes universitarios. Este cuestionario contiene 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente en el consumo de drogas. La confiabilidad es de .86, la validez explicada es más del 50% por los cuatro componentes de la varianza total correlacionándose con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales (DSM-IV, 1995).

Algoritmo de Compromiso para el Cambio Drogas (ACC-D)

El Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Drogas (ACC-D) está basado en Client's Stage of Change (CCA). Fue adaptado en 1996 para la Prevención Estructurada de Recaídas por Annis y sus colaboradores y cuenta con un test-retest confiable realizado por Schober y Annis en 1995. Fue traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003b). Este instrumento evalúa la motivación del paciente a través de la percepción de las creencias, actitudes y comportamientos para el cambio en el uso de la sustancia.

En este instrumento se clasifica al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambio basados en el Modelo de Prochaska y Diclemente, tales como

Precontemplación (uso de la sustancia durante los últimos 30 días y no está considerando dejarla en los próximos 30 días), Contemplación (uso de la sustancia durante los pasados 30 días pero está considerando dejarla en los próximos 30 días), Preparación (uso de la sustancia durante los pasados 30 días pero llevó a cabo por lo menos un intento, para dejarla en los últimos 30 días), Acción (mantenerse continuamente abstinentemente durante los pasados 30 días) y Mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentemente por más de 60 días).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este inventario fue desarrollado originalmente por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). Fue desarrollado en estrecha relación con los criterios para diagnosticar trastornos depresivos contenidos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Este instrumento consta de 21 reactivos divididos en grupos de 4 afirmaciones que van desde menor a mayor depresión. El paciente selecciona cómo se sintió durante la semana pasada incluyendo hoy. Cada ítem representa un elemento característico de la depresión, tal como tristeza, culpa, sentimientos suicidas y pérdida de interés. Este instrumento de auto-reporte se ha vuelto uno de los más utilizados en la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos tanto en escenarios de investigación como en clínicos.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado (1998), lo cual implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos entre 15 a 68 años de edad, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.87, $p < .000$ (Quiroga, 2008).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este cuestionario consta de 21 reactivos, en el que las personas evaluadas informan que tanto se sintieron molestos con respecto a una lista de síntomas la semana pasada. Tiene como propósito evaluar los síntomas de ansiedad que se encuentran compartidos mínimamente con los de Depresión y constituye una de las medidas más ampliamente utilizadas e investigadas Este inventario fue estandarizado a la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostrando una alta

consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.83 y con una validez de constructo. (Quiroga, 2008).

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISC-D-50)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas fue desarrollado por Annis en 1985. Fue traducido y adaptado para su aplicación con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003c), es un cuestionario que consta de 50 reactivos de tipo likert, proporciona un perfil de las situaciones en las que el paciente usó drogas durante el último año. Siguiendo un sistema de clasificación basado en el trabajo de Alan Marlatt y colaboradores (Marlatt y Gordón, 1980; 1985), fue diseñado para evaluar ocho subescalas de situaciones del uso de drogas: “emociones desagradables” (EM), “malestar físico” (MF), “emociones agradables” (EA), “probando el control personal” (PC), “impulsos y tentaciones para consumir” (IM y T), “conflictos con otros” (CO), “presión social para consumir” (PS) y “momentos agradables con otros” (MAO). Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde: 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi Siempre. Los puntajes de las ocho escalas conforman una distribución normal y mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable representando situaciones de recaída en los pacientes. Su objetivo es evaluar las situaciones de riesgo al consumo en el paciente.

Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (CCSD-50)

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (*Drug Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ), fue desarrollado por Annis y Martin en 1985. Fue traducido y adaptado al español para su aplicación con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003d), evalúa el nivel del concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su capacidad para emitir una conducta determinada en una situación de riesgo para abusar de las drogas. Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 reactivos y se contesta con base en una escala de seis puntos cuyo rango va de 0= sin confianza; 20= 20% confiado; 40= 40% confiado; 60= 60% confiado; 80= 80% confiado; 100= 100% muy confiado. Contiene 8 categorías para resistirse al consumo de alcohol tales como; emociones desagradables (ED), malestar físico (MF), emociones agradables (EA), probando mi

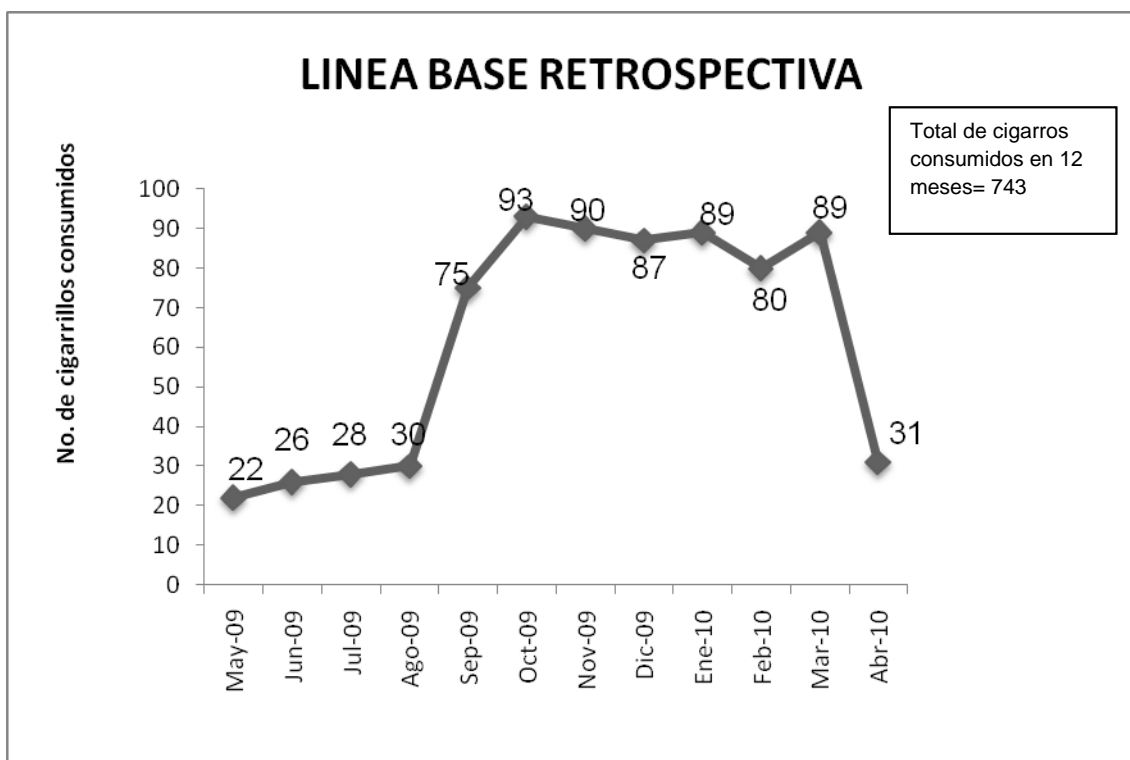
control sobre el consumo de alcohol y drogas (PC), impulsos y tentaciones para consumir (IM y T), conflicto con otros (CO), presión social (PS) y momentos agradables con otros (MAO).

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR INSTRUMENTOS

Línea Base Retrospectiva (LIBARE - D)

En promedio el consumo de V.M.S durante un periodo de 12 meses fue 2.64 cigarros de marihuana por ocasión. El total de cigarros consumidos en un año fue de 743. Presenta 281 días de consumo, en comparación con 84 días de abstinencia

El consumo mas bajo registrado mensualmente fue de 22 cigarros, con un patrón de consumo aproximado de 2 cigarros por ocasión alrededor de 3 veces por semana (Mayo/09), en comparación con el más alto que fue de 93 cigarros al mes (Octubre/09). Éste periodo de consumo máximo abarcó 7 meses (Octubre/09-Marzo/10), su patrón de consumo fue de aproximadamente 3 cigarros diariamente (Ver gráfica 1).



Gráfica 1. Número de cigarrillos de marihuana consumidos mensualmente por V.M.S durante 12 meses

Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20)

El puntaje obtenido por V.M.S fue de 10, lo cual corresponde al siguiente nivel:

PUNTAJES DEL PDAD	
PUNTAJE	NIVEL DE DEPENDENCIA
0	No reportado
1-5	Nivel Bajo
<u>6-10</u>	<u>Nivel Moderado</u>
11-15	Nivel Sustancial
16-20	Nivel Severo

Tabla 1. Nivel de abuso a las drogas de V.M.S

Con base al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV), V.M.S presentó 5 de los 7 síntomas para la Dependencia que se describen a continuación:

Criterio 1. Tolerancia: Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado al ingerir las mismas dosis.
Criterio 4. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
Criterio 5. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
Criterio 6. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en tomar la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
Criterio 7. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los pasatiempos con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de

reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El puntaje obtenido en este inventario por el paciente, fue de 23, que corresponde al siguiente nivel:

PUNTAJES DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	
PUNTAJE	NIVEL DE ANSIEDAD
0-5	Mínima
6-15	Leve
<u>16-30</u>	<u>Moderada</u>
31-63	Severa

Tabla 2. Nivel de Ansiedad de V.M.S

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El puntaje obtenido en este inventario por el paciente, fue de 24, lo cual corresponde al siguiente nivel:

PUNTAJES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK	
PUNTAJE	NIVEL DE DEPRESION
0-9	Mínima
10-16	Leve
<u>17-29</u>	<u>Moderada</u>
30-63	Severa

Tabla 3. Nivel de Depresión de V.M.S

Algoritmo de Compromiso para el Cambio Drogas (ACC-D)

Debido a que el paciente usó la droga durante los últimos 30 días pero llevo a cabo por lo menos un intento para dejarla durante este mismo periodo (al reducir su consumo a 2 cigarros por ocasión, de 2 a 3 veces por semana), el paciente se encuentra en el estadio de cambio de **PREPARACIÓN**.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISC-D-50)

La gráfica 2 presenta las situaciones para el consumo de marihuana destacando las siguientes como las de mayor riesgo para V.M.S: 1) Momentos Agradables con Otros (80%); 2) Emociones Agradables (60%); 3) Impulsos y Tentaciones (47%); 4) Presión Social (40%); 5) Emociones Desagradables (40%) (Ver gráfica 2).



Gráfica 2. Situaciones de riesgo para el consumo de marihuana de V.M.S de acuerdo con el Inventario ISC-D-50

Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (CCSD-50)

La gráfica 3 muestra el porcentaje de confianza en las situaciones de riesgo para resistirse al consumo de marihuana que reportó V.M.S en el cuestionario de Confianza Situacional al inicio del tratamiento, destacando las siguientes como las de

menor porcentaje: 1) Momentos Agradables con Otros (16%); 2) Emociones Desagradables (18%); 3) Emociones Agradables (20%); 4) Impulsos y Tentaciones (24%); 5) Presión Social (28%) (Ver gráfica 3).



Gráfica 3. Porcentaje de confianza situacional reportado por V.M.S según el CCSD-50

FORTALEZAS Y DÉFICITS

Fortalezas

Se observó en V.M.S una buena capacidad de autoanálisis sobre las razones por las que consume y por las que se siente triste y desesperanzado hacia el futuro, además, tiene una alta motivación en cuanto al cambio en el consumo pues ha experimentado sensaciones desagradables cuando fuma marihuana.

Déficits

Los déficits que presentaba V.M.S eran pensamientos negativos acerca del futuro, lo que le producía desorientación, frustración y ansiedad; tenía una respuesta pasiva y evitativa ante los problemas, dificultades en expresar lo que sentía, pensaba y deseaba hacer y la percepción de haber perdido el control, lo que provocaba que se dejará llevar por lo que los demás le decían.

TRATAMIENTO

Según los datos recolectados en la evaluación, se llegó a la conclusión de que V.M.S cumplió con los criterios de inclusión para formar parte del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), los cuales fueron: presentó 5 síntomas según lo definido en el DSM-IV para la dependencia, consumo problemático de marihuana durante un año, problemas asociados en las áreas: emocional, intelectual, académica y personal de los cuales consideró 2 como graves (perder el año escolar y consecuencias displacenteras después del consumo, como sentirse aletargado e intensificación de sentimientos de tristeza y preocupación) e historia familia positiva en el consumo de sustancias.

En seguida se presenta la estructura del tratamiento:

COMPONENTE	OBJETIVO
1. Evaluación	<p>Efectuar una evaluación clínica del paciente, la cual incluyó una evaluación de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Funcionamiento psicosocial.• Historia del uso de droga, problemas y consecuencias.• Razones y compromiso para el cambio.• Fortalezas de enfrentamiento y debilidades.• Exploración detallada de los disparadores más problemáticos del paciente para el uso de droga.
2. Entrevista Motivacional	<p>Proporcionar una retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación dentro del contexto de la entrevista motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se exploraron las razones expresadas por el paciente para cambiar el uso de la droga y en los pros y contras percibidos para el cambio.• Se discutió sobre los disparadores del paciente para el consumo de drogas y las fortalezas de enfrentamiento que tenía.

3. Plan de Tratamiento Individualizado	<p>Diseñar el plan del tratamiento individualizado con los datos obtenidos en la evaluación, al mismo tiempo que considerar las propuestas del paciente sobre las destrezas, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una orientación hacia el consejo de PEREU, acordando con el paciente la firma del contrato de tratamiento. • Una revisión por parte del paciente de los disparadores que tenía, específicos y recientes en el consumo de droga • Un establecimiento de metas y la revisión del Automonitoreo de disparadores por parte del paciente.
4. Iniciación al Cambio	<p>La Iniciación al cambio tuvo como objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipar y evitar los disparadores y las situaciones de riesgo para el consumo de mariguana. • Introducir el cambio de pensamientos negativos hacia positivos. • Manejar los deseos intensos producto de la meta planeada de abstinencia. • Modelar y moldear las destrezas de rechazo de drogas y asertividad.
5. Mantenimiento del Cambio	<p>La Fase de Mantenimiento tuvo como objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar estrategias para ayudar al paciente a desarrollar confianza (auto-eficacia) con metas a corto plazo, mejorando su percepción de control y confianza en el futuro. • Animar al paciente para que practicara las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas como el Cambio de Pensamiento y asertividad en las situaciones de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente a manejar sus problemas emocionales (como tristeza, desgano, coraje), por medio de cambio de pensamiento, Solución de Problemas y Manejo del Enojo. • Instruir al paciente en el manejo de la destreza de Solución de Problemas para afrontar aquellas situaciones que le causen confusión o desorientación, al tiempo que encuentre una alternativa. • Analizar junto con el paciente las ganancias que ha tenido al dejar el consumo por medio de la destreza Enfrentamiento del pesar. • Analizar la importancia de las redes sociales que puedan servir de apoyo en momentos de crisis para favorecer el cambio hacia un nuevo estilo de vida por medio de la destreza de Incremento del Apoyo Social.
--	--

DESARROLLO POR SESIONES

Entrevista Motivacional

En esta sesión se proporcionó la retroalimentación personalizada a fin de mostrarle al paciente los principales resultados de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación. V.M.S tenía muchas dudas en cuanto a los efectos de la marihuana, sobre que tanto estaban relacionados con sus sentimientos de tristeza y si el funcionamiento intelectual reducido que percibía era consecuencia del consumo. Al abordar la fase psicoeducativa se incluyeron aspectos como: efectos de la marihuana y consecuencias del consumo (aletargamiento, dificultad para concentrarse, etc.). V.M.S se mostró preocupado por las consecuencias del consumo al mismo tiempo que motivado para cambiarlo.

De la misma forma, mencionó que no había consumido en la semana correspondiente al 11-18 de Mayo del 2010, pues no deseaba experimentar los efectos desagradables como sentirse triste y preocupado; la estrategia que utilizó para no consumir fue mantenerse ocupado, además no quiso salir a la calle.

Posteriormente, se aplicó el balance decisional, destinado a ayudarle a tomar la decisión sobre si continuar o cambiar su consumo, considerando los pros y contras. La información obtenida se muestra a continuación:

BALANCE DECISIONAL	
CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGA	
<i>Qué hay de bueno en cambiar mi consumo</i>	<i>Que no hay de bueno en cambiar mi consumo</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podría volver a mi funcionamiento intelectual normal. ▪ Me sentiría libre y sabría que no dependo de la sustancia para estar bien. ▪ Me sentiría más tranquilo al ya no tener estos sentimientos desagradables. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podría perder la relación cercana que tengo con mis amigos y los intereses que compartimos cuando fumamos. ▪ Perdería los momentos en los que me siento relajado. ▪ No experimentaría la creatividad que siento bajo el consumo.
CONTINUAR CON SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGA	
<i>Qué hay de bueno en no cambiar mi consumo</i>	<i>Que no hay de buen en no cambiar mi consumo</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podría experimentar la tranquilidad y relajación que tenía con el consumo. ▪ Podría seguir con mis amigos, ir a lugares y convivir. ▪ Me sentiría desinhibido. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me seguiría sintiendo deprimido. ▪ Seguiría experimentando pérdida de concentración y memoria, y tal vez tener problemas en el futuro. ▪ Tendría un deterioro en mi salud.

V.M.S concluyó con este ejercicio que haría lo necesario para recuperar su estabilidad emocional, pues mencionó que este aspecto era “más” importante para él que mantener la relación y momentos agradables con sus amigos o los momentos de tranquilidad y creatividad que llegó a experimentar con el consumo de la marihuana, pues comentó no desear seguir experimentando las sensaciones displacenteras como tristeza, apatía, falta de motivación; además, el dejar el consumo le dará la oportunidad de recobrar el funcionamiento intelectual que percibía antes del consumo, esto se vincula con las metas a largo plazo que tiene como: terminar una carrera, trabajar e independizarse. Por lo consiguiente, aunque parece haber un número similar de razones en los pros y contras, las razones que refirió tenían mayor peso eran las de cambiar el consumo.

Plan de Tratamiento Individualizado

En esta sesión se abordó la firma del “Contrato Terapéutico”, la propuesta del “Plan de Tratamiento Individualizado” y se aplicó el “Formato de Identificación de Situaciones de Uso Problemático de Sustancias”.

V.M.S comentó que en la semana correspondiente del 18-25 de Mayo del 2010, consumió aproximadamente medio cigarrillo por ocasión los días Viernes, Sábado y Lunes, ya que frecuentó a algunos de sus amigos con los que acostumbraba consumir periódicamente, debido a que quería relajarse y sentirse bien, aunque experimentó sensaciones de aletargamiento, somnolencia, y percibió menos la tristeza que experimentaba después de un consumo. Se le comentó que al comenzar el tratamiento tendría que evitar aquellas situaciones que pudieran provocar un consumo, solamente hasta que se le proporcionaran las destrezas necesarias para hacerles frente.

Posteriormente, se le dió una explicación acerca del tratamiento, indicando que era cognitivo-conductual, dicho enfoque considera a los procesos básicos (emociones, pensamientos, percepción, etc.) y conductas como variables importantes en el aprendizaje y modificación de la conducta, además se le menciono el tiempo que duraría y las responsabilidades que conciernen al paciente ante lo cual respondió que estaba de acuerdo y lo firmó; después se le explicó el “plan de tratamiento” propuesto para él, el cual estaría integrado por las siguientes destrezas:

- Enfrentamiento con los deseos Intensos
- Asertividad
- Rechazo a las Drogas
- Solución de Problemas
- Relajación
- Enfrentamiento del Pesar
- Incremento del Apoyo Social
- Manejo del Enojo

Al terminar, se le aplicó el formato de “Identificación de Situaciones de Uso Problemático de Sustancias” a fin de analizar detalladamente las situaciones de mayor riesgo que fueron seleccionadas con base en los resultados obtenidos en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISC-D-50).

V.M.S jerarquizó las situaciones disparadoras según la percepción que tuvo sobre la frecuencia del problema, de la siguiente manera: **1) Impulsos y Tentaciones; 2) Presión Social; 3) Emociones Desagradables; 4) Emociones Agradables; 5) Momentos Agradables con Otros.**

Impulsos y Tentaciones. Las situaciones de consumo se han presentado por la evocación de estímulos o de olores que le disparan el consumo

Antes de usar:

¿Dónde estaba? **En un concierto de reggae.**

¿Estaba alguien más presente? **Me encontré a algunos viejos amigos en el concierto.**

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? **Mis amigos estaban fumando marihuana.**

¿Cómo se estaba sintiendo? **Ganas de fumar marihuana.**

¿Qué estaba pensando? **Me la estoy pasando bien, pero para estar mejor podría fumar un “porro” (cigarro de marihuana.)**

Describa lo que paso para que su uso se disparara: **Yo creo que fue el olor y las personas a las que estaba observando que fumaban.**

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? **Podría haberme retirado a otro lugar donde no hubiera personas que consumieran.**

Presión Social. Las situaciones de consumo se presentan cuando algunos de sus amigos cercanos lo persuaden para consumir

Antes de usar:

¿Dónde estaba? **En una fiesta.**

¿Estaba alguien más presente? **Todos mis amigos (alrededor de 15).**

¿Otros estaban bebiendo o usando drogas? **Estaban tomando cerveza y fumando los “porros”.**

¿Cómo se estaba sintiendo? **No lo quería hacer, me sentía incómodo, como si**

estuviera a prueba, inseguro.

¿Qué estaba pensando? **Si fumo me voy a perder en el viaje y me voy a sentir mal.**

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: **No le hice caso a lo que sentía y preferí actuar por el desafío.**

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir? **Podría haber antepuesto lo que sentía y decir que no quería, a pesar de los comentarios de mis amigos.**

Emociones Desagradables. En ocasiones cuando se siente molesto o triste, llega a utilizar el consumo para sentirse mejor

Antes de usar:

¿Dónde estaba? **En la casa del que era mi mejor amigo.**

¿Estaba alguien más presente? **Sólo él.**

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? **Sólo él estaba tomando cerveza y fumando el "porro".**

¿Cómo se estaba sintiendo? **Triste porque había terminado con mi novia y recordé que había cosas que hacíamos juntos y ya no las íbamos a hacer.**

¿Qué estaba pensando? **Le tengo que dar sentido a mí vida, necesito sentirme más relajado.**

Describe lo que pasó para que su uso se disparara: **Terminé con mi novia, me sentía triste al recordarlo, así que decidí ir con un amigo para relajarme.**

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? **Podría haberlo platicado con alguien, pues nunca digo lo que siento o si tengo alguna debilidad causada por alguien.**

Emociones Agradables. Las situaciones de consumo se han presentado por la experimentación de las sensaciones que atribuye a la sustancia como relajación

Antes de usar:

¿Dónde estaba? **En la casa de uno de mis mejores amigos.**

¿Estaba alguien más presente? **Como 10 personas en total.**

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? **Estaban bebiendo cerveza y fumando**

los “porros”.

¿Cómo se estaba sintiendo? **Alegre y despreocupado.**

¿Qué estaba pensando? **Me voy a divertir más.**

Describa lo que paso para que su uso se disparara: **Los papás de mí amigo no estaban y teníamos la casa sola para divertirnos.**

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? **Tal vez lo que haría sería no ir a la fiesta, no creo que pudiera manejarlo de otra forma.**

Momentos Agradables con Otros. Las situaciones de consumo se presentan cuando desea experimentar efectos agradables para estar bien con otras personas

Antes de usar:

¿Dónde estaba? **En mi casa**

¿Estaba alguien más presente? **Mi mamá estaba en otra parte de la casa**

¿Otros estaban bebiendo o usando drogas? **No.**

¿Cómo se estaba sintiendo? **Me sentía raro, incómodo, porque iba a ir mi novia y no nos hablábamos todavía muy bien.**

¿Qué estaba pensando? **Si me fumo un porro me voy a poder portar mejor ahorita que venga mi ex –novia, voy a estar más relajado.**

Describa lo que paso para que su uso se disparara: **Mi ex – novia iba a ir a mí casa para platicar con mí mamá y me sentía enojado con ella.**

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir? **Podría haber platicado con ella antes de la situación para perdonarnos y haber tenido una mejor relación en ese momento.**

Para finalizar la sesión se le proporcionó a V.M.S la forma de Automonitoreo y se le explicó el objetivo de esta relacionado con la identificación de las situaciones de riesgo actuales y la forma de responderlo.

Fase de iniciación al cambio

Sesión 1. Cambio de Pensamiento y Enfrentamiento de los Deseos Intensos

Al comenzar la sesión se le dió al paciente el encuadre terapéutico, se le comentó que se revisaría la forma de Automonitoreo y si hubiera algún consumo se analizaría por medio del análisis funcional, además, se aplicaría el Cuestionario de Confianza Situacional y se abordarían 2 destrezas: Cambio de Pensamiento y Enfrenamiento de los Deseos Intensos, por último se respondería, junto con él, la forma del Plan Semanal de la Fase de Iniciación.

De esta forma, se revisó el automonitoreo, correspondiente del 25 al 1 de Junio, en el cual se observó que había consumido el jueves un cigarro de mariguana, el viernes 5 fumadas de una pipa de hachís y 10 fumadas de cigarro de mariguana, estos episodios se analizaron con el formato del Análisis Funcional de la Conducta y se le explicó al paciente que este ejercicio le ayudaría a entender algunos disparadores actuales en el uso de la sustancia y a desarrollar estrategias alternas para que pudiera anticiparse a las situaciones de riesgo durante la fase de Iniciación.

A	B	C
ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
Pensamiento: "Si todos están fumando me voy a ver mal rechazándolos, me van a criticar".	Consumo de 1 cigarro de mariguana.	Me dio el "bajón", me sentí triste y culpable porque era algo que yo no quería hacer.
Pensamiento: "Estoy en la fiesta con ellos, así me conocieron, ni modo que les diga que no".	Consumo de 10 fumadas de cigarro de mariguana y 5 fumadas de una pipa con hachís.	Me sentía aletargado, me sentí culpable hasta el otro día, pues no quería fumar.

El paciente comentó haberse dado cuenta de que en las situaciones anteriores no quería consumir, pero lo hacía para estar bien con sus amigos, mencionó que esto podía deberse a que sentía que había perdido el control de su vida y no sabía que estaba bien o no, así que se fió por lo que los demás le dijeron; refirió que esto lo

hacía sentirse mal, pues no respetó sus convicciones; ante esto, se identificó la presión social como un disparador actual y se le mencionó que se abordarían estas situaciones de riesgo mediante las destrezas específicas de Asertividad y Rechazo de Drogas.

Posteriormente, se abordó la primer destreza, Cambio de Pensamiento, se le explicó al paciente la importancia que tienen los pensamientos en como nos sentimos; además, se le mencionó que algunos pensamientos o nuestro estado de ánimo pueden disparar un consumo, en el caso específico de V.M.S tenía pensamientos negativos que lo hacían preocuparse o sentirse ansioso y en ocasiones recurría al consumo de marihuana para tranquilizarse y olvidar sus problemas, por tal motivo se le enseñó a cambiar pensamientos negativos a positivos, con una serie de 10 ejercicios, en cada uno de ellos debía identificar la emoción y proporcionar una posible solución; se le preguntó sobre cuáles eran sus pensamientos negativos y mencionó que a menudo piensa “como falle en la escuela, ya no sé que está bien o que está mal, yo creo que por eso me dejo llevar por lo que otros me digan, en lugar de seguir mis convicciones, me siento preocupado, ansioso, no sé qué va a pasar con mi futuro”.

Los ejemplos son los siguientes:

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
1. Me siento muy triste, tal vez me sentiría mejor si fumara un poco.	Me siento triste pero en lugar de fumar podría salir a caminar un poco o platicar con alguien, con eso me sentiría mejor.
2. No sé qué va a pasar con mí vida, lo mejor es que me dé por vencido.	Me siento deprimido porque no se qué va a pasar con mí vida, intentaré ocupar mi mente en replantearme nuevas metas y proyectos, con eso me sentiré menos preocupado.
3. Mis amigos no querrán hablarme, si no consumo estaré solo.	Aunque sé que si no fumo mis amigos no querrán hablarme, sé que puedo ser firme a mis convicciones y también puedo buscar otras amistades que me acepten como soy.
4. He trabajado mucho este año, me he esforzado y he conseguido lo que he querido, creo que me merezco fumar.	He trabajado mucho este año, puedo invitar a mis amigos a platicar y hacer un festejo sin que involucre fumar.

5. Sólo me invitarán a salir mis amigos si fumo con ellos, tendré que hacerlo.	Puedo reemplazar el tiempo con otros amigos o hacer otro tipo de actividades, no tengo que fumar si no quiero.
6. Siento que nadie me entiende, nadie me quiere.	Aunque siento que nadie me entiende, eso no implica que nadie sienta afecto por mí, puedo platicar con mis papás y decirles como me siento.
7. Perdí el año escolar y mis amigos, ya nada me queda en este mundo.	Aunque perdí el año y a mis amigos me puedo replantear nuevas metas que se acoplen más a mí, y podría tener nuevos amigos, eso me haría sentirme mejor.
8. Soy un fracasado, nada me sale bien.	Las cosas no me han salido como he querido, pero puedo redoblar mis esfuerzos para sentirme bien conmigo.
9. Mis amigos creen que yo no puedo ser como ellos, les voy a demostrar que sí y tal vez así me acepten.	Espero que los que sean mis amigos puedan aceptarme como soy, sino podría buscar a nuevas personas.
10. Mis papás creen que soy un tonto y no sé controlar mi vida, esto me da mucho coraje y me hace sentir muy mal.	Me siento decepcionado porque siento que no he demostrado la madurez que yo creía tener pero sé que si me esfuerzo puedo ganar la confianza de mis padres otra vez.

Después se revisó la segunda destreza, Enfrentamiento a los Deseos Intensos, obteniendo lo siguiente:

ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS
<p>EJERCICIO</p> <p>1. Describir una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso.</p> <p>Estaba en mi habitación por la noche y me sentía confundido, quería dormir, entonces fumé un cigarro por la ventana y me dieron ganas de fumar marihuana.</p> <p>2. Usando su ejemplo anterior, planear formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.</p>

Recordar las consecuencias negativas que me traería el consumo, pensar en distraerme, retardar el consumo 15 minutos, tomar agua.

3. ¿En quién buscaría apoyo?

En mi amiga Carla ya que ha estado al tanto de mi situación y siempre me ofrece su apoyo.

4. ¿Qué haría para distraerse?

Intentar comunicarme con alguien por teléfono, tratar de leer, tomar agua y decirme cosas positivas para evitar el consumo.

5. ¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas) se proporcionaría?

“Tú puedes hacerlo, además me ocasiona efectos desagradables que no quiero experimentar”.

“Puedo esperar 15 minutos para esperar que pase el antojo”.

“Mejor voy a tomar agua o refresco o comer una paleta, mientras se me pasa”.

6. ¿Qué más podría hacer en esta situación?

Podría intentar platicar con mis padres de algún tema que me distraiga.

En seguida, se llenó el plan semanal (fase de iniciación) donde respondió lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación

Meta: no fumar cigarrillos de mariguana, mantenerme abstemio

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% **80%** 100%

¿Qué necesitaría para sentirse 100% seguro de conseguir esta meta?

Practicar lo que hemos visto y ver otras destrezas.

Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
Encontrarme a mis amigos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar de no estar mucho tiempo con la persona. 2. Decirle que no quiero fumar. 3. Recordar los daños que me produce y las consecuencias negativas que he tenido.
Cuando estoy a punto de dormir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar los daños que el consumo me produce, 2. Pensar que fumare hasta 15 minutos después y esperar a que esa ansiedad desaparezca.

Para finalizar se empezó a trabajar con metas a corto plazo, para lo cual V.MS. manifestó que haría las siguientes actividades en la semana:

Miércoles: buscar una actividad e inscribirse (taller, curso, etc.)

Jueves: ir al cine con una amiga.

Viernes: ir al museo MUAC.

Sábado: ir al mercado del chopo con una amiga.

Domingo: salir con sus papás o bien, ver series televisivas.

Lunes: dibujar y salir con amigos no consumidores por la tarde.

El paciente comentó que trataría de hacerlo y poner en práctica lo expuesto, manifestó que no quería consumir por las consecuencias que le ha traído. Se le despidió y se dio una cita para la próxima semana.

Sesión 2. Asertividad y Rechazo a las Drogas

Al comenzar la sesión se le dió el encuadre terapéutico al paciente, se le comentó que se revisaría el monitoreo diario, de haber un consumo se analizaría por medio del análisis funcional, además, se abordarían 2 destrezas: Asertividad y Rechazo de Drogas, por último se contestaría conjuntamente, la forma del Plan Semanal de la Fase de Iniciación.

Lo primero que se revisó fue el automonitoreo, en el cual se observó que en la semana correspondiente del 2 al 8 de Junio V.M.S consumió únicamente el domingo 10 fumadas de un cigarro de marihuana, este episodio se analizó con el formato del Análisis Funcional de la Conducta.

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
Pensamiento: “ Me van a criticar por negarme a fumar, además ya tiene mucho que no he fumado, me lo merezco”	Consumo de 10 fumadas de cigarro de marihuana	Me dio el “bajón”, me sentía triste, me dio mucho sueño, me sentí culpable y me enojé, no era algo que quería hacer, siento muchos efectos que no me gustan.

Al analizar esta situación V.M.S comentó que de nuevo se sentía mal por haber consumido, ya que se había propuesto esta meta y no pudo cumplirla, además, no le agradaba hacerlo por los efectos desagradables que experimentaba, comentó que no sabía cómo rechazar a sus amigos, pues sentía que quedaría mal con ellos, por lo cual, se le sugirió que se abordarían algunas estrategias que podrían ayudarlo y se reafirmó junto con él su compromiso previo de abstinencia. Se le preguntó si había tenido problemas con las destrezas al aplicarlas en el momento del consumo, ante lo cual refirió que las había ocupado en otros momentos, pero durante el consumo se le olvidó.

Las situaciones en donde aplicó las destrezas se presentan a continuación:

<i>Semana correspondiente del 2 al 8 de junio</i>	<i>Situación</i>	<i>Destreza utilizada</i>	<i>Resultados</i>
Jueves 3 de Junio	Antes de dormir se me “antojo” fumar un cigarro para sentirme más relajado	Enfrentamiento de los deseos intensos	No consumí. Traté de distraerme y esperé 15 minutos para que se me pasara el deseo de fumar
Domingo 6 de Junio	Fui al centro cultural y me encontré a unos amigos, prepararon un porro y empecé a fumar	Ninguna	Consumo. En ese momento no sentí que se me antojara por eso no ocupé la destreza de los deseos intensos y la de cambio de pensamiento la ocupé para sentirme mejor cuando estuviera triste y también porque estaba preocupado por mi mamá, pero no en el consumo.

Debido a este último consumo se analizó junto con él la situación y como podría enfrentarla con las destrezas abordadas en la sesión anterior, por ejemplo: cambiando su pensamiento sobre el consumo, como pensar en las consecuencias negativas en lugar de las positivas que le traería fumar marihuana y por medio de la destreza de enfrentamiento de los deseos, a través de las autoinstrucciones o postergando el consumo 15 minutos como lo había hecho en esa misma semana, en esta sesión se trató de generalizar éstas destrezas. Aun así, se le reconoció el haber utilizado la destreza de Cambio de Pensamiento para manejar su estado de ánimo.

Las situaciones donde las ocupó fueron las siguientes:

NEGATIVO	POSITIVO
<p>Siento que mis problemas jamás tendrán una solución, seguirán creciendo, me siento desmotivado, siento que mi familia se deshace y no sé en qué va a terminar todo.</p>	<p>Esta racha de la vida es dura, pero la solución está cerca, no me desanimaré y tendré fé y la convicción de que la solución llegará, ya vendrán días mejores.</p>
<p>Siento que mi madre se vuelve loca y pierde la cordura, no puede dejar de inhalar, eso me preocupa, me desespera, me siento culpable y no sé en que terminará esto, quisiera irme de mi casa y deslindarme de todo, pero tengo miedo de hacer cosas, estoy atrapado.</p>	<p>Siento desesperanza, miedo, decepción, tristeza. Mi madre encontrará solución en la terapia, debo de tener fé, estaré tranquilo hasta el miércoles a las 11, donde le ayudarán y me dejaré de sentir culpable, le dejaré todo a Dios. Mis problemas no son tan grandes.</p>
<p>No tengo ganas de hacer nada, sólo de permanecer dormido, odio que sea de día y que salga el sol, los días por las mañanas me parecen insípidos.</p>	<p>Voy a ponerme en actividad y a olvidar el sueño, debo de buscar algo que me agrade hacer, los días son bellos y cada día tiene propósito y un sentido.</p>
<p>Siento que el tiempo se viene encima y las cosas en mí casa no cambian, estoy harto de los problemas de mí madre, quisiera largarme a vivir solo y dejar de pensar en estas cosas, la verdad es que mi padre es el que se tiene que hacerse responsable, yo estoy harto de no vivir mí vida por muchas cosas.</p>	<p>Debo tranquilizarme y esperar a ver las cosas con mayor claridad, tu madre no es tu responsabilidad, debes de plantearte seriamente sus objetivos y fijarte la meta de una carrera y luchar por llegar a esa meta, todo a fin de cuentas es para tener un aprendizaje, debo de cambiar esa actitud de pereza y de miedo a afrontar las cosas, yo soy responsable de mí y yo soy el que debe de llevar a cabo mí decisión y luchar por ella, sé que soy capaz de lograr mis propósitos pero ya tengo que decidir.</p>

Una situación que le preocupó durante la semana fue saber que su mamá inhaló cemento, refirió sentirse enojado y preocupado, debido a esto intentaba salir lo mayormente posible, esta fue una de las razones por las que decidió aceptar la invitación de sus amigos para ir al Centro Cultural.

V.M.S mencionó que le preocupaba el consumo de su mamá y tenía miedo de que pudiera ocasionarse algún daño por este consumo, refirió que aunque utilizó el cambio de pensamiento para sentirse mejor, aunque se sintió confundido respecto a las responsabilidades que tiene con ella, se le comentó que era importante delimitar en

qué podía ayudarla y qué no, o bien, qué era lo que estaba en sus manos hacer por ella, se hizo un registro anotando estas situaciones, el cual se presenta en seguida:

DE QUE SOY RESPONSABLE CON MI FAMILIA	DE QUE NO SOY RESPONSABLE	QUE PUEDO HACER
<p>Soy responsable de ayudar en algunos deberes que se encomienden dentro del hogar.</p> <p>Soy responsable de cumplir con mis estudios y obligaciones porque mis padres me subsidian la educación.</p> <p>Soy responsable de respetar la casa.</p>	<p>No soy responsable de la depresión de mi madre.</p> <p>No soy responsable de los problemas del trabajo de mi padre.</p> <p>No soy responsable de los cambios de ánimo de mi madre, que pueda estar contenta o triste.</p> <p>No soy responsable de que mí madre se sienta sola, porque yo tengo cosas y objetivos que cumplir.</p> <p>Yo no soy el total responsable de los problemas familiares que existen.</p>	<p>Dar una palabra de aliento cuando vea un estado de ánimo negativo.</p> <p>Tratar de no dar problemas y preocupaciones a mis padres.</p> <p>Darle ánimos a mi madre para que acuda al psicólogo.</p> <p>Dedicar un poco de tiempo para platicar con mis padres.</p> <p>Brindarles apoyo a mis padres.</p>

Posteriormente, se abordó la primera destreza que fue rechazo de drogas y se le pidió que identificara las situaciones que consideraba de riesgo para consumir, mencionó que la principal era con sus amigos, por lo cual se le dieron ciertas recomendaciones para rechazar las drogas en las situaciones de riesgo, para lo cual se completó un ejercicio, esta fue la información recolectada:

RECHAZO DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
<p>EJERCICIO</p> <p>¿En qué situaciones anticiparía el ofrecimiento de una droga?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estando en compañía de mis amigos 2. Cuando me inviten a alguna fiesta 3. Cuando me encuentre en algún lugar donde sea usual el consumo de marihuana (en las islas, en el espacio escultórico, tocadas)

¿Qué hará, pensará o dirá en cada una de estas situaciones?

1. Seré firme y asertivo al decirles que no deseo consumir, argumentando que los efectos han dejado de ser placenteros para mi
2. Pensaré en lo nocivo del consumo, les comentaré asertivamente que no deseo consumir.
3. Pensaré en los efectos nocivos que me trae el fumar e intentaré alejarme de lugares donde haya más gente fumando.

Una vez concluido lo anterior, se abordó la segunda destreza, Asertividad, se le explicó que ésta, es una forma de comunicación en la cual el sujeto no agrede, pero tampoco se somete a la voluntad de otras personas; en cambio, expresa sus convicciones y defiende sus derechos. De igual forma, se le indicaron una serie de tips para llevar a cabo la comunicación asertiva; para poner en práctica ambas destrezas, se realizó un juego de roles, en los cuales él debía rechazar la droga, proporcionando una explicación, se manejaron algunas situaciones con amigos en donde había Presión Social y se trató de generalizar la Asertividad hacia situaciones familiares en las cuales él podría hablar de lo que desea hacer y decir cómo se siente al respecto sin ofender a nadie, esta situación se ejemplificó en diferentes situaciones con su madre. V.M.S mostró facilidad para aplicar las recomendaciones que se le dieron.

Se completó el siguiente ejercicio, del cual se obtuvo la siguiente información:

ASERTIVIDAD

1. Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año dónde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.

Describa una de esas situaciones:

¿Dónde estaba?

Estaba en la escuela en la revisión de una entrega de láminas.

¿Quién estaba presente?

Estaban mis maestros y compañeros.

¿Qué estaba pensando?

“Se desquitó conmigo en la calificación”.

¿Qué estaba sintiendo?

Sentí mucho coraje e injusticia, además de ganas de gritar y desquitarme.

¿Cuál fue el resultado?

No hice nada solo me retire y no asistí a las siguientes clases.

2. Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo):

- (1)** Generar un pensamiento positivo en cuanto a esforzarme más y ver que hay más oportunidades, para luego poder decírselo.
- (2)** Acercarme tranquila y respetuosamente con la profesora y pedir una explicación más detallada de mi calificación.
- (3)** Pensar que una calificación no siempre refleja aquello que se espera y tener más paciencia, para no tener algún problema con ella.

Al finalizar este tema se completó el plan semanal (fase de iniciación) donde respondió lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación	
Meta: no fumar cigarrillos de mariguana, mantenerme abstemio.	
Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 80% 100%	
Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.

Invitación de algún amigo a su casa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No verlo. 2. Decirle que no quiero consumir.
Cuando estoy a punto de dormir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar los daños que el consumo me produce y sus consecuencias negativas. 2. Pensar que fumare hasta 15 minutos después. 3. Tomar agua, caminar, comerme una paleta.
Estando con amigos y se me antoje.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ir con ellos en la semana. 2. Pensar en las consecuencias negativas.

Antes de finalizar la sesión se le preguntó a V.M.S si había podido llevar a cabo las actividades planeadas en la semana anterior, él respondió que había salido con su amiga al cine, pero que no había podido realizar las demás ya que ocurrió el problema con su mamá y el consumo con sus amigos, por lo que no se sentía con ganas; sin embargo, mencionó que trataría de llevarlas a cabo, debido a esto se realizó un nuevo listado junto con el paciente de las actividades que podía retomar en la semana por transcurrir, se consideró las siguientes:

- Ir a conocer el plantel de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) e informarse acerca de los programas de estudio de las diferentes licenciaturas que ofrece esta Universidad, con la finalidad de tomar una decisión respecto a ingresar o no a una carrera en esta Universidad.
- Buscar actividades recreativas para el periodo vacacional
- Dibujar
- Ir al cine
- Visitar el museo MUAC
- Ir al mercado del Chopo
- Leer el libro titulado "Azteca"

Finalmente, se le preguntó si tenía alguna duda sobre las estrategias, ante lo cual respondió que no, se concluyó la sesión y se dio fecha y hora para la próxima sesión.

Fase de Mantenimiento del Cambio

Sesión 3. Solución de Problemas y Relajación

Al comenzar la sesión se le dió al paciente el encuadre terapéutico, se le comentó que se abordarían dos destrezas, la primera Solución de Problemas y la segunda Relajación; debido a que esa semana no consumió y se sentía 100% seguro de seguir abstinentemente y de enfrentar las situaciones de riesgo con éxito se empezó con el Plan de mantenimiento del cambio.

El paciente comentó que en lo que respecta a la semana del 8 al 15 de junio del 2010, se mantuvo sin consumo pues era un compromiso que había tenido para consigo mismo, también trató de evitarlo por los efectos negativos que le produce.

Las situaciones en donde ocupó las destrezas fueron las siguientes:

<i>Semana correspondiente del 8 al 15 de junio</i>	<i>Situación</i>	<i>Destreza utilizada</i>	<i>Resultados</i>
Miércoles 9 de Junio.	Un amigo me visitó, él venía drogado y me ofreció fumar marihuana, percibí su olor y se me antojó.	Rechazo a las drogas, Asertividad, Cambio de Pensamiento y Enfrentamiento de los deseos intensos.	No consumí. Le dije desde el principio que ya no estaba consumiendo, recordé que tenía que abstenerme porque me lo prometí, también recordé los efectos negativos que me trae el consumo, y traté de distraerme platicando.

Toda la semana.	Cuando me siento triste o ansioso con respecto al futuro.	Cambio de pensamiento.	Me siento más tranquilo al considerar que no es tan grande el problema.
Toda la semana.	Cuando hay algo que no me parece y se lo quiero decir a mi mamá o papá.	Asertividad.	Les comentó lo que pienso, aunque, a veces me cuesta un poco de trabajo con mí papá.

Una situación problemática que experimentó V.M.S esta semana fue que el viernes de la semana pasada lo invitaron a una fiesta y bebió demasiado alcohol, llegó a su casa muy intoxicado, mencionó que tuvo lagunas mentales. Al día siguiente se enteró, que su padre lo había regañado al ver su estado y le había propinado unas cachetadas, esto causó problemas con su familia, sus padres platicaron con él sobre su preocupación al pensar que pudiera tener un problema con el alcohol. V.M.S mencionó sentir que se sobrepasó, pues este tipo de situaciones no ocurrían regularmente, ya que siempre media cuan borracho estaba, pensó que fue un incidente, aunque no tan grave como para considerarlo un problema; expresó que la última vez que estuvo en un estado similar fue en Marzo del presente año, y refirió hacerlo porque se sentía muy triste, a diferencia de esta ocasión que se estaba divirtiendo y no se percató que estaba bebiendo demasiado, aun así no quiere que le vuelva a ocurrir, por lo que mencionó tendrá más cuidado en la cantidad de alcohol que bebe, ante esto se le mencionaron algunos “tips” para moderar su consumo de alcohol, V.M.S se mostró muy interesado en el tema y comento que trataría de ocuparlos.

Posteriormente, se puso en práctica la destreza de solución de problemas con el objetivo de ayudarle a resolver aquellas situaciones que le resultaban problemáticas o que le causaban confusión, siendo los principales pasos: delimitar el problema, proponer varias soluciones, analizar los pros y contras de cada una de ellas y por último llevarlas a cabo.

Se realizó el ejercicio correspondiente junto con el paciente, esta fue la información obtenida:

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Problema: No se qué hacer, necesito encontrar algunas actividades que me hagan sentir bien y me ayuden a seguir adelante en el ámbito académico.

A. Investigar las diferentes probabilidades que existen para ingresar a otra carrera en la UAM

Pros: Me abriría el panorama de otras opciones, estaría tranquilo de saber que hay cosas que me interesan.

Contras: Ninguno.

B. Intentar probar con otro semestre en esta carrera en la UNAM, para ver si es lo que busco.

Pros: Me abriría el panorama para saber si es lo que busco, estaría activo o haciendo cosas en ese tiempo y aprendería más cosas.

Contras: Si no me gustara lo que hago en esta carrera habría perdido mi tiempo y dinero.

C. Buscar una actividad recreativa, según mis intereses para el verano

Pros: Desarrollaría mas aptitudes, me serviría para estar ocupado.

Contras: Seria algo momentáneo y habría un gasto por esa actividad.

D. Buscar un trabajo.

Pros: Me sentiría útil, podría ayudar en los gastos de mi casa y podría comprarme cosas que necesito.

Contras: Me podría desorientar sobre continuar con mis estudios.

Una vez analizado lo anterior V.M.S mencionó que la mejor solución sería: Investigar las diferentes probabilidades que existen para ingresar a otra carrera en la UNAM.

En seguida, se abordó la Destreza de Relajación, con el objetivo de darle una alternativa para generar el estado de tranquilidad que encontraba en el consumo de marihuana, se manejó la respiración diafragmática, tensión- distensión e imaginería.

Para el ejercicio correspondiente a esta destreza, se le encomendó practicar lo abordado durante toda la semana, la información recolectada fue la siguiente:

RELAJACIÓN
<p>Ejercicio:</p> <p>Sea consciente de su tensión. ¿Qué parte de su cuerpo se pone tensa cuándo se estresa o está deseoso de drogas o alcohol?</p> <p>Siento dolor de cabeza.</p> <p>Pruebe una de las técnicas. ¿Qué cambios nota en la tensión muscular o respiración?</p> <p>Siento relajación, una sensación de mayor frescura y un momento de quietud.</p> <p>Practique las técnicas diariamente. ¿Cuál es la que le funciona mejor?</p> <p>La técnica de respiración profunda, fue la que me funcionó mejor.</p> <p>¿Qué es lo que le ayudaría a recordar el empleo de estas técnicas (por ejemplo, cuándo nota que la tensión va incrementando, o usar las técnicas en un cierto momento del día)?</p> <p>Me sería mejor emplear las técnicas por las mañanas cuando realizo el ejercicio diario.</p>

Al finalizar este tema, se respondió el plan de mantenimiento semanal:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO
<p>Asignación de tarea para la casa</p> <p>Planeación para la exposición planeada de los disparadores para el uso de la sustancia.</p>
<p>Describa la situación Disparadora</p> <p>Salir con mis amigos, ya que ellos consumen regularmente.</p> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? El jueves o el viernes.</p>

¿Dónde? Vamos a ir al CUC o a una fiesta.

¿Quién estará presente? Mis amigos.

Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente qué dirá, hará y pensará etc.)

Seré asertivo y les diré que no deseo consumir pues lo estoy dejando, debido a que me hace sentir mal, tendré en mente los efectos nocivos que me produce como aletargamiento, sentirme triste y preocupado y me daré 15 minutos para que se me quite el deseo.

Al terminar este tema se le preguntó si había podido hacer algunas de las actividades que se propusieron la semana pasada, ante lo cual comentó que había hecho pocas pues se había entretenido en hacer cosas distintas y que eran más importantes para él, como: terminar con unos trámites para concluir su inscripción en la UAM y adquirir la guía de estudio; las actividades que sí realizó en esta semana fueron: salir con sus padres, tomar la decisión sobre presentar el examen para la UAM, salir con amigos y continuó leyendo su libro propuesto.

Las actividades propuestas para hacer en la semana del 15 al 22 de junio fueron las siguientes:

- ♦ Estudiar para el examen de admisión de la UAM
- ♦ Visitar el MUAC
- ♦ Ir a comprarme ropa
- ♦ El domingo salir con mis papás
- ♦ Salir al cine con una amiga
- ♦ Salir con mis amigos

Sesión 4. Enfrentamiento del Pesar e Incremento del Apoyo Social

Al comenzar esta sesión se dió el encuadre terapéutico al paciente, se le comentó que se revisaría el Automonitoreo y se abordarían dos destrezas, la primera de ellas Enfrentamiento del Pesar en la que se retomarían las pérdidas que ha tenido no solo al dejar la mariguana sino en su vida en general y como estas pérdidas lo han llevado a hacer cosas distintas y también, la destreza de Incremento del Apoyo Social para esta, se le mencionó la importancia de contar con una red social de apoyo con la cual pueda hablar sobre sus sentimientos y experiencias de manera segura, por último se vería el plan de mantenimiento semanal.

Al revisar el Automonitoreo V.M.S mencionó que en la semana correspondiente del 15 al 22 de Junio, se mantuvo sin consumo, mencionó que una de sus principales motivaciones era el compromiso que tenía consigo mismo, sin embargo, tuvo dos situaciones de riesgo que se muestran en seguida.

<i>Semana correspondiente del 15 al 22 de junio</i>	<i>Situación</i>	<i>Destreza utilizada</i>	<i>Resultados</i>
Sábado 19 de Junio.	Estaba en una fiesta y encontré a dos amigos que estaban fumando mariguana, se me antojó.	Enfrentamiento de los deseos intensos, cambio de pensamiento.	No consumí. Me distraje platicando con unos amigos, nos salimos a la calle, pensé en el compromiso que tenía conmigo.
Lunes 21 de Junio	Estaba platicando con un amigo cercano y me ofreció fumar un "porro".	Rechazo a las drogas, Asertividad, Cambio de Pensamiento.	No consumí. Le dije firmemente que no quería consumir y que sólo lo acompañaba, recordé el compromiso que tengo conmigo.

Los resultados de la semana se presentan en el formato del plan de mantenimiento semanal presentado a continuación:

Reporte de Resultados	
¿Intentó hacer la tarea?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Fue exitoso el intento?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comentarios	
Me sentí muy tranquilo y confiado de que puedo controlar mí consumo.	
¿Usted consumió?	
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Por otra parte, señaló que se sintió tranquilo durante la semana, pues estaba haciendo varias actividades para retomar sus estudios, esto lo hizo sentir que su meta era firme y que la podía conseguir, por lo que se sintió con más confianza; comentó que se había encontrado con algunos “viejos amigos”, al platicar con ellos llegó a la conclusión de que se preocupaba demasiado en algunas situaciones que no lo ameritaban al pensar que no tenían solución, como por ejemplo, en cuanto a sus estudios, ante lo cual, recordó que tiene muchas opciones para resolverlo, no tenía por qué preocuparse, pues se ha propuesto nuevos proyectos y metas que cumplir como hacer el examen de Admisión para la UAM, o quedarse con su lugar en Arquitectura. También señaló que con respecto a su madre ya no se siente responsable de ella, mencionó que ha podido delimitar que le corresponde hacer y que no, y se lo ha comunicado de forma asertiva, sin sentirse culpable.

Posteriormente, se revisó la destreza de Enfrentamiento del Pesar, en la que se comentó que se abordarían todas aquellas pérdidas que le hubieran afectado en su vida y el desarrollo de nuevas conductas a partir de estas situaciones. La información obtenida se muestra a continuación:

ENFRENTAMIENTO DEL PESAR

En los espacios de abajo, llene las cosas que usted ha perdido como resultado de dejar los viejos hábitos del alcohol y droga. Luego en la misma línea, escriba los sentimientos y las nuevas conductas que acompañaron la pérdida de cada cosa en su vida.

Qué he perdido	Sentimientos	Nuevas Conductas
La relación estrecha que había tenido con mis amigos.	<p>Tristeza, porque recuerdo que pasaba momentos agradables con ellos.</p> <p>Enojo, pues las cosas se tornaron diferentes con mis amigos a causa de que ya no consumo.</p>	<p>Replantearme una solución al consumo pues se estaba haciendo problemático.</p> <p>Mayor acercamiento con mí familia.</p> <p>Empezar a buscar otros intereses, renovarme.</p> <p>Tener una relación más cercana con otros amigos.</p>
Perder mí beca a causa de reprobar algunas materias.	Enojado, pues era un ingreso que era necesario.	<p>Buscar estabilizarse en las materias.</p> <p>Buscar otra beca.</p> <p>Buscar un trabajo, ya sea en el periodo de vacaciones o durante el semestre.</p>
Perdí el consumo.	<p>Por un lado me siento bien, ya que confirmé que si tenía la capacidad de no consumir y por mí convicción.</p> <p>También siento enojo, pues tuve que dejar atrás varias cosas que fueron importantes como amigos, experiencias y sensaciones.</p>	<p>Me he sentido con más autocontrol.</p> <p>Me he replanteado nuevas metas con un pensamiento "sobrio".</p> <p>He dejado de sentir los "bajones" pues me hacían sentir muy triste.</p> <p>He enfrentado nuevas situaciones estando "sobrio" y las he solucionado.</p>

<p>He dejado de hacer cosas por cuidar a mí mamá.</p>	<p>Enojo, me he sentido impotente, sentía que estaba atado, me sentía triste, inseguro, con miedo y no tenía la confianza de hacer cosas o plantearme más proyectos, dejaron de importarme cosas de mí vida.</p>	<p>Primero hubo muchas cosas negativas, fue detonante para salirme del semestre, me adjudicaba más responsabilidades, me aislé pues dejé de frecuentar a mis amigos, las cosas positivas fueron que platique con mí padre para solucionar el problema, busqué ayuda para mí y para ella, dejé de consumir y me replanteé nuevos objetivos.</p>
<p>Perdí la confianza.</p>	<p>Decepcionado, triste e incapaz.</p>	<p>Me aislé de mis amigos, fue malo porque hubo un tiempo que no salía de mí casa y no deseaba estar con ellos y fue bueno porque frené el consumo y busqué alternativas para salir de ese bache.</p>
<p>Perdí el semestre y podría perder el lugar en la UNAM.</p>	<p>Enojo y tristeza, porque siempre fue mi objetivo estar en este campus y en esta universidad.</p>	<p>Reordenarme y buscar una solución.</p> <p>Me da tiempo para saber qué es lo que quiero, si Arquitectura u otra.</p> <p>Me inscribí a la UAM.</p> <p>Vine a terapia.</p> <p>Valoré más mí estancia en la universidad.</p>

ENFRENTAMIENTO DEL PESAR (PARTE 2)

Escriba algunos de los cambios en su pensamiento y conducta que son ahora visibles para usted y para otros desde que usted trabaja en su problema de abuso de sustancia. Escriba pensamientos y sentimientos negativos y positivos menos visibles que usted está experimentando en su nuevo estilo de vida.

Los pensamientos y sentimientos visibles

- Replantearme nuevas metas.
- He empezado a hacer nuevas cosas, como estudiar, salir más con amigos y lugares.
- He estado de un humor más alegre y me he sentido tranquilo.

Los pensamientos y sentimientos menos visibles

- He sentido confusión sobre algunas actividades que no se si hacer.
- Todavía en ocasiones tengo pensamientos negativos.
- Ha habido días en que no me dan ganas de pararme.

Enliste 3 cosas que usted puede hacer diferente y que eso fortalecerá su compromiso para los cambios que usted está haciendo.

1. Concentrarme en las soluciones, mas que en los pensamientos negativos.
2. Externar asertivamente las cosas que no me agradan. Defender mis derechos.
3. No responsabilizarme de cosas que no son de mí incumbencia.

Posteriormente, se abordó la destreza de Incremento del Apoyo Social, en la que se le mencionó la importancia de tener una red de personas que representen un apoyo y con las cuales se puedan discutir sentimientos y experiencias de manera segura. La información obtenida se muestra a continuación:

INCREMENTO DEL APOYO SOCIAL

Tomemos unos minutos para observar su sistema de apoyo. Pregúntese las siguientes cuestiones:

1. ¿Quién es mi apoyo actualmente? (sea específico)

Carla, me escucha cuando tengo algún problema y en ocasiones mis papás, ellos me apoyan en lo que pueden.

2. ¿Qué necesidades son satisfechas en las relaciones con estos individuos? (Vea anteriormente)

Mi papá y mamá cubren las necesidades económicas, mi papá me anima y me da consejos y con Carla expreso mis emociones y me da ánimos.

3. ¿Qué necesidades no han sido satisfechas?

No tengo un Mentor, pues mi papá es quien podría tenerlo, no lo es porque no tenemos una buena comunicación.

4. ¿Cómo yo puedo incrementar mi red de apoyo? (llene la próxima sección).

<i>¿Qué problemas tengo que necesitan apoyo?</i>	<i>¿A quién me le puedo acercar para ayuda?</i>	<i>¿Cómo haría o llevaría a cabo el plan? (sea específico).</i>
Hay ocasiones en las que me siento desmotivado.	Carla, con ella me puedo desahogar.	Le puedo hablar por teléfono para vernos o hablar en ese momento.
A veces me gustaría poder tener cierta orientación de cómo llevar mi vida.	Papá, el tiene mucha experiencia.	Buscar un momento oportuno y pedirle unos minutos de su atención para platicar.
Cuando tengo problemas en mi casa.	Carla, con ella puedo hablar.	Le puedo hablar por teléfono para vernos o hablar en ese momento.

Al finalizar este tema, se respondió el plan de mantenimiento semanal:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO
Asignación de tarea para la casa Planeación para la exposición planeada de los disparadores para el uso de la sustancia
Describe la situación Disparadora Salir con mis amigos, ya que ellos consumen. Experiencia Planeada ¿Cuándo? El viernes o sábado. ¿Dónde? En alguna casa o vamos a ir a alguna fiesta. ¿Quién estará presente? Mis amigos. Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente qué dirá, hará y pensará etc.) Seré firme al decirles que no quiero consumir y se lo comunicaré de forma asertiva, recordaré los efectos negativos que ha tenido el consumo, podría salirme a dar una vuelta o ir a la tienda y decirme que puedo esperar 15 minutos.

Al terminar este tema se le preguntó si había podido hacer algunas de las actividades que se propusieron la semana pasada, ante lo cual comentó que hizo la mayoría, excepto comprarse ropa e ir al MUAC, pero agregó ir a una plática bíblica y festejar con su papá el día del padre.

Las actividades propuestas para hacer en la semana de 22 al 29 de junio son las siguientes:

- ♦ Estudiar para el examen de admisión de la UAM.
- ♦ Buscar las guías para su examen y comprarlas.
- ♦ El domingo salir con mis papás.

- ♦ Salir al cine con una amiga.
- ♦ Salir con mis amigos.
- ♦ Ir a algún museo.

Sesión 5. Manejo del Enojo

Al comenzar la sesión se le dió el encuadre terapéutico al paciente, se le comentó que se revisaría el Automonitoreo y se abordaría la destreza de Manejo del Enojo, en la que se analizarían diferentes situaciones en las que se hubiera experimentado esta emoción para encontrar una forma efectiva de afrontarlas.

En seguida, se revisó el Automonitoreo en el que se observó que en la semana correspondiente del 22 al 29 de Junio se mantuvo sin consumo, refirió que lo seguía motivando el compromiso que tiene consigo mismo y las repercusiones negativas que podría tener debido al consumo, las situaciones de riesgo que enfrentó en esta semana se muestran a continuación.

<i>Semana correspondiente del 22 al 29 de junio</i>	<i>Situación</i>	<i>Destreza utilizada</i>	<i>Resultados</i>
Viernes 25 de Junio.	Salí en la noche con mis amigos y uno de ellos me ofreció marihuana.	Enfrentamiento de los deseos intensos, cambio de pensamiento.	No consumí. Pensé en las consecuencias negativas que me traería el consumo y recordé el compromiso conmigo.
Sábado 26 de Junio.	Salí con mis amigos en la noche y uno de mis amigos me ofreció insistentemente marihuana.	Rechazo a las drogas, Asertividad, Cambio de Pensamiento.	No consumí. Le dije firmemente que no quería consumir todas las veces que mi amigo me ofreció marihuana y

			pensé en que no quería hacerlo.
--	--	--	---------------------------------

Los resultados de la semana se presentan en el formato del plan de mantenimiento semanal presentado a continuación:

Reporte de Resultados	
¿Intentó hacer la tarea?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Fue exitoso el intento?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comentarios	
Me sentí muy tranquilo porque puedo controlar mi consumo.	
¿Usted consumió?	
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

En lo que respecta a la semana mencionó que se sintió tranquilo, pues estuvo haciendo cosas que lo hacen sentir que está haciendo algo con su vida, en esta semana se dedicó a buscar guías desarrolladas y estuvo estudiando la mayoría de los días para su examen en la UAM, refirió sentir que puede alcanzar esa meta y recuperar su vida académica, aunque, si no aprueba el examen, piensa que puede encontrar otras alternativas que le permitan seguir con sus estudios.

Posteriormente, se abordó la destreza del Manejo del Enojo, en la que se mencionó que esta es una emoción normal que se puede expresar de forma pasiva o agresiva, aunque, la manera ideal de expresarlo sería mediante la Asertividad; también se le comentó que en ocasiones el enojo puede traernos consecuencias negativas y podría ser un disparador para el consumo. Se le sugirieron algunos “tips” para manejar el enojo.

Luego, V.M.S contestó el ejercicio correspondiente a esta destreza, la información obtenida se muestra a continuación:

MANEJO DEL ENOJO
<p>Ejercicio.</p> <p>Describe una situación reciente dónde ha sentido enojo.</p> <p>Encontré a mi madre inhalando, cuestión que me hizo sentir mucho enojo y coraje.</p> <p>¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo? (por ejemplo, los músculos tensos).</p> <p>Sentí como mis manos se comenzaban a apretar y me sentí tenso.</p> <p>¿Cómo reaccionó en esta situación?</p> <p>Comencé a llamarle la atención y a preguntarle el porqué de su acción, pero comencé a subirle la voz ya que no me contestaba y negaba la evidente acción.</p> <p>¿Qué " estilo " de enojo expresó?</p> <p>Fue un enojo expresado verbalmente y que francamente se me salió de control, ya que comencé a enunciar palabras altisonantes.</p> <p>¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro? (sea específico).</p> <p>Pues yo creo que lo que haría ahora y que sería más conveniente es mejor salirme de la casa, comentarle que después platicamos y ya después de manera más calmada intentar buscar juntos una solución, en este momento la seguiría estimulando a fin de continúe dentro de su terapia y seguir con la convicción de que este tipo de situaciones no son mi responsabilidad y que sólo puedo ayudarla escuchándola y animándola a que continúe con su tratamiento.</p>

Al finalizar este tema, se respondió el plan de mantenimiento semanal:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO
Asignación de tarea para la casa
Planeación para la exposición planeada de los disparadores para el uso de la sustancia
<p>Describa la situación Disparadora</p> <p>Salir con mis amigos de la facultad, planearon ir a un bar en donde está permitido fumar marihuana.</p> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? El miércoles.</p> <p>¿Dónde? Es un bar.</p> <p>¿Quién estará presente? Mis amigos.</p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente qué dirá, hará y pensará etc.)</p> <p>Seré firme al decirles en el rechazo del consumo, trataré de ser asertivo si me insisten demasiado, recordaré los efectos negativos que ha tenido el consumo en mí.</p>

Al terminar este tema se le preguntó qué actividades había realizado con respecto al plan acordado, V.M.S mencionó que en esta semana se había avocado principalmente a estudiar y buscar las guías para el exámen, aunque también se divirtió, lo único que le faltó por hacer fue asistir a algún museo, aunque piensa que le dio prioridad a lo más importante.

Las actividades propuestas para hacer en la semana de 29 de Junio al 2 de Julio son las siguientes:

- ◆ Estudiar para el examen de admisión de la UAM
- ◆ El miércoles saldrá con sus amigos de la Facultad
- ◆ Salir con mis amigos
- ◆ Estar con sus papás

Se le mencionó que esta sesión sería la penúltima y se le preguntó cómo se sentía, a lo que respondió que estaba bien, tranquilo y confiado de que podía enfrentar las situaciones de riesgo sin consumo, además, sentía que los problemas que antes le preocupaban y lo hacían sentir triste se han aminorado, pues ha buscado diferentes alternativas y soluciones como: informarse sobre los planes de estudios de diferentes carreras y así analizar cuáles son las áreas de su interés (pues mencionó que ha descubierto que Arquitectura no lo satisface profesionalmente), inscribirse para presentar el examen a la UAM para alguna de estas carreras y dedicar su tiempo libre a estudiar, refirió que esto lo hacía sentirse más tranquilo y útil.

Sesión 6. Cierre del Tratamiento

Se comenzó por darle el encuadre terapéutico al paciente, se le comentó que se revisaría el Automonitoreo, se contestaría conjuntamente el ejercicio “Si yo fuera a recaer”, y se respondería el Cuestionario de Confianza Situacional, además del Cuestionario de Satisfacción del Cliente, ya que esta sería la última sesión.

En seguida, se revisó el Automonitoreo, en donde se observó una situación de riesgo en la semana correspondiente del 29 de Junio al 2 de Julio, en esta semana V.M.S refirió no haber consumido, mencionó que se siente cada vez con mayor control de esas situaciones y con mucha tranquilidad. Tal situación se presenta a continuación.

<i>Semana correspondiente del 29 de junio al 2 de julio</i>	<i>Situación</i>	<i>Destreza utilizada</i>	<i>Resultados</i>
Miércoles 30 de Junio.	Fui con mis amigos a un bar, en ese lugar se puede fumar marihuana y mis amigos fuman.	Enfrentamiento de los deseos intensos, cambio de pensamiento.	No consumí. Pensé en las consecuencias negativas que me traería el consumo y recordé el compromiso conmigo, pensé en que no quería hacerlo.

Los resultados de la semana se presentan en el formato del plan de mantenimiento semanal que se muestra a continuación:

Reporte de Resultados	
¿Intentó hacer la tarea?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Fue exitoso el intento?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comentarios	
Me sentí muy tranquilo y confiado de que puedo seguir sus convicciones	
¿Usted consumió?	
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Posteriormente, se le preguntó al paciente cómo se sentía al saber que era la última sesión, él respondió que se sentía bien, tranquilo y confiado, mencionó que ha ocupado la mayoría de las destrezas, aunque hay algunas que le han ayudado más como: Asertividad, Solución de Problemas, Enfrentamiento de los deseos Intensos y Cambio de Pensamiento, además dijo que los cambios que percibió fueron: “ya no me tomo las cosas tan a pecho, mis pensamientos ya no son tan catastróficos, ni están enfocados al fracaso, pues nadie nos asegura que va a pasar y puedo seguirlo intentando”; así también se le preguntó que creía haber ganado al abstenerse del consumo, a lo que V.M.S respondió que se ha sentido con mayor madurez, pues piensa que ya no toma las cosas a la ligera ni se desvía de los problemas como lo hacía antes, es decir, toma mejores decisiones al estar “consciente” (sin consumo), se acercó a su familia, por lo que ahora cree que tienen lazos más estrechos, además empezó a buscar alternativas a sus problemas y realizarlas, lo que cree le dió mayor confianza y tranquilidad para llevar a cabo sus metas.

Después de haber comentado lo anterior, se respondió junto con el paciente el formato “Si yo fuera a recaer”, el cual está destinado a retomar algunas destrezas para evitar una situación de alto riesgo de consumo, la información obtenida se detalla a continuación:

“SI YO FUERA A RECAER”

**Si yo fuera a recaer, lo más probable es que sería en la siguiente situación:
(Describe dónde, quien estaría probablemente con usted, lo que estarían haciendo, lo que estaría sintiendo y pensando antes de que recayera).**

Esa situación sería que fuera a un concierto con mis amigos, yo creo que pensaría que tendría sensaciones agradables.

¿Qué estrategias de enfrentamiento podría yo usar para evitar esta recaída?

(Enliste de 8 a 10 estrategias que usted usaría.)

1. Recordar los efectos nocivos que me ha traído la sustancia.
2. Darme 15 minutos para volver a pensar en si deseo consumir o no.
3. Sustituir el consumo con un dulce o agua.
4. Platicarle a alguien que tengo deseos de consumir.
5. Pensar que el deseo es como una ola, que sube y al final terminará por bajar.
6. Pensar en el compromiso que tengo conmigo y que no lo quiero romper.
7. No dudar en rechazar. Ser firme.
8. Rechazar de forma asertiva.

¿Qué tan confiado estaría usted de emplear una o más de estas estrategias de enfrentamiento?

Me siento seguro yo creo que un 100%.

Una vez concluido lo anterior, se procedió a proporcionarle el Cuestionario de Confianza Situacional, para contrastar la autoeficacia percibida en las situaciones de riesgo al inicio y al final del tratamiento.

Por último se procedió a darle al paciente el Cuestionario de Satisfacción del Cliente para saber su opinión respecto al servicio brindado, V.M.S respondió lo siguiente:

- Califica el servicio brindado como excelente.
- Casi todas sus necesidades fueron satisfechas.
- Esta muy satisfecho con el servicio recibido.
- Definitivamente recomendaría el programa a algún amigo que tuviera la necesidad de una ayuda similar.
- La parte del programa que le pareció más útil fue la retroalimentación y el desarrollo de destrezas.
- Regresaría al programa si tuviera que buscar ayuda nuevamente.

En la segunda parte del cuestionario se le encomendó que evaluara la utilidad de cada asignación de tarea que recibió durante el programa, ante lo cual contestó lo siguiente:

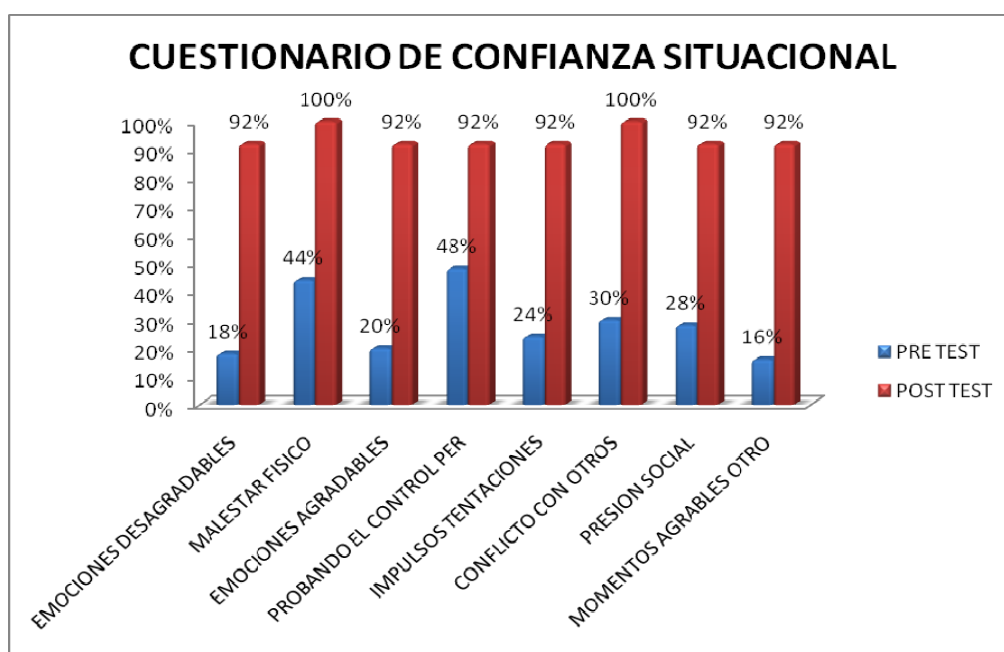
- Establecimiento de metas: Muy útil.
- Monitoreo diario: Muy útil.
- Monitoreo de los disparadores: Muy útil.
- Asignación de habilidades de enfrentamiento: Muy útil.
- La retroalimentación personalizada: Muy útil.

Se finalizó la sesión explicándole al paciente que se haría un seguimiento dentro de un mes y se le preguntó cuales serian sus planes para este periodo; V.M.S dijo que continuaría leyendo, saldría con sus amigos al cine, visitaría diferentes museos de la ciudad, buscaría un trabajo por las mañanas, estudiaría para el regreso a la universidad, frecuentaría a sus amigos de la facultad, realizaría algunos dibujos, vería películas en su casa y buscaría alguna actividad artística o deportiva; refirió sentirse seguro de continuar sin consumo y trataría de poner en práctica las destrezas aprendidas; con tal información, se le despidió y se concertó la cita dentro de un mes.

RESULTADOS AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

A continuación, se presentan los resultados antes y después del tratamiento a través del Cuestionario de Confianza Situacional, el cual mide el porcentaje de confianza del paciente sobre la capacidad de emitir una conducta determinada para resistirse al consumo de marihuana.

En la gráfica 4 se presenta un incremento en el porcentaje de la autoeficacia percibida en todas las situaciones de riesgo al finalizar el tratamiento, por ejemplo: **Emociones Desagradables aumentó en un 74%**, Malestar Físico aumento en un 56%, **Emociones Agradables aumentó en un 72%**, Probando el Control Personal aumento en un 44%, **Impulsos y Tentaciones aumentó en un 68%**, Conflicto con Otros aumento en un 70%, **Presión Social aumentó en un 64%** y **Momentos Agradables con Otros aumentó en un 76%**.



Gráfica 4. Porcentaje de confianza reportado en las situaciones de riesgo al inicio y al término del tratamiento

Este incremento en la confianza percibida por el paciente podría deberse a que a lo largo del tratamiento V.M.S se expuso a diversas situaciones, algunas de ellas planeadas por él, mientras otras incidentales, en las cuales aplicó las destrezas de afrontamiento con éxito, esto le llevó a tener una mayor percepción de control y confianza al creer que puede manejarse sin consumir la sustancia. Siendo así, al finalizar el tratamiento llevaba un mes sin consumir marihuana.

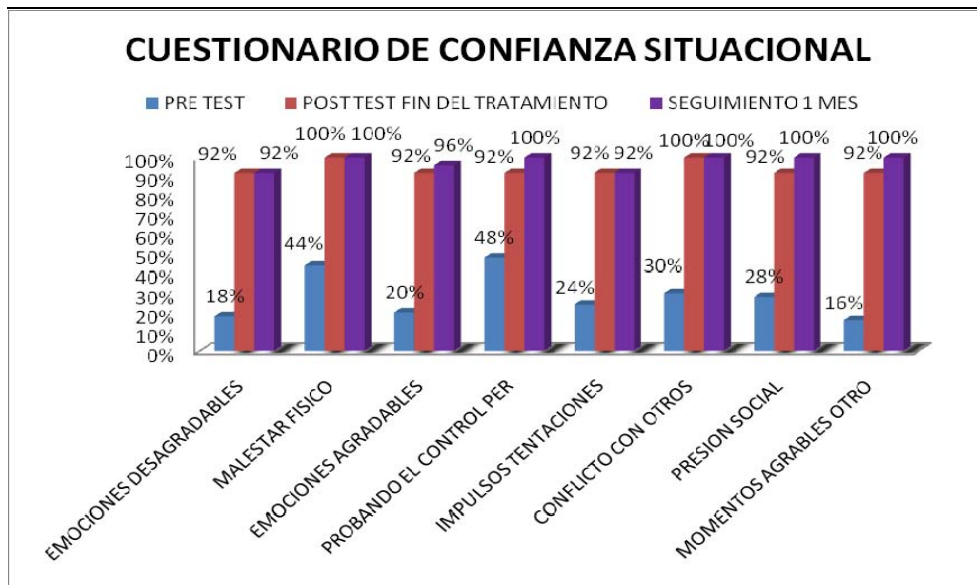
En cuanto a los problemas asociados que presentaba el paciente al inicio del tratamiento se observó un progreso significativo, V.M.S generalizó las destrezas

abordadas hacia otras áreas como la personal, académica y familiar. Es decir, en el ámbito personal, recuperó algunas de las actividades que realizaba en su tiempo libre y que había dejado de hacer por falta de motivación y apatía como: salir con sus amigos, ir al cine, visitar museos y leer; además, comenzó a tener un pensamiento positivo y menos catastrófico, manifestado en su diálogo como: “ya no me tomo las cosas tan a pecho, mis pensamientos ya no son tan catastróficos, ni están enfocados al fracaso pues nadie nos asegura que va a pasar y puedo seguirlo intentando”. En el área académica V.M.S llevó a cabo algunos planes para recuperar sus estudios, como: inscribirse y estudiar para presentar el examen de ingreso para la UAM y explorar su permanencia en la Facultad de Arquitectura; estas opciones lo hacían sentirse tranquilo y con esperanza hacia el futuro, sin embargo, cuando se encontraba preocupado por su situación escolar, pensaba en las opciones con las que podía resolver dicho conflicto (Solución de Problemas) y modificaba su pensamiento, alternativas que antes no llevaba a cabo. Finalmente, en el área familiar, este progreso se vió manifestado al observar que V.M.S se sentía más tranquilo al dedicarse a sus proyectos sin sentirse culpable por descuidar a su madre, empezó a delimitar sus responsabilidades con respecto a lo que podía hacer por ella, y se lo comunicó utilizando de la destreza de Asertividad; estas situaciones le dieron buenos resultados y estrecharon la relación con su madre.

Después de haber abordado lo anterior, se despidió al V.M.S y se concertó la primera cita de seguimiento a un mes.

SEGUIMIENTO A UN MES

Los resultados de este primer seguimiento se presentan en la Gráfica 5, en la cual se muestra que el porcentaje de confianza se mantuvo en algunas situaciones de riesgo mientras que en otras aumentó, por ejemplo: **Emociones Desagradables se mantuvo en 92%**, Malestar Físico se mantuvo en 100%, **Emociones Agradables aumentó de 92% a 96%**, Probando el Control Personal aumentó de 92% a 100%, **Impulsos y Tentaciones se mantuvo en 92%**, Conflicto con Otros se mantuvo en 100%, **Presión Social aumentó de 92% a 100% y Momentos Agradables con Otros aumentó de 92% a 100%**.



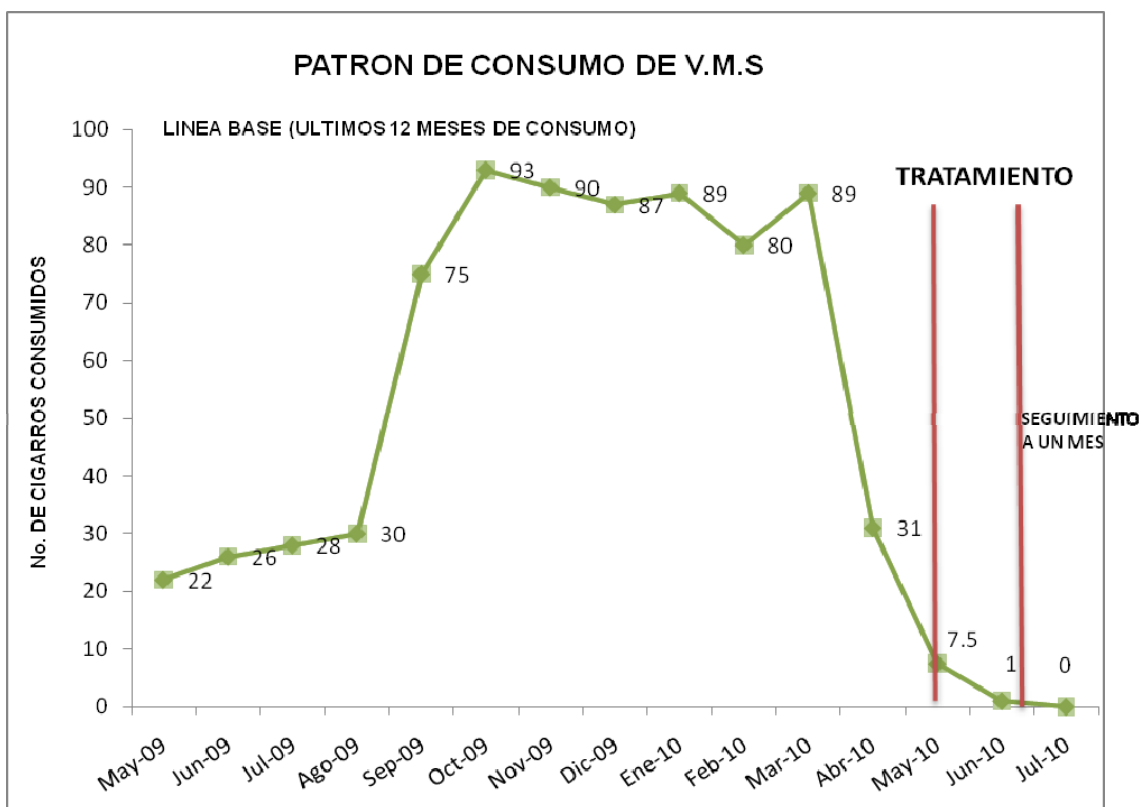
Gráfica 5. Porcentaje de confianza reportado por V.M.S en las situaciones de riesgo antes, al finalizar el tratamiento y después de un mes de seguimiento

El paciente manifestó que en este último mes tuvo tiempo para analizar con mayor profundidad lo que desea hacer con su vida; mencionó que no consumió, ni tuvo deseos de hacerlo, refirió que ya no le llama la atención como antes. Además, no ha frecuentado a sus amigos con los que acostumbraba consumir debido a que percibió que ya no compartían los mismos intereses ni diversiones, sin embargo, ha frecuentado diversos lugares con otros amigos no asociados al consumo. En cuanto al área académica, comentó que no aprobó el examen de admisión a la UAM, pero mencionó que probablemente pudo deberse a que no estudió suficiente, aun así quiere seguirlo intentando pues piensa que tener una licenciatura es un aspecto sumamente importante en su vida y desea encontrar una carrera que le satisfaga profesionalmente no sólo en el aspecto económico, por tal motivo, generó un plan de acción que consiste en asistir a un curso de preparación e inscribirse para presentar el examen de la UAM y de la UNAM en el próximo periodo, refiere que pedirá el apoyo de sus padres y también trabajará para llevarlo a cabo. Finalmente, en el área familiar comentó que no han tenido tantos problemas como antes y aunque su mamá tuvo una recaída trató de delimitar que era lo que podía hacer, por lo cual decidió mostrarle su apoyo y comprensión.

Así también, refirió que las destrezas que le han ayudado hasta ahora son: Solución de Problemas, Asertividad, Manejo del Enojo y Cambio de Pensamiento. Refirió encontrarse tranquilo, pues aunque ha tenido algunos problemas estas

destrezas lo han ayudado a salir adelante. Por último, mencionó no creer volver a consumir en un futuro cercano, ya que ahora prefiere centrarse en aspectos que son más importantes para él, como el área académica.

Finalmente, con el objetivo de mostrar el progreso que tuvo el paciente en su meta de abstinencia, se presenta en la Gráfica 6 el Patrón de consumo de V.M.S antes del tratamiento (últimos 12 meses), al término de éste y en el primer mes de seguimiento. Como se puede observar el consumo disminuyó considerablemente durante el tratamiento hasta mantener la abstinencia.



Gráfica 6. Patrón de consumo de V.M.S antes, al término del tratamiento y en el seguimiento a un mes.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el tratamiento fue eficaz debido a que hubo una modificación en el patrón de consumo del paciente, de tal forma al inicio del tratamiento el paciente presentaba un consumo de 3 cigarrillos a la semana, durante la intervención disminuyó hasta llegar a la abstinencia y después de un mes de seguimiento se ha mantenido sin consumir; también se observó una mejora significativa en los problemas asociados que presentaba al inicio del tratamiento, de

los cuales los más significativos según lo reportado por él fueron en el área personal, al modificar los pensamientos que le ocasionaban sentimientos de tristeza y preocupación y que se exacerbaban con el consumo y en el área académica al establecer metas a corto y mediano plazo, además de planificar alternativas relacionadas con sus aspiraciones académicas. Además, la relación con su familia ha mejorado logrando aplicar algunas destrezas con su familia resultando en una mejor comunicación, también ha incorporado nuevas actividades y generado diferentes amistades que no incluyen el consumo.

Siendo así, al finalizar el primer seguimiento a un mes V.M.S mencionó sentirse confiado, con control y con las habilidades necesarias para enfrentar las dificultades que se le presentaran, no sólo en el consumo sino en sus problemáticas cotidianas. En cuanto al consumo se podría pronosticar que debido al monitoreo, aplicación y empleo con éxito de las destrezas por V.M.S a lo largo del tratamiento y en este último mes, la probabilidad de que pueda continuar con su meta de abstinencia es alta.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A lo largo del Servicio Social tuve la oportunidad de conocer el campo de las adicciones con mayor profundidad, no solo en el aspecto teórico sino en el práctico. Este programa me brindó las habilidades esenciales para el comienzo de mi formación como terapeuta al aprender, aplicar y adaptar distintas destrezas durante el tratamiento; por lo que a mi parecer estos conocimientos son de gran valor y utilidad para el Psicólogo del área clínica. Por tal motivo, y dados los beneficios que se pueden obtener como estudiante de este Programa, se haría conveniente una mayor difusión del Programa de Conductas Adictivas en la Facultad de Psicología, con el objetivo de incluir a más Psicólogos interesados en el área para que puedan prepararse en este campo y al público en general que tenga problemas con el consumo de alguna sustancia para que pueda beneficiarse de los servicios que ofrece el Programa al controlar su consumo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (1994). Manual de Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona. Edit. Masson.

Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Edit. Espasa-Calpe. 3ª Edición.

Bobes, J. Casas, B. & Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona. Edit. Psiquiatría.

Brailowsky, S. (2002). *Las Sustancias de los sueños*. D.F, México. Edit. Fondo de Cultura Económica. Tercera edición.

Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México. Edit. Manual Moderno. 3ª Edición.

Clayton, R. (1992). Lineamientos para la prevención del consumo de drogas en la escuela mexicana. Recuperado el 26 de Julio del 2010 desde <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/lineamientos.pdf>.

Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría *Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Rió Arronte I. A. P. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Editado Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. ISBN: 970-72-146-6 México Cuernavaca.

DiCaprio, N., (1989). *Teorías de la personalidad*. México. Edit. McGraw-Hill.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: guía práctica para el tratamiento*. Madrid. Ed. Síntesis.

Echeverría, L., Carrascoza, C., & Reidl, L. (2007). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. D.F, México. Edit. UNAM, Facultad de Psicología.

Fuentes-Pila, J.M., Calatayud P., Lopez, E. & Catañeda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tábuca. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 7. No. 3, 153-165.

Garza, F. & Vega, A. (1990). *La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros*. México. Ed. Trillas. 2ª Edición.

Goldstein, A. (2003). *Adicción de la biología a la política de drogas*. Barcelona, España. Edit. Ars. Medica.

Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Edit. Manual Moderno.

Kenneth, E., Howard T. (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York. Edit. Guilford Press. 2ª Edición.

Ladero, J.M., Lorenzo, P., Lizasoain, I. & Leza, J.C. (1998). *Drogodependencias*. Madrid. Edit. Panamericana.

Llorente del Pozo, J.M, Iraurgi- Castillo, E.I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 10. No. 4, 252-274.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España. Edit. Paidós.

Monasor, R., Jiménez, M & Palomo, T. (2003). *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 5. No. 1, 22-26.

NIDA (2009, Diciembre). National Institute of Drugs abuse, recuperado el 2 de Junio del 2010 desde <http://www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Marijuana09.pdf>

Quiroga, H. (Trad.) (2003). *Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, C., & Sobell, B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), Handbook of

psychiatric measures (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell., C., & Sobell, B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H.M., Herie, M. A. & Watkin- Merek, L. (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canada.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003a). *Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner (1982). *The Drug Abuse Screening Test (DAST)*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canadá.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003b). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Drogas (ACC-d)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoerber, R., & Annis, M. (1996). *Client's Stage of Change (CCA): Psychometric properties*. Manuscript in preparation.

Quiroga, H. y Vital, M. (Trads.) (2003c). *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M. & G. Martin (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36),

Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.). (2003d). *Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M., Herie, A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada, 1996.

Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V & Morales Gallús, E. (2004). Un modelo psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 6. No. 3, 159-166.

Veiga, S., Martin, F & Corral, L.P. (2003). Abordaje del Tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 6. No. 0, 95-102.

Volkow, N. (2005). Abuso de la Marihuana. Serie de reportes de investigación. National Institute on Drug Abuse (NIDA), recuperado el 2 de Junio del 2010 desde <http://drugabuse.gov/ResearchReports/Marijuana/default.html>