



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

"REPORTE DE CASO ÚNICO APLICANDO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS (PEREU) EN UN PACIENTE CONSUMIDOR DE MARIHUANA"

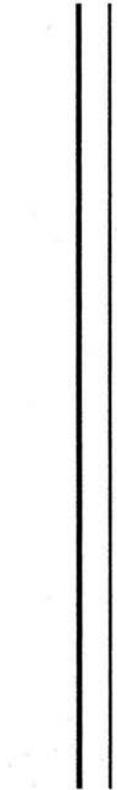
INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA :

MORISE FERNÁNDEZ TORRES

DIRECTOR DEL IPSS: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
COMITÉ TUTORIAL: DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ
MTRO. CELSO SERRA PADILLA
DR. ARIEL VITE GUTIÉRREZ
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA





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.



UNAM-188

2010

ej. 2

M-

TPs.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. HORACIO QUIROGA \ ANAYA

Por enseñarme que un equipo de trabajo es donde uno comparte experiencia y conocimiento, pero sobre todo el apoyo que siempre me brindó profesional y personal, sabe que cuenta conmigo.

A MIS SINODALES:

DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

MTRO. CELSO SERRA PADILLA

DR. ARIEL VITE SIERRA

DRA. MARIANA GUITIÉRREZ LARA

Por sus observaciones, colaboración y su calidad humana para que este informe sea de calidad pero sobre todo enriquecieron mi formación profesional.

A LUPITA

Por ser más que mi asesora, te convertiste en mi amiga, en mi guía y en un pilar grande dentro de mi formación, sabes que siempre estamos al pie del cañón, me diste la fuerza necesaria para culminar este ciclo. ¡Gracias!

A TI ABUELITA

Es el mejor regalo que puedo hacerte, a una de las mujeres que tengo tanto que agradecer, te amo siempre, tus consejos, tus bromas y regaños fueron el motor para ser una persona fuerte que siempre seguirá adelante, ¡Gracias! Ahora eres mi ángel guardián.

A TI MAMÁ

Por el apoyo que me das constantemente, eres una mujer que admiro desde niño, siempre nos diste todo sin pensar muchas veces en ti, pero esto es un logro en donde eres mi cómplice y eternamente estaremos juntos. El hecho de ser parte de ti es un honor, eres realmente un ser tan especial lleno de energía y amor. Te amo mamá.

A TI HERMANO

Me apoyaste tanto en este trabajo, me diste la luz cuando no podía ver, siempre juntos en cada momento, eres mi amigo, mi confidente y un hombre al que admiro, te amo hermanito.

A MIS AMIGOS

A cada uno de ustedes que estuvieron junto a mi, me dieron su aliento, su apoyo, pero lo que me hace agradecerles es la fuerza que cada uno de ustedes tiene para salir adelante y que me transmiten, en verdad los quiero, la vida no es fácil pero a su lado el peso es menos ¡Gracias! Gaby, Carlos, Yamel, Laura, Lilian, Juan Pablo, Jorge. Se que faltan por nombrar, pero sabe cada uno de ustedes el cariño que les guardo, son la familia que se elige en la vida. Las personas que estuvieron en mi vida y los caminos del destino nos separaron les deseo éxito y que su nuevo viaje este lleno de esas ilusiones por cumplir. Y a las personas que tienen poco tiempo en mi vida, las aprecio mucho, me han mostrado que siempre en el camino puedes contar con seres realmente maravillosos sin pedir nada a cambio.

A MI FAMILIA

Por estar siempre al pendiente de mi vida, por compartir su cariño, sus experiencias y esos momentos de aliento de cada uno de ustedes en los momentos difíciles, por la felicidad de tenerlos como mi familia: tíos, tías y primos.

A DIOS

Por enseñarme que a pesar de que las cosas pueden estar difíciles, siempre hay una luz para salir y seguir luchando por los sueños.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6	
RESUMEN.....	7	
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL.....	9	
CONTEXTO DEL PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS.....	10	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	19	
OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	22	
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO		
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN MEXICO.....		23
CAPÍTULO 2. LA MARIHUANA: HISTORIA, SUS EFECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS, ABUSO Y DEPENDENCIA, ENFERMEDADES ASOCIADAS Y TRASTORNO RELACIONADOS		
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	26	
2.2 EFECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA MARIHUANA.....	27	
2.3 ABUSO Y DEPENDENCIA DE LA MARIHUANA.....	29	
2.4 ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	31	
2.5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE CANNABIS.....	32	
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA PERSONAS QUE CONSUMEN MARIHUANA		
3.1 TERAPIA DE AUTOAYUDA.....	35	
3.2 TERAPIA DE GRUPO.....	36	
3.3 ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	37	
3.4 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	37	
3.5 PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAIDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON		

DEPENDENCIA SUSTANCIAL O SEVERA AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PEREU).....	38
---	-----------

CAPÍTULO 4. REPORTE DE CASO.

TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS EN UN PACIENTE CONSUMIDOR DE MARIHUANA.

MOTIVO DE CONSULTA.....	42
EVALUACIÓN REALIZADA POR MEDIO DE CUESTIONARIOS.....	45
DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	45
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.....	50
RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICIT.....	53
DIAGNÓSTICO.....	54
TRATAMIENTO.....	54

DESARROLLO POR SESIONES

Entrevista Motivacional y Plan de Tratamiento Individualizado.....	58
---	-----------

Iniciación al cambio

Sesión 1.....	64
Sesión 2.....	67
Sesión 3.....	71
Sesión 4.....	75
Sesión 5.....	80

Manteniendo del cambio

Sesión 6.....	84
Sesión 7.....	87
Sesión 8.....	93
Sesión 9.....	97

SEGUIMIENTOS. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO (ESU)

1ER SEGUIMIENTO (UN MES DESPUÉS).....	101
--	------------

2DO SEGUIMIENTO (3 MESES DESPUÉS

DEL PRIMER SEGUIMIENTO).....	106
-------------------------------------	------------

SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS

1ra Sesión.....	108
2da Sesión.....	109
3ra Sesión.....	110
4ta Sesión.....	111

RESULTADOS

A) RESULTADOS DEL PRE-POST DEL TRATAMIENTO, PRIMERO Y SEGUNDO SEGUIMIENTO, Y SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS DE CONFIANZA DEL PACIENTE.....	113
B) RESULTADOS DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS DE MARIHUANA DEL PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO, DURANTE EL TRATAMIENTO, EN LOS SEGUIMIENTOS Y SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS.....	116
C) RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS ASOCIADOS POR EL CONSUMO DE MARIHUANA DEL PACIENTE.....	117
CONCLUSIONES.....	118
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120

INTRODUCCIÓN

El Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) presente tiene como objetivo primordial dar a conocer las actividades realizadas durante el tiempo que presté mi servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, del que se incluye, además, una descripción de su misión, visión, actividades, historia e intervenciones preventivas y terapéuticas con los que cuenta.

En el presente informe se describe información relativa a datos históricos, epidemiológicos, efectos físicos y psicológicos, problemas de salud, conceptos tales como abuso y dependencia, incluyendo los diferentes tratamientos que en la actualidad existen para personas consumidoras de marihuana, entre los cuales destaca dentro del campo de la Psicología, el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU) (Quiroga & Vital, 2003) el cual se basa en un enfoque Cognitivo-Conductual Motivacional, y que forma parte de un modelo de atención escalonada, constituyendo el sustento teórico-metodológico de donde se basa este reporte.

Por otro lado, se informa los resultados obtenidos de un estudio de caso de una persona consumidora de marihuana, a partir de la aplicación de los componentes que constituye el PEREU, iniciando con la descripción de datos generales del paciente, su patrón de consumo, motivo de consulta, evaluación, diagnóstico, planeación del tratamiento, resultados del tratamiento, seguimiento y las sesiones adicionales programadas de donde se deriva las conclusiones, recomendaciones y sugerencias.

Con el presente informe se pretende contribuir con información empírica en el campo de las Conductas Adictivas, ya que en la actualidad es una problemática a nivel mundial que tenemos que poner un alto y tomar las medidas pertinentes tanto en la prevención como en el tratamiento de drogas.

RESUMEN

El presente informe es un estudio de caso de un paciente masculino de 24 años de edad, estudiante en traducciones de la lengua francesa, quién presentaba problemas con su consumo a la marihuana con un nivel dependencia sustancial.

Su patrón de consumo durante los últimos 12 meses era de 4 a 5 cigarrillos de marihuana por día sin tomar en cuenta 60 días en los que se internó en una clínica de rehabilitación y un mes posterior a su salida, periodo durante el cual no consumió, sin embargo, no pudo mantenerse abstemio después de estos 90 días.

Las consecuencias negativas relacionadas con el uso de marihuana señaladas por el paciente fueron: problemas de salud relacionados a un accidente automovilístico, tales como: ataques convulsivos, que fueron tratados médicamente durante el tratamiento, pérdida de movilidad y rehabilitación motriz, al igual que de lenguaje, bajo peso, insomnio, problemas cognitivos como la pérdida de memoria, olvido y confusión, problemas emocionales como cambios de humor (tristeza, apatía y frustración), problemas interpersonales con familia y amigos al alejarse de ellos, agresión física cuando mantenía relaciones sexuales poco placenteras con mujeres cuando fumaba marihuana lo que también provocaba agresiones verbales, problemas laborales, ya que no podía mantener un trabajo estable que le gustara, problemas escolares que derivaron en tener que dejar una beca universitaria en Europa y sin ganas de seguir estudiando y problemas financieros al no tener un ingreso.

Sus disparadores principales eran: Emociones Desagradables (tristeza, ansiedad y frustración), Emociones Agradables (felicidad, libertad), Presión Social (cuando algún conocido o amigo le ofreció droga), Momentos Agradables con Otros (estando en fiestas o reuniones con amigos y conocidos)

y Control Personal (cuando pensaba que podía consumir poco y podría parar de fumar).

Durante el tratamiento se aplicaron los cinco componentes de PEREU (Evaluación, Entrevista Motivacional, Plan de Tratamiento Individualizado, Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio y Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio). Se le proporcionaron las destrezas de Enfrentamiento de los Deseos Intensos, Rechazo del Alcohol y otras Drogas, Solución de Problemas, Asertividad, Manejo del Enojo, Enfrentamiento del Aburrimiento, Relajación, Enfrentamiento de los Sentimientos Desagradables y Traumas, Técnicas para el Manejo de Escenas Retrospectivas y Emociones Desagradables, Enfrentamiento de la Ansiedad y Relaciones Saludables dentro de un enfoque Cognitivo-Conductual y Motivacional para mantener el cambio.

En las sesiones de seguimiento y en las sesiones adicionales programadas se presentaron recaídas en su consumo de marihuana, teniéndose que retomar ciertos elementos del tratamiento para lograr que continuara abstemio.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL 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 el conocimiento teórico-metodológico y aplicado de los subprogramas a nivel preventivo, orientación, tratamiento y rehabilitación que lo constituyen.

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

1. Proporcionar los artículos antecedentes clínicos en que el prestador se va a involucrar, en este caso el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios.
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.

Como parte de las actividades que el prestador de servicio social debe desempeñar dentro del PEREU son las siguientes:

- 1) Búsqueda y revisión del material bibliográfico del campo de las adicciones así como del sustento teórico- metodológico del PEREU.
- 2) Entrega de reportes mensuales referentes a las actividades realizadas.
- 3) Participación en talleres, elaboración de material didáctico e informativo acerca del PEREU.
- 4) Estructuración del marco de referencia para el reporte de las actividades correspondientes.

CONTEXTO DEL PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

MISIÓN: El programa de conductas adictivas se caracteriza por un abordaje científico y humano de alta calidad, desarrolla investigaciones que permiten determinar la efectividad, eficacia y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el programa; forma recursos humanos de alto nivel en 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 divulgación eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercute en bien de la sociedad.

OBJETIVOS: Autoridades e investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM, tomando como base el trabajo de investigaciones realizadas dentro del campo de las adicciones, a lo largo de 20 años, consideraron conveniente desarrollar en 1989 un Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para la comunidad universitaria con problemas actuales o potenciales de alcohol, tabaco y drogas.

El programa tiene las siguientes objetivos principales:

1) Enseñanza: formar recursos humanos competentes en la investigación y enseñanza del tratamiento de conductas adictivas.

2) Investigación: llevar a cabo investigaciones que posibiliten una evaluación y continuo refinamiento de los métodos y procedimientos que conforman el Programa de Conductas Adictivas.

3) Servicio: brindar servicios a nivel de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas a estudiantes y trabajadores de la UNAM, preferentemente, que tengan o estén en riesgo de presentar algún problema de alcohol, tabaco u otras drogas.

4) Difusión: difundir las actividades y los resultados de la instrumentación del programa, además de contribuir a la propagación de programas similares en todas las dependencias universitarias que así lo requieran, y de esta manera asesorarlas en el desarrollo de los mismos, con el fin de compartir con psicólogos, profesionales de disciplinas afines y personas interesadas en el tema, sobre las experiencias y resultados en los respectivos niveles en el campo de las adicciones.

UBICACIÓN FÍSICA: Av. Universidad #3004, Colonia Copilco, Delegación Coyoacán. Ciudad Universitaria, Facultad de Psicología, Edificio "C", primer piso, Cubículos 1 y 2.

TIPO DE INSTITUCIÓN: Pública

POBLACIÓN A LA QUE ATIENDE: La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece el servicio a la población universitaria como estudiantes, personal académico y administrativo así como al público en general que así lo requiera que tengan problemas de alcohol, tabaco y/o drogas o que estén en riesgo de presentarlos.

TIPOS DE PROGRAMAS QUE REALIZA: El programa de conductas adictivas cuenta con 4 programas que son de tipo ambulatorio, con intervención breve cognitivo- conductual y motivacional, que son los siguientes:

- 1) Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU).

El PREEDEU se dirige a estudiantes y trabajadores universitarios en general que ya presenten o estén en riesgo de presentar factores de riesgo para el inicio o el abuso del alcohol, tabaco u otras drogas.

El PREEDEU es una Intervención Breve originalmente 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 (Fishbein & Ajzen ,1975), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1988, 1991), y en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura,1977), al cual se ha ido incorporando posturas de 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, previamente, a informantes (jefes de departamento de servicios), y a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, un sondeo con el fin de determinar la posible problemática de consumo de sustancias y la elaboración del contenido de la "plática-debate" informativa y educativa a realizar. Por otro lado, durante la plática-debate se aplica un cuestionario de conocimientos y uno de actitudes hacia las drogas, así como, uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, a fin de detectar a usuarios y abusadores de drogas, con el propósito de que sean canalizados al programa para su intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

Los temas a tratar durante las pláticas-debate, versan sobre alguno(s) de los siguientes contenidos, tales como Alcohol, Tabaco y Drogas de acuerdo al siguiente Programa; 1) Conceptos básicos sobre el alcohol/tabaco/drogas; 2) Efectos sobre el Sistema Nervioso y Órganos relevantes; 3) Factores contextuales (ambiente); 4) Etapas del alcoholismo/tabaquismo/drogadicción; 5) Motivos para beber/fumar/drogarse; 6) Signos y síntomas de dependencia; 7) Daños sobre el organismo, familia y sociedad; 8) Influencia de los medios masivos; 9) Instituciones de atención; 10) Legislación vigente.

2) Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU).

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).

Este programa se dirige preferentemente a estudiantes y trabajadores universitarios que consumen excesivamente alcohol o abusan de él, con base en los criterios señalados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), y los criterios de abuso establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV), caracterizados por una historia muy leve de consumo excesivo (menos de 5 años) y de consumo problemático (menos de 3 años) y por 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 9 en la mujer, en no más de 3 días a la semana) y presentan o están en alto riesgo de presentar problemas asociados (salud, sociales, legales, etc).

El DIBAEU 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 usuario, (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 usuario en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al usuario de un menú de opciones de procedimientos para el cambio, y (h) el auto-monitoreo del consumo. El DIBAEU se basa en estrategias de reducción del daño y busca motivar al estudiante 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 de 30 a 50 minutos, las cuales se describen brevemente a continuación:

1. SESIÓN DE EVALUACIÓN: Durante ésta, se hace una evaluación de los patrones de consumo de alcohol del estudiante, de 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 estudiante y se aplica una batería de instrumentos.

2. **SESIÓN DE RETROALIMENTACIÓN Y CONSEJO:** En esta sesión se busca retroalimentar de manera gráfica y personalizada al estudiante sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos que el estudiante contesta al finalizar la Sesión de Evaluación), al tiempo que se le proporciona información psicoeducacional sobre el alcohol. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al estudiante sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al estudiante material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. **SEGUIMIENTO:** Estas sesiones se realizan al mes, tres, seis y doce meses de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del estudiante y reforzar lo logrado. También se le informa al estudiante que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

3) Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada (TAGEU).

Este programa 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 para Bebedores Problema (GSC), desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la Addiction Research Foundation Toronto, Canadá, el cual ha sido traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Montes (2003). Esta modalidad de atención ayuda a los usuarios a comprometerse en la modificación de su

conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo problemático de alcohol.

El TAGEU se dirige preferentemente a estudiantes y trabajadores universitarios con problemas de alcohol de dependencia moderada (hasta 21 puntos en el EDA o 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 (académicos, sociales, financieros), siendo alguno de ellos grave (en lo académico, suspensión o expulsión de la escuela, en lo social, aislamiento de amigos y familiares y/o rechazo por parte de éstos, en lo financiero, tener deudas superiores al ingreso mensual). También se aplica a estudiantes universitarios que abusan del alcohol cuando el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU) no ha sido efectivo.

El TAGEU 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 decisonal) 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 usuario, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del usuario 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 usuario lo utilice en el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

De manera general, en las 6 sesiones del programa 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 usuario 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) su actual consumo de alcohol.
3. Paso 2. Identificar situaciones que ponen en riesgo de beber en exceso.
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. La duración aproximada de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos y se requieren un mínimo de 4 sesiones con el fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas. Al igual que el DIBAEU, se realizan sesiones de seguimiento al mes, tres meses, seis meses y al año.

4) Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU).

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merek (1996) en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá y traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003). Está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (más de 21 puntos en el EDA y de 5 a 7 síntomas en el DSM IV y más de 10 puntos en el PDAD-20 en otras 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) de 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).

El PEREU se encuentra basado en un enfoque cognitivo-conductual y motivacional derivado de la Teoría del Aprendizaje Social diseñado para capacitarlos a fin de que logren un mayor control sobre el uso de alcohol y otras drogas.

El programa se centra en involucrar a los pacientes en; 1) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar; 2) Diseñar un plan de tratamiento individualizado; 3) Identificar sus fortalezas y recursos; 4) Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento; 5) Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real; 6) Hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida; 7) Finalmente, 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 instrumenta a lo largo de 8 a 12 sesiones:

1. Una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada.

2. Una o más citas de entrevista motivacional, antes del programa de PEREU.

3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

- a) Un contrato de tratamiento.
- b) Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
- c) Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.

4. Asignación de tareas para la Fase de "Iniciación del Cambio".

5. Asignación de tareas para la Fase de "Mantenimiento del Cambio".

Estas cuatro opciones de intervención desarrollados y/o adaptados en el Programa de Conductas Adictivas tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, necesidades, posibilidades y motivación de cada paciente que ingresa.

Por tal motivo, el Programa de Servicio Social dentro del Programa de Conductas Adictivas, enriquece la formación académica, profesional y personal del Psicólogo.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El Programa de Conductas Adictivas, ofrece a la comunidad universitaria, preferentemente, (estudiantes que están por realizar su servicio social) un plan de actividades académico-profesionales establecidas por el supervisor, para la formación como co-terapeutas en problemas de abuso y dependencia de sustancias en la población universitaria como estudiantes, personal académico y administrativo así como al público en general que así lo requiera que tenga problemas de alcohol, tabaco y/o drogas que van de dependencia leve a severa.

La integración dentro de las actividades del Servicio Social inició con un curso-taller de capacitación antes de comenzar formalmente las actividades impartido por el Dr. Horacio Quiroga Anaya y la Mtra. Guadalupe Vital Cedillo con una duración de dos semanas, cinco horas aproximadamente por día, se dividió en dos: la primera parte trató las bases teóricas del programa, los temas de epidemiología, comorbilidad, fenomenología, etnología, alternativas y resultados del tratamiento. En la segunda parte se llevo a cabo la capacitación para el manejo del programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de alcohol y otras drogas, así como un entrenamiento para poder guiar al usuario en destrezas de enfrentamiento con la finalidad de que podamos aplicarlo de acuerdo a las características, necesidades y recursos que cuente. Se revisó la aplicación de la entrevista motivacional para la retroalimentación en la entrega de resultados al usuario o aplicarla cuando sea necesaria en cualquier parte del tratamiento.

Consecutivamente, fue necesaria, la revisión de los fundamentos teóricos-metodológicos del Programa PEREU, principalmente, la revisión constante del manual del programa y la actualización de bibliografía para la estructura del marco teórico de prevención de recaídas, además realicé reportes mensuales de las actividades llevadas a cabo, con su respectivo marco de referencia para el informe del servicio social.

Los procedimientos utilizados como co-terapeuta para la realización de las actividades sugeridas fueron aquellos que forman parte del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios, como son la evaluación diagnóstica, el empleo de componentes de la entrevista motivacional, el balance decisional, el establecimiento de un plan de tratamiento individualizado y la revisión de destrezas de enfrentamiento; todos estos procedimientos y técnicas se adaptaron para cada paciente en particular.

Los resultados obtenidos a través de estos procedimientos fueron principalmente la modificación del consumo de las personas atendidas.

Las funciones profesionales desarrolladas principalmente durante mi estancia en el servicio social, fueron, el conocimiento respecto al campo de las adicciones, en un nivel básico de prevención, tratamiento y orientación.

Las habilidades desarrolladas en el Programa de Conductas Adictivas fueron las siguientes:

1. El manejo de la entrevista diagnóstico prescriptiva con pacientes con problemas en el consumo de alcohol y otras drogas.
2. Selección de los procedimientos necesarios para el tratamiento de conductas adictivas.
3. Diseño del plan de tratamiento individualizado con base a la información obtenida de la evaluación.
4. Instrumentación de los componentes de la entrevista para generar o mantener un cambio conductual.
5. Identificación la disposición de cambio del paciente.
6. Definir la problemática desde el punto de vista del paciente.
7. Aplicación de los procedimientos o componentes del programa según las características y necesidades del paciente.
8. Elaboración y organización de expedientes clínicos.
9. Seguimiento de los casos abordados.
10. Elaboración de material didáctico para la difusión del programa, como logotipos y trípticos.

Cabe mencionar, que para poder atender los casos presentados fue necesaria una revisión continua de materiales del campo de las adicciones, además de asistir a sesiones de supervisión clínica.

Se asistió a las juntas del Día Mundial sin Tabaco 2008 para planear actividades relacionadas a la ley de los no fumadores así como la exposición del manejo del programa y que realiza a los miembros del comité.

Durante la duración del Servicio Social se contó con el material necesario para llevar a cabo todas las actividades como fue el acceso al manual de tratamiento, instrumentos de evaluación de pacientes para el PEREU, libros requeridos para las actividades y búsqueda en la base de datos de la UNAM de artículos recientes en el campo de las adicciones.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo principal de la titulación por Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) es el dar a conocer las herramientas, habilidades, instrumentos, conocimiento y experiencia que se obtienen en un primer acercamiento en el campo práctico y laboral de la carrera de Psicología reflejado en la atención de un paciente real con problemas en su consumo de marihuana y su avance hacia su recuperación a un estilo de vida funcional y saludable poniendo en uso los elementos teóricos y prácticos recibidos durante el plan de estudios de la licenciatura en psicología vinculado con las actividades del servicio social.

Otro objetivo dentro de este reporte es informar la manera particular en que se manejó al paciente de acuerdo a sus necesidades y lo aprendido en el servicio social detectando los puntos positivos y negativos del caso único, en que se puede mejorar la atención hacia el paciente y conocer los resultados de cada decisión terapéutica y realizar recomendaciones y/o sugerencias en este informe y para el PEREU.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN MEXICO.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) aplicada en México con un total de 50 688 viviendas en todo el país dentro del rango de 12 a 65 años de edad, indica que el consumo de drogas ilegales en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% con referencia a lo observado en 2002, a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%. Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8% (ENA, 2008).

La ENA 2008 estimó la prevalencia anual con base en el número de personas que informaron haber usado drogas durante el año previo al estudio. Casi una tercera parte de quienes notificaron haber usado drogas “alguna vez” lo había hecho durante el último año. El índice de casos activos durante el año anterior a la encuesta en la población de entre 12 y 65 años, fue de 1.6%. Esta cifra aumenta a 2.5% cuando sólo se considera a los hombres y a 3.4% cuando sólo se considera a los hombres jóvenes (18 -34 años). Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquéllos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquéllos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuye conforme aumenta la edad (1% entre aquéllos de 18 a 34 años y sólo 0.4% entre aquellos mayores de 35). La encuesta indagó si este consumo ocurrió en los últimos 30 días. Los resultados indican que 62 de cada 100 casos activos en el último año también lo fueron durante el último mes.

La marihuana es la sustancia ilegal preferida por la población en general. El consumo aumentó de 3.5 a 4.2% comparando la última encuesta en el 2002. La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera Encuesta Nacional de 1988. Aproximadamente una de cada cinco personas (17.7%) de entre 12 y 65 años de edad que habita en zonas rurales y urbanas del país informó haber estado en una situación en la que le ofrecieron drogas. Resulta que la marihuana es la droga a la que la población se encuentra más expuesta (16.6%) debido al ambiente familiar cuando al menos un familiar cercano presenta problemas en el uso de alcohol y al grupo social, como son los amigos que consuman drogas en donde se desenvuelve la persona. Los datos de la encuesta indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos. La probabilidad aumenta sólo 21 veces para quienes tienen entre 18 y 34 años y 19 veces entre quienes tienen 35 años o más (ENA, 2008).

La ENA 2008 reportó que la edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. Los resultados confirman que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por ejemplo, 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con sólo 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años. La exposición a drogas es menor si se está en la escuela: a 12.2% de quienes tienen entre 12 y 25 años y son estudiantes le han ofrecido marihuana regalada; esto le ocurre a 19.1% de quienes ya están fuera de la escuela. Además, en quienes están estudiando es menos probable que haya un progreso de la oportunidad al uso y de la experimentación al uso continuado. La misma situación se observa en relación con la familia: a 85% de quienes viven en familia, incluida la uniparental, no le han ofrecido drogas regaladas, mientras que esto le ha ocurrido a 80% de quienes no viven en familia.

Además, es menos probable la progresión hacia la experimentación y el uso regular cuando se está en familia.

Los resultados confirman estudios previos que señalan que sólo una pequeña proporción de los usuarios de drogas ilícitas (16.1%) acude a tratamiento y que los grupos de ayuda mutua son recursos importantes (11.6%). Los psicólogos (5.5%) y psiquiatras (4%) ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, como fuentes de ayuda (ENA, 2008).

Los resultados en el Distrito Federal arrojados por la ENA 2008 muestran que la exposición al consumo de drogas (que les hayan regalado o intentado vender drogas) está por arriba del promedio nacional. Al comparar la exposición del Distrito Federal con la nacional, al interior de cada sexo, la razón es de 1.2 hombres por cada 1 en el ámbito nacional y para las mujeres la razón es de 1.6 por cada 1. Al igual que los resultados nacionales, más hombres (36.1%) que mujeres (12.9%) están expuestos. Esto se refleja en las prevalencias del consumo global de drogas (sin incluir tabaco ni alcohol), en donde se observa que el consumo de drogas es también mayor al promedio nacional, tanto en hombres (12.6%) como en mujeres (4.9%). El consumo de marihuana y cocaína es mayor en ambos sexos en comparación con el promedio nacional, especialmente la marihuana. Se observa que el 0.5% de la población total presenta dependencia, que corresponde a poco más de 33,500 personas en la capital del país.

Con relación a la percepción de qué tan adictivas son las drogas, la marihuana (84.4%), la cocaína (83.8%) y el alcohol (75.9%), son las que señalan en el Distrito Federal como las de mayor potencial adictivo. Al analizar algunas de las características de quienes usan drogas, especialmente en la población de 12 a 25 años, se observa que en su mayoría son personas que no están estudiando y que sólo viven con su papá, además de que en el entorno social en que se mueven hay personas que consumen drogas (ENA, 2008).

CAPÍTULO 2. LA MARIHUANA: HISTORIA, SUS EFECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS, ABUSO Y DEPENDENCIA, ENFERMEDADES ASOCIADAS Y TRASTORNO RELACIONADOS

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El botánico sueco Linneo (Carolus Linnaeus) clasificó la marihuana como "Cannabis sativa", en 1753. El etnobotánico Schultes distinguió tres especies: cannabis sativa, cannabis indica y cannabis ruderalis. C. sativa proviene del Oriente, pero su cultivo se practica en todo el mundo, particularmente como fuente de fibras para fabricar cuerda: el cáñamo (Brailowsky, 2002).

La primera descripción que se encuentra de la planta data del 2737 a. C., por el emperador chino (o alguien de su "equipo") Shen Nung, quien prescribía la marihuana para el tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores, y la falta de concentración. La veneración que la planta despertaba entre los chinos se puede encontrar aun hasta nuestro siglo. En otra obra china de alrededor de 500 años a. C. se hablaba de la Cannabis como "liberadora del pecado". En la India, la Cannabis tiene también una larga tradición, tanto religiosa como médica. Escritos antiguos describen la ceremonia de la recolección de la resina de las flores (la cual, en forma de pasta, se le conoce como hachís), donde individuos designados 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, de todo su cuerpo. Con ella se hacían pasteles destinados a los festejos. Se han encontrado registros asirios de los años 650 a. C. que describen una droga llamada azulla que se utilizaba para fabricar cuerda, ropa y también como euforizante. Galeno también menciona el uso del cáñamo en pasteles, y los efectos narcóticos en elevadas cantidades. Hacia 1770, George Washington cultivaba el cáñamo y en algunos estados de la unión americana este cultivo era incluso obligatorio, para proveerse de

material para las redes de pesca. En 1857, E. H. Ludlow publica el primer tratado estadounidense sobre el uso de la Cannabis, y Walter Benjamin narra sus experiencias con el hachís entre 1827 y 1834. Hasta 1937, año en que oficialmente se prohibió la marihuana en los Estados Unidos, los médicos todavía recetaban Cannabis como tónico y estimulante del estado de ánimo. En ese año se publicó el "Acta de gravación a la marihuana", ley que hacía prohibitiva su producción por el impuesto que debía pagarse, y poco tiempo después se le clasificaba como narcótico, con las consecuencias legales que ello implicaba. Esta clasificación persistió hasta 1971 donde es posteriormente clasificada como una sustancia psicotrópica e ilegal (Brailowsky, 2002).

2.2 EFECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA MARIHUANA

La marihuana (cannabis) y su resina, el hachís, contienen un principio activo, denominado tetrahidrocannabinol (THC), que estimula el sistema cerebral de recompensa para que libere dopamina en el núcleo accumbens del cerebro anterior. Esta acción, similar a la que produce el «subidón» desencadenado por otras drogas adictivas, explica los efectos hedónicos del THC. Existe un sistema natural de cannabinoides en el cerebro integrado por los receptores CB1 y dos ligandos endógenos, la anandamida y el 2-araquidonil glicerol. Este sistema cannabinoide cerebral interviene en el control del dolor y en otras numerosas funciones cerebrales que se siguen investigando activamente. El sistema de cannabinoides modula al sistema de opioides endógenos y, a la vez, es modulado por él (Goldstein, 2003).

De manera usual, la marihuana se fuma, pero se puede tomar vía oral con efectos disminuidos. Fumar marihuana produce cambios bastante rápidos en el humor, sentido del tiempo, memoria y otros aspectos de la función cerebral. Los efectos más deseados son el sentido de euforia, relajación y bienestar general (Washton & Zweben, 2008).

Bobes, Casas y Gutiérrez (2003) explican que al fumar un cigarrillo con marihuana se produce una rápida absorción de los compuestos cannabinólicos. El pico máximo de los niveles plasmáticos se alcanza a los 2-5 min, y éstos se reducen rápidamente hasta el 5-10% del valor máximo al cabo de una hora. Sin embargo, los efectos subjetivos y los cambios en los parámetros fisiológicos se mantienen durante 2-3 horas, probablemente en relación con las concentraciones de THC en tejido cerebral. La dosis de THC fumado necesaria para producir efectos en seres humanos varía entre 2-22 mg. Normalmente, un cigarrillo con marihuana contiene entre 5 y 30 mg de THC, de la que se absorbe entre 0,5 y 7,5 mg. Sus efectos son:

1. Físicos. Sequedad de boca, hambre, ligero aumento de la frecuencia cardíaca sin cambios en la presión arterial, dosis elevadas pueden producir reducciones discretas de presión e, incluso, en dependencia de la dosis, hipotensión ortostática, inyección conjuntival (ojos rojos) sin alteración en el tamaño pupilar y reducción de la presión de los líquidos intraoculares.

2. Psicológicos. Euforia, autoconfianza, relajación y, en general, sensación de bienestar; así mismo, hay alteraciones de la percepción del tiempo, que parece pasar más lentamente, del oído, gusto, tacto y olor. También produce dificultades en la concentración y en la memorización, pero no en la recuperación de datos previos. A dosis altas (15 mg de THC) se produce una marcada distorsión en la percepción visual y auditiva. Pueden presentarse alucinaciones junto a una sensación de despersonalización y desrealización; los pensamientos se vuelven confusos y desorganizados y los sentimientos paranoides son comunes. Con dosis mayores puede desarrollarse cuadros de delirio tóxico.

El THC se distribuye de forma rápida a los tejidos lípidos (grasas) y por todo el cuerpo, seguido por una fase de eliminación mucho más lenta, puede ser detectado en la orina hasta por 40 días después del último consumo en consumidores crónicos (Washton & Zweben, 2008).

2.3 ABUSO Y DEPENDENCIA DE LA MARIHUANA

El DSM-IV define a la dependencia como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

(1) tolerancia, definida por:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o,
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
- (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.

(6) reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.

Así mismo, el DSM-VI especifica que el abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (ó más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.

- (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- (4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

El consumo fuerte y de largo plazo de la marihuana lleva al desarrollo de tolerancia a la sustancia, requiriendo de dosis cada vez más grandes para alcanzar efectos iguales o similares. Al igual que con otras drogas psicoactivas, se llega a un punto en el que el consumidor crónico es incapaz de lograr los efectos deseados, sin importar qué tan grande sea la dosis que consuma. Un pequeño, pero significativo número de consumidores fuertes de largo plazo experimentan síntomas de abstinencia o retiro de la marihuana, tales como insomnio, irritabilidad e inquietud cuando el consumo se descontinúa de forma abrupta. No hay una medicación que se indique para el tratamiento de estos síntomas, los cuales ceden, de manera usual, sin intervención a los pocos días (Washton & Zweben, 2008).

Las personas dependientes de cannabis consumen de forma compulsiva la sustancia sin que suelen desarrollar dependencia fisiológica, aunque se ha observado tolerancia a muchos de sus efectos en los consumidores crónicos. También se han encontrado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica. Cuando se consume de manera periódica, el individuo encuentra problemas para llevar a cabo sus actividades laborales o escolares presenta abuso a la marihuana (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2003).

El concepto de dependencia de la marihuana es controversial. Uno de los factores en la controversia surge desde el ámbito político, algunos argumentan que la dependencia de la marihuana es un fenómeno que ha construido socialmente para satisfacer los propósitos ideológicos. Esta posición considera que la invención y la definición de un trastorno de dependencia de la marihuana como la intención de transmitir y reforzar los valores prevalecientes de una época histórica determinada. Un segundo factor importante se refiere a

la evolución del concepto de dependencia y su distinción del concepto más fisiológicamente orientado a la adicción. A mediados de la década de 1960, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud aprobó un concepto más conductualmente orientado de la dependencia de drogas que incorpora un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos (Organización Mundial de la Salud, 1964). El apoyo a la existencia de un síndrome de dependencia de la marihuana se ha basado en parte en este cambio conceptual y de estudios con personas y animales que demuestran la retirada de la marihuana. Por último, la evidencia considerable para una base biológica para la dependencia de la marihuana se ha acumulado desde la identificación de receptores específicos de cannabinoides en el cerebro y el descubrimiento del cannabinoide endógeno anandamida, un compuesto que se une y activa los mismos receptores en el cerebro como delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el ingrediente activo de la marihuana. Posteriormente, los investigadores descubrieron un antagonista cannabinoide, un compuesto que bloquea la acción anandamida en el cerebro. En conjunto, estos descubrimientos han permitido estudiar sistemáticamente los efectos de la exposición crónica a la marihuana, mejorando así nuestra comprensión de la fisiología del sistema cannabinoide neuroquímicos y algunos de los mecanismos implicados en la etiología de la dependencia de la marihuana (Marlatt & Donovan, 2005).

2.4 ENFERMEDADES ASOCIADAS

Se ha demostrado que cuando se fuma cigarrillos de marihuana afecta a la nasofaringe y la mucosa bronquial incrementado el riesgo de presentar tos crónica y otros signos y síntomas de enfermedades nasofaríngeas. Cuando se consume durante un largo período grandes cantidades de cannabis pueden aparecer sinusitis, faringitis, bronquitis con tos persistente, enfisema y displasia pulmonar (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2003). El humo del cannabis contiene más sustancias cancerígenas que el humo del tabaco; por tanto, los grandes consumidores presentan un riesgo elevado de enfermedades pulmonares, una de ellas el cancer. También se han demostrado alteraciones del equilibrio hormonal, especialmente de las hormonas sexuales. Estos efectos son debidos

a las acciones del THC en el hipotálamo, la parte del cerebro que controla la secreción de las hormonas hipofisarias provocando una disminución de la cantidad de espermatozoides, una menor concentración de testosterona circulante, disminución de la libido en varones y trastornos de la menstruación en mujeres (Goldstein, 2003).

Se ha mostrado que el consumo de marihuana le dificulta al paciente el dejar de fumar tabaco. Esta información se reportó en un estudio que comparaba el cese del hábito de fumar en adultos que fumaban tanto marihuana como tabaco con aquellos que fumaban solamente tabaco. Se encontró una relación particularmente fuerte entre el uso de marihuana y el no poder dejar de fumar tabaco en aquellos que fumaban marihuana a diario (Volkow, 2005).

2.5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE CANNABIS

Los trastornos inducidos por el uso de marihuana según Bobes, Casas y Gutiérrez (2003) son:

a) Trastorno psicótico

La persona presenta alucinaciones o ideas delirantes que están producidas directamente por el consumo de la sustancia, sólo puede considerarse el trastorno psicótico en el caso de que los síntomas excedan a los que habitualmente produce su consumo. Se manifiesta a los pocos minutos de iniciarse la intoxicación e incluye ideas delirantes de persecución, con ansiedad y despersonalización. Se trata de un trastorno muy poco frecuente que suele remitir en horas. Sólo cuando se alcanzan concentraciones sanguíneas elevadas pueden aparecer alucinaciones.

b) Trastorno de ansiedad inducido por marihuana

La característica principal es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad provocados por la sustancia como pánico, agorafobia, miedo intenso y ganas de huir de la situación donde se encuentran.

c) Trastorno relacionado con marihuana no especificado

Se incluyen los trastornos no clasificables como dependencia, abuso, intoxicación, delirium o trastorno psicótico o de ansiedad producidos por la marihuana.

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA PERSONAS QUE CONSUMEN MARIHUANA

En México no existe un tratamiento específico para personas que presentan problemas en el consumo de marihuana, el más común es el tratamiento de autoayuda de Narcóticos Anónimo (NA).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) ha editado una guía terapéutica a partir de las investigaciones realizadas, describe 13 principios del tratamiento, como catálogo de lo que es útil y esencial. Los "Principios of Drug Addiction Treatment" son:

1. No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas.
2. Debe poder disponerse inmediatamente del tratamiento.
3. Un tratamiento efectivo contempla las múltiples necesidades del sujeto, no sólo su consumo de drogas.
4. El tratamiento individualizado y el plan de asistencia han de evaluarse continuamente y modificarse, si es necesario, para garantizar que el plan cubre las necesidades cambiantes de la persona.
5. Para la eficacia de un tratamiento es decisivo seguirlo durante un tiempo adecuado.
6. Los consejos (de forma individualizada o en grupo) y otras formas de terapia conductual, son aspectos fundamentales para la eficacia de un tratamiento de adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente si se combinan con los consejos y otras terapias del comportamiento.
8. Aquellos sujetos adictos o con abuso de drogas que presentan simultáneamente una enfermedad mental, deben someterse a un tratamiento integral de ambos trastornos.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y, por sí sola, contribuye muy poco a cambiar a largo plazo el hábito de consumo.

10. Un tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
11. Hay que controlar continuamente la posibilidad de que exista consumo de drogas durante el tratamiento.
12. Los programas de tratamiento deben incluir la detección de enfermedades como el SIDA, las hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y aconsejar a los pacientes para ayudarles a modificar o cambiar comportamientos, a fin de evitar que ellos mismos u otras personas puedan infectarse.
13. La recuperación de la adicción a una droga puede ser un proceso muy largo y suele requerir múltiples períodos de tratamiento. (Goldstein, 2003).

3.1 TERAPIA DE AUTOAYUDA

Los grupos de autoayuda disponibles están creciendo en número y variedad pero, por mucho, la estructura de apoyo más comprensiva es la que ofrece el "Programas de 12 pasos". Una derivación de este programa es Narcóticos Anónimos (NA), es una opción común para consumidores de drogas e incluye a quienes usan estimulantes, opioides y otras sustancias. Los programas de autoayuda brindan dos ingredientes esenciales que fomenta el lograr su meta: 1) una subcultura que respalda la recuperación en el uso de drogas y 2) un proceso para el desarrollo personal que no tiene barreras financieras. Las juntas de grupo sostenidas por los programas de 12 pasos, hasta hoy el sistema mundial más grande de autoayuda disponible, están llevados por grupos paritarios (miembros y socios), no profesionales; y la retroalimentación ("plática entre ellos") entre los miembros durante una junta está estrictamente prohibida. Las juntas de autoayuda no pueden ofrecer la atención tan profunda a los asuntos psicológicos y personales. Muchos individuos buscan una terapia profesional de grupo después de darse cuenta que su participación en los programas de 12 pasos no es suficiente para dirigir ciertos asuntos que aún les causan problemas (Washton & Zweben, 2008).

3.2 TERAPIA DE GRUPO

En los grupos de tratamiento por abuso, la proporción de cambio en los pacientes es rápido y su naturaleza es profunda. El poder de sanción de un grupo puede ser muy poderoso para la gente con problemas de alcohol y otras drogas, considerando el dominante estigma social y el intenso sentimiento de vergüenza, pena y autorecriminación casi siempre asociado con estos problemas. La identificación mutua, la aceptación de su grupo paritario, el apoyo social y el papel principal que los grupos ofrecen soluciones para estos sentimientos intensos. Los pacientes también aprenden y tienen oportunidades de practicar con el grupo conductas nuevas y habilidades para sobrellevar, manejando los retos de cada etapa en el proceso de tratamiento. La mayoría de las veces los grupos están compuestos de 8 a 10 miembros y cada sesión de grupo dura de 1 a 2 horas. La terapia de grupo tiene distintas ventajas económicas permitiendo la intensidad en el tratamiento para incrementarlo a un bajo costo en lugar de incluir más sesiones individuales con mayor frecuencia. Las preocupaciones sobre la pérdida de la privacidad y la confidencialidad pueden evitar que algunos pacientes se unan al grupo. Otra limitación de la terapia de grupo es que sólo una pequeña parte del tiempo de la sesión está dedicada a las necesidades de cualquier individuo, y es muy probable que no se dé una atención suficiente en una sola sesión para todos los asuntos de los miembros de grupo, pues el contenido y el ritmo están determinados por la totalidad de los miembros y no por las necesidades de cada individuo. La mejor guía para la selección del paciente es buscar un equilibrio entre el grado razonable de homogeneidad y heterogeneidad de los miembros del grupo. Los grupos deben de estar formados por individuos que también estén en las etapas tempranas de la precontemplación y contemplación, o de individuos en las etapas posteriores de preparación, acción y mantenimiento (Washton & Zweben, 2008).

3.3 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Miller y Rollnick (1999) definieron a la entrevista motivacional como un enfoque diseñado para ayudar a los pacientes a crear compromiso y llegar a una decisión de cambio, es decir, una consejería psicológica que intenta ayudar a resolver la ambivalencia de manera empática y directiva y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.

En algunas ocasiones la entrevista motivacional es utilizada como preámbulo para el trabajo terapéutico. En la entrevista motivacional, el terapeuta no se adjudica un rol autoritario pues los pacientes son siempre libres de aceptar o no los consejos (Miller, 1989).

El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta teniendo una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo, y un sentido claro de la temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momentos determinados (Miller & Rollnick, 1999).

3.4 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Uno de los tratamientos efectivos en el campo de las adicciones es el modelo de prevención de recaídas. La prevención se refiere dentro del tratamiento en poder anticipar situaciones de riesgo donde se disparaba el consumo de droga del paciente y una recaída involucra una falta en mantener el cambio del comportamiento para no beber o consumir alguna sustancia psicotrópica.

El Modelo de Prevención de Recaídas ve a la recaída como: un proceso de transición, como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el

retorno a los niveles de la línea base de la conducta blanco (Marlatt y Gordon, 1980), es decir, la falta de mantenimiento de un cambio en un comportamiento.

Este modelo fue propuesto en el año de 1978 por Marlatt y presentado en 1985 por Marlatt y Gordon siendo el primer modelo con un enfoque cognitivo-conductual para los procesos de recaídas. Los componentes de este modelo son de naturaleza intrapersonales e interpersonales tales como: afectivos, de afrontamiento, autoeficacia, deseos intensos de consumo de droga, estados emocionales, motivación, los factores de riesgo del medio ambiente como la influencia social, el acceso a conseguir la sustancia y la exposición al medio.

Un punto fundamental en este tratamiento es el modelo de aprendizaje cognitivo-social de la prevención de la recaída, específicamente la teoría de Albert Bandura de la autoeficacia definida como la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento (Bandura, 1977).

El propósito del tratamiento es aumentar la autoeficacia del paciente o confianza a través de todas las situaciones de riesgo, habilitando sus destrezas y recursos con los que el paciente cuenta para lograr su propósito (Annis, 1991).

3.5 PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAIDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPENDENCIA SUSTANCIAL O SEVERA AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PEREU)

Partiendo del Modelo de Prevención de Recaidas, Annis, Herle y Merek (1996) diseñaron el Programa Prevención Estructurada de Recaídas desarrollado en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá. Es un tratamiento con un enfoque cognitivo-conductual basado en la teoría del aprendizaje social. Su objetivo es permitir a los pacientes obtener más control sobre el uso de drogas.

Este tratamiento fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003) para estudiantes universitarios con el fin de brindar una atención completa en personas con problemas de uso de sustancias denominándolo Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) con problemas sustanciales o severos de alcohol y otras drogas.

Los cinco componentes principales del PEREU son:

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 tratamiento empieza con una evaluación clínica completa, que incluye una evaluación de los siguientes aspectos del paciente:

- i) funcionamiento psicosocial;
- ii) historia del uso de alcohol y drogas / problemas / consecuencias;
- iii) razones / compromiso para el cambio; y
- iv) 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 empezar 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 paciente para cambiar su uso de alcohol y/o droga, esto en 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 paciente 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 paciente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado. Los pasos incluyen:

- I) Proporcionar una orientación hacia el consejo de PEREU y acordar con el paciente la firma de un contrato del tratamiento;

- II) Una revisión por parte del paciente 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

- III) Establecimiento de meta y automonitoreo de disparadores por parte del cliente.

4. Procedimientos del Consejo para la Iniciación del Cambio

El consejo del PEREU consta de las Fases de “Iniciación” y “Mantenimiento”. La Fase de Iniciación se centra en las estrategias de consejo que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la Fase de Mantenimiento se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de la recaída).

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.

La Fase de Iniciación del Consejo del PEREU implica, típicamente, cuatro sesiones. Se encuentran disponibles sesiones individuales y de grupo, se debe animar al cliente a tomar su tratamiento de elección.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio

En la Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaída), 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 paciente 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 van incrementando su dificultad, animar a los clientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del Consejo del PEREU va de cuatro a ocho sesiones.

CAPÍTULO 4. REPORTE DE CASO

TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS EN UN PACIENTE CONSUMIDOR DE MARIHUANA.

MOTIVO DE CONSULTA

Admisión

En la sesión de admisión se tomaron los datos generales del paciente, su motivo de consulta y los problemas relacionados con el consumo de la marihuana que se expondrán más adelante. Esta consulta fue realizada en el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que los amigos del paciente le dijeron que en la Facultad de Psicología existía un grupo de terapeutas relacionados a las adicciones. El paciente pidió información del tratamiento que se imparte y comentó que quería dejar de fumar marihuana, siendo su motivo de consulta pues su consumo, el cual desde hacía varios meses había ido aumentando al salir de una clínica de rehabilitación. El paciente comentó sentirse desmotivado, había tenido problemas con lo que denominó “fijaciones sexuales” relacionado a su consumo, a demás de perder oportunidades escolares y laborales.

El paciente era un individuo de 24 años de edad, estudiante en traducciones de la lengua francesa en el CELE (Centro de Enseñanza de Lenguas Extranjeras C. U.). Residía en el Distrito Federal. Vivía con sus papás y su hermana. El paciente dijo tener una dependencia a la marihuana desde hace aproximadamente tres años. K (como en el futuro se le denominará) reportó “ansiedad” al estar constantemente pensando en la marihuana.

El patrón de consumo del paciente durante los últimos 12 meses era de 4 a 5 cigarrillos de marihuana por día sin tomar en cuenta los aproximadamente

60 días en los que se encontró internado en una clínica de rehabilitación y un mes posterior a su salida.

K había consumido LSD y hachis en dos o tres ocasiones cuando tenía entre 15 y 16 años de edad. A los 16 años consumió cocaína durante dos meses pero los efectos que le causó no le gustaron por lo que comenzó a fumar marihuana, ocasionalmente. El paciente consideró que tenía un gran problema con su consumo de marihuana debido a que había tenido consecuencias negativas serias y desde hacía un año había aumentado su consumo de cannabis,

La situación laboral de K era desempleado, su último trabajo fue hacía seis meses de mesero, llevaba medio año desempleado, nunca faltó por consumir droga.

Dentro de la entrevista inicial K señaló que lo que le motivó a buscar tratamiento fue poderse ayudar para recuperar el control de su vida y obtener del tratamiento el dejar de consumir marihuana completamente.

Quienes lo podrían ayudar en el cambio de su consumo de droga eran en ese momento su familia y varios amigos que se habían preocupado por la desmotivación, apatía y estados de ánimos de tristeza y desesperación del paciente ocasionado por la marihuana.

El paciente reportó que se encontraba inseguro con su estilo de vida porque no tenía un trabajo, al igual que sus planes eran inciertos pues no estaba motivado en salir adelante por sus medios.

En su tiempo libre K reportó asistir a cafeterías y se conectaba constantemente al Internet debido a su gusto con los zapatos de tacón de mujer que provocaban una excitación sexual que desde aproximadamente hacía dos años era algo recurrente en su vida. Había tenido sesiones con mujeres donde lo habían masturbado, pisado y pateado con los tacones. Se dio

cuenta que no era algo agradable por la falta de respeto a su integridad física y mental. El consumo de marihuana estaba muy relacionado, ya que en Francia consumía a todas horas por lo que no controlaba su conducta (fumar marihuana y tener sexo) y trabajaba en muchas ocasiones sólo para pagar la marihuana y los encuentros con las mujeres antes mencionado. El paciente mencionó que su consumo de alcohol era ocasional con sus amigos en muy pequeñas cantidades (una ó dos copas) por ocasión.

K mencionó que hacía dos años sufrió un accidente automovilístico al estar bajo los influjos del alcohol y marihuana, como resultado quedó en coma, tuvo que aprender a caminar y a hablar. Después de este accidente comenzó a consumir nuevamente marihuana seis meses después. No se sentía bien con su familia ni con él mismo y decidió irse del país. Debido a su consumo de marihuana, en París perdió sus objetivos académicos desaprovechando la beca de la universidad que había obtenido. Al regresar a México buscó ayuda en una clínica para desintoxicación de drogas donde estuvo internado dos meses pero consideró que la manera en que fue llevado el tratamiento no le dio resultado a largo plazo, pues después de un mes de salir comenzó a fumar marihuana. Las consecuencias negativas relacionadas con el uso de marihuana señaladas por el paciente fueron: problemas de salud relacionado al accidente automovilístico (ataques convulsivos siendo tratado médicamente durante el tratamiento), pérdida de movilidad y rehabilitación motriz al igual que de lenguaje, bajo peso, insomnio, problemas cognitivos como la pérdida de memoria, olvido y confusión, problemas emocionales como cambios de humor (tristeza, apatía y frustración), problemas interpersonales con familia y amigos al alejarse de ellos, agresión física en sesiones con mujeres con zapatos de tacón donde lo pisaban estando bajo la influencia de la marihuana sin llegar a ser placenteras y no saber parar, terminando en agresiones verbales, problemas laborales ya que no podía mantener un trabajo estable que le gustara, problemas escolares pues dejó la beca universitaria en Europa y sin ganas de seguir estudiando y problemas financieros al no tener un ingreso y gastar lo que ganaba en comprar marihuana y en la sesiones con las mujeres.

El paciente reportó ser un fumador regular de tabaco desde hacía 8 años; no pasaban más de 5 minutos para prender su primer cigarro al despertarse, fumaba 20 cigarrillos por día.

EVALUACIÓN REALIZADA POR MEDIO DE CUESTIONARIOS

Evaluación

La sesión de evaluación tuvo como objetivo la valoración de los siguientes aspectos del paciente: funcionamiento psicosocial, historia del uso de marihuana, problemas y consecuencias, razones y compromiso para el cambio al igual que fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación fue complementada por una exploración detallada de los disparadores del paciente para el uso de marihuana 12 meses antes de entrar al tratamiento (los disparadores pueden involucrar estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectan a los pacientes). La finalidad de esta sesión es poder realizar el plan de tratamiento individualizado adaptándose a las necesidades del paciente.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Entrevista Inicial

La entrevista inicial se compone de diversos apartados que permiten recolectar información del paciente sobre los distintos indicadores, los rubros que la componen son: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de la droga y las consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancia tales como problemas de salud (no problemas neurológicos pero si sobredosis), problemas a nivel cognitivo (pérdidas de memoria, olvido, confusión, dificultad para pensar), problemas emocionales (incluyendo cambios de estado de ánimo, cambios en la personalidad), problemas interpersonales (aquellos que involucran a la familia y/o amigos), violencia física o verbal,

problemas laborales, legales (cargos, arrestos, problemas con las autoridades legales) y problemas financieros / monetarios.

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

Conocido como Cuestionario de Abuso de Drogas, realizado por Skinner en 1982 y adaptado a la población mexicana en el 2001 por De las Fuentes y Villalpando. Está conformado por 20 reactivos dicotómicos, mide la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo de drogas del paciente, su confiabilidad es de .86, su validez es explicada más del 50% por cuatro componentes de la varianza total correlacionándose con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo.

Fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003a) para estudiantes universitarios para el manual de Prevención Estructurada de Recaídas.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

La línea base retrospectiva (LIBARE) desarrollada originalmente por Sobell y Sobell (1992), es un exploración retrospectiva de la cantidad de consumo de drogas por el paciente durante el año anterior iniciado el tratamiento. Fue traducida y adaptada por Quiroga (2003) para estudiantes universitarios de la Alcohol Timeline Followback (Sobell y Sobell, 2000, 2003).

La LIBARE evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento, permite identificar datos como: frecuencia, cantidad y duración del consumo al igual que se pueden identificar periodos de recaídas y servir como base para conocer las causas. Tiene validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53. Este método ha sido probado frecuentemente en períodos de 12 meses.

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), adaptado en 1996 para Prevención Estructurada de Recaídas por Annis y sus colaboradores, cuenta con un test-retest confiable realizado por Schober y Annis en 1995, traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003b) intenta evaluar la motivación del paciente a través de una percepción de las creencias, actitudes y comportamientos para el cambio del uso de la sustancia.

El ACC-D clasifica a los usuarios en una de las cinco etapas de cambio informando sobre la intención de cambio, y los recientes intentos de dejar de cambiar basados en el modelo de Prochaska y Diclemente como son precontemplación (uso de la sustancia durante los últimos 30 días y no se 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 mínimo de 11 días de abstinencia continua, para dejarla en los últimos 30 días) , acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los pasados 30 días) y mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes por más de 60 días).

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Annis, 1985) 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), la escala fue diseñada para evaluar ocho subescalas de situaciones de uso de drogas, las cuales son divididas en dos clases:

1. Estados personales en que el uso de droga involucra una respuesta a un evento que es principalmente psicológico o físico en su naturaleza, se subdivide en cinco categorías, que incluyen los siguientes reactivos: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando el Autocontrol y 5) Impulsos/ Tentaciones.
2. Situaciones que involucran a otras personas en el cual una influencia significativa de otro individuo se encuentra involucrada. Se subdivide en tres categorías: 6) Conflicto con Otros; 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Los puntajes de las ocho subescalas conforman una distribución normal, y cuentan con confiabilidad y validez de contenido aceptable representando el universo de situaciones de recaída en los pacientes. Su objetivo es evaluar las situaciones de riesgo al consumo en el paciente.

El instrumento se interpreta obteniendo un Índice del Problema en términos porcentuales. Así, por ejemplo un puntaje de 0% indica que nunca consumió excesivamente estando en esa situación y no representa para el paciente un riesgo de consumo; en tanto que un porcentaje entre 67 y 100 indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

Fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) en estudiantes universitarios para el manual de Prevención Estructurada de Recaídas.

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

Conocido comúnmente como Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (*Drug Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ) fue elaborado por

Annis y Martin en 1985, es un autoinforme sobre la capacidad percibida para afrontar adecuadamente una serie de situaciones de alto riesgo y resistirse al consumo de droga. Consta de 50 items que se agrupan en ocho subescalas, basados en las ocho categorías de riesgo identificadas por el grupo de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1980, 1985; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980): Emociones Desagradables (ED), Malestar Físico (MF), Emociones Agradables (EA), Probando mi Control sobre el Consumo de Alcohol o las Drogas (PC), Impulsos/ Tentaciones (IT), Conflictos con Otros (CO), Presión Social (PS) y Momentos Agradables con otros (MA).

Los pacientes valoran su seguridad de mantenerse abstemios (autoeficacia) o si sería capaz la urgencia de consumir la droga por medio de una escala que va entre 0% (nula confianza para resistirse al consumo) y 100% (seguro de resistirse al consumo), de modo que altas puntuaciones indican una atribución de elevada capacidad de controlar la conducta ante situaciones de riesgo de consumo. El terapeuta cuenta con una plantilla de respuestas obteniendo el nivel de confianza del paciente.

Fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003d) en estudiantes universitarios para el manual de Prevención Estructurada de Recaídas.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

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

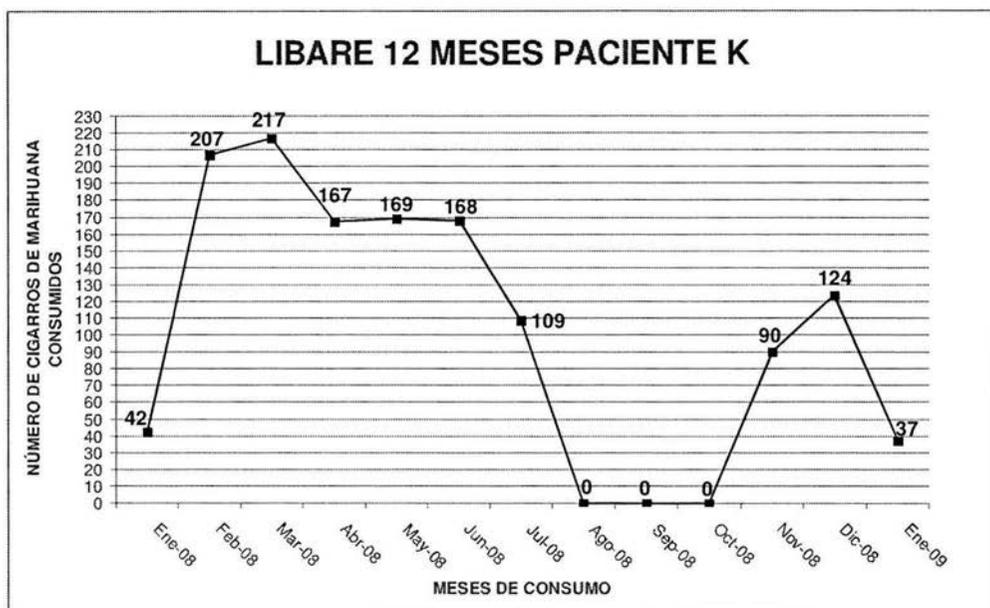
De acuerdo con la Prueba de Detección del Abuso de Drogas PDAD-20 el grado del abuso de la marihuana de K fue un Nivel sustancial. Obtuvo un puntaje de 15.

PUNTAJES DEL PDAD	
0	= No Reportado
1-5	= Nivel Bajo
6-10	= Nivel Moderado
11-15	= Nivel Sustancial
16-20	= Nivel Severo

Tabla 1. Muestra el nivel de abuso de drogas.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

En la gráfica 1 se puede apreciar la cantidad consumida por mes, K fumó 282 días al año una cantidad promedio de 4.7 cigarros de marihuana por ocasión (1330 cigarros al año). Al mes fumó un promedio de 147.7 cigarrillos y 34 cigarrillos a la semana. Se mantuvo abstemio 83 días al año.



Grafica 1. Muestra el patrón de consumo durante 12 meses del paciente K .

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

De acuerdo al instrumento aplicado, K se situó en el estadio de cambio de preparación, ya que a pesar de haber consumido droga durante los últimos 30 días al día que se le aplicó el instrumento llevó por lo menos un intento para dejar la marihuana por lo menos 11 días de abstinencia.

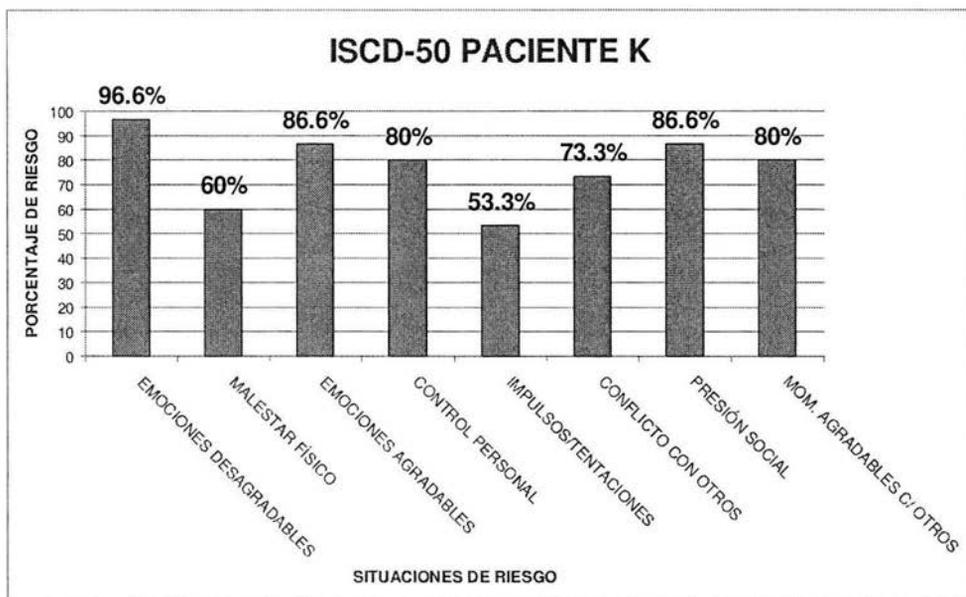
Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)

En la gráfica 2 se puede apreciar los resultados de K. Las situaciones de consumo en este instrumento dieron un perfil diferenciado:

- Emociones Desagradables (tristeza, ansiedad y frustración).
- Emociones Agradables (felicidad, libertad).
- Presión Social (cuando algún conocido o amigo le ofrecieron droga).

-Momentos Agradables con Otros (estando en fiestas o reuniones con amigos y conocidos).

-Control Personal (cuando pensaba que podía consumir poco y podría parar de fumar).

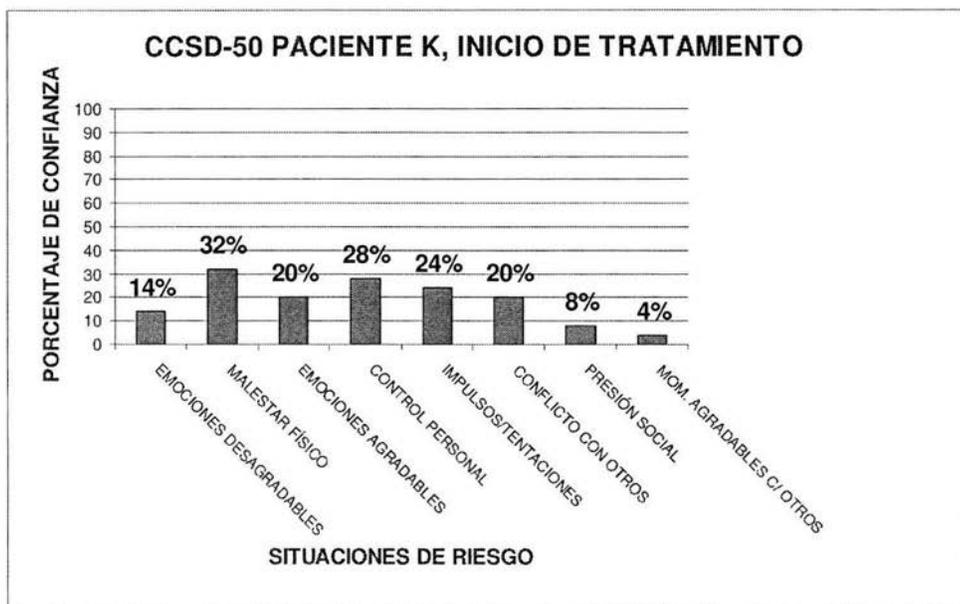


Gráfica 2. Muestra las situaciones de riesgo para el paciente K.

Questionario de Confianza Situacional para el consumo de Droga (CCSD-50)

En la gráfica 3 (pretest) se muestra el grado de confianza que tuvo el paciente K en las diversas situaciones de riesgo en las que podía resistir la urgencia de consumir marihuana al iniciar el tratamiento. Podemos observar que las situaciones en las que el paciente mostró menos confianza fueron:

- 1) Momentos agradables con otros
- 2) Presión social y
- 3) Emociones desagradables.



Gráfica 3. Muestra el grado de confianza del paciente al iniciar (pretest) el tratamiento considerando 12 meses anteriores.

RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICIT

Los recursos con los que contaba el paciente fue la motivación por cambiar su consumo y cumplir la meta de no seguir fumando marihuana, se dio cuenta de las consecuencias negativas por la droga (problemas con su familia y amigos, desmotivación, pérdida de objetivos, problemas de salud y financieros) y si seguía consumiendo como hasta hacía tiempo no podría retomar el control de su vida, pues manifestó que si él no lo llevaba a cabo nadie más lo haría, contaba con el apoyo de sus padres y amigos, sus recursos profesionales e intelectuales le habían ayudado a que tomara un curso de traducción por lo que en un futuro puede ser una fuente de ingreso y seguir persiguiendo las metas personales.

Las destrezas iniciales con las que contaba el paciente fue el rechazar en algunas ocasiones la droga, pensar en las consecuencias negativas y la motivación para pedir ayuda y salir adelante.

Los déficits del paciente eran el autodiálogo negativo ("no puedo dejar de consumir pues no tengo la fuerza para dejarlo", "soy un tonto al no cumplir mis metas"), planeación de su tiempo, ansiedad en situaciones que no puede controlar como son las sesiones con mujeres que usaban tacones, tenía pocas habilidades en solucionar los problemas, manejar su ansiedad y la manera de expresar lo que sentía.

DIAGNÓSTICO

Basándose en los datos obtenidos en la evaluación se pudo concluir que el paciente cumplió con los criterios de inclusión para formar parte del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, ya que había presentado problemas por su consumo de marihuana en los diversos ambientes donde se desenvuelve con un nivel sustancial pues su patrón de consumo por día que fumaba era de cinco cigarrillos de marihuana y quiso trabajar con un psicólogo, a nivel de consulta externa hacia un cambio en su dependencia de la marihuana.

TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta las necesidades del paciente se aplicaron los cinco componentes del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para otras drogas.

En la tabla 2 se muestran los componentes del tratamiento, los objetivos de cada uno de ellos realizados con el paciente y las destrezas de enfrentamiento que se aplicaron en el tratamiento.

Componente	Objetivo
1. Evaluación	<p>Evaluación clínica completa, que incluyó una evaluación de los siguientes aspectos del paciente:</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>Retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación dentro del contexto de la entrevista motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -se centró en explorar las razones expresadas por el paciente para cambiar su uso de droga en los pros y contras percibidos para el cambio -se discutió sobre los disparadores del paciente para el uso y las fortalezas que tiene de enfrentamiento.
3. Plan de Tratamiento Individualizado	<p>Se involucró al paciente en el desarrollo de un plan del tratamiento individualizado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -una orientación hacia el consejo de

	<p>PEREU, acordando con el paciente la firmar de un contrato del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -una revisión por parte del paciente de los disparadores que se tuvo, específicos y recientes en el consumo de droga, en la que él realizó una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas -se estableció meta y automonitoreo de disparadores por parte del paciente.
<p>4. Iniciación al Cambio</p>	<p>Los apoyos de Iniciación más importantes incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> -evitación de situaciones de riesgo para el uso de droga -involucración de un compañero u otra persona responsable -papel relativamente directivo por parte del terapeuta <p>Las destrezas de enfrentamiento que se proporcionaron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfrentamiento de los deseos intensos ❖ Rechazo del alcohol y otras drogas ❖ Enfrentamiento del aburrimiento ❖ Solución de problemas ❖ Asertividad ❖ Manejo del enojo ❖ Relajación

<p>5. Mantenimiento del Cambio</p>	<p>La fase de prevención de recaída, se retiraron gradualmente las ayudas usadas en la Fase de Iniciación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -se enfocó en las estrategias de enfrentamiento que dependieron sólo del paciente -se diseñó estrategias para ayudar al paciente a desarrollar confianza (auto-eficacia) - el paciente empezó a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso de droga. -se involucró al paciente en la exposición gradual a los disparadores que cada vez incrementaron su dificultad -se animó al pacientes para que se anticipara a las situaciones identificadas de alto riesgo y practicara las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas <p>Las destrezas de enfrentamiento que se proporcionaron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas ❖ Técnicas para el manejo de escenas retrospectivas y emociones desagradables ❖ Enfrentamiento de la ansiedad ❖ Relaciones saludables
------------------------------------	--

Tabla 2. Muestra los componentes, objetivos y destrezas de enfrentamiento en el plan individualizado aplicados al paciente K.

DESARROLLO POR SESIONES

Entrevista Motivacional y Plan de Tratamiento Individualizado

a) Entrevista Motivacional

En esta sesión se llevó a cabo la Retroalimentación Personalizada de los principales resultados de los instrumentos de la sesión de evaluación. Quedó sorprendido el paciente del número de cigarrillos de marihuana que consumió por año, el daño que se había causando tanto físico como mental muchas veces puede ser irreversible comentó K, a demás de que pudo haber dedicado ese tiempo en realizar actividades productivas como buscar un empleo, hacer ejercicio, tener una relación sentimental sana.

Se aplicó el ejercicio de “**Balance Decisional**” para que el paciente considerara las ventajas y desventajas de continuar o cambiar su consumo tomando en cuenta todas las opciones posibles y viera que los cambios en algunas ocasiones implican la pérdida de personas o situaciones que en algún momento son placenteras pero que finalmente existen mas ventajas de cambiar su consumo que continuar como hasta hace poco tiempo. El paciente reportó la información que se presenta a continuación:

CONTINUAR MI INGESTA DE DROGA

VENTAJAS de continuar mi consumo:

- no sentir emociones para poder estar bien
- esperar un milagro que resuelva las cosas mágicamente.

DESVENTAJAS de continuar mi consumo:

- no podría alcanzar mi meta de no consumir más marihuana.
- seguir convulsionándose, no podré mejorar mi estado de salud.

CAMBIAR MI INGESTA DE DROGA

VENTAJAS de cambiar mi consumo:

- mejorar mi desarrollo intelectual.
- no oler a mota donde sea y fuera una tentación.
- no oler a mota en mi persona.
- disminuir la posibilidad de conocer personas que consuman.
- dejaría de convulsionarme por completo (ya que cuando fumo marihuana aumentó la posibilidad de sufrir un ataque y algunas ocasiones ya lo había presentado).
- tener una mejor relación familiar.
- podría tener una novia.
- me daría un gran valor como persona el poder salir del consumo.
- me sentiría bien conmigo mismo.
- me sentiría bien con Dios.
- podría ayudar y servir más.
- dejaría de tomar decisiones a la ligera
- mejoraría mi condición física.
- mejoraría mi estado mental.
- se excluiría la posibilidad de ser arrestado por esta causa.

DESVENTAJAS de cambiar su consumo:

- irritarme.
- enojo.
- cambios bruscos del estado de ánimo.
- dolor de cabeza.
- mal humor.
- insomnio.
- sentirme "pacheco" sin haber fumado
- ansiedad.
- poder recargar esta adicción en otra como el fumar tabaco o en el sexo
- malestar emocional.
- no poder anestesiarse mi dolor cuando algo esté mal (emocional)
- el sentir mucha necesidad de consumir
- arrepentimiento por cambiar drásticamente
- no saber que hacer en mi tiempo libre

<ul style="list-style-type: none"> -se excluiría la posibilidad de accidente por estar consumiendo. -poder tener buenos momentos familiares. -que no lo vean mal cuando sepan mi familia y amigos que fumo marihuana. -poder alcanzar mis objetivos propuestos. -mejorar mi calidad de vida. -poder poner soluciones a los problemas. 	
---	--

Comentó K dentro de la sesión que disminuyó el consumo de cigarrillos de marihuana pues solo un día de la semana le dio cuatro fumadas al cigarro de uno de sus amigos, pero le causó un disgusto que su amigo fumara frente a su hija de cuatro años, el paciente salió con la niña a pasear una hora y fueron al parque, se sintió bien y la niña se divirtió.

b) Plan de Tratamiento Individualizado

Después de la retroalimentación y el balance decisional, el paciente firmó el contrato del tratamiento individual para el tratamiento de Prevención Estructurada de Recaídas, K lo leyó y estuvo convencido de los puntos que se establecían en el mismo.

De acuerdo a los resultados de la evaluación del ISCD-50 de las cinco situaciones de riesgo, durante el último año las que dispararon su consumo fueron:

- Ψ Emociones desagradables como: frustración por no poder realizar lo que se propone, aburrimiento al no tener una actividad productiva, tristeza por ver a su familia preocupada por su consumo, ansiedad por no consumir y falta de control de estas emociones.
- Ψ Emociones agradables: cuando estaba disfrutando de algún momento se sentía aparentemente bien o cuando estaba feliz de alguna cosa que le gustaba (que no le preocupaban los problemas, por estar consumiendo se sentía liberado).

Ψ Momentos agradables con otros: cuando estaba en alguna reunión o fiesta con sus amigos y quería pasársela bien.

El paciente jerarquizó de la siguiente manera las situaciones y reportó ejemplos de incidentes específicos con su consumo que se repitieron durante el último año.

El problema más frecuente fue: **Emociones Desagradables** relacionado a lo académico (ansiedad, tristeza, frustración y aburrimiento).

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En mi casa

¿Estaba alguien más presente? Mi familia pero en otro lado de la casa

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? Nadie

¿Cómo se estaba sintiendo? Me sentía mal, ansioso, con energía, intranquilo

¿Qué estaba pensando? Pensaba en que quería desquitarme fumando para olvidar la tristeza por dejar la beca en Francia y por dejar otras oportunidades que me hicieron regresar a México

Describe lo que pasó para que su uso se disparara:

Lo que disparó mi consumo fueron estas ideas repetitivas, ya que pensar en la oportunidad de acabar una carrera en el extranjero y saber que la perdí fue difícil

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas?

Pensando en que puedo prepararme dando clases de traducción para sacarle provecho al idioma que aprendí estando en otro país, pensar en que regresé por mi familia, tomar un té, salir a caminar o cambiar a pensamientos que fueran positivos

El siguiente problema más frecuente fue: **Emociones Agradables** (felicidad aparente, sentirse libre)

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En mi recámara

¿Estaba alguien más presente? Mi familia pero en otro lado de la casa

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? Nadie

¿Cómo se estaba sintiendo? Me estaba sintiendo excitado, eufórico

¿Qué estaba pensando? Pensaba en la película que estaba viendo, pensaba en la música que me gustaba, pensaba en alguna buena noticia o pensaba en lo bien que sería fumar marihuana

Describe lo que pasó para que su uso se disparara:

Lo que disparaba mi consumo era tener marihuana a la mano sintiéndome a gusto, sabiendo que estaría feliz drogado o aumentaría ese bienestar

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas?

Enfocándome en otra cosa como tomar té, salir a caminar, leer o tirar la marihuana para que no me dé tentación

El siguiente problema más frecuente fue: **Momentos Agradables con otros** (fiesta con amigos o conocidos pasándola bien o incrementar diversión)

Antes de usar:

¿Dónde estaba? En la calle o en casa de algún amigo

¿Estaba alguien más presente? Mis amigos y/o conocidos

¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas? La mayoría de mis amigos que se dedican a algún aspecto artístico (música, fotografía) y/o conocidos estaban tomando y fumando marihuana

¿Cómo se estaba sintiendo? Me estaba sintiendo ansioso

¿Qué estaba pensando? Pensaba en que tenía ganas de fumar para estar más feliz por estar con ellos y pasarla bien

Describe lo que pasó para que su uso se disparara:

Lo que disparaba mi consumo era oler la marihuana, tener a la mano la droga pues siempre la llevaba o mis amigos me ofrecerían si no tenía

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas?

No estando con mis amigos que consuman en las fiestas, platicar con alguien más, irme del lugar, decir no si me ofrecen, tomar refresco, fumar tabaco

Las destrezas que se determinaron junto con el paciente de acuerdo con la evaluación y sus situaciones de riesgo de la Lista Checable de Destrezas de Enfrentamiento fueron:

- ❖ Enfrentamiento de los Deseos Intensos.
- ❖ Rechazo del Alcohol y otras Drogas.

- ❖ Solución de Problemas.
- ❖ Asertividad.
- ❖ Enfrentamiento del Aburrimiento.
- ❖ Relajación.
- ❖ Enfrentamiento de los Sentimientos Desagradables y Traumas.
- ❖ Técnicas para el Manejo de Escenas Retrospectivas y Emociones Desagradables.
- ❖ Enfrentamiento de la Ansiedad.
- ❖ Relaciones Saludables.

Se le proporcionó a K su primer forma de monitoreo diario y se le explicó la importancia de siempre traerlo consigo para registrar cualquier evento relacionado a su consumo identificando nuevas situaciones de riesgo. La meta del paciente fue la abstinencia.

Iniciación del Cambio

Sesión 1

El paciente se mantuvo abstemio durante la semana, las situaciones de riesgo que se presentaron fueron relacionadas a sus pensamientos de consumir para sentirse bien, saber que en ciertos lugares había personas consumiendo marihuana (escuela, parques y centros de diversión nocturnos) y un compañero de la secundaria que le ofreció droga vía internet (mensajero electrónico). Lo que hizo el paciente para manejar las situaciones fue: 1) recordar las consecuencias negativas por su consumo, 2) decir que estaba iniciando un tratamiento para dejar la droga, 3) pensar en el apoyo de su familia, 4) realizar otras actividades relacionadas a su curso de traducción, 5) tomar café pensando en los beneficios de no fumar marihuana desplazando su consumo en otra sustancia.

Se aplicó el ejercicio de Análisis Funcional de dos episodios de consumo que sucedieron en la semana:

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
<p>-estando con un amigo que fumaba marihuana</p> <p>-sentía mucha ansiedad</p> <p>-pensaba que podía fumar si su amigo lo invitaba</p>	<p>-no consumir</p>	<p>-pensó en que si hubiera tenido marihuana su amigo hubiera perdido el control se disgustó consigo mismo</p> <p>-se sintió feliz por no seguir tratando de conseguir la droga y se centró en su conversación</p>
<p>-estando en un parque con unos chicos que tocaban el mismo instrumento musical que él (acordeón)</p> <p>-pensó en aumentar su bienestar</p> <p>-se sentía excitado y ansioso</p> <p>-pensó que ellos consumían marihuana</p>	<p>-no consumir</p>	<p>-nuevamente se sintió mal un momento con él mismo</p> <p>-se dio cuenta que puede pasar buenos momentos tocando su instrumento musical sin la necesidad de consumir marihuana</p> <p>-conocer personas con mismos gustos que no fumen</p> <p>-se sintió contento por no consumir</p>

Se le explicó al paciente que este ejercicio le ayudaría a entender el funcionamiento del uso de sustancia y a desarrollar estrategias alternas para evitar futuros consumos identificando la presencia de los disparadores y consecuencias. Se vería su consumo como patrón conductual, el cual podría

cambiar considerando tanto las consecuencias positivas como las negativas, a corto y largo plazo de su uso de sustancia anticipándose a las situaciones de riesgo.

Se llenó en la sesión su plan semanal (iniciación) donde el paciente reportó:

Plan Semanal-Fase de Iniciación	
Meta: no fumar cigarrillos de marihuana, mantenerme abstemio	
Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% <input checked="" type="checkbox"/> 60% 80% 100%	
Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana	Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<ul style="list-style-type: none"> -si mi amigo me ofreciera marihuana o hashish por medio del mensajero electrónico en la tarde o noche -estar solo en mi habitación -pensar que sería rico consumir - ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> -irme a correr -fumar un tabaco -tomar un té o café -comer chicle -pensar en que podría perder la oportunidad de cambiar -pensar en las consecuencias negativas -tratar de relajarme -pensar en mi meta de consumo: la abstinencia
<ul style="list-style-type: none"> Si la chica con la que estoy saliendo estuviera fumando marihuana -estando en un café -en la tarde-noche 	<ul style="list-style-type: none"> -tratar de relajarme -comprar café -irme del lugar -pensar en consecuencias negativas

-pensar en que querer fumar -ansiedad	
--	--

Se le aplicó al paciente K el **Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (CCSD-50)** y saber su grado de confianza para ver si sería capaz de resistir la urgencia de consumir marihuana en las diferentes situaciones disparadoras.

Sesión 2

Se revisó el monitoreo diario del paciente. Presentó varias situaciones de riesgo relacionadas con presión social y emociones desagradables como: su amigo que se conectaba al mensajero electrónico le ofreció droga, estando en un bar con sus amigos y con una chica que conoció recientemente. Uno de sus amigos le dijo que quería fumar, la convivencia con esta chica fue desagradable, no quería que lo vieran decepcionado y drogado, le dio lástima ver a su amigo intranquilo por no consumir (se reflejó en él y no le gustó) dándose cuenta que no puede estar con personas que consuman. Con su padre tuvo un problema donde el enojo fue intenso y desató deseos de consumir, en estos dos momentos sintió muchos deseos de consumir y ansiedad, el paciente pensó en las consecuencias negativas, en su familia, la meta que se propuso. Al ocupar su tiempo libre en traducir y leer textos de su curso de traducción los deseos disminuyeron. Trató de llevar a cabo las estrategias de su plan semanal dentro de estas situaciones disparadoras de consumo siendo un éxito (pensar en las consecuencias negativas, tomar un café y relajarse). Se mantuvo abstemio.

Se percibió que su enojo no lo manejó de una manera asertiva pues le gritó a su papá y le dijo cosas hirientes al descomponer la computadora por lo que se consideró manejar la destreza de **Manejo del Enojo**.

Se le entregaron los resultados computarizados al paciente del **Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de Drogas (CCSD-50)** donde se pudo identificar las situaciones donde mostró menos seguridad de resistir la urgencia de consumir marihuana:

- ❖ Momentos Agradables con Otros (4%).
- ❖ Presión Social (8%).
- ❖ Emociones Desagradables (14%).
- ❖ Emociones Agradables (20%).
- ❖ Conflicto con Otros (20%).

En esta sesión se manejaron las destrezas de: **“Enfrentamiento de los Deseos Intensos”** y **“Rechazo al Alcohol y otras Drogas”** reportando lo siguiente dentro de los ejercicios de cada una:

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>Cuando me encontré solo en casa y pensaba en lo bien que sería fumar marihuana para olvidarme de mis problemas.</p> <p>2. Usando su ejemplo anterior, planear formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.</p> <p>Podría manejar mis impulsos con respiraciones profundas, usando auto-declaraciones positivas (“puedo mantenerme sin consumir”, “puedo seguir así”) y pensaría en las consecuencias negativas que tuve con mi consumo.</p> <p>3. ¿En quién buscaría apoyo?</p> <p>En mi mamá, vecino, papá y hermana</p> <p>4. ¿Qué haría para distraerse?</p>

Podría distraerme realizando alguna actividad de esfuerzo físico (correr o caminar), tomar café o escribir algún texto

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

Las declaraciones positivas que podría decirme serían: "puedo dejar de consumir porque me conviene en la vida", "K, ¡si puedes!, Si estaba en silla de ruedas y ahora corro, si puedo"

6. ¿Qué más podría hacer en esta situación?

Otras alternativas serían: hablar con alguna persona que conozca y le tenga confianza, comer fruta, detener pensamientos relacionados con el consumo.

RECHAZO DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

EJERCICIO

¿En qué situaciones anticiparía el ofrecimiento de una droga?

1. Estando en el mensajero electrónico y me encontrara a mi amigo que vende droga.
2. Estando en algún parque donde consumí con anterioridad y alguien me ofreciera (desconocido).
3. Que en algún momento me encontrara a algún amigo o conocido que consume y me ofreciera como en ocasiones pasadas.

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

1. Lo que haré en esta situación será decirle a mi amigo que no me ofrezca marihuana y que no le conseguiré nuevos compradores de droga, pensaré en las consecuencias negativas de mi consumo y en mis los logros del

tratamiento.

2. Le diré a la persona que estuviera ofreciéndome que no quiero consumir pues no me gustaría caer en lo mismo que no me dejó nada bueno, pensaré en las consecuencias positivas de no fumar y en la meta de mi tratamiento y me iré del lugar para que no siguiera la tentación de fumar.

3. Con algún conocido le diré que no, muchas gracias, que estoy en un tratamiento y no quiero estar mal, de manera directa sin ser ofensivo, hablando siempre por mi y por lo que pienso, siento y he pasado, pensaré en mi meta del tratamiento y me iré del lugar.

Se llenó en la sesión su plan semanal (iniciación) donde reportó lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación	
Meta: no fumar cigarrillos de marihuana, 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.
-estando solo en casa -pensar en lo bien que me sentí al consumir -tiempo libre -ansiedad	-salir a correr -hablar con mi vecino en como me siento -comer un dulce o chicle -pensar en mi familia o hablar con

	ellos diciéndoles como me siento en ese momento -fumar tabaco
-que alguien me invitara a fumar -estando en un parque donde consumía -en la noche -estando solo o con amigos -sentir ansiedad y dolor de cabeza	-irme del lugar -fumar tabaco -tomar algo fresco -tratar de hablar con otra persona de mis problemas -pensar en las consecuencias negativas.

El paciente K tuvo una confianza baja en lograr su meta debido a que tenía miedo de no cumplir y caer en un ciclo que ya conocía y no pudiera salir adelante, se manejó el rol playing de las dos destrezas para que pudiera anticiparse a las situaciones relacionadas a éstas, se le recordó a K el Balance Decisional que realizó resaltando las consecuencias positivas de haber dejado de consumir en estas semanas y se le mencionó que no asistiera a lugares ni mantuviera contacto con personas relacionados a su consumo de marihuana pues las habilidades se adquieren con la práctica.

Sesión 3

K llegó desanimado debido a que consumió tres días de la semana, no cumplió su meta semanal, la violación de meta se manejo diciéndole al paciente que al terapeuta no le correspondía regañarlo, el tiempo en el que cumpliera su meta dependería de él al igual que su progreso pues seguiría pagando el tratamiento sin ver resultado en vida colocándose en una situación que conocía y no le fue grata, se retomó el motivo de su tratamiento “recuperar el control de su vida” por medio del entrenamiento de destrezas de enfrentamiento.

Se revisó su monitoreo diario para reconocer las situaciones disparadoras, una de ellas relacionada con presión social: le ofreció droga su

amigo del mensajero electrónico estando solo en casa, K terminó comprándole y fumó 9 cigarros de marihuana en tres días, se sintió defraudado, enojado consigo mismo, pues no hizo nada de lo que tenía pensado para controlar la situación, estas emociones desagradables desató que consumiera para no sentirse mal ocultando su malestar consigo mismo, pasó buscando sexo (relacionado a los zapatos de mujer) por Internet sin éxito. No pudo aplicar su plan, ya que cuando se dio cuenta de lo que había hecho estaba drogado, no pensó en alguna estrategia, sólo en consumir. Se sintió mal físicamente por el efecto de la droga, no fue lo mismo que antes, sintió culpa y un malestar por las consecuencias negativas que ya conocía y tuvo la idea que el haber consumido defraudó su esfuerzo por no fumar marihuana y echo abajo su tratamiento.

Se le preguntó que concepto tenía la marihuana para el paciente y respondió que era diversión, sol, playa, arena, pasarla muy bien, amigos, tocar guitarra, reggae, música. Pero aun así ese concepto no concuerda con el efecto que le provocó el consumir nuevamente.

Se repasó la destreza de Deseos Intensos (rol playing) para que el paciente no viera como algo negativo esta caída dentro del tratamiento, sino que sé diera cuenta que es un proceso de aprendizaje que identifica posibles disparadores y saber los factores esenciales que lo llevaron al consumo y conocer nuevas situaciones de riesgo. K pudo darse cuenta que le sirvió esta situación identificando que el efecto de la droga no es el mismo que antes, sus emociones desagradables por no controlar sus deseos intensos lo hicieron consumir, pero poco a poco reconoció sus cravings (deseos intensos), sino ponía en practica las destrezas, no podría dejar de consumir.

En esta sesión se manejó la destreza de: **“Enfrentamiento del Aburrimiento”**, reportando lo siguiente dentro del ejercicio correspondiente:

ENFRENTAMIENTO DEL ABURRIMIENTO

1. Describa lo que normalmente hace para relajarse y divertirse:

Me relajo: leyendo, escuchando música, saliendo a algún museo, ver alguna película. Para divertirme: salir a fiestas, con mis amigos a tomar café, ir con mi vecino.

2. ¿Qué le gustaría obtener de su involucramiento en las actividades de esparcimiento (por ejemplo, para ser físicamente activo, probar nuevas actividades desafiantes, hacer nuevos amigos, o para pasar tiempo con la familia)? Haga una lista de sus "Metas personales de Esparcimiento ":

Lo que podría obtener de hacer actividades de esparcimiento sería poder hacer algo respecto a mi consumo para alcanzar mi meta de no fumar marihuana teniendo nuevas alternativas que no involucren la droga, tener nuevos amigos y sentirme bien conmigo mismo

3. Haga una lista de por lo menos tres cosas que planea hacer en su tiempo libre sin usar sustancias.

(A) Algo que hacía y le gustaría todavía hacer:

Me gustaría retomar el deporte de Karate

(B) Algo que realmente le gusta hacer:

Tocar el acordeón

(C) Algo que siempre quiso hacer y nunca lo trató de hacer:

Escribir un libro relacionado a mi consumo

4. ¿Qué es lo que necesita para seguir sus metas de esparcimiento (ejemplo, dinero, tiempo, energía)?

Tener una buena salud física y mental, contar con el apoyo de mi familia y mis amigos, fe en Dios, despejar mi mente de pensamientos negativos, tener

voluntad. Comenzaría a escribir mi libro. La más viable que podría hacer sería salir a correr y realizar una traducción de algún texto de psicoanálisis pues me llamó la atención.

Se llenó en la sesión su **plan semanal (iniciación)** reportando lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación	
Meta: no fumar cigarrillos de marihuana, mantenerme abstemio	
Confianza para lograr esta meta: 0% <input checked="" type="checkbox"/> 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.
<ul style="list-style-type: none"> -tiempo libre -estando solo en casa o en mi recámara -tener ganas de consumir -ansiedad y desesperación por fumar droga 	<ul style="list-style-type: none"> -hablar por teléfono con algún amigo o familiar -prepararme un té o café -salirme a caminar -buscar a mi vecino para hablar de lo que siento -leer o escribir (ya sea traducir o redactar un texto) -hablar a mi terapeuta -pensar en lo negativo del consumo
<ul style="list-style-type: none"> -encontrarme a algún amigo que consuma -en la calle regularmente en la tarde -estaría presente un amigo llamado Daniel y otro conocido de este chico 	<ul style="list-style-type: none"> -irme del lugar -comprarme un refresco -hablar por teléfono con alguien que confío -masticar chicle

que consumían marihuana -sentiría mucha ansiedad	-decir que no. -pensar en las consecuencias negativas que tuve en el consumo cuando fumaba
---	---

Sesión 4

Se revisó el monitoreo diario de K. Se mantuvo abstinencia toda la semana debido a que tuvo repulsión al pensar en consumir marihuana pues los efectos de la vez anterior no le gustaron, se mantuvo ocupado con actividades relacionadas a su curso, amigos y familia. Sintió deseos de consumir marihuana al estar fumando tabaco en la zotehuela de su casa pues anteriormente fumaba marihuana en ese lugar, lo que pensó fue en consecuencias negativas y que tenía que salir del lugar, salió de su casa a dar una vuelta y se tranquilizó. Desde hacía dos días no había podido salir a correr debido a que se lastimó la rodilla y sintió que le hacía falta realizar alguna actividad física para estar relajado, siguió con la idea de hacer un libro y llevo a cabo el traducir textos que le gustan.

Al estar relacionado el consumo de tabaco con marihuana se le preguntó al paciente como preparaba su "churro" y mencionó que la mayoría de veces para que le rindiera la marihuana la combinaba con tabaco por eso en muchas ocasiones estando en el mismo lugar fumando tabaco llegó a tener deseos intensos de consumir marihuana.

En esta sesión se manejaron las destrezas de: **"Solución de Problemas y Asertividad"**. En la primera estrategia se tomó como ejemplo el emplear su tiempo libre pues para el paciente era un problema, enlistó una serie de opciones como:

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

A. Escribir o traducir algún documento.

Pros: me sentiría contento, relajado, desestresado, mejoraría mi manera de traducir textos.

Contras: estando en la computadora solo, podría terminar buscando sexo.

B. Irme a casa de mi vecino para aprender cosas de fotografía.

Pros: aprendería nuevas cosas, estaría feliz, pasar más tiempo con mi amigo.

Contras: dejaría de hacer cosas en mi casa, a lo mejor fumaría mas tabaco pues mi amigo fuma mucho.

C. Ir a la biblioteca del CELE.

Pros: terminar mi tarea, estudiar, puedo conocer nuevas personas, sentirme bien.

Contras: estar cerca de "las islas" y me puede causar tentación ver a la gente consumir.

D. Retomar clases de Karate o algún ejercicio físico.

Pros: mejorar mi salud física, mejorar mi estado de ánimo, sentirme bien, relajado, estar pensando en otras cosas y no en mi consumo.

Contras: sólo el dinero para pagar.

E. Buscar trabajo.

Pros: conseguir uno que me agrade, estar ocupado y ganar dinero, sentirme bien.

Contras: ninguna.

Jerarquizó las opciones de la siguiente manera: D, E, B, C y E pues la actividad física tuvo mayores ventajas y no involucró el consumo al igual que la búsqueda de un empleo para ayudar con sus gastos dentro de su familia.

En la destreza de Asertividad K vio que existen opciones que pueden ser de mayor utilidad al tener un conflicto:

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?

Estando en mi casa

¿Quién estaba presente?

Mi familia

¿Qué estaba pensando?

Estaba pensando en como le podría hacer para que funcionara la computadora, pues mi papá no la sabe utilizar correctamente

¿Qué estaba sintiendo?

Mucho enojo y frustración pues no era la primera vez que sucede

¿Cuál fue el resultado?

Le grité a mi papá muy feo y le dije cosas hirientes, me sentí mal y tuve ganas de consumir marihuana

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

(1) Tranquilizarme respirando profundamente para no explotar

(2) Hablar de cómo me siento con un tono de voz moderado, sin gritar

(3) Escuchar a la persona cuál es su explicación, entender su punto de vista

Con la tarjeta telefónica se realizó el ejercicio de **Tarjeta de alerta de enfrentamiento**. Se le explicó que en algunas ocasiones habrá sucesos relacionados al consumo que son inesperados por lo que esta tarjeta sirve para recordar las estrategias que se pueden llevar a cabo. Él consideró:

TARJETA DE ALERTA DE ENFRENTAMIENTO

Mi plan para lo inesperado es:

- Salirme del lugar o situación e irme a algún lugar seguro.
- Reconocer que tengo ganas de consumir marihuana pero que no puedo fumar para cumplir mi meta.
- Pensar en las consecuencias negativas que tengo por mi consumo y en las consecuencias positivas que me ha traído no seguir fumando.
- Llamarle a mi vecino o mamá.
- Decir que no si me ofrecen siendo asertivo hablando por mi mismo.
- Mascar chicle o tomar un café.
- Decirme: "si puedo continuar abstemio" (automonólogo positivo).
- Caminar.
- Relajarme pensando en cosas agradables (un paisaje bonito).
- Darme cuenta de mis pensamientos y sentimientos relacionados al consumo (enojo, tristeza, aumentar felicidad).

Se llenó en la sesión su **plan semanal (iniciación)** donde mencionó lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación	
<p>Meta: no fumar cigarrillos de marihuana, mantenerme abstemio</p> <p>Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 80% 100%</p>	
<p>Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana</p>	<p>Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</p>
<p>-mi amigo de la secundaria que veo muchas veces conectado por mensajería electrónica estando en casa me ofreciera droga</p> <p>-en la tarde</p> <p>-estando solo</p> <p>-ansiedad</p>	<p>-platicar en ese momento con mi mamá</p> <p>-irme a la casa de mi mejor amigo</p> <p>-prepararme un té</p> <p>-salirme a caminar con mi perro</p> <p>-borrar a mi amigo del mensajero</p> <p>-pensar en consecuencias negativas cuando fumé</p> <p>-no responder si me habla por el mensajero electrónico</p>
<p>-ver a un amigo del que no se de él hace varios años</p> <p>-estaría en un parque donde antes fumé marihuana solo con este chico</p> <p>-en la tarde-noche (7:00 pm)</p> <p>- ansiedad</p>	<p>-decir que no quiero consumir</p> <p>-comentarle que estoy en tratamiento</p> <p>-convencerlo que mejor podemos estar en un café</p> <p>-irme del lugar.</p> <p>-tomar alguna bebida</p> <p>-pensar en que no quiero consumir</p>

Sesión 5

Se exploró su monitoreo diario. No consumió durante la semana, se mantuvo ocupado realizando tareas y trabajos relacionados a su curso de traducción. Pasó mas tiempo con su familia en especial con su madre. Su amigo (vecino) también lo apoyó. Su situación de riesgo fue durante el fin de semana al asistir a una fiesta de unos conocidos. Algunas personas estaban consumiendo, lo que hizo fue pensar en las consecuencias negativas, salió un rato del lugar para comprar un refresco y chicles. Regresó poco tiempo a la fiesta y se fue a su casa.

Le pidió a su amigo que si tenía algún trabajo de fotografía en el que le pudiera ayudar para mantenerse ocupado le dijera, habló con las personas donde anteriormente practicaba karate y le dijeron que podía regresar sin problemas. No pudo hacer mucho ejercicio debido a que sigue mal de su rodilla. El paciente borró del mensajero electrónico a su amigo de la secundaria que podría conseguirle la droga, no quería sentir tentación pues se dio cuenta que no podría mantener contacto con alguien que vendiera o consumiera la droga porque finalmente terminaría fumando marihuana.

Se siguió trabajando esta sesión en la etapa de iniciación del cambio para que no tuviera una recaída en la etapa de mantenimiento.

En esta sesión se manejaron las destrezas de: “**Manejo del Enojo y Relajación**”. En el manejo del enojo el paciente contestó el ejercicio de la siguiente manera:

MANEJO DEL ENOJO
Ejercicio
1. Describa una situación reciente dónde ha sentido enojo. Cuando mi papá descompuso la computadora que ambos usamos en

varias ocasiones. No pude terminar un trabajo del curso y no pude entregar

2. ¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo? (por ejemplo, los músculos tensos).

Ponerme rojo de la cara, tensar músculos de las manos y cara, respirar muy rápido.

3. ¿Cómo reaccionó en esta situación?

Reaccioné de una manera explosiva gritándole a mi papá y haciéndolo sentir mal

4. ¿Qué " estilo " de enojo expresó?

Expresé mi enojo agresivamente contra mi padre

5. ¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro? (sea específico).

La mejor manera de manejar una situación similar sería: siendo asertivo al decir las cosas que me molestan expresando lo que siento sin ser agresivo, respirar profundamente y tomar un tiempo para tranquilizarme y no herir a las personas.

Relajación es una destreza que le ayudará a controlar situaciones de estrés, deseos de consumir (ansiedad) y enojo. K reportó lo siguiente:

RELAJACIÓN

Ejercicio:

Sea consciente de su tensión. ¿Qué parte de su cuerpo se pone tensa cuándo se estresa o está deseoso de drogas o alcohol?

Las manos (puños), la cara (la frente en particular), brazos y pecho

Pruebe una de las técnicas. ¿Qué cambios nota en la tensión muscular o respiración?

Ayudaron a disminuir el estrés y controlar las ganas de consumir, me sentí con menos ansiedad

Practique las técnicas diariamente. ¿Cuál es la que le funciona mejor?

La técnica que mejor me funcionó fue la de tensión-distensión y respirar profundamente

¿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)?

Es diciéndome a mi mismo la palabra "relájate", respirar profundamente y tensar-distensar los músculos.

Cabe mencionar que el paciente siempre estuvo en contacto con situaciones de riesgo para su consumo lo que le permitió controlar sus deseos de fumar marihuana, identificar sus disparadores de sustancia y aplicar destrezas de enfrentamiento continuamente.

Se llenó en la sesión el formato de **plan semanal (iniciación)** donde indicó el paciente lo siguiente:

Plan Semanal-Fase de Iniciación

Meta: no fumar cigarrillos de marihuana, mantenerme abstemio

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

Describa dos disparadores del uso de	Describa diversas estrategias de
--------------------------------------	---

sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana	enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<ul style="list-style-type: none"> -salir el fin de semana con mis amigos a una fiesta en la noche -estarían otros conocidos que fumaran - ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> -sacar mi tarjeta y recordar mis metas -respirar profundamente -comer dulces -mascar chicle -salirme del lugar -apartarme de las personas que consumen -analizar lo que implica el consumo de una droga -pensar en lo que he ganado sin consumir y no regresar a lo mismo
<ul style="list-style-type: none"> -ver a un amigo que también fuma -estar con este chico -en un café o bar -en la tarde-noche -ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> -decir que no quiero consumir -mascar chicle -irme del lugar -pensar en consecuencias negativas del consumo

El paciente manifestó que las destrezas que se proporcionaron le ayudaron a manejar las situaciones de riesgo, mencionó que se siente seguro de manejar sus disparadores, tuvo progresos en la manera de enfrentar las situaciones por lo que la próxima sesión se pasó a la fase de mantenimiento.

Mantenimiento del cambio

Sesión 6

Se inspeccionó su monitoreo diario, el paciente tuvo una entrevista de trabajo por lo que se sentía muy feliz de encontrar opciones, hubo dos situaciones de riesgo, una de ellas se presentó al asistir a una fiesta con amigos de la universidad donde antes estudiaba, algunas personas estaban fumando, comenzó a sentirse ansioso, un amigo lo acompañó a la tienda a comprar chicles y le dijo esta persona que él también estaba dejando la marihuana por lo que K sintió apoyo, regresaron a la fiesta, tomó una copa, se sintió a gusto por controlar sus deseos de consumir y se dio cuenta que no es necesario tener buenos momentos estando bajo el efecto de la droga. Por otra parte, otra situación que se presentó fue un parque donde antes consumía, se encontró a varios conocidos que se dedican a componer y tocar melodías, lo invitaron a improvisar una canción y le prestaron un acordeón, estaba pasando un buen momento y comenzó a sentir la necesidad de fumar marihuana para aumentar ese bienestar, le preguntó a uno de ellos si tenía marihuana pero no traía y mencionó uno de ellos que podía conseguir, pensó en las consecuencias negativas, se relajó con el ejercicio de tensión-distensión, realizó respiraciones profundas y se retiró del lugar. Se dedicó gran parte del tiempo a realizar las tareas de su curso.

En esta sesión se manejaron las destrezas de: **“Enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas”** y **“Técnicas para el manejo de las escenas retrospectivas y las emociones desagradables”**, registrando lo siguiente:

ENFRENTAMIENTO DE LOS SENTIMIENTOS DESAGRADABLES Y TRAUMAS
Identificar los síntomas disparadores de una recaída de los sentimientos desagradables y traumas:

1. Excitación exagerada

Nunca sentirme realmente seguro, sobresaltarme fácil, reaccionar de manera irritable por cosas pequeñas, dormir poco (problemas para conciliar el sueño).

2. Intrusión

Escenas retrospectivas, volver a vivir el evento como si estuviera ocurriendo en el presente (experiencias negativas cuando consumía, accidente automovilístico), pensamientos suicidas, recuerdos corporales como sensaciones en mi cuerpo que están presentes en el momento del evento traumático (olores, sabores, sonidos pueden activar los recuerdos)

3. Constricción

Sentimientos de entumecimiento (relacionados en específico con el accidente que sufrí hace dos años), no tener sentimientos, tener disociación de sentimientos cuando observo los eventos desde afuera del propio cuerpo, sentimientos suicidas, problemas para dormir

Los síntomas específicos físicos que detectó el paciente cuando se sentía abrumado fueron: entumecerse, la pierna derecha le duele, respira más rápido, tensión muscular, apretar la mandíbula. Los síntomas psicológicos fueron que pensaba en lo mal que se sentía recordar, tristeza y enojo consigo mismo

TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE ESCENAS RETROSPECTIVAS Y LAS EMOCIONES DESAGRADABLES

EJERCICIO

Enliste dos técnicas básicas que usaría la próxima vez cuando usted necesite enfrentarse con sus sentimientos.

Podría aplicar la técnica de respiración y hacer conscientes mis sentidos en

las actividades que en ese momento estaría realizando

Escriba algo que puede decirse para sentirse mejor:

“Esto que estas pensando y sintiendo, ya pasó, te hace quien eres en la actualidad, tienes que seguir adelante para estar bien”

CREANDO UN LUGAR SEGURO

Otra manera de enfrentar los sentimientos negativos es crear un lugar donde se siente seguro en su ambiente. Este lugar puede ser utilizado para llevar a cabo sus técnicas básicas.

1. ¿Dónde está este lugar?

El lugar esta en mi casa, específicamente en mi recama

2. ¿Cómo se mira?

Este lugar se mira como un lugar tranquilo, donde podría descansar, escuchar música y pensar en las cosas que me ocurrieron

3. ¿Qué pondría en este lugar para volverlo confortable?

Le pondría un librero grande para poder acomodar mis papeles y documentos de la escuela y se viera mas arreglado y un escritorio amplio

4. ¿Hay algo que necesita cambiar para hacer a este lugar más cómodo?

Cambiando el colchón de mi cama

Se llenó en la sesión el formato de **plan semanal (Mantenimiento)**, contó con los recursos necesarios para planear una situación disparadora del consumo y enfrentarla. K reportó lo siguiente:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de tarea para la casa

Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia

Describe la situación Disparadora

Asistir a un concierto de jazz en el Centro Nacional de las Artes (CNA), en este lugar comencé a fumar marihuana

Experiencia Planeada

¿Cuándo? Entre viernes y domingo

¿Dónde? Explanada de conciertos del CNA

¿Quién estará presente? Algunos conocidos músicos o estaré solo

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

Llevar chicles para enfocarme en otra cosa y disminuir mi ansiedad en caso de ver a alguien consumiendo o si me ofrecieran, llamar a mi vecino para que fuera por mí, pensar en las consecuencias negativas, hablar con una persona que no estuviera consumiendo en el lugar, respiraciones profundas

Sesión 7

Se revisó su monitoreo diario donde reportó que pudo estar en el concierto de jazz, solo, sin sentir los deseos intensos de fumar marihuana pues una persona estaba a lado del paciente consumiendo la droga, la manera en que lo enfrentó fue pensando en las consecuencias negativas, respirando profundamente, mascando chicle y se enfocó en escuchar la música. Al día siguiente asistió al concierto de Jazz con una amiga pero sintió deseos de consumir marihuana, pero inmediatamente pensó en las consecuencias negativas, hablo con su amiga comentándole que se sentía ansioso y ella le dijo que si ya había estado con personas que fumaban marihuana lo podría

lograr sin que él consumiera, se relajó y disfrutó del concierto, visitó horas después a su vecino donde éste se encontraba fumando marihuana pero sabiendo que no le ofrecería por el tratamiento, platicó el paciente con él, no sintió ganas de consumir y se fue a su casa a descansar. Durante el resto de la semana se mantuvo ocupado en las actividades de su curso de traducción y en un trabajo temporal con su vecino de fotografía, no tuvo deseos de consumir la droga pues mencionó que no tenía cabeza para pensar en eso.

A continuación se muestra el formato del plan semanal que se llenó dentro de la sesión anterior:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO	
Asignación de tarea para la casa Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
Describe la situación Disparadora Asistir a un concierto de jazz en el Centro Nacional de las Artes (CNA), en este lugar comencé a fumar marihuana	¿Intentó hacer la tarea? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO
Experiencia Planeada	¿Fue exitoso el intento? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO
¿Cuándo? Entre viernes y domingo	Comentarios Sorprenderme de no consumir estando con una persona fumando a mi lado y sin deseos intensos de fumar
¿Dónde? Explanada de conciertos del CNA	
¿Quién estará presente? Algunos conocidos músicos o estaré solo	¿Usted usó? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Plan de enfrentamiento (sea	Sí consumió, ¿Cuánto?

<p>específico, describa exactamente que dirá, hará y pensará etc.)</p> <p>Llevar chicles para enfocarme en otra cosa y disminuir mi ansiedad en caso de ver a alguien consumiendo, o si me ofrecieran, llamar a mi vecino para que venga por mí, pensar en las consecuencias negativas, hablar con una persona que no estuviera consumiendo en el lugar, respiraciones profundas</p>	<p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</p> <p>Irme del lugar</p>
---	---

Fue exitoso su intento de no consumir ya que se encontraba una persona a su lado fumando marihuana sin sentirse ansioso de probar la droga, se sintió muy feliz el paciente de poder controlar su consumo, cambió la manera en como afrontar las situaciones de riesgo, junto con el cambio de pensamientos de negativos a positivos y tener confianza en simismo.

Durante la sesión se manejaron las siguientes destrezas: **“Enfrentamiento de la ansiedad”** y **“Relaciones saludables”**.

ENFRENTAMIENTO DE LA ANSIEDAD
<p>EJERCICIO 1</p> <p>¿Puede pensar en cualquier otro ejemplo de pensamientos automáticos?</p> <p>Los pensamientos automáticos que identifique cuando consumía marihuana o cuando se me presentaban los deseos intensos fueron: “me siento tonto y mal por fumar”, “no valgo nada”, “no puedo cambiar”, “no puedo aguantar sin fumar todo el día”, “es mucha la adicción y la dependencia para dejarlo”</p>

Describa una situación en la que se ha sentido estresado o ansioso y utilizó el alcohol u otras drogas para enfrentarla:

Durante varios meses la situación donde me sentía estresado y ansioso al quedarme sin trabajo y sin la beca obtenida en Francia, me iba al teatro de artistas y fumaba hasta olvidarme de los problemas, cuando salí de la clínica de rehabilitación a pesar de no haber consumido varios meses pensaba que todo el mundo estaba fumando marihuana a pesar de saber que no era cierto y estaba muy ansioso por lo que terminé nuevamente consumiendo marihuana para controlar esto que sentía y olvidar los problemas que no podía resolver en la parte académica, económica, emocional y familiar

EJERCICIO 2

Enliste las consecuencias de beber o de usar droga (tanto positivas como negativas, y tanto a corto como a largo plazo):

Las consecuencias del uso de la sustancia fueron: las positivas que sólo controlaba mi ansiedad por momentos, las consecuencias negativas que observé a lo largo de todos estos años fue: perder la carrera y la beca que había obtenido para irme a Francia, no encontraba trabajos que pudieran ayudar a solventar mis gastos estando en París, terminé asistiendo a lugares de beneficencia para poder comer, estando bajo la influencia de la marihuana pagaba mucho dinero por sesiones con mujeres con tacones altos y me agredían física y verbalmente pues no entendía porque me gustaba, por mi accidente automovilístico tuve muchos problemas de salud y cuando consumí la droga me daban ataques epilépticos, muchas veces me sentí deprimido y sin ganas de hacer nada sólo drogarme, insomnio, pérdida de comunicación con mi familia y amigos, no saber solucionar mis problemas al estar desconectado de la realidad.

Enliste los " pensamientos " automáticos que acompañan a esta

situación:

“Está bien fumar marihuana”, “no se puede fumar en México tanto como en París por no ser cultural y me ven mal”, “no soluciono mis problemas pero me distraigo”, “me voy a olvidar de mis problemas”, “la droga es mi buen día para comenzar tranquilo”

¿Cómo se siente a consecuencia de estos pensamientos?

Me sentía mal conmigo mismo, pues no me gustaban las consecuencias negativas al pasarme el efecto pero no me importaba con tal de no sentirme ansioso y ver todos los problemas que tenía, era algo ambivalente pues mientras tenía la marihuana todo era felicidad en mis pensamientos (bienestar aparente) y cuando el efecto pasaba tenía una imagen de mí mismo como una persona que no podría recuperar el control de su vida y perdí toda la confianza en mí.

¿Cuáles son algunas de las cosas que podría decirse a sí mismo en el futuro para reemplazar los pensamientos negativos descritos anteriormente?

“El drogarse no es una salida”, “el estar fumando marihuana es un agujero más de los problemas”, “soy fuerte y puedo superar muchas cosas”, como persona valgo mucho”

Se le explicó que cada pensamiento automático tiene que cambiarlo por uno positivo que le funcione al bajar la ansiedad y se les proporcionaron varios ejemplos como: reetiquetar sentimientos, detección de pensamiento, preguntarse si tiene sentido seguir pensando el pensamiento automático y si existe una manera más realista de interpretar la situación.

En la destreza de relaciones saludables se le mencionó la importancia de mantener límites en todo tipo de relaciones pues uno tiene sus propios sentimientos y necesidades que son respetadas y escuchadas por las personas con las que mantenemos contacto y el estar ayudando a otras personas muchas veces conlleva un desequilibrio pues no existe un intercambio justo. Una relación saludable es un intercambio donde los costos son iguales a los

beneficios siendo personales estos valores. En el ejercicio de esta destreza K contestó lo siguiente:

RELACIONES SALUDABLES

EJERCICIO.

1. ¿Qué clases de cosas valoras en una relación?

La sinceridad, la nobleza, la alegría, la educación y la honestidad

2. ¿Cómo las drogas y el alcohol han afectado sus relaciones?

Cuando me drogaba me aislaba de las personas, no podía estar consciente de lo que hablaban, me sentía degradado como persona y perdí a varios amigos y tuve un distanciamiento muy grande con mi familia

3. ¿Qué necesita cambiar de su relación(es) para que le ayude a mantener la abstinencia de las sustancias?

Lo que cambiaría de mis relaciones para que me ayude a la abstinencia de la marihuana sería poder hablar con las personas importantes en mi vida y externar la manera en que me siento, dejarme consentir por mis amigos cuando me animan a que siga sin consumir, pensar mas las cosas que quiero para ver las consecuencias negativas y positivas que puede ocasionar, ser honesto conmigo mismo

4. ¿Cuáles son los pasos que necesita seguir o tomar para cambiar o mejorar su relación (es)?

Escuchar a las personas, brindarles apoyo en el aspecto que pueda, compartir más tiempo con mis amigos y mi familia, saber sus necesidades y comprometerme a mantener acuerdos que hagan a la relación sólida y equilibrada

Se llenó el formato de **plan semanal (Mantenimiento)** planeando una situación disparadora del consumo:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de tarea para la casa

Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia

Describe la situación Disparadora

Asistir a una fiesta de amigos y conocidos y algunos de ellos estén consumiendo marihuana

Experiencia Planeada

¿Cuándo? El sábado en la noche

¿Dónde? Casa de un amigo

¿Quién estará presente? Algunos conocidos y amigos relacionados a la música

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

Salirme del lugar, pensar en las consecuencias negativas que me trajo el consumo de marihuana, pensar que no quiero consumir por gusto, pasará el deseo intenso de consumir como parte del proceso, respirar profundamente, salirme con mi perro a dar una vuelta a la cuadra al llegar a mi casa

Sesión 8

El paciente reportó en su monitoreo semanal tres situaciones de riesgo: la primera relacionada a un lugar específico (un parque) donde solía fumar la droga, pasó por el lugar y sintió los deseos de consumir, se puso ansioso, tomó un té en una cafetería y pensó en los cambios que había logrado, se relajó y se fue del lugar, decidió no ir un tiempo. La segunda situación fue en una fiesta,

cuando llegó estaban varias personas fumando marihuana, le dieron ganas de consumir, se salió con uno de sus amigos que también está dejando de consumir a comprar un chicles y un café, se relajó y regresó a la fiesta, pensó K en que no quería seguir en la misma situación que antes, recordó las consecuencias negativas cuando consumía, cortó pensamientos automáticos y platicó mucho tiempo con su amigo. La tercera situación fue en el cierre de conciertos de jazz, decidió irse solo, en el concierto se encontraba fumando marihuana un grupo de personas, no le dieron ganas de consumir, se movió del lugar y disfrutó del concierto, se sintió bien darse cuenta que ya no era igual que antes su consumo, se mantuvo abstemio toda la semana. Todos los días salió a correr, se mantuvo gran parte de su tiempo realizando traducciones, ayudó a su vecino en una sesión fotográfica y pasó más tiempo con su mamá. Sintió que poco a poco había ido integrando las destrezas a su vida diaria.

En el plan semanal fase de mantenimiento de la exposición planeada de la sesión pasada de un disparador, lo llenó de la manera siguiente:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO	
Asignación de tarea para la casa Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia	Reporte de resultados
Describe la situación Disparadora Asistir a una fiesta de amigos y conocidos y algunos de ellos estén consumiendo marihuana	¿Intentó hacer la tarea? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO
Experiencia Planeada	¿Fue exitoso el intento? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO
¿Cuándo? El sábado en la noche	Comentarios
¿Dónde? Casa de un amigo	¿Usted usó? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

<p>¿Quién estará presente? Algunos conocidos y amigos relacionados a la música</p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá, hará y pensará etc.)</p> <p>Salirme del lugar, pensar las consecuencias negativas que me trajo el consumo de marihuana, pensar que no quiero consumir por gusto, pasará el deseo intenso de consumir como parte del proceso, respirar profundamente, salirme con mi perro a dar una vuelta a la cuadra al llegar a mi casa</p>	<p>Sí consumió, ¿Cuánto?</p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?</p> <p>Irme del lugar o hablar con algún amigo por teléfono para recibir apoyo</p>
---	--

Durante la sesión se empleó el siguiente ejercicio:

<p>“Si yo fuera a recaer...”</p> <p>La situación en la que pudiera recaer: al encontrarme en una fiesta sintiéndome ansioso, pensaré en que quiero consumir marihuana y me gusta fumarla, estando con algún amigo o conocido.</p> <p>Las estrategias de enfrentamiento para evitar esta recaída serían:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mascar chicle 2. Respiraciones profundas, relajarme con tensión-distensión 3. Pensar en las consecuencias negativas de mi consumo. 4. Salirme de la situación a buscar un café o alguna bebida.
--

5. Hablar por teléfono con la tarjeta de enfrentamiento a persona de confianza
6. Caminar para pensar en otras cosas
7. Decir que no si me ofrecen la droga
8. Ser asertivo si me encuentro tenso o enojado
9. Detectar pensamientos defectuosos y cambiarlos a funcionales
10. Irme del lugar

Su confianza en aplicar estas estrategias sería de un 80% de eficacia.

Se le aplicó nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas CCSD-50 para poder ver el grado de confianza para resistir la urgencia de consumir marihuana en las diversas situaciones donde anteriormente se disparaba su consumo (pretest, ver gráfica 4).

Se llenó el formato de **plan semanal (Mantenimiento)** planeando una situación disparadora del consumo donde se exponga el paciente la cual fue:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO
Asignación de tarea para la casa
Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia
<p>Describe la situación Disparadora</p> <p>Asistir a una fiesta donde otras personas estén consumiendo y tenga deseos de fumar marihuana</p> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? Sábado</p> <p>¿Dónde? Casa de algún conocido</p>

¿Quién estará presente? Algunos conocidos músicos y amigos (en especial con mi amigo que también dejaría de fumar)

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

Salirme del lugar sino me gusta el ambiente, mascar chicle, respiraciones profundas, técnica de relajación tensión y distensión, pensar en las consecuencias negativas, hablar por teléfono con alguien en momento de tentación

Sesión 9

El paciente describió dentro de su monitoreo diario tres situaciones relacionadas al consumo de la droga. La primer situación se dio cuando su vecino junto con otros conocidos foráneos decidieron ir a la playa y fumar marihuana, invitaron al paciente pero pensó en las consecuencias negativas, decidió no ir pues tenía muchas cosas que hacer por su diplomado de traducción. La segunda situación se presentó en una fiesta con amigos y conocidos, algunas personas comenzaron a consumir marihuana se le antojó fumar pero pensó en las consecuencias negativas, se relajó, se enfocó en la platica y se mantuvo abstemio, sintió apoyo de su amigo que también dejó de consumir la sustancia. La tercera situación se presentó cuando la escuela donde daba clases temporalmente lo contrató de planta, se sintió tan feliz que se propuso aumentar su bienestar, pensó en consumir pero recordó que gracias a no fumar marihuana pudo recuperar el control de su vida, se fue a tomar un café con sus amigos. Se mantuvo abstemio durante este periodo de tiempo, se enfocó en sacar el curso de traducción adelante y recuperar metas laborales (mantener un trabajo) al sentir mas seguridad en lo que hace.

En el plan semanal fase de mantenimiento de la exposición planeada lo describió el paciente de la siguiente forma:

PLAN SEMANAL-FASE DE MANTENIMIENTO	
<p>Asignación de tarea para la casa Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia</p>	<p>Reporte de resultados</p>
<p>Describa la situación Disparadora Asistir a una fiesta donde otras personas estén consumiendo y tenga deseos de fumar marihuana</p> <p>Experiencia Planeada</p> <p>¿Cuándo? Sábado</p> <p>¿Dónde? Casa de algún conocido</p> <p>¿Quién estará presente? Algunos conocidos músicos y amigos (en especial con su amigo que también dejaría de fumar)</p> <p>Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá, hará y pensará etc.) Salirme del lugar sino me gusta el ambiente, mascar chicle, respiraciones profundas, técnica de relajación tensión y distensión, pensar en las consecuencias negativas, hablar por teléfono con alguien en momento de tentación</p>	<p>¿Intentó hacer la tarea? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO</p> <p>¿Fue exitoso el intento? <input checked="" type="checkbox"/> SI NO</p> <p>Comentarios</p> <p>¿Usted usó? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Sí consumió, ¿Cuánto?</p> <p>¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? Comer algo antes de salir y pensar en las autodeclaraciones positivas con mas determinación</p>

Se aplicaron los siguientes instrumentos para evaluar la atención que se le brindó y la utilidad de las tareas asignadas obteniendo las siguientes respuestas:

Cuestionario de satisfacción al cliente (parte 1)

- ✓ El servicio que recibió fue excelente
- ✓ Definitivamente obtuvo el servicio que quería
- ✓ Casi todas las necesidades han sido satisfechas por el programa
- ✓ Si un amigo tuviera la necesidad de ayuda similar definitivamente lo recomendaría
- ✓ Los servicios que recibió lo ayudaron mucho a manejar eficazmente sus problemas
- ✓ De manera general se encontró muy satisfecho con el servicio requerido
- ✓ Si buscara nuevamente ayuda regresaría al programa definitivamente
- ✓ La parte más útil del programa que considera el paciente fue el inicio del tratamiento
- ✓ Para él, no existe alguna parte menos útil en el programa
- ✓ Las mejoras que le gustaría ver es que hubiera mas terapeutas para brindar este servicio.

Cuestionario de satisfacción al cliente (parte2)

- Consideró que la asignación de tareas de situaciones pasadas de uso de drogas fue muy útil al igual que el establecimiento de metas en el plan semanal
- El monitoreo diario del uso de la sustancia y el monitoreo diario de los disparadores fue muy útil
- El ejercicio "si yo fuera a recaer" fue muy útil como lo fue también la asignación de habilidades de enfrentamiento

- La retroalimentación computarizada de los disparadores de droga fue muy útil
- El tratamiento que recibió fue individualizado encontrando útil el poder discutir cualquier tema de manera personal sintiéndose muy cómodo y en confianza
- No tuvo alguna opinión negativa del consejo individual y no hubiera preferido recibir consejo grupal
- Se encontró contento y satisfecho con los resultados del tratamiento.

Se le proporcionó un resumen completo de todo el tratamiento y el perfil computarizado de CCSD- 50 donde se comparó con el aplicado en la primer sesión de la fase de iniciación (ver gráfica 3 y 4), quedó muy feliz de haber aumentado su confianza para manejar sus disparadores y sus situaciones de riesgo con las destrezas que se han visto a lo largo del tratamiento y poco a poco las aplique en otros rubros.

SEGUIMIENTOS

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO (ESU).

1ER SEGUIMIENTO (UN MES DESPUÉS)

La entrevista tuvo lugar en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. El estado civil del paciente: soltero. Se halló a K muy satisfecho con su estilo de vida debido a que encontró un equilibrio, su situación laboral fue independiente pues trabajó como maestro sustituto en una escuela de francés, continúa con su diplomado en el CELE, trabajó dos semanas de manera regular para poder obtener una plaza en la institución (1000 pesos de ingresos por semana), no faltó por consumo de alcohol ni de marihuana a sus actividades laborales.

No ha recibido algún otro tratamiento ni ha participado en grupos de auto-ayuda, no ha asistido al hospital por problemas relacionados al consumo de drogas,

El consumo de alcohol en el último mes fue una botella de vino y considera que no es un problema su manera de beber.

La manera de consumir marihuana en el último mes fue un problema menor ya que ha tenido algunas experiencias con consecuencias negativas pero considera que ninguna fue seria,

En los últimos 30 días consumió marihuana tres fumadas un día, no tuvo daño físico, cognitivo, interpersonal, agresión ó financiero pero si daño afectivo menor (se dio cuenta su mamá y se sintió distanciado de ella) sin consecuencias en el comportamiento diario.

En el último mes utilizó satisfactoriamente las siguientes técnicas ó estrategias aprendidas durante el tratamiento:

- ✓ Solución de problemas.
- ✓ Identificación de los factores de incitación al consumo de drogas.

- ✓ Establecimiento de metas.
- ✓ Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- ✓ Proceso que consiste en detenerse y pensar.
- ✓ Balanza de decisiones (recapacitar en pros y contras).
- ✓ Tips o ayudas para controlar el consumo.
- ✓ Cambio de amigos o de lugares donde se consume la droga.
- ✓ Relajación.
- ✓ Enfrentamiento de la ansiedad.

Consideró el paciente que la comunicación telefónica con el terapeuta después de las sesiones de tratamiento fue de mucha ayuda y recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo contacto con sus pacientes por medio del teléfono.

Mencionó el paciente que el tiempo que duró su tratamiento fue abundante y estuvo bien de esa manera. Comparando la manera en que se encontraba antes de entrar al tratamiento, en el momento de esta entrevista de seguimiento su problema de consumir drogas es menor que antes. Consideró que la elección de su meta (abstinencia) fue buena, ya que no quería seguir en lo mismo. Si se encontrara al inicio del tratamiento le gustaría seleccionar la meta él mismo como lo hizo en su terapia.

Para el paciente en una escala cuyas opciones son: no recuerdo, nada útiles, sin opinión, útiles o muy útiles, las características específicas del tratamiento para que se diera algún efecto en la modificación de su consumo de droga fueron muy útiles ya que cada una fue de utilidad cuando se requiere como:

- Entrevista inicial
- Terapeuta
- Las lecturas y tareas asignadas
- El automonitoreo de consumo con los registros de progreso
- El balance decisional

- La aproximación hacia la solución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de droga y sus consecuencias, opciones de desarrollo, planes de acción)
- Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos)
- La auto selección de las metas para el consumo de droga
- Saber que el tratamiento estuvo a su alcance
- Los contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento
- Las sesiones estructuradas de la terapia

El paciente consideró que debería seguir estando a la disposición de la población el programa de tratamiento en el cual participó.

El comentario que agregó fue una felicitación al terapeuta y al programa por ayudar a la comunidad y su efectividad.

En la cuarta semana terminado el tratamiento reportó haber consumido marihuana solo en esta ocasión estando en una reunión con amigos y conocidos, estos estaban pasando el cigarro para que todos fumaran, el paciente aspiró tres bocanadas, pero se detuvo al pensar que regresaría a la misma situación que antes de entrar al tratamiento, no sintió un efecto placentero. Aplicó el balance decisional pues tenía más cosas positivas al no consumir como: mantener un trabajo estable, ser responsable en sus actividades, lograr no fumar marihuana y aumentar su confianza en él.

Se aplicó el Análisis Funcional de la situación en la que consumió marihuana:

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
-estando con personas que consumían droga -olerla -pensaba en las consecuencias negativas -pensó sentirse bien fumando un poco	-fumar marihuana	-se sintió que había fallado así mismo -no tuvo el efecto placentero -se sintió mas ansioso -se dio cuenta que no es una opción para sentirse bien fumar nuevamente

Se aplicó nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas-50 (CCS-D 50) para ver su porcentaje de confianza en las situaciones que evalúa este instrumento teniendo como resultado la disminución considerable del porcentaje de tres situaciones comparado con la aplicación del mismo instrumento al final de su tratamiento fueron (ver gráfica 4):

- ❖ Presión social.
- ❖ Control personal.
- ❖ Impulsos y tentaciones.

Concordaron estos resultados con el episodio de consumo durante el mes. Cabe señalar que su confianza aumentó en Emociones Desagradables y Conflictos con otros, se mantienen los resultados en malestar físico y sin cambios marcados en Emociones Agradables y Momentos Agradables con otros.

Las situaciones de consumo pueden cambiar con el tiempo debido a su estilo de vida actual pero fue considerado para proporcionarle las destrezas de enfrentamiento para que mantuviera su meta de abstinencia.

Consideró el paciente que puede aumentar su confianza para lograr su abstinencia poniendo en práctica las destrezas vistas con anterioridad como: enfrentamiento a los deseos intensos, rechazo a la droga y asertividad ya que en otras ocasiones similares le han funcionado con éxito. Tiene la certeza de lograrlo.

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO (ESU).

2DO SEGUIMIENTO (3 MESES DESPUÉS DEL PRIMER SEGUIMIENTO)

El paciente reportó encontrarse inseguro con la calidad de vida al momento del seguimiento debido a su consumo de marihuana las últimas tres semanas antes de la entrevista. Su situación laboral del paciente fue de medio tiempo y estudiante en CELE, su ingreso mensual fue de 3000 a 3500 pesos por mes, ha estado trabajando en los últimos 4 meses 14 semanas, por consumir alcohol (una botella de vino) faltó un día a su trabajo pero no por drogas. Su manera de consumir marihuana mencionó el paciente fue muy grave ya que le provocó algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo dos que considera serias. Durante las últimas tres semanas a la fecha de este seguimiento consumió tres cigarros de marihuana diariamente, las consecuencias negativas se presentaron en el área cognitiva como fueron lagunas mentales, olvidos, confusión y/o dificultad de pensamiento en cinco ocasiones, el daño afectivo referente a cambios de la personalidad fue mayor reflejándose en el comportamiento diario y el daño interpersonal consideró el paciente que pierde nuevamente el lazo familiar. Pensó que unas fumadas no le harían recaer pero no fue así.

En el último periodo de tres meses utilizó las siguientes técnicas ó estrategias aprendidas durante el tratamiento:

- ✓ Solución de problemas.
- ✓ Identificación de los factores de incitación al consumo de drogas.
- ✓ Establecimiento de metas.
- ✓ Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- ✓ Proceso que consiste en detenerse y pensar.
- ✓ Tips o ayudas para controlar el consumo.
- ✓ Relajación (respiración).

Le fue muy útil la comunicación telefónica con el terapeuta para programar sus seguimientos.

Continuó considerando que la manera de consumir marihuana antes de entrar al programa es menor que antes.

Siguió considerando que todos los componentes del tratamiento eran muy útiles para seguir manteniendo el cambio pero es cuestión de aplicarlo en cada disparador.

Su consumo inició cuando por medio del mensajero electrónico se encontró a varios conocidos y salieron para tomar un café, platicaron por varias horas de sus vidas, uno de esos amigos traía marihuana y comenzó a fumar, le ofreció al paciente y pensó que una fumada no tendría consecuencias negativas y se sentiría bien para festejar su fin de curso en la escuela donde trabajó pues le estaba yendo muy bien, cuando le dio la primer fumada se sintió aturdido, le gustó el efecto y posteriormente le compró, y comenzó a consumir sus "buenos días" (así denominó el paciente su primer cigarro de marihuana por la mañana). Sabía que tenía tiempo libre para consumir la droga pero no pensó que serían tres cigarros por día. Se enfocaba en seguir haciendo traducciones y le ayudó a no aumentar su consumo.

Pidió nuevamente ayuda, se retomó la meta semanal de abstinencia, pues no quiere perder lo que había avanzado y asistió a partir de esta sesión aproximadamente cada dos semanas a consulta.

Durante estas tres últimas semanas a la fecha del seguimiento se dio cuenta que está en el borde del abismo para recaer por completo, recordó a su primo que murió de leucemia cuando tenían 16 años pues eran de la misma edad y lo consideraba como su hermano pues habían crecido juntos, desde esas fechas comenzó su consumo de drogas (cocaína) hecho que no había mencionado el paciente.

Se le entregó su perfil computarizado de CCSD-50 del seguimiento pasado y quedó sorprendido el grado de confianza que tenía (gráfica 4).

Se le pidió al paciente realizar nuevamente su automonitoreo.

SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS

1ra Sesión

Se revisó su automonitoreo reportando que durante las dos semanas posteriores al seguimiento fumó 5 cigarros de marihuana en tres situaciones específicas por el deseo intenso por consumir. La primera estando con un conocido le ofrece que fumen juntos, se sintió mal y con pensamientos confusos, no le gustó el efecto y se retiró del lugar. La segunda situación estando en una fiesta, sus conocidos empezaron a pasar el cigarro de marihuana para que fumarán todos, no se dio cuenta en que momento empezó a consumir, se siente mal y con pensamientos negativos pues no pudo parar su consumo. La tercera situación de consumo el paciente mencionó que un conocido en un parque le ofreció marihuana, compró muy poca droga, fumó en su casa y se sintió confundido, sintió que con cada fumada perdió el control de su vida. Se dio cuenta que el tiempo libre de vacaciones fue un factor muy importante pues no organizó otras actividades que no estuvieran relacionadas a su consumo, cuando no consumió el paciente se enfocó en las traducciones de su diplomado, esta actividad le sigue funcionando enfocando su atención en otras cosas y pensar en las consecuencias negativas fue algo que bajó su consumo.

No le gusta el efecto de la marihuana, ya no es lo mismo, se le notó mucho ahora cuando fuma y se ha dado cuenta su mamá, está desgastado de fumar pues no lo disfruta, se propuso como meta el consumir dos cigarros de marihuana pues menciona que no puede dejarlo completamente.

Se realizó un rol playing con la destreza de deseos intensos como: la imaginación (lugar seguro como su casa), autodeclaraciones positivas (“yo puedo dejar de consumir y no hacerme daño”) y demorar el consumo el mayor tiempo posible. El rechazo de las drogas se retomó pidiéndole al paciente realizar un plan para decir que no quiere consumir mencionando lo siguiente: cuando le pasaran el cigarro, le ofrecieran marihuana inmediatamente él diría que no quiere consumir, pensaría en las consecuencias negativas y realizar

otra actividad que no esté relacionada con el consumo para salirse de la situación.

Se aplicó el CCSD-50 para ver su confianza de resistir la urgencia de consumir marihuana en las situaciones que maneja el instrumento (gráfica 4).

2da Sesión

Se revisó su monitoreo reportando que fumo tres cigarros en tres semanas, nunca se terminó un cigarro por ocasión, solo fueron bocanadas ocasionales para calmar su deseo de consumir, ocurrieron estando en un parque donde consumía anteriormente con amigos, solo en su casa y en dos reuniones con personas conocidas, trató de enfocarse en la tarea del curso, pensó en las consecuencias negativas, se retiró de lugares donde pudiese consumir, ideó actividades para mantenerse ocupado como escribir el inicio del libro que quiere publicar y como administrar su tiempo libre en actividades físicas como salir a correr y trabajos ocasionales con su vecino fotógrafo. Tuvo una pelea fuerte con su hermana y tuvo deseos de consumir, inmediatamente se comunicó con un amigo y le dijo que se sentía mal y quería fumar, se tranquilizó y no consumió.

El paciente quiso realizar el ejercicio de la tarjeta de enfrentamiento ya que perdió la anterior además de que le ayudaría a recordar estrategias de enfrentamiento:

TARJETA DE ALERTA DE ENFRENTAMIENTO
<p>Mi plan para lo inesperado es:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Reconocer que tengo ganas de consumir marihuana pero que no puedo fumar para cumplir mi meta▪ Pensar en las consecuencias positivas que trajo el no consumir

(conseguir trabajo y continuar curso)

- Pensar en las consecuencias negativas que tengo por mi consumo y el malestar emocional (tristeza y confusión)
- Enfocarme en otra actividad si me ofrecen, como salirme a caminar
- Salirme del lugar
- Decir que no si me ofrecen siendo asertivo hablando por mí mismo.
- Darse cuenta de mis pensamientos y sentimientos relacionados al consumo (enojo, tristeza, aumentar felicidad).
- Platicar con personas que pueden apoyarme en ese momento (vecino, mamá, terapeuta)

Su meta de consumo planteada por el paciente es de no fumar marihuana, sintiendo mayor confianza que las sesiones pasadas.

Su plan de enfrentamiento para las posibles situaciones que puedan surgir en fiestas los fines de semana o encontrarse a conocidos con los que consumió serían:

-relajarse por medio de respiraciones profundas si le llegaran a ofrecer y decir no.

-tensar y dispensar los músculos.

-salirse del lugar.

-pensar en consecuencias negativas.

-realizar otra actividad como salir a caminar, mascar chicle.

-pensar en que puede lograr la meta.

3ra Sesión

Se exploró su automonitoreo, no reportó consumo de marihuana, asistió a dos fiestas donde varias personas estaban fumando la droga, le ofrecieron

pero pensó en los avances que tuvo por dejar de consumir, estuvo incomodo en las fiestas pues se dio cuenta que la marihuana no era playa, felicidad y buenos momentos, dijo que no quería fumar cuando le ofrecieron sintiéndose seguro de seguir abstemio.

El paciente mencionó estar de mejor humor y lo contrataron como profesor de idioma en la escuela donde estaba temporalmente, este hecho lo animó a no seguir consumiendo, pues se dio cuenta que tomó decisiones que lo ayudaron a conseguir un trabajo que le gustara y pudiera mantenerlo.

K comentó que puede seguir abstemio sin la ayuda del terapeuta pues le quedó claro como aplicar las destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo. Su meta siguió siendo la abstinencia y su plan de enfrentamiento fue: decir no, autodeclaraciones positivas (“ya no necesitas de la marihuana para estar bien”), pensar en las consecuencias positivas de seguir sin fumar y salirse de la situación

Se aplicó el CCS-D 50 para saber el grado de confianza para resistir la urgencia de consumir marihuana.

4ta Sesión

Durante dos semanas mas logró el paciente mantenerse abstemio, su automonitoreo reportó una fiesta donde otras personas estaba consumiendo, le ofrecieron pero solo les dijo que no quería, estuvo una hora y se fue a su casa, se sintió bien de poder rechazar la droga. Comentó el paciente que obtuvo una beca de la embajada francesa para seguir perfeccionando el idioma al realizar una traducción de un artículo para una empresa al gustarles su trabajo lo recomendaron con la embajada y después de dos entrevistas le dieron la noticia.

Se le proporcionó al paciente los resultados de CCS-D 50 donde se aprecia el aumento de la confianza en cada una de las situaciones de

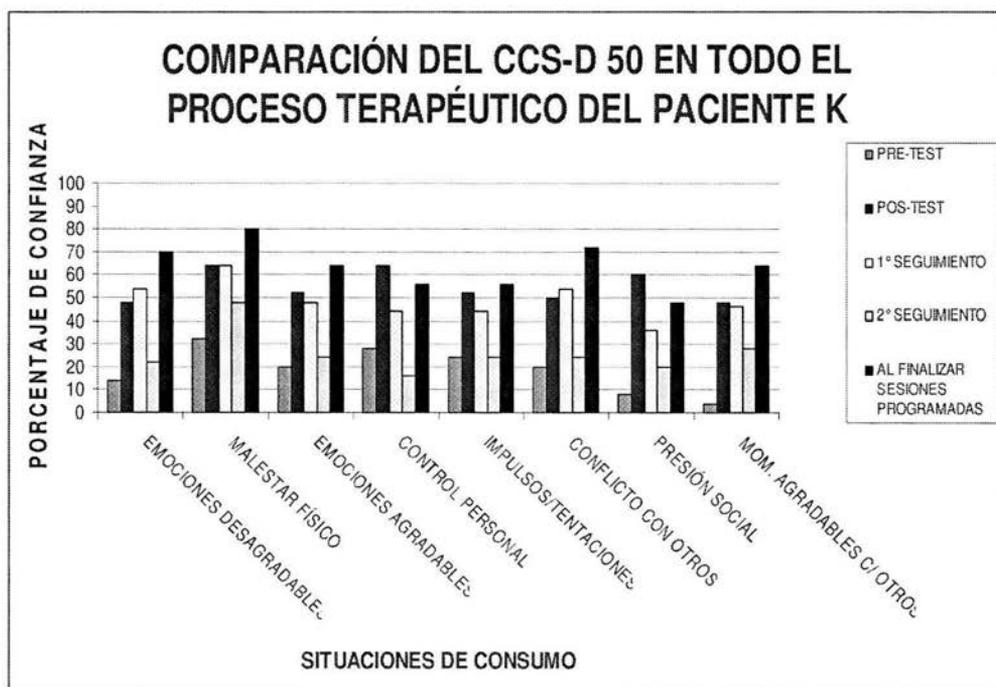
consumo. Los resultados fueron: Emociones Desagradables 70%, Malestar Físico 80%, Emociones Agradables 64%, Control Personal 56%, Impulsos y Tentaciones 56%, Conflicto con Otros 72%, Presión Social 48% y Momento Agradables con Otros 64%. El paciente mencionó que tiene que cuidar el seguir abstemio y no podría confiarse en que la marihuana no es una tentación.

El paciente dijo que seguiría en contacto con el terapeuta por alguna posible recaída, pero en este momento estaba muy feliz de haber obtenido logros concretos.

RESULTADOS

A) RESULTADOS DEL PRE-POST DEL TRATAMIENTO, PRIMERO Y SEGUNDO SEGUIMIENTO, Y SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS DE CONFIANZA DEL PACIENTE.

En la gráfica 4 se puede observar los resultados del CCS-D 50 que se aplicó antes, durante y después del tratamiento mostrando los porcentajes obtenidos de confianza del paciente en cada una de las situaciones de riesgo de dicho instrumento.



Gráfica 4. Muestra la confianza del paciente K en todo el proceso terapéutico en el instrumento de CCS-D 50.

Como se puede observar, al finalizar el tratamiento el paciente aumentó considerablemente su confianza en cada una de las situaciones comparando el pre y el pos test debido a que pudo darse cuenta que podía lograr lo que se

proponía a pesar de las circunstancias. Los resultados obtenidos fueron: en Emociones Desagradables aumentó un 34%, en Malestar Físico aumentó un 32%, en Emociones Agradables aumentó un 32%, en Control Personal aumentó un 36%, en Impulsos y Tentaciones para el uso aumentó un 28%, en Conflicto con Otros aumentó un 30%, en Presión Social amentó un 52% y en Momentos Agradables con Otros aumentó un 44%.

En el primer seguimiento comparado con el pre test, las situaciones siguieron en un porcentaje por arriba de la primera aplicación del CCS-D 50 obteniendo los siguientes resultados: en Emociones Desagradables aumentó un 40%, en Malestar Físico aumentó un 32%, en Emociones Agradables aumentó un 28%, en Control Personal aumentó un 16 %, en Impulsos y Tentaciones para el uso aumentó un 20%, en Conflicto con Otros aumentó un 34%, en Presión Social amentó un 28% y en Momentos Agradables con Otros aumentó 42%. Estos resultados se debieron a la situación muy común en su vida, (fiestas donde las personas consumen marihuana) probando durante este periodo de tiempo la marihuana.

En tanto, los porcentajes de confianza del segundo seguimiento comparando los resultados del pre test del paciente mostraron que el aumento de confianza fue poca y en una situación "Control Personal" disminuyó considerablemente pues desde un principio el paciente mostró un porcentaje bajo en todas las situaciones reportando los siguientes datos: en Emociones Desagradables aumentó un 8%, en Malestar Físico aumentó un 16%, en Emociones Agradables aumentó un 4%, en Control Personal disminuyó un 12%, en Impulsos y Tentaciones para el uso se mantuvo con un 24%, en Conflicto con Otros aumentó un 4%, en Presión Social amentó un 12% y en Momentos Agradables con Otros aumentó un 24%

Cuando el paciente solicitó nuevamente la ayuda terapéutica y logró su objetivo de abstinencia, los resultados al finalizar las sesiones adicionales de seguimiento aumentaron el porcentaje de confianza en cada situación. Al percibirse el paciente capaz de mantenerse abstemio, pudo aumentar la resistencia de consumir marihuana en todas las situaciones comparado con el

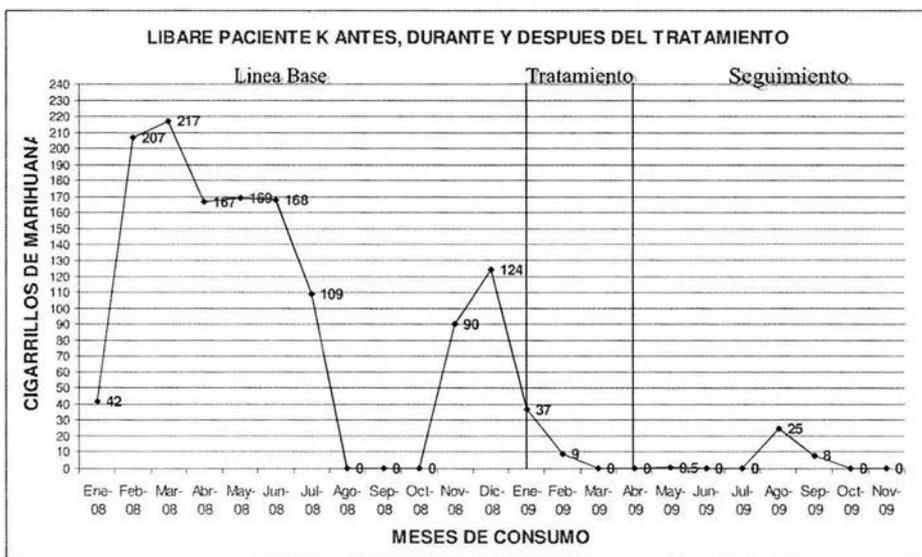
pre test arrojando los siguientes porcentajes: en Emociones Desagradables aumentó un 56%, en Malestar Físico aumentó un 48%, en Emociones Agradables aumentó un 44%, en Control Personal aumentó un 28%, en Impulsos y Tentaciones para el uso aumentó un 32%, en Conflicto con Otros aumentó un 52%, en Presión Social amentó un 40% y en Momentos Agradables con Otros aumentó 60%.

B) RESULTADOS DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS DE MARIHUANA DEL PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO, DURANTE EL TRATAMIENTO, EN LOS SEGUIMIENTOS Y SESIONES ADICIONALES PROGRAMADAS.

Se pudo observar que durante la intervención la cantidad de cigarrillos de marihuana del paciente disminuyó considerablemente pues anteriormente consumía por día 5 cigarrillos de marihuana. Durante el tratamiento consumió aproximadamente 9 cigarrillos debido a la recaída que presentó en la sesión 3 de Iniciación al Cambio. Al retomar las destrezas y proporcionar nuevas después de esta recaída, el paciente se mantuvo abstemio hasta el término del tratamiento.

En el transcurso de tiempo del primer seguimiento, el paciente reportó haber fumado sólo medio cigarro de marihuana.

Durante el segundo seguimiento y las sesiones adicionales programadas el paciente consumió 29 cigarrillos de marihuana (agosto-septiembre 09). Una vez que el paciente retoma las sesiones adicionales pudo regresar a su meta de abstinencia en el consumo de marihuana (septiembre-octubre 09).



Gráfica 5. Muestra la Línea Base Retrospectiva del consumo del paciente antes, durante y después del tratamiento terapéutico.

C) RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS ASOCIADOS POR EL CONSUMO DE MARIHUANA DEL PACIENTE.

Como se recordará, K al ingresar al tratamiento reportó no tener un trabajo, no tenía metas personales en el plano académico y falta de confianza para poder recuperar un estilo de vida estable, así como carecer de una relación familiar cercana. Al desarrollar las destrezas de enfrentamiento y al controlar su meta de no consumo de marihuana pudo aminorar sus ataques epilépticos, sus cambios de humor no fueron abruptos. Disminuyó notablemente en K la falta de concentración, olvidos y confusiones. Ya no siguió manteniendo relaciones sexuales con agresión física y verbal con mujeres, logró obtener un trabajo que le permitiera solventar sus gastos, pudo seguir estudiando su diplomado y obtener nuevas oportunidades gracias a su trabajo en las traducciones consiguiendo una beca, no dejó pasar esta oportunidad como anteriormente lo había hecho. Sin embargo, su confianza de no consumir aumentó aunque siempre mencionó que será una "tentación" la marihuana y no puede confiar en decir que controla absolutamente cada una de las situaciones de riesgo.

Con su familia recuperó una relación mas estrecha teniendo el apoyo y ayuda constante, al igual que el soporte sentimental brindado por sus amigos para su recuperación. Finalmente K reconoció recuperar el control sobre su vida y sobre sí mismo sintiéndose capaz de alcanzar nuevas metas y objetivos.

CONCLUSIONES

Debido a los resultados obtenidos y reportados en este informe, se puede concluir que se logró el aumento de la autoeficacia de K con base a todos los componentes del PEREU, la cual se mantuvo en los seguimientos y en las sesiones adicionales programadas.

Tomando en cuenta las características del paciente, las situaciones de consumo y las caídas que se presentaron, se puede concluir que el paciente cuenta con las destrezas necesarias para poder continuar con el mantenimiento de su abstinencia en un futuro.

Por otro lado, se alcanzaron los objetivos de PEREU al brindar un servicio de tratamiento, diseñado conjuntamente con el paciente brindándose un plan individualizado para alcanzar la meta propuesta por K, identificando déficit y destrezas para desarrollar nuevos planes de enfrentamiento en situaciones donde se requirieran y fueran funcionales para el paciente.

El PEREU cuenta con los componentes esenciales para trabajar con pacientes con un nivel de dependencia al alcohol y otras drogas sustancial ó severo para un cambio rápido en su consumo.

Finalmente, el PEREU no únicamente impacta en los problemas por el uso de drogas directamente, sino también en los problemas asociados al consumo como es en el ámbito familiar, profesional, personal, financiero y de salud, enfocado hacia la recuperación del paciente en un estilo de vida saludable con una relevancia social de alto impacto.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Considero que el Programa de Conductas Adictivas provee a los prestadores del servicio social las herramientas necesarias para crecer en el plano laboral, formando recursos humanos de alta calidad y nivel profesional gracias a los aspectos teóricos y metodológicos que se aprendieron siendo la base para brindar un servicio completo.

Alcanzó el servicio social mis expectativas académicas y me brindó de las destrezas primordiales para dar atención como terapeuta a personas con problemas en su consumo de alcohol y otras drogas contando siempre con el apoyo y supervisión de cada una de las personas encargadas del programa.

Además, cabe mencionar que los beneficios obtenidos por el paciente aplicando el PEREU fue una satisfacción inmediata, encaminado este tratamiento para un estilo de vida saludable, recuperado el control de su vida para tener nuevos objetivos y metas que el paciente nunca imaginó volver a tener.

Como prestador del servicio social fue una experiencia grata pues ayudé a contribuir profesionalmente al trabajar con pacientes reales y ayudarlos a salir adelante ante las distintas situaciones de riesgo que cada uno presentó, siendo este reporte una muestra de ello.

No me queda más que señalar que la Universidad Nacional Autónoma de México cuenta con una infraestructura compleja a nivel de investigación, prevención, enseñanza, tratamiento en beneficio de la sociedad mexicana para lograr un óptimo desarrollo laboral, profesional y personal en cada individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) Washington, D.C., EE. UU.
- Annis, M. & Christine, D. (1991). "Relapse Prevention". Alcohol, Health and Research World 15, n° 3: 204-212.
- Annis, M., Schober, R. & Kelly, E. (1996). "Matching Addiction Outpatient Counseling to Client Readiness for Change: The Role of Structured Relapse Prevention Counseling". Experimental and Clinical Psychopharmacology 4: 37-45 (Copyright by the American Psychological Association Reprinted with permission).
- Annis, M. (1990). "Relapse to Substance Abuse: Empirical Findings within a Cognitive-Social Learning Approach". Journal of Psychactive Drugs 22, n° 2: 117-124 (Reprinted with permission of the Journal of Psychactive Drugs. All rights reserved).
- Bandura, A. (1977), Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, págs. 191-215.
- Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (2003). Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Barcelona, España. Ed. Ars Medica.
- Brailowsky, S. (2002). Las Sustancias de los sueños. Ciudad de México, México. Fondo de Cultura Económica. Tercera edición.
- Goldstein, A. (2003). Adicción de la biología a la política de drogas. Barcelona, España. Ed. Ars Medica.
- Marlatt, A. & Gordon, R. (1985). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York, Guilford Press.

- Marlatt, A. & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
- Miller, William R. "Increasing Motivation for Change." In *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. R. K. Hester & W.R. Miller (Eds.) el pp. 6-80. New, York, Pergamon Press, 1989. (Copyright All and Bacon Co., used by permission).
- 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 Outpatint Counselling Approach*, (pp. 1-210). Center for Adicction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canadá.
- 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 Shoeber, 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, Canadá, 1996.

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. Alien & 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.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA-2008). México.

Volkow, N. (2005). Abuso de la Marihuana. Serie de reportes de investigación. National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Washton, A. & Zweben, J. (2008). Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica. DF. México. Ed. Manual Moderno.