



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

***APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS EN UN PACIENTE CON
DEPENDENCIA SEVERA A LA MARIHUANA***

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MONDRAGÓN GÓMEZ RAQUEL

DIRECTOR: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

SINODALES:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRO. JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

MTRA. NELLY FLORES PINEDA



**Facultad
de Psicología**



CIUDAD UNIVERSITARIA

OCTUBRE, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



"Cuando te inspira un objetivo importante, un proyecto extraordinario, todos tus pensamientos rompen sus ataduras: tu mente supera los límites, tu conciencia se expande en todas direcciones y tu te ves en un mundo nuevo y maravilloso. Las fuerzas, facultades y talentos ocultos cobran vida, y descubres que eres una persona mejor de lo que habías soñado ser"

Patanjali

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, donde he vivido una de las mejores experiencias y donde día con día nuevos conocimientos forma parte de lo que soy.

A mis padres, a quienes doy gracias por su apoyo, esfuerzo, sacrificio, comprensión y amor en cada uno de mis sueños. Agradezco a Dios, por regalarme la oportunidad de tener unos padres tan maravillosos. Simplemente no encuentro las palabras que expliquen lo mucho que los amo y lo feliz que me hace el que caminen a mi lado en este trayecto de mi vida.

A Lupita Vital, a quien admiro y respeto y a la cual agradezco todo el apoyo que siempre me ha brindado, compartiendo muchas experiencias que siempre dejan una gran lección de superación, constancia y responsabilidad. De verdad gracias por toda la dedicación a este trabajo, pero sobre todo gracias por creer en mí.

Al Dr. Horacio Quiroga, por todas sus enseñanzas en cada una de las asesorías, por compartir su experiencia e inspirarme a ser una mejor persona.

A mi tía Chuy y mi tío Carlos, quien estoy segura son mis ángeles, sin ustedes nunca habría llegado a donde estoy, gracias por formar parte de mi camino compartiendo conmigo su alegría y sabiduría llenándome de apoyo.

Agradezco a Alma, por cada uno de los momentos compartidos en el servicio social, pero sobre todo por ser una de las personas que expresa la sencillez y calidez de la condición humana. Gracias por siempre motivarme, por escucharme, por vivir esta experiencia conmigo y por tu amistad.

Al equipo del Programa de Conductas Adictivas, gracias a cada uno de ustedes por los buenos momentos llenos de entusiasmo y motivación para superarme y siempre buscar una nueva meta.

DEDICATORIA

Con todo mi amor, admiración y dedicación

A mi mamá, la que día a día me enseña lo que es la responsabilidad, la perseverancia, la humildad y el amor para hacer las cosas, que siempre esta a mi lado brindándome su sonrisa, un abrazo cálido, una palabra de aliento y una razón para vivir. Te amo.

A mi papá, por su amor, por sus palabras, comprensión y sobre todo por la confianza que siempre ha demostrado tenerme, sencillamente un paso más que sin ti no podría haber dado.

A mi hermana Cris, una de las mejores personas que conozco, que siempre ha estado al pendiente de mí, que es mi cómplice, mi amiga y que sobre todo siempre ha creído en mí.

A mis hermanos Pablo y Lalo, quienes han marcado la pauta de muchas de mis decisiones para enfrentar obstáculos y plantearme nuevas metas.

A mis sobrinos Emilio y Gonzalo, que me han hecho descubrir la sencillez de las acciones y que han cambiando toda mi vida. Siempre estaré para ustedes.

A la familia Gómez Peyret, mi mayor ejemplo de unión, esfuerzo y amor.

A mis amigos, que siempre me comprendieron, apoyaron y alentaron a llevar a cabo este proyecto, porque simplemente forman parte de mi vida, en especial a Luisa, Vero, Pato, Sina, Esther, Isa y Paola.

INDICE

	Número de página
Resumen.....	1
Datos generales del programa de Servicio Social.....	2
Contexto de la Institución y del Programa en donde se realizó el Servicio Social.....	3
Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social.....	13
Objetivos del Informe del Servicio Social.....	14
Capítulo 1. Características del consumo de sustancias psicoactivas	
1.1 Consumo de drogas psicoactivas en México.....	15
1.2 Conceptos de uso, abuso y dependencia.....	18
1.3 Clasificaciones de las drogas ilegales.....	22
1.4 Efectos generales del consumo de drogas.....	23
Capítulo 2. Factores que influyen en el consumo de drogas psicoactivas	
2.1 Factores respecto a las características de la droga.....	26
2.2 Factores neurobiológicos.....	27
2.3 Factores Psicológicos.....	29
2.4 Factores Sociales.....	30
Capítulo 3. Prevención y Tratamiento del consumo de drogas psicoactivas	
3.1 Prevención.....	33
3.2 Prevención universal en población adolescente.....	38
3.3 Tratamiento del consumo de drogas.....	39
- Modelo Conductual.....	41
- Modelo Cognitivo.....	41
- Modelo Transteórico de cambio.....	41
- Modelo de la entrevista motivacional.....	43
- Modelo Cognitivo-Conductual.....	44
- Prevención de Recaídas.....	46
- Prevención Estructura de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU)	47
Capítulo 4. Reporte de caso único	
Motivo de consulta.....	51

Sesión 1. Evaluación por medio de cuestionarios.....	54
Descripción de los instrumentos.....	54
Resultados de la evaluación por instrumentos.....	57
Tratamiento por sesiones	
Sesión 2. Entrevista motivacional.....	59
Sesión 3. Plan de tratamiento.....	62
Sesión 4. Fase de iniciación y mantenimiento del cambio.....	64
Sesión 5. Estrategias iniciales de enfrentamiento/ Manejo de los deseos intensos.....	67
Sesion6. Rechazo de Drogas/Solución de problemas.....	70
Sesion7. Retomando el tratamiento.....	76
Sesion8. Asertividad.....	77
Sesión 9. Primera exposición planeada.....	80
Sesión 10. segunda exposición planeada.....	82
Sesión 11. Si Yo Fuera a Recaer.....	86
Sesión 12. Cierre de tratamiento.....	91
Primer seguimiento.....	93
Segundo seguimiento.....	94
Resultados al finalizar el tratamiento.....	94
Conclusiones.....	98
Comentarios Finales.....	99
Sugerencias.....	101
Referencia.....	102
Anexos.....	107

Resumen

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) tiene como objetivo presentar las actividades realizadas durante el servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), incluyendo los antecedentes, las características del programa, y servicios ofrecidos. Posteriormente, se describe un estudio de caso en el cual se aplicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente de 25 años de edad que presentaba dependencia severa a la marihuana, el cual solicitó tratamiento debido a que este consumo le provocaba sentimientos referentes a la confusión y frustración al consumir, problemas en la elección de carrera, incapacidad para tomar decisiones y problemas en la relación con sus padres y pareja, siendo consecuencias significativas para que buscara un cambio en su conducta de consumo. El tratamiento estuvo conformado por 12 sesiones, iniciando con la evaluación, entrevista motivacional y plan de tratamiento individualizado. En las siguientes sesiones como resultado de la evaluación se le proporcionó al paciente estas destrezas de enfrentamiento: manejo de los deseos intensos, estrategias iniciales de enfrentamiento, rechazo a las drogas, solución de problemas y asertividad, con la finalidad de que el paciente incrementara su autoeficacia para enfrentar los principales disparadores de consumo que en este caso se relacionaban con emociones desagradables, impulsos y tentaciones para el uso y presión social. De esta manera, el patrón de consumo se modificó, de fumar 1 cigarro diario de marihuana hasta la abstinencia. Al terminar el tratamiento se observaron los siguientes incrementos en el porcentaje de autoeficacia percibida por el paciente para enfrentar las situaciones de riesgo sin consumir: emociones desagradables de un 40% a un 93%; malestar físico de un 56% a un 100%; emociones agradables de un 72% a un 93%; probando el control personal de un 52% a un 93% ; impulsos y tentaciones de un 44% a un 100%; conflicto con otros de un 74% a un 100%; presión social para el uso de un 56% a un 93%; y los momentos agradables de un 52% a un 93% (41%).

Palabras clave: Autoeficacia, Marihuana, Tratamiento.

Datos generales del programa de servicio social

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

Mis principales objetivos a alcanzar como prestador del servicio social fueron:

1. Conocer el marco teórico referente al Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU) y el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas (PEREU).
2. Conocer y profundizar sobre los temas generales de Alcohol y otras drogas (epidemiología, efectos sobre el Sistema Nervioso Central, factores de riesgo y de protección, problemas asociados, etc.).
3. Aplicación e interpretación de los instrumentos requeridos para el PREEDEU y el PEREU.
4. Aplicación clínica del PEREU como co-terapeuta y terapeuta bajo supervisión.
5. Instrumentación de Talleres de prevención de consumo de drogas bajo el PREEDEU.

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

1. Proporcionar los materiales referentes a los antecedentes clínicos de los programas en que el prestador se va a involucrar, Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) y Programa de Prevención y Educación sobre drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
2. Supervisar que la inserción del prestador al programa sea óptima.

3. Evaluación del desempeño del prestador en las actividades asignadas.
4. Revisión de los reportes mensuales de actividades.
5. Asesoramiento en los puntos a cubrir para la estructuración del reporte final del prestador.

Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social

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

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

Misión

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

Visión

El personal académico, terapeutas y alumnos del Programa de Conductas Adictivas mantienen un sentido de pertenencia a la institución a través de su

liderazgo de vanguardia nacional e internacional en la enseñanza, la investigación y la difusión eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercutan en bien de la sociedad.

Tipo de Institución

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

Población a la que atiende

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

Programas y acciones que realiza

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

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

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

Perfil del usuario

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

Descripción

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

Las estrategias fundamentales para llevarlo a cabo consisten en talleres, folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se realiza un diagnóstico situacional a la muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, con el fin de determinar la problemática de consumo de sustancias además de elaborar el contenido de los talleres a realizar. Siendo así que los talleres impartidos a estudiantes de nivel medio superior consisten en:

1) Evaluación general sobre los conocimientos sobre alcohol y tabaco.

2) Exposición por parte de los instructores del taller abordando los siguientes contenidos: a) conceptos básicos sobre el alcohol, tabaco u otras drogas; b) efectos sobre el Sistema Nervioso Central y órganos relevantes; c) factores contextuales (ambiente); d) etapas del alcoholismo, tabaquismo o drogadicción; e) motivos para beber, fumar o consumir sustancias psicoactivas; d)

signos y síntomas de dependencia; e) daños sobre el organismo, familia y sociedad; f) influencia de los medios masivos de comunicación; g) información sobre las Instituciones de atención hacia el tratamiento de problemas con el consumo de sustancias con el fin de que los interesados acudan en caso de necesitarlo y h) legislación vigente.

3) Desarrollo y práctica de distintas habilidades para la vida como: resistencia y rechazo, solución de problemas y asertividad.

4) Tips de moderación para el consumo de alcohol.

5) Evaluación final que permite detectar a personas que usen y abusen de drogas, para que sean canalizados al Programa de Conductas Adictivas brindando una intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

2. Detección e intervención breve de Alcohol, Tabaco u otras Drogas para estudiantes universitarios (DIBAEU)

Perfil de usuario

El DIBAEU está dirigido a estudiantes universitarios que presenten consumo excesivo, abusen o tengan dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas con base en los criterios de abuso del DSM-IV, caracterizados por una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) ó de consumo problemático (menos de 3 años), en el caso de la marihuana una puntuación de hasta 5 puntos en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD), un patrón de consumo de más de 1 dosis por ocasión y menos de 4 a la semana con muy pocos problemas asociados por ejemplo: de salud, sociales, legales, etc.

Descripción

El DIBAEU es una Intervención Breve Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y

Marlatt (1999) y adaptado en la Facultad de Psicología de la UNAM por Quiroga y Cabrera (2003).

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

1. *Sesión de Evaluación*: El objetivo de esta sesión es hacer una evaluación de los patrones de consumo del paciente, las consecuencias negativas relacionadas del consumo, el índice de dependencia, historia familiar de consumo y problemas psiquiátricos, las actitudes que tiene sobre la sustancia y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se aplica una batería de instrumentos.
2. *Sesión de Retroalimentación y Consejo*: En esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos en la sesión anterior), al tiempo que se le proporciona información psico-educacional sobre el alcohol. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al paciente sobre diferentes formas

específicas que le pueden ayudar a moderar su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al paciente material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. *Seguimiento*: Estas sesiones se realizan al 1er mes, 3ro, 6to y 12vo, de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del paciente y reforzar lo logrado. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera. La decisión de si hay una segunda sesión de seguimiento se evalúa conjuntamente por el paciente y el terapeuta, basándose en qué tan útil fue la primera.

3. Tratamiento breve de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (TAGEU)

Perfil del usuario

Está dirigido a estudiantes universitarios con dependencia moderada al alcohol, tabaco u otras drogas, en el caso de la marihuana hasta 15 puntos en la prueba de PDAD, ó de 4 a 5 síntomas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (APA DSM-IV; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994), 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 1 dosis por ocasión y menos de 8 a la semana); con problemas asociados (por ejemplo, académicos, sociales, financieros) menores, siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas, una de ellas seria).

Descripción

Es una forma de Tratamiento Breve de Corte Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de *Auto-Cambio Guiado*, desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation* Toronto, Canadá, el cual ha

sido adaptado y modificado en la Ciudad de México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998) para su aplicación en población general y por Quiroga y Montes (2003) para aplicarlo en Estudiantes Universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas. Esta modalidad ambulatoria de atención consiste en un Tratamiento Breve Motivacional y Cognitivo-Conductual que ayuda a los pacientes a comprometerse en la modificación de su conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol.

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

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

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

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

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

4. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (PEREU)

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco u otras drogas, en el caso de la marihuana más de 15 puntos en la prueba de PDAD 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 1 dosis por ocasión y hasta 35 a la semana) con problemas asociados (por ejemplo, de salud, familiares, financieros) menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea seria), siendo uno de ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales sean serias).

Descripción

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

El programa se centra en involucrar a los pacientes en:

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

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

1. La evaluación clínica del paciente, contiene el establecimiento de la línea base del consumo, identificación del nivel de dependencia, valoración de la disposición al cambio e identificación de las situaciones de riesgo; posteriormente se devuelven los resultados de las evaluaciones a través de la retroalimentación personalizada.
2. Una o más citas de entrevista motivacional, con el fin de disminuir la ambivalencia de reducir o abstenerse del consumo.
3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:
 - Un contrato de tratamiento.
 - Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.
 - Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.
4. Asignación de tareas para la Fase de "Iniciación del Cambio", se centra en estrategias de consejo como: evitación de las situaciones de riesgo para el uso de alcohol y/o droga; la coerción (por ejemplo, un mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora; la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.
5. Asignación de tareas para la Fase de "Mantenimiento del Cambio", se enfoca en las estrategias de enfrentamiento. Las estrategias se diseñan para ayudar al paciente a desarrollar confianza (autoeficacia). Se involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, se anima al paciente para que se anticipe a las situaciones identificadas de alto riesgo y a que practique las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo.

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

Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

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

Principalmente durante mi servicio social realice actividades relacionadas al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU). Se me proporcionó material bibliográfico y un entrenamiento en dicho programa con la finalidad de conocer y poder desenvolverme como terapeuta en este tipo de tratamiento.

Posteriormente, desarrolle actividades en el tratamiento de pacientes con problemas significativos relacionados al consumo de drogas, dichas actividades incluyeron: la aplicación e instrumentación de los formatos de evaluación, integración de datos obtenidos en la evaluación para realizar el diagnóstico, elaboración de la retroalimentación personalizada y el diseño y estructuración del plan de tratamiento individualizado incluyendo el aprendizaje de los procedimientos para proporcionar a los pacientes distintas estrategias de enfrentamientos como: rechazo de alcohol, asertividad, solución de problemas, enfrentamiento de los deseos intensos, manejo del enojo, relaciones saludables, entre otras. Todas estas actividades fueron supervisadas al entregar resúmenes de sesión, considerando los puntos centrales del tratamiento, estas actividades también incluían el manejo de expedientes clínicos y entrevistas de exploración sobre el motivo de consulta.

Por otra parte, lleve a cabo actividades en el programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU), en primera instancia participe en el análisis de datos, revisión y edición de los documentos

referentes a la "Encuesta de Adicciones 2010 y 2011 en Estudiantes de Preparatoria de la UNAM" (Ver Anexo 1), también se me proporcionó información sobre los aspectos generales del alcohol y otras drogas abarcando temas como: epidemiología, clasificación de las drogas, efectos en el organismo, absorción, metabolismo y factores de riesgo en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de drogas.

Del mismo modo, realice actividades en la aplicación de talleres de prevención para el uso de sustancias psicoactivas con base en materiales y contenidos elaborados en el programa en años anteriores.

De esta manera, posteriormente, trabajé sobre la instrumentación y aplicación de un nuevo taller sobre prevención abarcando los siguientes componentes: 1) evaluación de los conocimientos que tienen los alumnos sobre el alcohol y tabaco; 2) psicoeducación sobre alcohol y tabaco; 3) estrategias de enfrentamiento (resistencia y rechazo, solución de problemas, asertividad); 4) tips de moderación en el consumo de alcohol y 5) evaluación final sobre los conocimientos adquiridos. Dichos talleres fueron impartidos a estudiantes de nivel medio superior. (Ver Anexo 2).

Objetivos del informe de servicio social

El objetivo de titulación por Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), consiste en recuperar la experiencia de quien lo sustenta, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, vinculando a los elementos de la formación teórico metodológica recibida durante mi trayectoria estudiantil con las actividades en mi servicio social.

Capítulo 1. Características del consumo de sustancias psicoactivas

1.1. Consumo de drogas psicoactivas en México

El consumo de drogas ha estado presente en diversos periodos en la historia de México, desde las épocas prehispánicas se consumían diversas plantas que alteraban el estado psíquico, dentro de un contexto cultural específico, en el cual el uso tenía un fin ritual, curativo o para celebraciones, nunca comercial, negativo o degradante (Echeverría, 2006). Posteriormente, con la conquista española el uso de algunas sustancias era castigado, sin embargo, también se adoptaron costumbres relacionadas al consumo de otras drogas, convirtiéndose en un problema para la población. Aunado a esto, a lo largo de los años en diversos lugares del mundo se han descubierto y creado nuevas drogas y con ello uno de los problemas que hoy en día enfrenta nuestro país (Miranda, 2010).

Dicha problemática ha tenido fuertes repercusiones en el área social, económica, jurídica, familiar, educativa y de salud, de aquí la vital importancia de estudiar el consumo de drogas. Actualmente, existen instancias que realizan investigaciones sobre el consumo de drogas, como es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) que tiene como objetivo obtener datos de centros de rehabilitación o grupos de autoayuda. Dicho sistema integra la información generada por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), Consejos Tutelares de Menores (CTM), los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) y los servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel, lo que permite conocer la relación de personas que ingresan a dichos servicios y el uso de sustancias, así mismo, se han realizado diversas encuestas de adicciones en los últimos años. Una de las más recientes es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 que permite conocer y valorar datos sobre la conducta de consumo de drogas en la población mexicana.

Los resultados de dicha encuesta, indicaron que el consumo de drogas ilegales fue mayor en las generaciones más jóvenes, siendo así que: el 3.6% de las personas que nacieron entre 1942 y 1956 informó haber consumido drogas; en la generación nacida entre 1957 y 1971 el 5.7% consumió drogas; al considerar a la generación nacida entre 1972 y 1983 se incrementó a 7.7% y en la generación nacida entre 1984 y 1996 disminuyó a 4.9%.

De la misma forma, los resultados de la ENA (2008) mostraron que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población de entre 12 y 65 años de edad aumentó de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en el 2008. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6% a 5.2% y el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas sin prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002, con un porcentaje de consumo de aproximadamente del 1%. La información proporcionada por el SISVEA indicó que en la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes Mexicanos (NCS-M, por sus siglas en inglés), reportó que uno de cada veinte adolescentes mexicanos (5.2%) encuestados del área metropolitana de la Ciudad de México utilizó drogas ilícitas alguna vez en la vida.

Al respecto, en la ENA (2008) se reportó, que durante el año previo al estudio, casi una tercera parte de quienes notificaron haber consumido drogas ilegales alguna vez en la vida, lo habían hecho durante el último año. En los datos obtenidos en la población en general se observó una prevalencia de 1.6%. Al considerar sólo datos de la población masculina esta prevalencia aumentó al 2.5% y la prevalencia en hombres jóvenes (18-34 años de edad) aumentó a un 3.4%. De la misma forma, los resultados permitieron indagar la existencia de consumo durante los últimos 30 días previos al estudio, siendo así, que el 62% de casos activos en el último año, también lo fueron durante el último mes.

Otro dato obtenido de dicha encuesta hace referencia a que la droga ilegal de preferencia, en la población, es la marihuana con una incidencia del 4.2%, el segundo lugar lo ocupa la cocaína con un 2.4%, posteriormente, los inhalables que presentaron una incidencia del 0.7%, las metanfetaminas con un 0.5%, los alucinógenos con el 0.4% y la heroína con un 0.1%.

Por otra parte, los datos de dicha encuesta indicaron que, si bien más hombres (9.1%) que mujeres (2.6%) habían usado drogas ilegales, esto se debió principalmente, a que habían tenido más oportunidades de hacerlo

De ésta manera, con los resultados de la ENA (2008), se pueden conocer algunos factores de riesgo asociados al consumo de drogas en la población en general. Uno de éstos, es la percepción del riesgo adictivo hacia algunas sustancias. Esto es, la información obtenida mostró que la mayoría de la población consideró que una de las drogas mas adictivas es la marihuana (80.3%) seguida por la cocaína (75.8%), el alcohol (71.2%) tabaco (66.4%), heroína (60.3%), los inhalables (56.2%) y los alucinógenos (51.8%). Otro factor es la disponibilidad de la droga. Los resultados de la ENA (2008) indicaron que una de cada cinco personas (17.7%) de entre 12 y 65 años de edad informaron haber estado en una situación en la que le ofrecieron drogas. La marihuana resultó ser la droga mas disponible para la población (16.6%).

Otro factor de riesgo es el inicio temprano del consumo. Los datos obtenidos a través de la ENA (2008) reportaron que el 55.7 % de los usuarios de marihuana iniciaron el consumo antes de la mayoría de edad; mientras que el inicio de consumo de cocaína es más tardía, sólo el 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años de edad. Aproximadamente el 89.7% de los usuarios de drogas ilegales lo habrían hecho antes de cumplir los 26 años de edad, así mismo, los datos de la encuesta señalaron que la población constituida por adolescentes de entre 12 y 17 años de edad tienen mayor probabilidad de usar drogas ilegales que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad.

El conocimiento del panorama actual sobre el consumo de drogas, permite conocer los alcances que esta problemática está teniendo en nuestro país, lo cual impulsa a seguir realizando estudios dentro del campo de las adicciones para poder realizar una mejor intervención sobre los trastornos y problemáticas relacionadas al consumo de drogas, siendo de vital importancia el conocimiento de ciertos términos y criterios, que permitirán establecer un diagnóstico relacionado al consumo de drogas.

1.2. Conceptos de uso, abuso y dependencia

Hoy en día en nuestra cultura se encuentran una serie de concepciones erróneas, las cuales han facilitado la creación de mitos sobre las drogas, por lo cual el conocimiento de algunas de las terminologías relacionadas al consumo de drogas permite a los profesionales realizar un diagnóstico de los trastornos por el consumo de drogas.

En primera instancia se tiene que conocer el término droga psicoactiva, el cual se ocupa para definir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- a) Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicoactivo).
- b) Inducen a las personas a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
- c) El cese en el consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (síndrome de abstinencia).
- d) No tiene ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos (Lorenzo, 2009).

El término droga psicoactiva se aplica a aquellas sustancias con acción reforzadora positiva, las cuales pueden producir dependencia, ocasionando daño en el organismo y una modificación en la conducta del individuo (Lorenzo, 2009).

Por otro lado, se debe hacer una correcta diferenciación entre los términos sobre uso, abuso y dependencia a una sustancia. Se entiende el uso de una droga como el consumo que no produce consecuencias negativas en el individuo, ya que es utilizada de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas a lo largo de un amplio período. (Becoña & Vázquez, 2001).

Al respecto, el DSM-IV se refiere al abuso de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o un malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes dentro de un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con el consumo recurrente de la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido al consumo).

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 (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Respecto a la dependencia de sustancias, el DSM-IV define a ésta como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o un malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes, en algún momento, dentro de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

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

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas);
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores, o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas

distancias); en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra); o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción 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 reincidentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Usualmente se utiliza la clasificación de dependencia física y psicológica. La primera ocurre cuando las células del organismo se modifican por la exposición constante a una droga presentando incapacidad para funcionar adecuadamente cuando son privadas de ésta (Mothner & Weitz, 1986) produciendo una fuerte necesidad por consumir la droga, ya que de lo contrario el organismo se descompensa y comienza a manifestar síntomas del síndrome de abstinencia. De ahí, que a dicha dependencia también se le de el nombre de neuroadaptación, que es un estado caracterizado por la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, ocasionando una relación entre el organismo y la droga (Lorenzo, 2009).

En contraste, en la dependencia psicológica el usuario cree que la droga que consume le provoca esa sensación de bienestar, por lo cual, no puede dejar de consumirla. Lorenzo (2009) la define como el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo "craving") de repetir la administración de una droga, ya sea para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) o para evitar el malestar que se siente con su ausencia. Dichos efectos serán distintos dependiendo del tipo de droga que se consuma,

siendo necesario conocer algunos tipos de clasificaciones que se utilizan hoy en día, para explicar los efectos y consecuencias del consumo de drogas.

1.3. Clasificaciones de las drogas ilegales

Actualmente existen diversas clasificaciones de las drogas, que van de las llamadas drogas “blandas” o “duras” hasta las clasificaciones que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Lorenzo (2009) realizó una clasificación en tres grupos de drogas que se establecen dependiendo de los efectos que causen en el Sistema Nervioso Central (SNC). El primer grupo son las drogas depresoras que retrasan la actividad nerviosa. Otro grupo son las llamadas drogas estimulantes, dichas sustancias excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales, y el tercer grupo se refiere a las drogas alucinógenas, las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsión perceptual de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales, sin entrada de información sensorial (alucinaciones).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975, distingue 8 grupos: opiáceos, psicodepresores, psicoestimulantes mayores, alucinógenos, cannabis y sus derivados, inhalantes y psicoestimulantes menores. Se ha propuesto que a esta clasificación se agregue el grupo de las drogas de síntesis (Lorenzo, 2009).

Por su parte, Shuckit (1995), las agrupa en depresores, estimulantes o simpatomiméticos del SNC, opiáceos, cannabinoles, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos (Becoña & Vázquez, 2001).

De igual forma, en el DSM-IV se distinguen 11 clases de sustancias: el alcohol, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cannabis,

alucinógenos, inhalantes, opiáceos, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Por otra parte, la situación sociocultural actual en el mundo, ha marcado pauta para manejar una nueva clasificación de las drogas en cuatro bloques (Lorenzo, 2009):

- Drogas institucionalizadas: son aquellas cuya producción y tráfico (compra-venta) es legal; el tabaco y alcohol entran en esta categoría.
- Drogas que son fármacos: es decir, son sustancias que disponen de indicaciones médicas.
- Drogas de utilización industrial: por lo cual, su comercialización es legal, pero su finalidad no es ingerirlas; lo son todos los inhalantes.
- Drogas clandestinas: su producción y tráfico (compra-venta) es ilegal.

En conjunto, el conocimiento de estas clasificaciones resulta útil, debido a que las consecuencias que representa el consumo de drogas en nuestro país abarcan al individuo como tal y la sociedad en la que se da el consumo. Así mismo, se deben conocer los diversos efectos físicos y psicológicos que provoca el consumo de drogas en el organismo. Estos efectos varían dependiendo, básicamente, por la acción que provoquen en el Sistema Nervioso Central.

1.4. Efectos generales del consumo de drogas psicoactivas

Con base en los tres principales grupos de drogas (estimulantes, depresores y alucinógenos) los efectos físicos y psicológicos que generan en el organismo del ser humano son los siguientes:

Drogas depresoras: tranquilizantes (benzodiazepinas), hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), opiáceos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros) y los inhalantes (acetona, tolueno, éter, cloroformo y otros). En general, éstas sustancias deprimen el Sistema Nervioso Central, provocando sueño y

disminuyendo la actividad corporal (Rossi, 2008); reducen los niveles de alerta y el tiempo de reacción asociado a un deterioro psicomotor, lo cual tiene importantes consecuencias en accidentes viales (Cuaderno Didáctico de Educación Vial, 2004).

Drogas estimulantes: anfetaminas, cocaína, éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros), alteran el estado mental estimulando al SNC (Rossi, 2008), conduciendo a la presencia de sensaciones subjetivas de aumento de la lucidez mental, disminución de la fatiga, mayor capacidad de concentración, incremento de la energía y la motivación y una mejoría del estado de ánimo. La excitación excesiva del SNC puede provocar efectos adversos dependiendo de la dosis, tales como agitación, ansiedad y convulsiones (Sonsalla, 2003).

Drogas alucinógenas: dietilamina de ácido lisérgico (LSD), peyote, mezcalina, fenciclidina (PCP) y cannabis (hachís, aceite de hash y marihuana), provocan en el individuo distorsiones perceptuales, inducen cambios en el pensamiento y en el estado de ánimo, producen sedación y confusión, deterioran las funciones intelectuales en especial la memoria y se llega incluso a presentar despersonalización (Rossi, 2008).

Resulta difícil establecer, como tal, un conjunto de efectos que ejerce cada uno de los grupos de drogas, ya que éstos varían dependiendo de diversos factores ambientales e individuales incluyendo los rasgos de personalidad o las expectativas que el individuo presenta ante ciertas sustancias (Bobes, 2003).

A pesar de los diversos efectos y consecuencias que cada una de las drogas psicoactivas produce sobre el organismo humano, en general provocan daños a corto y largo plazo abarcando efectos psicológicos como el deterioro de la capacidad de juicio y memoria, modificación de emociones, sentimientos y percepciones. De la misma forma, el consumo de drogas provoca efectos físicos que conllevan a un daño en los distintos órganos de cuerpo humano llegando,

incluso, a provocar la muerte, sin dejar de lado que dicho consumo, también trae consecuencias a nivel social, es por esta razón, que se debe considerar la existencia de una interacción entre diversos factores (individuales, biológicos y sociales) que aumentan la posibilidad del consumo de drogas.

Capítulo 2. Factores que influyen en el consumo de drogas psicoactivas

Dentro del estudio del consumo de drogas, ha sido de particular interés investigar acerca del por qué algunas personas generan y otras no algún trastorno relacionado por consumo de drogas, esto ha permitido demostrar que no existe una única causa que explique esta conducta, al contrario, son diversos los factores que influyen sobre la conducta de consumo de drogas, siendo así que la interacción de los factores neurobiológicos, características de la droga, factores individuales y sociales, aumentan la probabilidad de que un individuo inicie a consumir o que tenga un consumo continuado.

2.1. Factores respecto a las características de la droga

Algunos factores dentro de esta categoría son: el grado de pureza de la droga, la absorción de la droga según la vía de administración, la rapidez de inicio de los efectos, la capacidad de depósito, la redistribución en tejido graso y las interacciones farmacológicas, entre otras (Lorenzo, 2009).

Uno de los factores más importantes, es el de los efectos de la sustancia, es decir, algunas drogas tienen un mayor potencial adictivo debido a que producen sensaciones placenteras a corto plazo, lo que provoca un mayor refuerzo positivo o al contrario actuarán como refuerzo negativo debido a que algunas sustancias disminuyen su concentración en la sangre en un periodo corto provocando una situación de malestar y ansiedad, lo que lleva a la persona a seguir consumiendo dicha sustancia para eliminar dichos efectos (Lorenzo, 2009). Es por esto, que el potencial adictivo de una sustancia es el resultado de la combinación de los efectos del refuerzo positivo y del negativo, es decir, cuanto más breve sea la acción de la droga (mas intensidad de efectos en menos tiempo), más se repite el consumo y más cambios provoca a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) incrementando la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens (Lorenzo, 2009).

2.2. Factores Neurobiológicos

Distintos estudios se han enfocado en estudiar las bases que sustentan que la conducta de consumo de drogas está ligada a las estructuras cerebrales y neurotransmisores que se incrementan al introducir al organismo algún tipo de droga.

Específicamente, el consumo de drogas está asociado a la estimulación del Sistema Cerebral de Recompensa (SCR), el cual influye sobre distintos comportamientos y motivaciones del ser humano. Este sistema está compuesto básicamente por las vías dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical, el área ventral tegmental (AVT) y sus proyecciones al núcleo accumbens, a la corteza prefrontal (CPF) y al hipotálamo lateral (HL).

Cuando una persona ingiere alguna droga, se estimulará el SCR incrementando la actividad dopaminérgica relacionada con sensaciones placenteras, lo cual representa un reforzador positivo, lo que provocará posteriormente, el comportamiento de búsqueda de droga (Bobes, 2003).

Las personas que desarrollan dependencia a una droga manifiestan síntomas de adaptación biológica, es decir, cuando se consume una sustancia adictiva por un tiempo prolongado y de forma constante provoca que el organismo incorpore esa droga al metabolismo, lo que da paso a que se origine tolerancia o el síndrome de abstinencia (Ortiz de Zarate, Alonso, Ubis & Ruiz de Azúa, 2011).

Algunos neurotransmisores relacionados con la conducta de consumo de drogas son: los péptidos opioides, el ácido γ -aminobutírico, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, vasopresina, entre otros (Lorenzo, 2009).

Por otra parte, un factor que entra en esta categoría y que ha causado diversas críticas, es la cuestión genética. Diversos estudios con animales han demostrado que los genes determinan la labilidad a los efectos de algunos

fármacos. En seres humanos, la mayoría de los estudios relacionados al consumo de alcohol se han aplicado en gemelos idénticos, con los cuales se ha podido demostrar que existe una predisposición hereditaria significativa a la dependencia al alcohol (Goldstein, 2003).

Cabe mencionar que la carga genética puede llegar a determinar los efectos que puede tener una droga sobre una persona, debido a que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo, la eliminación de las drogas y en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor (Lorenzo, 2009). De la misma forma, se ha encontrado una relación, entre la presencia de ciertos alelos y la dependencia de sustancias psicoactivas, dando cabida a la posibilidad de que estos marcadores genéticos faciliten la detección de la labilidad que resulta de ayuda en el tratamiento (Casas, Roncero & Colom, 2010 en Ortiz de Zarate et al. 2011).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres se encuentra que la metabolización de sustancias es distinta entre ambos, lo cual es evidente en el consumo de alcohol relacionado con la enzima alcohol deshidrogenasa encargada de metabolizar el etanol, dicha capacidad de metabolizar es menor en las mujeres. La epidemiología del consumo de sustancias a lo largo de la historia ha mostrado que los varones ocupan el primer lugar de consumo en todas las sustancias, aunque al parecer esto se debe más a factores sociales que biológicos (Lorenzo, 2009).

Actualmente se sabe que la conducta de consumo de drogas también esta influenciada por las características psicológicas de una persona lo cual llega a determinar el desarrollo y aprendizaje de conductas.

2.3 Factores Psicológicos

Hace ya varias décadas, la psicología se ha dado a la tarea de estudiar los rasgos de personalidad de un consumidor de sustancias, hoy en día no se puede hacer referencia a una "personalidad adictiva" (Bobes, 2003). Sin embargo, se ha encontrado un conjunto de rasgos de personalidad que aparecen en la mayoría de las personas que consumen algún tipo de drogas (Lorenzo, 2009).

Algunos de los estudios apuntan a la relación que existe entre la presencia de conductas antisociales previas a la dependencia (Bobes, 2003) y otros estudios señalan que ésta se presenta en personas que tienen rasgos de personalidad que sugieren una inmadurez afectivo-emocional (Lorenzo, 2009).

Estos rasgos suelen ser los siguientes: dependencia afectiva, vulnerabilidad afectiva, baja autoestima, rasgos depresivos, incapacidad de anticipar, agresividad egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes, escasa tolerancia a la frustración y dificultad en las relaciones sociales. Así mismo, actualmente se han relacionado niveles bajos de inteligencia, problemas de lectura y malos hábitos de trabajo, con el consumo de drogas (Guía para el promotor de "Nueva Vida", 2008).

Algunos de los rasgos antes mencionados se encuentran presentes en personas con algún trastorno psiquiátrico, las cuales suelen recurrir a consumir algunas drogas para aliviar síntomas de dichos trastornos, o al contrario en ocasiones las personas con dependencia a las drogas generan algún padecimiento psiquiátrico.

Por otra parte, resulta de gran importancia la motivación que tenga una persona sobre la conducta de consumo de drogas, puesto que las expectativas que tiene una persona de obtener efectos positivos al ingerir cierta droga darán pauta a tomar una decisión relacionada sobre consumir o no consumir (Bobes, 2003). Estudios han demostrado que la percepción de riesgo de una sustancia

está en relación con su consumo, es decir, a mayor percepción de riesgo menor consumo (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006).

Del mismo modo, el satisfacer la curiosidad para conocer los efectos que pueden provocar algunas sustancias, es uno de los principales factores que inciden sobre el inicio de consumo de drogas. Esta conducta es común durante la adolescencia, etapa en la cual se experimenta una alta presión social y una sobreestimación para poder controlar el consumo excesivo y una negación de las consecuencias que provoca éste (Lorenzo, 2009). Así mismo, se observa que hay un mayor riesgo de consumir si existe un déficit en las destrezas de enfrentamiento, ya que las personas no son capaces de rechazar ofertas de algún tipo de droga debido a que no han desarrollado una comunicación asertiva o no cuentan con un adecuado método que permita enfrentar los problemas que surgen en su entorno.

2.4 Factores Sociales

Dentro del contexto social se encuentran los factores familiares, escolares, el grupo de iguales, la disponibilidad de la droga, culturales y los modelos sociales.

La disfunción familiar, carencia de disciplina o tener padres autoritarios, la falta de comunicación entre padres e hijos, padres sobreprotectores, implicaciones de violencia física y psicológica y padres que consumen algún tipo de drogas son factores que incrementan la posibilidad de que se de el consumo de drogas (Lorenzo, 2009).

Dentro de las escuelas, existen factores de riesgo como lo es un ambiente escolar negativo conformado por faltas de respeto entre alumno-maestro, indisciplina, rendimiento escolar bajo, rigidez en reglas escolares y la deficiencia de información sobre consumo de drogas, continuamente están relacionados con el consumo de sustancias. Actualmente, en las escuelas y en la sociedad en si, se han impuesto diversas reglas que ayudan a mantener un mayor control sobre el

consumo de drogas (Guía para el promotor de "Nueva Vida", 2008). Algunas de estas medidas resultan ser factores que afectan el consumo de sustancias, como lo es el establecimiento de la regulación legal de algunas drogas que pretende controlar los precios, la edad mínima para poder consumir, los horarios y puntos de venta, la prohibición de consumir determinadas sustancias, la limitación de la publicidad y lo que hace referencia a las sanciones si se llegan a violar algunas de estas normas, las cuales son diferentes en todos los países.

Siendo así, que el ambiente social se relaciona con la conducta de consumo de drogas, ya que esta conducta se puede reforzar a partir de la mejoría del funcionamiento dentro de este contexto (Lorenzo, 2009). En especial, durante la adolescencia, el pertenecer a un grupo es de suma importancia, por lo cual, la presión social para consumir algún tipo de drogas representa un factor de riesgo. Los primeros intentos de consumir tabaco y alcohol se generan en esta etapa y en presencia de amigos, los cuales suelen reforzar la conducta o actúan como modelo de comportamiento. Dicha información se comprueba en un estudio en el cual se evaluaron los motivos para consumir alcohol en los adolescentes, encontrándose que uno de los principales para la primera experimentación se relaciona a la vinculación grupal, ya sea porque consumieron al ver que sus amigos estaban ingiriendo bebidas con alcohol o mediante mecanismos de acción más persuasivos e impositivos (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2004).

Sabemos que, hoy en día, vivimos en un mundo globalizado en el cual se pretende tener y probar todo, donde la publicidad suele marcar la tendencia, en este caso, en lo que se refiere al consumo de sustancias, transmitiendo mensajes a las personas relacionando el consumo de dichas sustancias con "estar de moda", "ser más popular" ó "la vida es hoy". Así mismo, la publicidad suele relacionar el consumo de sustancias con personalidades que marcan un modelo a seguir entre los grupos poblacionales.

No se puede atribuir a un sólo factor la conducta de consumo, tanto factores biológicos, psicológicos y sociales llegan a interactuar y aumentan la probabilidad para que una persona llegue a consumir o depender de alguna droga, dichos factores deben ser tomados en cuenta para poder instrumentar y aplicar programas en los diferentes niveles de prevención.

Capítulo 3. Prevención y Tratamiento del consumo de drogas

3.1 Prevención

La prevención del consumo de drogas psicoactivas representa una de las prioridades en cuanto a cuestiones de salud, debido al creciente consumo de drogas en diversos grupos poblacionales. Por lo cual, deben instrumentarse programas preventivos elaborados con procedimientos y metodologías sustentadas con bases teóricas y empíricas.

Cabe mencionar que, en primera instancia, se debe considerar a la prevención como el conjunto de acciones encaminadas a lograr una reducción y/o evitación del consumo de drogas. Éstas, en su mayoría, van dirigidas hacia algunos factores de riesgo como: la disponibilidad de la droga (acciones sobre la oferta); el consumidor propicio (acciones sobre la demanda) y el ambiente general en que tiene lugar el consumo (acciones sobre las ideologías facilitadoras de oferta y demanda) (Lorenzo, 2009).

Al instrumentar un plan de prevención se debe considerar que algunas personas ya han experimentando con el consumo de drogas y tienen problemas asociados a dicho consumo o en otro caso hay que considerar los distintos factores de riesgo que interactúan aumentando la probabilidad de consumir, por lo cual, es necesario establecer una serie de niveles de prevención que permitan establecer las distintas acciones que se puedan llevar a cabo según éstos. Tomando como base la clasificación de niveles de prevención universal, selectiva e indicada propuesta por Gordon (1987) y posteriormente, por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1997), se establece lo siguiente:

Prevención Universal

La Prevención Universal hace referencia al conjunto de actividades diseñadas para la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de

drogas. Su objetivo es posponer el abuso de drogas en los individuos, presentándoles información específica y actualizada, promoviendo el desarrollo de habilidades necesarias que eviten el problema de las adicciones y el mejoramiento ambiental (CIJ, 2008).

Las características de este tipo de prevención son: 1) contempla la realización de actividades a toda la población en general; 2) pretende retardar o prevenir el consumo de drogas; 3) los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades; 4) el riesgo individual relacionado con el uso de drogas regularmente no es valorado; 5) no se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el abuso de drogas; 6) el desarrollo de los programas pueden requerir de menos tiempo y esfuerzo por parte de los participantes; 7) el costo de operación de los programas tiende a ser menor sobre una base por persona, en comparación con los programas selectivos e indicados; y 8) los efectos y resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición (CIJ, 2008).

Prevención Selectiva

La prevención selectiva son acciones de trabajo dirigidas a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas, ya que poseen riesgos específicos que requieren de la participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación. Su objetivo es evitar el inicio del abuso de drogas, fortaleciendo los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (ejemplo: autoestima), contrarrestando los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas) (CIJ,2008).

Algunos grupos se encuentran en mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas, por lo cual, es necesario identificar los factores que están asociados con el consumo de drogas: biológicos (ejemplo, predisposición genética), psicosociales

(ejemplo, disfunción familiar) y ambientales (ejemplo, comunidades desorganizadas).

Las características de este tipo de prevención son: 1) se dirige a subgrupos particulares que se encuentran en mayor riesgo para el abuso de drogas; 2) pretende posponer o prevenir el uso/ abuso de drogas psicoactivas; 3) selecciona o recluta a los individuos que deben participar en las acciones preventivas; 4) considera que la vulnerabilidad para el consumo de drogas se ubica como base a la pertenencia del grupo en riesgo; 5) a partir del conocimiento de los factores de riesgo específicos del grupo de interés, diseña las actividades que enfatizan objetivos particulares de reducción de riesgos; 6) opera por periodos más largo, requiere de mayor tiempo y esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de prevención universal; 7) requiere que el personal que opera los programas sea hábil debido a que se enfrenta a poblaciones con problemas múltiples y se encuentran en alto riesgo para el consumo de sustancias; 8) favorece que las actividades se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar comportamiento al desarrollo de conductas específicas; y 9) incluye actividades psicoeducativas, de entrenamiento en habilidades, programas de tutoría y liderazgo como actividades culturales para jóvenes (CIJ, 2008).

Prevención Indicada

La prevención indicada es el conjunto de actividades dirigidas hacia aquellos individuos que han utilizado drogas psicoactivas y que muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias, sin embargo, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico como lo define el DSM-IV (CIJ,2008).

Este tipo de prevención no sólo pretende reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Las características de este tipo de prevención son: 1) enfoca sus actividades a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras de riesgo relacionadas; 2) pretende detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas; 3) desarrolla sus programas de forma simultánea a la atención de otras conductas; 4) selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de las acciones de trabajo; 5) enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo; 6) pretende modificar las conductas de los individuos; y 7) requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica (CIJ,2008).

En general, es importante que al establecer acciones de prevención se consideren algunos principios, los cuales son basados en la evaluación de diversos programas que demuestran que existen ciertos elementos en común que pueden ser modificados para adaptarse a ciertas condiciones de la población para una mayor efectividad en la prevención de consumo de drogas.

Las intervenciones preventivas deben reducir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores en la interacción de factores en distintos niveles como: individual, familiar, pares, escuela, comunidad y sociedad/medio ambiente.

Algunas de estas medidas pueden ser: desarrollo de destrezas sociales y personales, contribuir al desarrollo de lazos familiares entre los padres y los hijos desarrollando habilidades de crianza y capacitando a los padres a escuchar e interactuar usando positivamente técnicas de disciplina, ofrecer sesiones donde los padres y los jóvenes aprendan y practiquen destrezas, promover nuevas habilidades en la comunicación familiar, estructurar actividades alternativas con los jóvenes y supervisar dichos eventos, comunicar las normas contra el consumo de alcohol y drogas ilícitas, evitar basarse en intervenciones orientadas y diseñadas para dar únicamente información sobre las consecuencias negativas,

corregir los conceptos erróneos acerca del consumo de drogas, dar a los estudiantes oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de enfoques interactivos, controlar el ambiente que los rodea como las escuelas y otras áreas donde reúnen los jóvenes, promover las restricciones sobre el tabaco y su uso en lugares públicos y privados, limitar la ubicación y la cantidad de puntos de venta de alcohol, apoyar leyes de aire limpio en interiores, etc.(SAMHSA,2001)

De esta manera, las acciones que se toman en cuenta en los diferentes niveles de prevención, son (Ammerman et. al., 1999; Martín, 1995; Paglia y Pandina, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000 en Becoña, 2002) : 1) retrasar la edad de inicio del consumo de drogas; 2) limitar el número y tipo de sustancias utilizadas; 3) evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas; 4) disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas; 5) educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación responsable con las drogas; 6) potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas; y 7) modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Los distintos niveles de prevención del consumo de drogas, son aplicados a los diversos sectores poblaciones de nuestro país, sin embargo, se debe considerar que algunos grupos son mas vulnerables que otros, especialmente los grupos adolescentes en edad escolar los cuales tienen ciertas características y están expuestos a ciertos factores de riesgo potencializando el consumo de drogas, por lo cual se deben realizar una serie de acciones de prevención universal dirigidas a esta población.

3.2 Prevención universal en población adolescente

Las acciones de los programas de prevención hacia toda la población en general han ocupado medidas educativas principalmente, ofreciendo información confiable y fidedigna sobre las consecuencias reales que las drogas representan para el individuo y para la sociedad (Goldstein, 2003).

Sin embargo, basándose en la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura en 1984, los programas de prevención de consumo de drogas, deben contar con acciones que ayuden a desarrollar y fortalecer habilidades cognitivas y sociales, actualmente se conocen como habilidades para la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica estas habilidades en tres áreas (Cuadernos de Formación, 2011):

- Sociales: comunicación eficaz, establecer y mantener relaciones interpersonales, asertividad relacionada con la resistencia a la presión.
- Cognitivas: planificación del futuro y pensar en las consecuencias negativas, toma de decisiones, solución de problemas, pensar en forma creativa, autoconocimiento y autocontrol.
- Manejo de las emociones: empatía, control de emociones, manejo de tensión y estrés (Cuadernos de Formación, 2011).

Es decir, no sólo basta con proporcionar información, se deben aportar otro tipo de componentes, especialmente enseñando técnicas para resistir la presión social y el rechazar ofertas de algún tipo de drogas reforzando la autoeficacia de la persona (Goldstein, 2003). Así mismo, también se deben tomar medidas que mejoren el ambiente generando cambios en la política de salud, acciones en los medios de comunicación, programas escolares para padres y de organización comunitaria. Un ejemplo de programa que lleva a cabo este tipo de acciones es el Proyecto Star (Pentz, et. al, 1989; Pentz, 1995).

Por otro lado, se debe tomar en cuenta, que en la población adolescente se deben ejecutar medidas preventivas que en primera instancia prevengan el consumo de alcohol y tabaco, debido a que existe una relación entre el consumo temprano de tabaco y alcohol y el incremento de la probabilidad de que después exista un consumo de drogas ilegales. Referente a esto, se han realizado diversos estudios, uno de ellos mostró que los estudiantes que reportaron tener antecedentes de consumo de tabaco informaron un mayor uso de cocaína y marihuana (Sánchez, Llerenas Anaya & Lazcano, 2007). Esto se debe al fenómeno de escalamiento, el cual explica el por qué las personas que consumen drogas legales pasan al consumo de sustancias consideradas más peligrosas como cocaína y heroína (Becoña, 2001).

Sin embargo, no se debe olvidar que en ocasiones es necesario aplicar otro tipo de estrategias cuando las personas son diagnosticadas clínicamente con algún trastorno referente al consumo de sustancias psicoactivas.

3.3 Tratamiento del consumo de drogas

El tratamiento para el consumo de drogas, tiene como objetivo el modificar dicha conducta, principalmente incrementando la capacidad para controlar las situaciones y circunstancias personales y ambientales que influyen sobre la conducta de consumo, considerando la interacción de variables individuales, biológicos y sociales permitiendo el establecimiento de estrategias de anticipación para éstos (Lorenzo, 2009).

De esta manera, en 1999, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las adicciones (National Institute on Drug Abuse, 1999, citado en Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete & Bermejo, et. al, 2008).

- 1.- No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
- 2.- El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
- 3.- El tratamiento efectivo toma en cuenta múltiples necesidades del individuo, no sólo al consumo de drogas.
- 4.- Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
- 5.- Permanecer en tratamiento durante un adecuado período es crítico para la efectividad del tratamiento.
- 6.- El consejo (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
- 7.- La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el consejo y otras terapias conductuales.
- 8.- Los individuos que consumen drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- 9.- La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
- 10.- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
- 11.- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
- 12.- Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como consejo que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas de riesgo.
- 13.- La recuperación de los trastornos relacionados al consumo de drogas puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Debido a esto, actualmente existen diversos modelos que sustentan los tratamientos para la conducta de consumo de drogas.

Modelo conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, por principios del aprendizaje, tales como el condicionamiento clásico y el operante. Es decir, la conducta es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición. Este modelo identifica las conductas observables y cuantificables en relación con factores presentes en el entorno, es decir, hace un análisis funcional de la conducta, el cual permite la identificación de la frecuencia e intensidad del consumo relacionados con las condiciones bajo las que ocurre (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008). De esta manera las principales técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de adicciones son el manejo de contingencias, el contrato conductual, el reforzamiento comunitario y el entrenamiento en autocontrol conductual.

Modelo Cognitivo

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos por consumo de sustancia se producen y mantienen debido, principalmente, a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Modelo transteórico de cambio

Este modelo fue formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta, se basa en la premisa de que el cambio en las adicciones no es nunca lineal ni categórico (abstinente, no abstinente) si no que está sometido a un proceso dinámico y fluctuante, siendo así que las intervenciones psicológicas

deben ajustarse a la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente (Lorenzo, 2009).

Este modelo propone los siguientes estadios de cambio:

Pre contemplación: es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar generalmente porque están poco informados sobre las consecuencias de sus conductas. Estos individuos acuden a tratamiento de forma involuntaria evitando las presiones externas (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Contemplación: es el período en que los individuos están pensando en un cambio, pero no se ha desarrollado un compromiso firme de solución. Existe consciencia de la problemática creada por su conducta de consumo y empieza a plantearse la posibilidad de hacer algo para cambiar. En este estadio existe ambivalencia entre costo y beneficio de dejar de consumir (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, 2008, Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Preparación: es un estadio donde se aprecian tanto criterios intencionales como conductuales. Los individuos se encuentran preparados para la actuación; han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a actuar, tales como reducir la frecuencia de la conducta de consumo o haberla intentado dejar en otros momentos, los pros de dejar de consumir superan a los contras (Becoña, et al., 2008, Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Acción: en este estadio se empieza la modificación de la conducta problemática. El estadio de acción es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta de consumo y las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar su adicción (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Mantenimiento: el individuo trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, intentando prevenir una posible recaída (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

Dentro del establecimiento de estos estadios, resulta de utilidad que el psicólogo considere ciertos componentes de la entrevista motivacional permitiendo que el paciente pueda pasar de un estadio a otro.

Modelo de la Entrevista Motivacional

Dentro de estas técnicas, se encuentra la entrevista motivacional, desarrollada por Miller y Rollnick en 1982. Tiene un estilo empático y directivo centrado en el paciente, motivando a éste a disminuir la ambivalencia y la negación en cuanto a su consumo (Mack, Franklin & Frances, 2003), así mismo toma en cuenta los estadios de cambios del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

En la entrevista motivacional, es tarea del terapeuta estimular y orientar al paciente hacia una reevaluación interna de su situación propiciando una atmósfera en la cual el paciente se motive a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento, así como de la naturaleza y seriedad de las consecuencias de dicho comportamiento, estando más consciente de los motivos que le han llevado al inicio y mantenimiento de dichos comportamientos, de las contradicciones que aparecen y de las posibilidades que existen para el cambio (Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008). La entrevista motivacional toma en cuenta los siguientes principios:

- 1.- Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar al paciente de manera reflexiva, comprender sus sentimientos y nunca juzgarlo, debe aceptarlo, lo que no es igual a que lo apruebe en todo sentido.
- 2.- Crear la discrepancia: consiste en llevar al paciente a una discrepancia entre el consumo y una situación más saludable. El terapeuta debe

provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que presente sus propias razones para cambiar.

3.- Evitar la discusión: se refiere a evitar las confrontaciones. El terapeuta debe ser persuasivo, pero no debe discutir con el paciente ni etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva.

4.- Manejar la resistencia: se refiere al giro que le da el terapeuta a las respuestas del paciente, cuando éstas no son cooperativas; aquí el terapeuta intenta cambiar las percepciones del paciente de una manera sugerida más que impuesta.

5.- Fomentar la autoeficacia, ya que esto mejora la capacidad del paciente para disminuir el uso de drogas. Los terapeutas deben estar preparados para usar la confrontación, ocupar la llamada técnica de espejo, intervenir de forma directa, empatizar y reestructurar (Miller y Rollnick, 1991, citado Llorente del Pozo & Iraurgi- Castillo, 2008).

De esta manera, las características de los modelos antes mencionados resultan de utilidad en el desarrollo de tratamientos basados en un modelo cognitivo-conductual-motivacional.

Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional

Las terapias cognitivo-conductuales-motivacionales están integradas por una serie de principios basados en la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007 citado en Becoña et al. 2008). En general, en este modelo se menciona que en el consumo de sustancias se contemplan conductas aprendidas que pueden ser cambiadas. En esta intervención, el paciente identifica y modifica los patrones de pensamiento desadaptativos que desencadenan sentimientos que inducen al consumo (Mack, Franklin & Frances, 2003). Así mismo, se debe contemplar estrategias que incrementen la motivación como lo es la entrevista motivacional.

De esta manera, este tipo de terapias consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo, considerando a este como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete & Bermejo et al., 2008).

Por lo cual, las estrategias que se basan en este modelo, hacen uso de distintas técnicas cognitivo conductuales que al ser aplicadas a los problemas asociados al consumo de sustancias logran obtener resultados eficaces, estas técnicas generalmente incluyen (Quirke, 2001 citado en Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo et al., 2008): entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, como lo son: el manejo del estrés, relajación, habilidades sociales, habilidades de comunicación, entre otras.

Específicamente, el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento está conformado por técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social que tienen por objetivo aumentar y reforzar las destrezas del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales que inician y mantienen las conductas de consumo. Este tipo de programas, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más concretamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de que el paciente aprenda y desarrolle destrezas de enfrentamiento para poder manejar adecuadamente las situaciones de riesgo permitiendo alcanzar y mantener el cambio en la conducta de consumo de drogas (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete & Bermejo et al., 2008), aumentando la percepción de logro y motivación que tiene el paciente para enfrentar dichas situaciones, es decir, afectaran la autoeficacia del paciente (Becoña, 2001).

Dentro del aspecto motivacional, este modelo hace énfasis en el trabajo del terapeuta para reducir la ambivalencia del paciente acerca del consumo de drogas trabajando con la motivación intrínseca y valores del paciente. También, se considera la expresión empática y escucha reflexiva, comunicar respecto y aceptación al cliente y no enjuiciar ni estigmatizar al cliente.

Dentro de este contexto se ubica uno de los modelos que actúa directamente en la modificación de la autoeficacia del paciente para enfrentar las situaciones de riesgo y la motivación para cambiar su conducta de consumo es la prevención de recaídas.

Prevención de Recaídas

Dentro de los modelos de corte cognitivo-conductual-motivacional encontramos la prevención de recaídas, según la definición de Alan Marlatt, esta, es un "programa de autocontrol" diseñado para ayudar a los pacientes a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas de consumo de drogas (Llorente del Pozo & Iraurgi-Castillo, 2008). Este tipo de modelo se creó debido a que los estudios de seguimiento de las personas que llegan a la abstinencia, han indicado que al final del tratamiento, a largo plazo, la mayoría de éstas recaían y volvían a consumir (Becoña, 2002).

Una recaída se produce cuando el paciente se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de enfrentamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Si ante una situación de riesgo el paciente puede emitir una respuesta de enfrentamiento, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el enfrentamiento exitoso de la situación de riesgo, el paciente lo percibe como una sensación de control, lo que incrementa la autoeficacia percibida. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma

acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete & Bermejo et al., 2008).

Este planteamiento teórico identifica algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención: comprender y analizar el problema con las drogas; aprender a identificar situaciones de riesgo o antecedentes de consumo; situaciones externas (personas y lugares) e internas (pensamientos y estados emocionales) que incrementan el deseo de consumo; anticipar las consecuencias negativas del mismo; manejar las estrategias de afrontamiento ante los antecedentes de consumo; aprender a identificar las claves y señales que preceden a una recaída; fomentar los cambios necesarios en el estilo de vida que sea compatibles con el consumo (Lorenzo, 2009).

En líneas generales en la prevención de recaídas se combina: el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento (cognitivas y conductuales), la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo et al., 2008).

A partir de este modelo han surgido programas como la Prevención Estructurada de Recaídas que a continuación se explica.

3.4 Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU)

Dentro de esta misma línea actualmente existe un programa llamado Prevención Estructura de Recaídas (PER) que fue diseñado en 1996 por Helen M. Annis, Marilyn A. Herie y Lyn Watkin- Merek. Este es un tipo de consejo para el paciente de consulta externa que fue desarrollado en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá, en México fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital, para su aplicación en estudiantes universitarios en el 2003 y el cual lleva como nombre Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU).

En este programa, se involucra a los pacientes para: evaluar sus metas y compromiso para cambiar; diseñar un plan de tratamiento individualizado; identificar sus fortalezas y recursos; aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol o droga y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento; desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo en la vida real; hacer las conexiones entre su uso de alcohol o droga y otras situaciones de la vida; y finalmente que el paciente pueda convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

Los componentes principales del PEREU son:

1. Evaluación

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

Esta evaluación es complementada por un exploración detallada de los disparadores mas problemáticos del cliente para el uso del 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" (IDTS-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 paciente a alcanzar y comenzar a actuar en la decisión para cambiar su conducta

de uso de alcohol o droga. La Entrevista Motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el paciente para cambiar su uso de alcohol y/o droga, esto es, los pros y contras percibidos por el cambio; así como en las fortaleza de compromiso para el cambio, complementado por una discusión de los disparadores del paciente para el uso y las fortalezas que tiene de enfrentamiento.

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

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

Tabla1. Relación entre los componentes del tratamiento del PEREU y los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente.

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 de tratamiento individualizado. Los pasos incluyen:

- a) Proporcionar una orientación hacia el consejo y acordar con el paciente la firma de un contrato de tratamiento.
- b) Una revisión por parte del cliente de sus disparadores, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; y

- c) Establecimiento de metas y automonitoreo de disparadores por parte del paciente.

4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio

La Fase de Iniciación se centra en las estrategias de consejo que se sabe con poderosas en la iniciación de un cambio conductual. Los apoyos de iniciación mas importantes incluyen la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol/ droga; y en ocasiones se pueden requerir, la coerción (por ejemplo, por mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora (por ejemplo, Antabus); la involucración de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta. Esta fase implica, típicamente, 4 sesiones.

5. Procedimientos del Consejo para el Mantenimiento del Cambio

En la Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas) se retiran, gradualmente, las ayudas usadas en la Fase de Iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependen sólo del paciente. Las estrategias se diseñan para ayudar al paciente a desarrollar confianza (auto-eficacia), y a que empiece a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso del alcohol o droga. La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores, que cada vez, incrementan su dificultad. Se anima a los pacientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y a practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del Consejo consta de 4 a 8 sesiones.

Dicho programa, proporciona al paciente destrezas de enfrentamiento tales como: enfrentamiento de los deseos intensos; estrategias iniciales de enfrentamiento; incremento del apoyo social; rechazo de alcohol y otras drogas; manejo de malestar físico; solución de problemas; espiritualidad y recuperación; asertividad; enfrentar el aburrimiento; manejo del enojo; relajación; enfrentamiento de sentimientos desagradables y traumas; técnicas del manejo de los flashbacks y

emociones desagradables; enfrentamiento de la ansiedad; enfrentamiento del duelo; y relaciones saludables. Es importante mencionar que, en la primera fase, el paciente adquiere algunas de estas destrezas y en la segunda, el paciente es expuesto a situaciones de riesgo que al enfrentarse exitosamente aumentarían la autoeficacia del paciente.

Las características particulares del PEREU han permitido responder a diferentes necesidades y metas de tratamiento de cada uno de los pacientes que ha recibido este tipo de acciones, modificando su conducta de consumo, ya sea disminuyendo éste, o alcanzando la abstinencia aplicando destrezas de enfrentamiento, no sólo en situaciones que impliquen consumo, si no, integrando éstas a la vida cotidiana del paciente.

De esta manera, con base en el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios, se presenta a continuación la intervención que se realizó con un paciente consumidor de marihuana.

Capítulo 4. Reporte de Caso Único

Motivo de Consulta

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad soltero, que en lo sucesivo, llamaremos SJBE, el cual al momento de acudir al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", estudiaba el 4to semestre de la carrera de biología en la Facultad de Ciencias. SJBE se desempeñaba como personal administrativo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y realizaba actividades dentro de un grupo de música de hip hop.

SJBE fue referido al Programa de Conductas Adictivas, por dicho centro. El motivo de consulta que refirió textualmente fue: "Quiero ayuda, tengo un problema no he sabido como resolverlo; anteriormente busqué alternativas pero he perdido el interés en resolver dicho problema. Acudo aquí porque considero que es el sitio

donde puedo recibir la atención necesaria". Estos problemas se relacionaban con su consumo de marihuana. Dicho consumo de marihuana, era de aproximadamente un cigarro de marihuana al día, el cual fumaba en distintos momentos a lo largo del día, principalmente en horario de clases, después de comer, cuando veía películas o cuando asistía a ensayos de rap, incrementando el consumo en finales de semestre. De la misma manera, en ocasiones SJBE consumía bebidas con alcohol al mismo tiempo.

El paciente inició el consumo de marihuana a los 17 años de edad e identificó el origen de su consumo en el período en el que tenía peleas con su padre, ya que se sentía incomprendido por éste y, del mismo modo, se sentía poco apoyado por su madre. Por lo cual, empezó a consumir marihuana con sus amigos del C.C.H. que en su mayoría eran "graffiteros" y músicos. Al ingresar a la universidad continuó con el consumo de marihuana, fumando con algunos compañeros y en ocasiones solo.

En cuanto al consumo de alcohol, SBJE inició a los 15 años de edad, bebiendo principalmente cerveza y, en ocasiones alguna bebida destilada, presentando un consumo de 6 copas estándar una vez por semana, aproximadamente, SJBE refirió que éste no representa un problema.

Por otra parte, SJBE tuvo episodios donde había consumido otros tipos de drogas como la cocaína que usó como 4 veces en diferentes momentos de su vida, también llegó a consumir inhalantes y hongos alucinógenos, únicamente una vez en su vida. SJBE indicó que hacía aproximadamente 2 años tuvo episodios donde consumía clonazepan combinado con alcohol, aproximadamente cada semana durante un lapso de 6 meses.

Es en este período en donde SJBE comenzó un tratamiento, ya que se sentía triste y su novia lo motivó a iniciar un tratamiento para dejar de consumir drogas, por lo cual, el paciente refirió que acudió al Instituto Nacional de

Psiquiatría donde recibió un tratamiento médico, el cual consistía en tomar Fluoxetina. SJBE sólo acudió 2 meses a dicho tratamiento y no obtuvo éxito en este intento refiriendo que le hacía falta "algo" para dejar de consumir, debido a esto, sólo estuvo abstinerente por alrededor de 2 semanas, mencionando que no le gustaba el tipo de tratamiento recibido, ya que únicamente le daban fármacos.

Respecto a los problemas asociados, SJBE indicó, que el consumo de marihuana le provocaba problemas tanto a nivel individual como social, principalmente afectando a su estado de ánimo, sintiéndose deprimido y con una falta de identidad. Por otro lado, el paciente mantenía constantes peleas con sus padres y ex novia. Debido a estos problemas, SJBE realizó intentos para dejar de consumir, apoyándose principalmente en no tener disponible la marihuana, manteniéndose pocos días sin consumir. Incluso SJBE organizó junto con un profesor de su facultad, un grupo donde los jóvenes podían expresar sus problemas relacionados al consumo de drogas, sin embargo, consideraba que necesitaba ayuda profesional.

Al momento de solicitar el tratamiento, SJBE refirió que los problemas que tenía por su consumo se asociaban con dificultades para respirar, falta de concentración, fallas en la memoria y en ocasiones lagunas mentales, así mismo tenía cambios de humor repentinos asociándose a sentimientos continuos de arrepentimiento, remordimiento por consumir, falta de identidad respecto al consumo, confusión en la elección de carrera y dificultad para poder tomar decisiones.

El consumo de marihuana provocaba consecuencias negativas en la relación con sus padres, discutiendo frecuentemente, lo cual, hacía que los evitara. De la misma forma, SJBE dejó de relacionarse con su círculo social, conformado por personas que no consumían, abandonando distintas actividades que no implicaban consumo de marihuana, como lo era, el realizar ejercicio físico.

El rendimiento laboral y académico de SJBE se encontraba disminuido, presentándose a su trabajo y escuela bajo los efectos de la marihuana en algunas ocasiones, lo cual hacía difícil que se concentrara, sintiéndose irresponsable e incumplido ante estas labores.

En general, estas fueron las razones para que SJBE pensara en cambiar su consumo.

Sesión 1. Evaluación por medio de cuestionarios

Durante la sesión de evaluación se aplicó a SJBE una serie de cuestionarios que tuvieron como objetivo identificar la motivación al cambio que en ese momento presentaba, la historia del consumo de droga, problemas y consecuencias asociados a dicho consumo, el patrón de consumo durante el año anterior al inicio del tratamiento y los principales disparadores para el consumo.

Descripción de los instrumentos

Entrevista Diagnóstica Prescriptiva

La Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (Quiroga, 2008), está conformada por preguntas abiertas y cerradas, las cuales permiten obtener información sobre la historia del consumo, las principales características del mismo y las consecuencias de este, entre otras. Contiene diferentes apartados que permiten obtener información sobre distintos indicadores como: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas y consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancias, observaciones conductuales e instrumentos de tamizaje y diagnóstico sobre dependencia. Esta entrevista fue llevada a cabo por la terapeuta, expresando comprensión e involucrando al paciente para reflexionar y, así, poder establecer una alianza terapeuta-paciente.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE-D)

La Línea Base Retrospectiva (LIBARE-D), fue traducida y adaptada por Quiroga (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB; Sobell & Sobell, 2000, 2003) y tiene como objetivo evaluar el consumo de drogas, antes, durante y después de un tratamiento, utilizando eventos significativos dentro de un formato de calendario los cuales deberán registrar, de manera continua, la cantidad y frecuencia de consumo de drogas durante un período establecido. Por otra parte, permite identificar periodos de recaída y servir como base para sondear las causas de ésta. Presenta una confiabilidad test- retest de 0.91 y la correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.81% (Quiroga, 2003).

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

La Prueba de Detección de Abuso de Drogas fue elaborado por Skinner en el año de 1982 y fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003a) para su uso en población universitaria. Este cuestionario esta conformado por 20 reactivos dicotómicos, los cuales miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de drogas. La confiabilidad de esta prueba es de 0.86, la validez explicada es más del 50% por los cuatro componentes de la varianza total correlacionándose con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo (Anexo 3).

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

El Algoritmo de Compromiso para el Cambio Drogas (ACC-D), se basa en el Client's Stage of Change (CCA), se adaptó para su utilización en la Prevención Estructurada de Recaídas por Annis, Herie y Watkin- Merek en 1996 y en el 2003 fue adaptado y traducido por Quiroga y Vital para estudiantes universitarios. Tiene como objetivo evaluar la motivación del paciente para el cambio en la conducta de consumo de drogas, permitiendo clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambio basados en el modelo de Prochaska y DiClemente: 1) precontemplación (uso de la sustancia durante los últimos 30 días y no hay

consideración para dejar de consumirla durante los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de la sustancia durante los últimos 30 días pero está considerando dejarla en los próximos 30 días); 3) preparación (existe un uso de sustancia durante los últimos 30 días pero llevó a cabo por lo menos un intento, para dejarla en los últimos 30 días); 4) acción (se mantuvo abstinentemente por los últimos 30 días); y 5) mantenimiento (se mantuvo abstinentemente por más de 60 días) (Anexo 4).

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

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol, fue desarrollado por Annis, Herie y Watkin-Merek en 1996 y en el 2003 fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital para su uso en población universitaria. El cuestionario de 50 reactivos permite evaluar las situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante el año pasado. Se basa en la clasificación desarrollada por Marlatt y colaboradores (Marlatt y Gordon, 1980, 1985), evaluando el consumo de drogas en ocho categorías de situaciones de consumo: 1) emociones agradables, 2) malestar físico, 3) emociones agradables, 4) prueba de control personal, 5) impulsos y tentaciones para consumir, 6) conflictos con otros, 7) presión social para consumir y 8) momentos agradables con los demás. Cada uno de los reactivos se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde: 1= nunca, 2= raramente, 3= frecuentemente y 4= casi siempre. Los puntajes de las ocho escalas conforman una distribución normal y mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable representando situaciones de recaída en los pacientes (Anexo 5).

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

El Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga fue traducido y adaptado del Drug- Taking Confidence Questionnaire- Alcohol elaborado por Annis y colaboradores en 1996, fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003b) para su aplicación en estudiantes universitarios. Este

cuestionario consta de 50 ítems que permiten evaluar el concepto de autoeficacia propuesto por Bandura en 1967, en relación con la percepción del paciente sobre su seguridad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para el consumo de drogas. Se pide al paciente que se imagine una variedad de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980), y que conteste para cada situación, con base en una escala de seis puntos cuyo rango va de 0= sin confianza, 20= 20% confiado, 40=40 % confiado, 60=60% confiado, 80=80% confiado al 100= 100% muy confiado. Se basa en 8 categorías para resistirse al consumo de drogas tales como: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando el control personal, impulsos y tentaciones para consumir, conflicto con otros y momentos agradables con otros (Anexo 6).

Resultados de la evaluación por instrumentos

Prueba de detección de abuso de drogas (PDAD-20)

El puntaje obtenido por SJBE en la Prueba de Detección del Abuso de Drogas fue de 16, lo cual indicó un nivel Severo de dependencia a las drogas.

Puntaje obtenido	Nivel de Dependencia
0	No reportado
1-5	Nivel bajo
6-10	Nivel Moderado
11-15	Nivel Medio
16-20	Nivel Severo

Tabla 2. Nivel de abuso a las drogas de SJBE

Línea Base Retrospectiva- Drogas (LIBARE-D)

SJBE consumió un total de 215 cigarrillos de marihuana durante los últimos doce meses antes de iniciar el tratamiento. Presentó 238 días de consumo en comparación con 127 días de abstinencia, siendo así consumió aproximadamente 1 cigarrillo de marihuana por ocasión de consumo, fumando un promedio de 4.5 cigarrillos de marihuana a la semana.

Su consumo mensual fue de 18 cigarrillos de marihuana, el consumo más elevado se presentó durante los meses de diciembre del 2010 y enero del 2011, el cual fue de aproximadamente 27 cigarros de marihuana al mes.

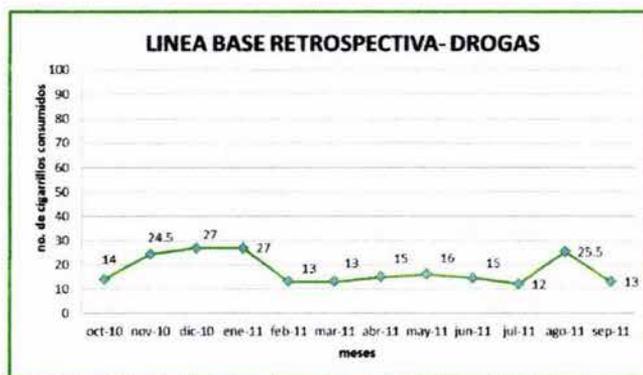


Figura1. Número de cigarros de marihuana consumidos por SJBE durante los últimos doce meses antes del tratamiento.

Algoritmo de compromiso para el cambio (ACC-D)

El paciente consumió marihuana durante los últimos 30 días, sin embargo, presentó intentos para dejar de consumirla tratando de reducir el consumo que había tenido el mes anterior. Por lo anterior, el paciente se encontraba en fase de **Preparación para el cambio**.

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

Los resultados obtenidos a través del Inventario de Situación de Consumo de Drogas mostraron que las situaciones de consumo para SJBE fueron: 1) emociones desagradables (76.6%); 2) impulsos y tentaciones para usar (66%); 3) emociones agradables (53%); 4) probando el control personal (53%); y 5) presión social para el uso (53%) (Ver figura 2).

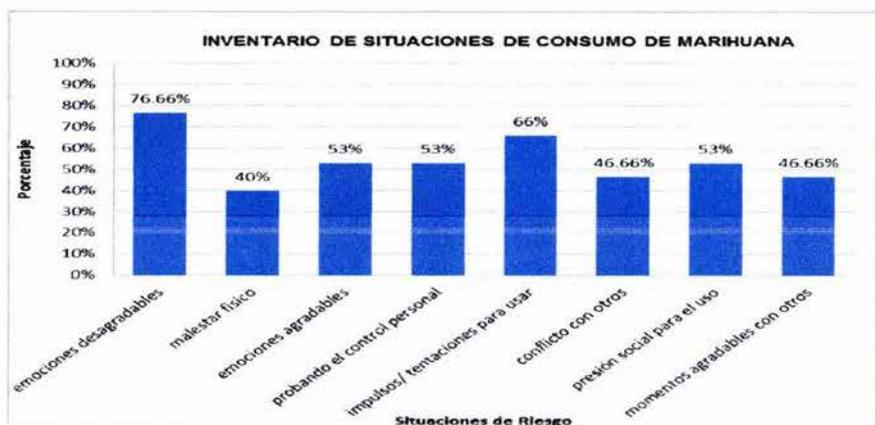


Figura 2. Porcentaje de las situaciones de riesgo para SJBE en el consumo de marihuana.

Tratamiento por sesiones ¹

Sesión 2. Entrevista Motivacional

Objetivo: proporcionar retroalimentación sobre los resultados obtenidos en la evaluación, ayudando al paciente a alcanzar o tomar una decisión para cambiar su conducta de uso de drogas.

Herramientas clínicas: Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS-50) Y balance decisional.

Procedimiento:

- Revisar hallazgos sobresalientes de la evaluación
- Involucrar al paciente en una discusión de su razones para querer cambiar su uso de alcohol o droga
- Evaluar los pros y contras para cambiar con el balance decisional
- Discutir con el paciente las fortalezas y debilidades de enfrentamiento
- Revisar los disparadores problemáticos del cliente para el uso de drogas y hacer que el cliente sugiera algunas alternativas provisionales de enfrentamiento

¹ NOTA del autor. Todas las sesiones iniciaron con un adecuado rapport y encuadre terapéutico.

Desarrollo de sesión:

Se indicó al paciente que se discutiría la información relevante que se obtuvo durante la sesión de evaluación a través de los diversos instrumentos. Principalmente se abordaron puntos referentes sobre las situaciones que disparaban el consumo de marihuana de SJBE. Esta situación dió pie a que se abordaran las expectativas y pensamientos sobre el consumo del paciente.

SJBE mencionó al respecto, que su consumo actual de marihuana ya no era tan excesivo como antes, sin embargo, comentó que no le gustaba depender de una sustancia para realizar algunas actividades. Del mismo modo, el paciente refirió que el consumir marihuana no lo hacía una persona diferente, estando consciente que al fumar marihuana su conducta y expresión cambiaban (lentitud en movimientos, dificultad para articular palabras al cantar, cansancio y sueño) lo cual provocaba que SJBE tuviera distintos problemas tanto a nivel personal como social como lo son no llegar a tiempo a su trabajo o citas con su novia, falta de productividad en los ensayos y sus tareas.

Posteriormente, se realizó un balance decisional donde se discutieron los distintos puntos a favor y en contra para realizar un cambio en la conducta de consumo de marihuana, reafirmando el compromiso de SJBE, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 3. BALANCE DECISIONAL	
CAMBIAR SU INGESTA DE MARIHUANA	
Que hay de bueno en cambiar mi consumo	Que no hay de bueno en cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none">- Independencia de sustancias que provoquen "sentirme bien" o disfrutar de las cosas de la vida.- Identidad personal.- Desarrollo óptimo de mis capacidades.- Relaciones sociales más sanas.- Mejor convivencia familiar y con amigos.- Mayor compromiso conmigo mismo y del sentido de responsabilidad.- Bienestar físico y mental.- Mayor energía para realizar las cosas y capacidad para concluir proyectos.- Dejar de invertir tiempo y dinero en mi consumo, que bien podría ser utilizado en algo productivo.	<ul style="list-style-type: none">- Reducción del núcleo de amistades.- Quedaría negada por completo la oportunidad de volver a probar la marihuana.

CONTINUAR SU INGESTA DE MARIHUANA

Que hay de bueno en no cambiar mi consumo	Que no hay de bueno en no cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a la creación artística a través de "inspiración". - Encontrar amistades que compartan gustos y/o intereses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la salud (física y mental). - Perder la confianza de otras personas. - Mantener relaciones sociales sanas.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Respecto a este ejercicio, las desventajas mencionadas por SJBE al cambiar su consumo fueron puestas como posibilidades muy remotas, refiriendo que en ese momento no había alguna razón significativa que representara una desventaja por dejar de consumir marihuana.

Así mismo, durante esta sesión se discutieron algunas fortalezas y debilidades que presentaba el paciente para realizar un cambio en su consumo. Las fortalezas con las que contaba el paciente en ese momento eran: la relación con su novia, un fuerte deseo de dejar de sentirse dependiente de una sustancia, encontrar una carrera que le permitiera sentirse identificado y la planeación de nuevas actividades que no involucraran el consumo de marihuana.

Como debilidades el paciente identificó su entorno, haciendo referencia a que sus amigos cercanos consumían y al rumbo por donde vivía, ya que era común ver gente en las calles consumiendo algún tipo de droga, por otro lado, SJBE mencionó que su labilidad emocional era riesgosa, mencionando que cuando se sentía triste quería consumir y como última debilidad mencionó que postergaba las cosas, resultando como un impedimento para llevar a cabo el tratamiento.

SJBE llegó a la conclusión basándose en algunos aspectos del Balance Decisional, sus fortalezas y debilidades, que tenía como meta la abstinencia y no sólo reducir su consumo.

Para finalizar la sesión, se fijó la fecha y hora de la próxima sesión.

Sesión 3. Plan de tratamiento individualizado

Objetivo: Desarrollar un plan de tratamiento individualizado involucrando de manera total al paciente.

Herramientas clínicas: descripción del contrato de tratamiento individual del PER para el paciente, identificación de las situaciones del uso problemático de sustancias y formato de monitoreo diario.

Procedimiento:

- Orientación del consejo de PEREU y firma de contrato de tratamiento individual.
- Involucrar al paciente en una discusión de los disparadores comunes de uso.
- El paciente realizará el ejercicio de Identificación de Situaciones de Uso Problemático de Sustancias
- Se explicará al paciente el fundamento del automonitoreo (asignación de tarea).

Desarrollo de sesión:

En primera instancia SJBE leyó y firmó el contrato de tratamiento individual para posteriormente explicar algunos aspectos relacionados para iniciar el tratamiento.

Debido a esto, se le explicó al paciente que el tratamiento que se seguiría era una terapia cognitivo-conductual-motivacional en la cual era de vital importancia el que se comprometiera a realizar los ejercicios asignados en cada una de las sesiones, a lo cual el paciente aceptó y se comprometió. Así mismo, durante la sesión se aplicó un formato para identificar las situaciones de uso problemático de sustancias, la información obtenida fue la siguiente:

Tabla 4. IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

1. Emociones Desagradables	
Antes de usar. ¿Dónde estaba?	En la escuela
¿Estaba alguien más presente?	Si, otros compañeros
¿Estaban otros bebiendo o estaban usando drogas?	Si
¿Cómo se estaba sintiendo?	Cansado del trabajo, aburrido por no planear mis actividades y un poco enojado conmigo mismo
¿Qué estaba pensando?	En mis deberes
Describe lo que paso para que su uso se disparara	Me encontré a propósito con personas que me podrían proporcionar la droga
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir?	Alejarme de esa situación.
2. Impulsos y tentaciones para el uso	
Antes de usar. ¿Dónde estaba?	En una fiesta
¿Estaba alguien más presente?	Si, amigos y primos
¿Estaban otros bebiendo o estaba usando drogas?	Si, estaban bebiendo
¿Cómo se estaba sintiendo?	Bien, relajado y despreocupado
¿Qué estaba pensando?	Que me parecía muy tonta la conducta de las personas que me acompañaban en ese momento
Describe lo que paso para que su uso se disparara	Me embriague y al encontrarme solo, busque conseguir marihuana para fumar
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir?	Evitar consumir alcohol en las fiestas
3. Emociones Agradables	
Antes de usar. ¿Dónde estaba?	En mi habitación
¿Estaba alguien más presente?	No
¿Estaban otros bebiendo o estaba usando drogas?	---
¿Cómo se estaba sintiendo?	Bien, tranquilo y relajado
¿Qué estaba pensando?	Pensaba en hacer mis obligaciones (quehacer en la casa, estudiar, etc.) Para después salir a ver a mi novia.
Describe lo que paso para que su uso se disparara	Me sentí un poco libre y con tiempo para hacer las cosas que quería hacer en el tiempo que fuera necesario
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin consumir?	No teniendo marihuana que consumir

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Posteriormente, se proporcionó al paciente el plan de tratamiento que se estructuró con base a los datos obtenidos de la sesión evaluación, en la cual se identificó que las principales situaciones de consumo ocurrían en compañía de amigos consumidores y en ambientes que facilitaban la disponibilidad de drogas, siendo de apoyo las siguientes estrategias:

- Estrategias iniciales de enfrentamiento
- Enfrentamiento de los deseos intensos
- Rechazo al alcohol y otros drogas

Así mismo, SJBE refirió que consumía marihuana cuando se sentía triste o confundido en su toma de decisiones, de la misma manera refirió tener constantes peleas con sus padres y novia por no saber expresar sus emociones e ideas de manera correcta, por lo cual, se completo el plan de tratamiento con estas estrategias:

- Solución de problemas
- Asertividad

SJBE, estuvo de acuerdo en las destrezas de enfrentamiento que se proponían. Finalmente, se explicó al paciente que durante las sesiones subsecuentes, debería realizar un automonitoreo sobre su consumo de marihuana, siendo éste, un referente para identificar situaciones de consumo, el avance hacia sus metas y las posibles estrategias de enfrentamiento que se utilizaba en situaciones de riesgo.

Tareas: automonitoreo

Sesión 4. Fase de iniciación y mantenimiento del cambio

Objetivo: Preparación de un plan semanal para anticiparse a las situaciones de riesgo planeando alternativas de enfrentamiento y análisis funcional de los episodios recientes de consumo de droga.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de iniciación), Cuestionario de Confianza para el consumo de drogas (CCSD-50), formato de análisis funcional y formato de automonitoreo diario.

Procedimiento:

- Discutir los fundamentos y dirigir el análisis funcional de un episodio reciente de consumo de drogas
- Discutir las situaciones de riesgo que anticipara el paciente durante la semana y las posibles alternativas de enfrentamiento a emplear.
- Realización del plan semanal
- El paciente realizara el (CCSD-50)
- Asignación de tarea de automonitoreo diario

Desarrollo de sesión:

Al revisar el automonitoreo, se observó que SJBE había consumido marihuana dos veces durante la semana, el lunes había fumado con una pipa marihuana y lo que sobro lo guardo y el jueves consumió con uno de sus amigos. Con estas situaciones se realizó un Análisis Funcional, explicando al paciente que este ejercicio lo podía aplicar en las diversas situaciones de riesgo y que esencialmente le serviría para identificar disparadores actuales de consumo y así poder desarrollar algunas estrategias que le permitieran anticiparse a situaciones de riesgo.

Tabla 5. ANALISIS FUNCIONAL		
ANTECEDENTES (A)	CONDUCTA (B)	CONSECUENCIAS (C)
Me sentía ansioso por fumar y tenía la marihuana en mi casa.	Trate de concentrarme en mi tarea pero al final comencé a excusarme y resolví que sería la última vez que lo haría y desearía el resto y consumí marihuana a través de una pipa.	Me sentí más relajado No pude terminar mi tarea
Me encontré con un amigo, empezamos a platicar y me ofreció marihuana.	Fume un cigarro de marihuana junto con mi amigo, considero que fue muy poco	Seguí platicando con mi amigo sintiéndome relajado y haciendo planes con él. Después me sentí incongruente con mis palabras y que no estaba comprometido a cambiar.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

SJBE mencionó que este ejercicio le permitió esclarecer por qué había consumido, respecto a la primera situación comentó que se sentía mal porque él estaba solo y nadie lo presionaba, pero la ansiedad que tenía era demasiada y que no sabía por donde empezar, a lo cual se le dijo que el desarrollo de las

destrezas relacionadas a las estrategias iniciales de enfrentamiento y al enfrentamiento de los deseos intensos le permitirían manejar estas situaciones de mejor manera. Posteriormente, se le comentó que sería conveniente que durante las primeras semanas de tratamiento evitara a personas y situaciones que disparaban el consumo, como lo era: el ver a amigos que fueran consumidores.

Así mismo, se realizó junto con SBJE el plan semanal correspondiente a la fase de iniciación.

Tabla 6. PLAN SEMANAL FASE DE INICIACION	
Meta: no fumar en la semana (abstinencia) Confianza para lograr esta meta: 60%	
Describa dos disparadores de uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
Encontrarme con un amigo (consumidor) para realizar actividades recreativas relativas a la producción musical. Estaremos en su casa, por la tarde, solos él y yo y probablemente alguien más. Ellos estarán consumiendo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me concentraré en hacer arreglos musicales. 2. Fumar un cigarrillo o sustituirlo por una bebida (no alcohólica) o algún dulce. 3. Comunicarle a quien me acompaña que estoy tratando de no consumir marihuana y no quiero hacerlo en ese momento.
Encontrarme solo en casa en mi "tiempo libre" a cualquier hora del día. Supongo que estaré haciendo alguna tarea de la casa, tal vez lavando mi ropa, limpiando mi cuarto, ayudando en algo a mis padres, etc. O simplemente tratando de organizar mis actividades de la semana o a largo plazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autocontrol 2. No tener a la mano marihuana.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Posteriormente, el paciente contestó el cuestionario de Confianza para el consumo de drogas, el porcentaje de confianza para enfrentar las situaciones de consumo de SBJE, fueron las siguientes: 1) conflicto con otros (74%); 2) emociones agradables (72%); 3) presión social para el uso (56%); 4) malestar físico (56%); 5) probando el control personal (52%); 6) momentos agradables con otros (52%); 7) impulsos y tentaciones para el uso (44%); y 8) emociones desagradables (40%) (Ver Figura 3).

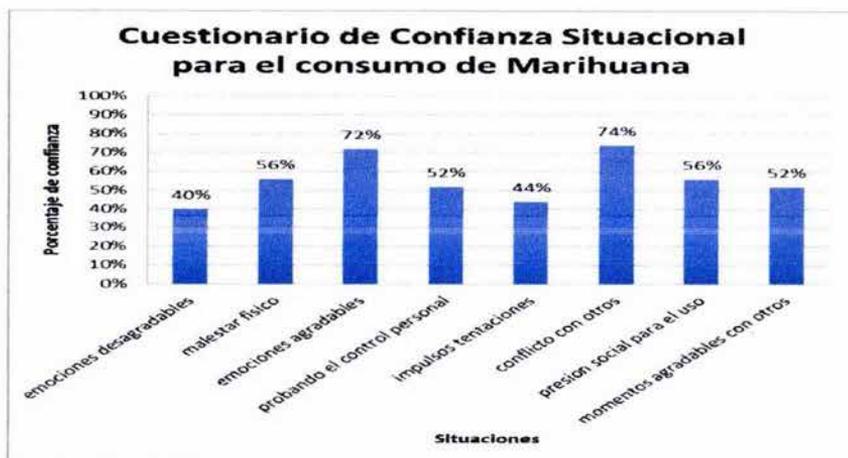


Figura 3. Porcentaje de confianza situacional reportado por SJBE para resistir al consumo al iniciar el tratamiento.

Tareas: Al finalizar se entregó al paciente el formato de automonitoreo y se concertó la próxima sesión.

Sesión 5. Estrategias iniciales de enfrentamiento/ manejo de los deseos intensos

Objetivo: Preparación de un plan semanal para anticiparse a las situaciones de riesgo enseñando al paciente estrategias iniciales de enfrentamiento y manejo de los deseos intensos.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de iniciación), formato de automonitoreo diario y formato de destrezas de enfrentamiento.

Técnicas: Psicoeducación y ensayo conductual

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente resumidas en el plan semanal y discutir cualquier problema que surja.
- Devolver y revisar el perfil computarizado del CCSD-50 al paciente

- Discutir situaciones de riesgo que anticipara el cliente durante la semana y las posibles alternativas de enfrentamiento a emplear
- Destrezas de enfrentamiento
- Completar el plan semanal con el cliente

Desarrollo de sesión:

Se analizó el automonitoreo de la semana anterior y se observó que SJBE había consumido marihuana una vez en la semana, el sábado al asistir a un evento de hip-hop consumió tres fumadas del cigarro de marihuana. Con este evento se realizó un análisis funcional.

ANTECEDENTE (A)	CONDUCTA (B)	CONSECUENCIA (C)
Estaba con mi novia y unos amigos en un concierto de hip-hop, unos amigos con los cuales acostumbraba drogarme se acercaron y me invitaron a consumir	Consumí sólo 3 fumadas de un cigarro de marihuana	Disfrute del concierto y de la convivencia con mis amigos, pero también tuve problemas con mi novia, ya que ella me está apoyando para cambiar mi consumo y me sentí muy defraudado.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Posteriormente, se trabajó con el paciente las destrezas referentes a las estrategias iniciales de enfrentamiento y manejo de los deseos intensos, respecto a la primera destreza se explicó a SJBE las siguientes acciones que le podían ayudar a evitar consumir:

Tabla 8. ESTRATEGIAS INICIALES DE ENFRENTAMIENTO

- Tirar alcohol y drogas, puede pedir apoyo de un amigo que no use drogas para que lo ayude con la tarea.
- Romper todo contacto con los usuarios y distribuidores
- Cambiar número de teléfono y/o tire números de teléfono de distribuidores
- Probar una nueva actividad que no se relacione con las drogas
- Hablar con amigos que los apoyen, familia o profesionales de la salud acerca de las situaciones que son difíciles para usted
- Decir a los amigos que lo apoyan que usted ya no está usando drogas

Así mismo, se explicó al paciente que al dejar de usar marihuana era probable que se generaran deseos intensos, especialmente en las situaciones de alto riesgo, dando al paciente algunas sugerencias que le ayudaran a enfrentarlos:

Tabla 9. MANEJO DE DESEOS INTENSOS

Conducta (qué hago)	Cognición (qué pienso)
<ul style="list-style-type: none"> - Escriba sus pensamientos y sentimientos. - Busque apoyo. Hable con alguien de los que esta experimentando - Distráigase, haga algo que no este relacionado con las drogas - Sustituya a otra conducta (comer alguna cosa o tomar una bebida alternativa) - Abandone o cambie de situación - Realice una respiración profunda para relajarse - Posponer la decisión de beber o usar dentro de 15 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> - Normalice los deseos intensos - Uso de imaginaria: (por ejemplo visualizar los deseos como una ola que sube y baja y usted la está librando) - Uso de autodeclaraciones positivas: yo puedo enfrentar esto - Emplee detención y cambio del pensamiento - Piense en las consecuencias negativas del uso de marihuana - Piense en los beneficios de no usar marihuana

El paciente practicó las destrezas de enfrentamiento correspondientes a la sesión obteniendo la siguiente información:

Tabla 10. ESTRATEGIAS INICIALES DE ENFRENTAMIENTO

Lista de personas de alto riesgo que necesito evitar en este momento	<ul style="list-style-type: none"> - Mis amigos que consumen alcohol y drogas. - Distribuidores conocidos, cerca de la escuela y mi casa
Lista de los lugares de alto riesgo que necesito evitar en este momento	<ul style="list-style-type: none"> - Lugares cercanos a mi casa (calle) donde se reúnen personas, para drogarse - En mi escuela - Evento de música que congreguen consumidores
Lista de cosas de alto riesgo, que necesito evitar en este momento	<ul style="list-style-type: none"> - Bebidas con alcohol
¿Cuáles son las actividades seguras en las que yo puedo involucrarme ahora?	<ul style="list-style-type: none"> - Salir con mi novia - Actividad física - Leer y/o estudiar
¿Dónde puedo buscar apoyo o quien me puede apoyar?	<ul style="list-style-type: none"> - Con mis padres

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Tabla 11. ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS

Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso	Estuve con un grupo de amigos, todos ellos consumen, estar con ellos y recordar "viejos tiempos" me hizo experimentar un deseo intenso de fumar
Usando el ejemplo anterior, planea formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar	Evitar estas compañías y mantener mi mente ocupada en otras cosas
¿En quien va a buscar apoyo?	Mi novia
¿Qué hará para distraerse?	Abandonar la situación, caminar o hacer una actividad física (ejercicio)
¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas) se proporcionara?	Me siento mejor física y emocionalmente sin consumir Quiero no ser dependiente de la marihuana
¿Qué más puede hacer en esta situación?	Escribir acerca de mis emociones y sentimientos.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Posteriormente, se realizó junto con SJBE el plan semanal, correspondiente a la fase de iniciación.

Tabla 12. PLAN SEMANAL FASE DE INICIACION

<p>Meta: no fumar esta semana (reducción) Confianza para lograr esta meta: 60% refiriendo que durante esa semana iba a tener varios encuentros con su amigo (consumidor) para ensayar, ya que tendrían una presentación, y comentó que esta situación le resultaba de alto riesgo. Posteriormente, mencionó que lo mejor sería que su meta cambiara a la reducción del consumo.</p>	
<p>Describa dos disparadores de 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>En casa de un amigo, por la tarde, estaremos juntos para trabajar en el proyecto de música.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Podría no asistir a encontrarme con mi amigo. - En caso de asistir y que me invite, decirle que mejor después. - Pensaré que no debo consumir aún cuando él lo haga y me invite
<p>En mi casa o en casa de mi novia y en compañía de mi cuñado, (que ha empezado a consumir marihuana) estaremos conviviendo, tal vez viendo un película o solo platicando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar pedir que comparta la droga conmigo - Platicar de cosas no relacionadas a la marihuana - Pensar en que me siento mejor sin consumir - Poner más atención a mi novia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Observaciones: Al finalizar la sesión, se le planteó al paciente la posibilidad de que evitará asistir a los ensayos, ya que representaban para él una oportunidad de consumo para la cual todavía no estaba preparado para enfrentarla, a lo cual SJBE mencionó que no podía debido a que próximamente iba a tocar en un evento, lo que representaba un compromiso que tenía desde hacía varios meses impidiendo que abandonará el proyecto en ese momento, sin embargo, comentó que posiblemente las destrezas vistas serían útiles, ya que en los ensayos sentía fuertes deseos de consumir.

Tareas: automonitoreo diario.

Sesión 6. Rechazo de drogas/solución de problemas

Objetivo: Preparación de un plan semanal para anticiparse a las situaciones de riesgo enseñando al paciente estrategias de rechazo de drogas y solución de problemas.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de iniciación), formato de automonitoreo diario y formato de destrezas de enfrentamiento.

Técnicas: Psicoeducación y ensayo conductual

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente resumidas en el plan semanal y discutir cualquier problema que surja.
- Discutir situaciones de riesgo que anticipara el cliente durante la semana y las posibles alternativas de enfrentamiento a emplear
- Destrezas de enfrentamiento
- Completar el plan semanal con el cliente

Desarrollo de sesión: Se abordando los puntos referentes a la ausencia del paciente por un lapso de dos semanas, refiriendo que no había tenido dinero para acudir a la sesión pasada.

Posteriormente, al revisar el automonitoreo de las semanas anteriores se encontraron 5 ocasiones de consumo de marihuana, todas relacionadas a la presencia de uno de sus amigos (consumidor) con el cual tiene un proyecto de música, por otra parte, SJBE tuvo otras ocasiones en las que presentó situaciones de riesgo las cuales supo enfrentar, principalmente utilizando las destreza de enfrentamiento relacionada con el cambio en el contenido del pensamiento (métrica de las canciones y letras de canciones en lugar de pensar en fumar) para controlar los deseos intensos por consumir. (Ver Automonitoreo).

Tabla 13. AUTOMONITOREO

Fecha	Descripción de la situación de riesgo	Descripción de enfrentamiento	Registro de uso de drogas
Lunes 14/11/2012	Después de haber acudido a la sesión me dirigí a la biblioteca central a devolver un libro, en el camino me encontré con mi amigo H (consumidor) con quien tengo el proyecto de música. El me propuso que fumáramos a lo cual respondí que por el momento no estaba fumando. Acordamos que días nos veríamos para ensayar, ya que pronto	La verdad me sentía muy tenso y al ver a mi amigo lo primero que vino a mi mente es que si traía mota podríamos fumar, mientras pensaba en eso, también pensé que como era posible si acababa de salir, me importó por un momento lo	Fume lo suficiente como para llegar a mi trabajo bajo el efecto de la marihuana.

	tendríamos un evento importante en el que nos presentaríamos. Después de entregar el libro nos fuimos a las islas a platicar, se dispuso a fumar y accedí a fumar.	que dirían de mi (mi terapeuta, mi novia y mi amigo), pero finalmente lo quise ignorar y decidí olvidarlo por un momento, después de todo si quería fumar para sentirme más tranquilo.	
Martes 15/11/2012	Asistí al ensayo con mi amigo H, el saco marihuana para que fumáramos y no puse ninguna resistencia.	No enfrente la situación, sólo accedí de forma automática.	Fume durante el ensayo con un pipa, después me retire y llegue tarde a la cita que tenía con mi novia puesto que perdí la noción del tiempo.
Miércoles 16/11/2012	Al término de mis labores, me sentí muy cansado, algo triste por lo acontecido en los días anteriores. Me encontraba solo y me dirigí a mi casa pues esta tarde no vería a mi novia. Sentí la necesidad de fumar nuevamente como si así me fuera a sentir más relajado y me haría olvidar mis problemas.	Pensé en que había desperdiciado mis logros de la semana anterior y que precisamente lo que sentía en ese momento por haber fumado era lo que ya no quería sentir (malestar físico y emocional). Decidí ocuparme de mis tareas pendientes al llegar a casa para pensar en otra cosa, realmente no me costó trabajo dejar de pensar en que quería fumar, ya que me puso a realizar mis tareas, después cene y al platicar con mis papás sobre como me había ido durante el día, lo cual me ayudó a sentirme menos triste.	No consumi
Jueves 17/03/2012	No tuve situaciones de riesgo, ya que me mantuve ocupado en mi trabajo y posteriormente con mi novia.	Realmente no sentí deseos de consumir durante el día, me sentía más feliz, sin embargo pensé en que podía controlar los deseos de consumir sin ningún problema.	No consumi
Viernes 18/03/2012	Asistí con mi novia y unos amigos a un bar, ya que era cumpleaños de uno de mis amigos, me sentía muy a gusto en la compañía de todos ellos. Tome algunas cervezas y al percibir el olor de la marihuana y me dieron ganas de fumar.	Hice un gran esfuerzo por no consumir esta ocasión, pensé en que realmente era algo que no quería hacer y mucho menos mezclarlo con alcohol. Mi novia me ayudó mucho, ya que no me gusta que me vea bajo los efectos y ella me apoya en este cambio. También pensar en las consecuencias de que consumiera hizo que se detuviera mi pensamiento y seguí conversando con mis amigos y mi novia, pues así me sentía muy bien.	No consumi
Sábado 19/11/2012	Asistí al cumpleaños del papá de mi novia, por lo cual no tuve ninguna situación de riesgo y tampoco ganas de consumir		No consumi
Domingo 20/11/2012	No encontré ninguna situación		No consumi
Lunes 21/11/2012	Fui a casa de mi amigo H para ensayar. Pensé en que debía concentrarme y dejarme llevar, sentir lo que estaba haciendo. También en que no debía fumar por las "desventajas" que representa en un ensayo, me refiero a la dispersión de mi mente, resequedad en mi boca que me impide pronunciar bien las palabras y rapear.	Decidí fumar un poco para relajarme y fluir un poco mejor al rapear, ya que quería que el ensayo saliera bien, ya que casi se acercaba el día en el que nos presentaríamos también me sentía ansioso debido que mi amigo consumía enfrente de	Estuve fumando un poco en el transcurso del ensayo (1 cigarro)

Martes 22/11/2012	Después del trabajo me dirigí a casa de H, comenzamos a ensayar y yo pensaba en que no consumiría, ya que había fumado una noche anterior y no quería hacerlo a la hora del evento.	mi. Quise pensar que estaba sujeto a mi estado anímico (emocionado porque sería el evento) y a mis deseos de hacerlo.	Volví a fumar durante el ensayo
Miércoles 23/11/2012	No hubo situaciones		No consumi
Jueves 24/11/2012	No hubo situaciones		No consumi
Viernes 25/11/2012	No hubo situaciones		No consumi
Sábado 26/11/2012	Ese día quedamos de vernos mis amigos y yo desde temprano para ensayar por última vez e ir preparando las cosas para la presentación por la tarde. Desayunamos y después fumamos para continuar el ensayo	Honestamente no hice nada por evitar fumar pues ya había comenzado a acostumbrarme y a olvidar que trataba de dejarlo. Considerando que no lo había estado haciendo diariamente y que no había causado ningún problema.	Ese día fume durante el ensayo (11 a 12 del día) después me mantuve sin consumir hasta después de nuestra presentación, sólo fume un poco y tome cerveza.
Domingo 27/11/2012	No hubo situaciones		No consumi

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante la sesión se trabajaron las destrezas de enfrentamiento referentes al rechazo de alcohol y otras drogas y la solución de problemas. Se explicó al paciente que al dejar de usar marihuana una de las situaciones de más alto riesgo que podría experimentar era cuando alguien le ofrecía droga y que en ocasiones el decir "no" requería de práctica y en muchos casos no era suficiente, por lo cual, sería de utilidad seguir las siguientes sugerencias:

Tabla 14. RECHAZO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- No dude en decir "no"
- Mire a la persona a los ojos
- Dígale a la persona que no le ofrezca más
- Sugiera una alternativa, alguna cosa que hacer, algo más para beber o comer
- Cambie de tema o de asunto
- Recuerde su meta
- Piense en las consecuencias negativas de usar y los beneficios de no usar
- Abandone la situación
- No se sienta culpable por rechazar o negarse
- Siéntase bien consigo mismo por no consumir

Tabla 15. RECHAZO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

¿En que situaciones anticipará el ofrecimiento de una bebida o una droga?

1. Estando en casa de mi amigo antes del ensayo o durante.
2. Al asistir a eventos relativos a la cultura hip- hop (conciertos, exposiciones, etc.)
3. En alguna fiesta o reunión con amigos.

¿Qué hará, pensará y/o dirá en cada una de estas situaciones?	1. Antes de que me ofrezca, preferiría explicarle a mi amigo que quiero dejar de fumar y el porqué, y si me ofrece comunicarle que no quiero.
	2. Me apartaré de la situación y me dedicaré a hacer lo que realmente me motiva para estar ahí.
	3. Diré que no, hablaré de otra cosa o me alejaré de la situación.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Respecto, a la solución de problemas, se explicó a SJBE que era importante aprender una manera efectiva desarrollando ciertas habilidades para resolver problemas tanto para los eventos relacionados con el uso de drogas y otras situaciones de la vida, enseñándole tres pasos generales:

Tabla 16. SOLUCION DE PROBLEMAS

- Identificar el problema
- Enlistar y evaluar las posibles soluciones, analizar los pros y contras de cada solución. Jerarquizar cada solución en base a los más positivo y menos negativo, desechar cualquier decisión que sabe que nunca usará
- Elija la solución y trabaje con esta

Se realizaron diferentes ejercicios para enseñar al paciente los pasos para una efectiva solución de problemas, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 17. SOLUCION DE PROBLEMAS

Problema: Examen para cambiarme a la carrera de ciencias de la comunicación

A. Conseguir Guías de estudio (estudiar por mi cuenta) serían guías específicas porque algunos temas ya los domino bien.	Pros: puedo estudiar a mi ritmo, no gastaría mucho dinero, sólo yo intervengo y marcaría mi propio horario. Contras: no contienen todo lo que necesito estudiar
B. Asistir a un curso para presentar mi examen	Pros: recibirá asesoría de alguien que tiene un buen manejo del tema y podría resolver mis dudas. Contras: costos y horarios
C. Exámenes prueba	Pros: lo haría por mi mismo, las preguntas son semejantes a los exámenes Contras: se tiene que pagar para que te manden la guía y te ponen este tipo de exámenes.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Por otra parte, se realizó el mismo ejercicio para la elección de carrera, tomando como decisión conseguir guías de estudio para ingresar a la carrera de Ciencias de la comunicación.

Tabla 18. DECISION ELECCION DE CARRERA	
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	
PROS	CONTRAS
<ul style="list-style-type: none"> - Tengo facilidad para expresarme de forma oral y escrita (redacción y gramática) - Me gusta leer - Relacionado con la cultura - Bases para la producción audiovisual, puedo mezclarlo con mi proyecto de música. - La comunicación es central hoy en día - Hay campo de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo, me encuentro trabajando y eso afecta mis horarios
SOCIOLOGIA	
PROS	CONTRAS
<ul style="list-style-type: none"> - Tengo mucho interés por conocer el desarrollo de la sociedad y problemas contemporáneos - Gusto por la lectura - Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> - el más importante es lo referente al campo laboral, me parece que no es amplio y es difícil tener una buena posición. - tiempo
FILOSOFIA	
PROS	CONTRAS
<ul style="list-style-type: none"> - También me gusta la temática - Lectura 	<ul style="list-style-type: none"> - campo laboral - tiempo - interés general

Posteriormente, se realizó junto SJBE el plan semanal correspondiente a la fase de iniciación.

Tabla 19. PLAN SEMANAL. FASE DE INICIACION	
<p>Meta: asistir a mi ensayo y evitar fumar con mi amigo Confianza para lograr esta meta: 60%, no me siento seguro de no consumir durante el ensayo, porque mis amigos consumen enfrente de mí y me sentiría distinto si no fumo con ellos.</p>	
<p>Describe dos disparadores de uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.</p>	<p>Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</p>
<p>Encontrarme con mi amigo en su casa para el ensayo mañana por la tarde. Probablemente si tendré ganas de fumar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistiré y no haré nada porque él o yo fumemos, si él comienza a fumar, tal vez fumaré tabaco, tomaré agua o probaré algún dulce. O decirle que después. - Tengo que ser más consciente de abstener y me negaré rotundamente a la invitación. - Pienso que también debería comunicarle que ya no estoy consumiendo marihuana. - Pensaré en lo bien que me siento cuando no consumo. Pensaré en porque no lo debo hacer en ese momento.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Se repasaron las destrezas relacionadas al enfrentamiento de los deseos intensos y se recordó al paciente que sería de utilidad que se anticipara a las situaciones que podrían presentarse a lo largo del próximo periodo vacacional.

Al finalizar, se entregó al paciente el formato del automonitoreo y se concertó la próxima sesión.

Observaciones: a partir de este momento, las sesiones se tuvieron que suspender debido al periodo vacacional en la Universidad, así mismo después de este lapso el paciente tuvo vacaciones en su trabajo y se fue de viaje a Oaxaca por espacio de 2 semanas, en dicho viaje retomó su consumo e incluso pensó en abandonar el tratamiento pero decidió volver debido a que se encontraba muy motivado para dejar de fumar marihuana y con un fuerte compromiso con él mismo.

Sesión 7. Retomando el tratamiento

Al iniciar la sesión se realizó un rapport y el encuadre terapéutico explicando al paciente que durante la sesión se abordarían puntos referentes a los motivos que impulsaron al paciente a consumir durante su ausencia en el tratamiento.

SJBE refirió que el contexto en el que se encontraba se prestaba a que fumara marihuana, por lo cual pensó que el "consumo no afectaba sus actividades" ya sea dentro de la escuela o de su trabajo y no tenía porque continuar el tratamiento. Su regreso al DF generó en el paciente sentimientos de frustración sintiéndose mal por los avances que había tenido en la terapia, así mismo el paciente refirió que a partir de su llegada había tenido mucho trabajo y tarea debido a su ingreso a una nueva carrera, estas situaciones y su motivación facilitaron que llevará alrededor de 2 semanas sin consumir marihuana.

Durante la sesión se retomaron puntos importantes sobre el balance decisional realizado en sesiones pasadas, siendo así que el paciente decidió continuar con el tratamiento, así mismo, se retomó que como principal situación de riesgo referida por el paciente se refería a los ensayos que realizaba con su amigo

H. se puso como meta el asistir a los ensayos y no consumir marihuana, el paciente se apoyaría en control de los deseos intensos, rechazo de drogas, cambio de pensamientos y en general pensaba que una buena solución sería el comunicarle a sus amigos que estaba en un tratamiento para dejar de consumir.

Al finalizar esta sesión, se hizo un breve repaso sobre las sesiones anteriores y las destrezas que se habían analizado.

Sesión 8. Asertividad

Objetivo: Preparación de un plan semanal para anticiparse a las situaciones de riesgo enseñando al paciente estrategias referentes a la asertividad.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de iniciación), formato de automonitoreo diario y formato de destrezas de enfrentamiento.

Técnicas: Psicoeducación y ensayo conductual

Procedimiento

- Repasar la asignación de tareas del cliente resumidas en el plan semanal y discutir cualquier problema que surja.
- Discutir situaciones de riesgo que anticipara el cliente durante la semana y las posibles alternativas de enfrentamiento a emplear
- Destrezas de enfrentamiento
- Completar el plan semanal con el cliente

Desarrollo de sesión

El paciente refirió que durante la semana no consumió marihuana. Durante su asistencia a los ensayos de música de tipo hip-hop, no fumó aunque sus amigos estuvieran consumiendo, el paciente comentó que a sus amigos les pareció extraño esta conducta tomándolo como broma de parte del paciente, el cual habló con ellos y les comentó que estaba intentando dejar de consumir marihuana, sus amigos no mencionaron nada al respecto, sin embargo, no le volvieron a ofrecer marihuana durante el ensayo.

Estos eventos hicieron que el paciente encontrará incoherentes sus pensamientos con sus acciones, debido a que en la música promovían ideas

sanas y de expresión cultural que no tenían nada que ver con el consumo y a pesar de eso en los ensayos y eventos él y sus amigos fumaban marihuana lo que provocaba que los ensayos salieran mal, ya sea porque se les olvidaban las letras o por su condición física que disminuía al fumar marihuana, dicha situación generó en el paciente distintas ideas por lo cual decidió hablar con sus compañeros de grupo proponiéndoles no fumar marihuana para tener ensayos de mejor calidad, sus amigos respetaron la propuesta pero no estuvieron de acuerdo en dejar de fumar pero el paciente les comentó que el dejaría de fumar durante los ensayos.

De esta manera, se le preguntó al paciente sobre las técnicas que ocupó para poder resistirse a fumar durante los ensayos, a lo cual comentó que en general se apoyó en técnicas referentes al pensamiento, es decir, modificó su pensamiento, en lugar de tener pensamientos pesimistas sobre la incapacidad para dejar de consumir, pensaba en cosas positivas como lo bueno que era para la métrica de las canciones. Así mismo SJBE mencionó que en general nunca se sintió ansioso ante la situación de que fumaran enfrente de él, que al contrario se pudo dar cuenta de que el fumar afectaba directamente sobre la memoria y ritmo de sus amigos, el paciente agregó que al regresar a su casa sintió una sensación agradable ya que al no consumir marihuana, no tenía síntomas de “resaca” que aparecían en el trayecto de casa de su amigo a su casa, al contrario el no consumir le permitió que al llegar a su casa pudiera convivir con su padres y su novia.

Durante la sesión se abordó la destreza de asertividad, explicando y practicando la siguiente información:

Tabla 20. ASERTIVIDAD

- Tipos de respuesta: agresiva, pasiva y asertiva
- Técnicas para comportarse asertivamente: contacto visual con la otra persona, pararse o sentarse de manera orientada a la otra persona, hablar de forma clara, firme y con voz controlada, dar su punto de vista y desarrollar confianza en sí mismo.

Durante la práctica de esta estrategia, se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 21. ASERTIVIDAD	
1. Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año dónde hubiera deseado haberse comportado de una mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.	
Describe la situación	Mi novia se dió cuenta que estaba bajo los efectos de la marihuana, y se enoja. Me mostró su disgusto y se mostró muy directa con sus críticas
¿Dónde estaba?	Primero estaba en casa de amigo H y había consumido marihuana, posteriormente, me encontré con mi novia en el metro.
¿Quién estaba presente?	Mi novia y yo
¿Qué estaba pensando?	Que era muy explosiva con sus comentarios y que me quería hacer sentir mal
¿Qué estaba sintiendo?	Me sentí mal, incomprendido, muy triste y con ganas de llorar
¿Cuál fue el resultado?	No hable, me quede callado, no pude decirle nada. Seguimos enojados y ella se fue sola a su casa
2. Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo)	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primero reconocer cual es el origen de la discusión. 2. No quedarme callado, comunicarle lo que siento, pienso y creo. 3. Tendré una plática con ella, de forma asertiva, para llegar a un mutuo acuerdo.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaldas 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.

Posteriormente, se realizó junto con SJBE un plan semanal, obteniendo la siguiente información:

Tabla 22. PLAN SEMANAL. FASE DE INICIACION	
Meta: abstinencia	
Confianza para lograr esta meta: 80%. SJBE refirió que ya llevaba varias semanas sin consumir sintiendo un bienestar y seguridad.	
Describe dos disparadores de 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.
Asistir a un evento de música de tipo Hip- Hop.	<ul style="list-style-type: none"> - No asistiendo, realmente ya no me gustaría asistir a este tipo de eventos. - En caso de asistir, estar el mayor tiempo posible con mi cuñado que ya no consume marihuana y que está enterado de mi situación y ha resultado ser un gran apoyo. - Si me ofrecen, decir que no y concentrarme en el mensaje que quieren transmitirme las personas que están tocando.
Ensayos de música.	- Las técnicas que me sirvieron la semana



pasada (pensar en cosas referentes a la métrica y letras de canciones, rechazar si me invitan).

- En esta ocasión quiero hablar con ellos de forma más seria para decirles que ya no estoy consumiendo.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Tareas: asignación de automonitoreo diario

Sesión 9. Primera exposición planeada

Objetivo: preparación de un plan semanal para anticiparse a situaciones de riesgo y planeación de alternativas de enfrentamiento, centrándose en una exposición a una situación de riesgo.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de mantenimiento) y formato de automonitoreo diario.

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente en el Plan Semanal
- Desarrollar un Plan Semanal que involucre la exposición a situaciones que sean desafiantes pero que el paciente se sienta confiado para manejarlas

Desarrollo de sesión:

Debido a que el paciente llevaba aproximadamente 3 semanas sin consumir marihuana, su confianza para seguir abstinerente y enfrentar situaciones de riesgo aumentaron por lo cual se empezaron a estructurar sesiones planeando otro tipo de exposiciones a situaciones de riesgo y se dejaron de dar destrezas de enfrentamiento.

Durante esta sesión al analizar el automonitoreo, el paciente reportó que no consumió marihuana ningún día durante la semana, refirió que no sintió deseos de consumir. Reportó que había tenido mucha tarea que no había podido concluir debido a que se sentía mal, presentando gripa y dolor de cabeza. Así mismo,

SJBE mencionó que el ensayo no se había llevado a cabo, ya que su grupo y él, prefirieron ocupar ese tiempo para hablar sobre los ideales que tenían respecto al proyecto de hip-hop, sin embargo, sus amigos consumieron marihuana. SJBE logró mantenerse abstinentemente al estar en contacto con ellos, comentó que no sintió ganas de consumir ni ansiedad al ver que ellos consumían, centrándose en comunicarles a sus amigos las nuevas ideas que tiene para el grupo, mencionó que le fue de utilidad el poder hacerlo de forma asertiva.

Después, se realizó con el paciente el plan semanal de la fase de mantenimiento. Se explicó al paciente, que durante esta fase se deberían planificar algunas exposiciones hacia el consumo de la marihuana. El paciente mencionó que durante esta semana no tendría tiempo de realizar este tipo de tareas, a lo cual se le comentó que este tipo de exposiciones son importantes para que siguiera manteniendo su cambio de consumo, se motivó al paciente a planificar algún tipo de estas situaciones. Posteriormente, el paciente se sintió más motivado sobre la planificación de alguna exposición.

Tabla 23. 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 la facultad de Ciencias, donde me encontraría con "amigos" consumidores con los que antiguamente consumía marihuana.
Experiencia planeada	¿Cuándo? Hoy 2 de marzo del 2012 ¿Dónde? Facultad de ciencias ¿Quién estará presente? Conocidos que se reúnen ahí para fumar
Plan de enfrentamiento	Iré en plan de saludarlos y en busca de un amigo que ya no he visto. Pensaré que tengo otras actividades por hacer (tarea y trabajo) y que no puedo perder mucho tiempo ahí. En lugar de tener un pensamiento como "no consumiré". Si alguien de ellos me ofrece, ocuparé la asertividad para rechazar el consumo. Si encuentro a mi amigo y me ofrece, declinaré su invitación y seguiré platicando con él, tal vez tenga que decirle que estoy asistiendo a un tratamiento para dejar de consumir.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Así mismo, el paciente mencionó que se sentía seguro de que esa situación la podía controlar, ya que en su mente ya no estaba la idea de consumir y ya no

tenía esa sensación de querer sentirse “drogado”. Apoyándose de que tenía mucha tarea que realizar y de que sus prioridades y compromisos ya no estaban centrados en consumir.

Posteriormente, se le entregó al paciente el formato del automonitoreo y se concretó la fecha para la próxima sesión.

Sesión 10. Segunda exposición planeada

Objetivo: preparación de un plan semanal para anticiparse a situaciones de riesgo y planeación de alternativas de enfrentamiento, centrándose en una exposición a una situación de riesgo.

Herramientas clínicas: plan semanal (fase de mantenimiento) y formato de automonitoreo diario.

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente en el Plan Semanal
- Desarrollar un Plan Semanal que involucre la exposición a situaciones que sean desafiantes pero que el paciente se sienta confiado para manejarlas

Desarrollo de sesión:

El paciente no pudo asistir durante dos semanas al tratamiento, debido a la cita que el médico le había dado, puesto que anteriormente había tenido dolores de cabeza relacionados al uso inadecuado de los lentes. La semana siguiente su inasistencia se debió a que tuvo que salir de la ciudad debido a problemas familiares, sin embargo el paciente realizó el automonitoreo referente a estas semanas y él mismo hizo una planificación de una situación de riesgo.

Al analizar el automonitoreo, el paciente mencionó que se sentía un poco confundido, puesto que ya llevaba casi un mes sin consumir marihuana y al asistir

a una fiesta tuvo una caída en su consumo, sin embargo, comentó que sólo le dió 5 fumadas a un cigarro durante toda la noche.

Los resultados del automonitoreo se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 24. AUTOMONITOREO			
Fecha	Descripción de la situación de riesgo	Descripción del enfrentamiento	Registro de uso de alcohol y drogas
Lunes 27/02/2012	No hubo ninguna situación	Actividades referentes a su trabajo (horario de 8 am a 4 pm).	No consumi
Martes 28/02/2012	No hubo ninguna situación	Tiempo con su novia y padres	No consumi
Miércoles 29/02/2012	No hubo ninguna situación	Actividades domesticas	No consumi
Jueves 01/03/2012	No hubo ninguna situación		No consumi
Viernes 02/03/2012	De acuerdo a la siguiente fase del programa, acudi a la facultad de ciencias a enfrentarme a propósito con una situación de riesgo. Me encontré con conocidos consumidores de marihuana y otras drogas, cuando llegué saludé y comencé a platicar con una persona que vende drogas al interior de la facultad quien me ofreció lo que traía además de invitarme del "toque" que estaba fumando.	Me rehusé a la invitación, le dije que por el momento no estaba consumiendo y cambie el tema de conversación, preguntado por un amigo que acostumbraba a reunirse con ellos. Posteriormente, el vendedor hizo que lo acompañara a otro lugar para mostrarme lo que traía, de momento no supe que hacer porque no quería dar explicaciones de mi tratamiento y también me pareció una forma de enfrentarme al consumo. Fui a checar la marihuana y los costos. No sentí deseos de fumar en ningún momento, la marihuana me pareció de buena calidad por lo cual "estúpidamente" (ahora lo reconozco), decidí comprar un poco para despistar, no con la intención de fumarla si no para obsequiarla a mi amigo H por su cumpleaños.	No consumi
Sábado 03/03/2012	Asisti a la escuela, a casa de mi abuela y de mi novia. La situación fue que tenía disponible la marihuana.	A pesar de que poseía un poco de marihuana, no considero que fuera una situación de riesgo, ya que no sentí deseos de fumar y honestamente ni siquiera recordé que tenía la droga. Me mantuve ocupado, sin pensar en si quería o no fumar.	No consumi

Domingo 04/03/2012	Estaba a punto de ver una serie de animación, me encontraba en compañía de mis padres quienes se dedicaban a sus respectivas tareas. Fue entonces que recordé que tenía marihuana y sentí deseos de fumar para ver "mas a gusto" mi serie.	Me contuve, pensé que no era necesario fumar para ver mas a gusto mi serie, también pensé en las consecuencias que me traería con mis padres, que aunque no me regañan directamente si me demuestran su inconformidad. Pude ver mi serie, y con el tiempo se me quitaron las ganas de consumir, posteriormente, me metí a bañar para ir por mi novia.	No consumi
--------------------	--	---	------------

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Tabla 25. AUTOMONITOREO

Fecha	Descripción de la situación de riesgo	Descripción del enfrentamiento	Registro de uso de alcohol y drogas
Lunes 12/03/2012	No hubo ninguna situación		No consumi
Martes 13/03/2012	No hubo ninguna situación	Actividades referentes a su trabajo (horario de 8 am a 4 pm).	No consumi
Miércoles 14/03/2012	No hubo ninguna situación	Tiempo con su novia y padres	No consumi
Jueves 15/03/2012	No hubo ninguna situación	Actividades domesticas	No consumi
Viernes 16/03/2012	No hubo ninguna situación		No consumi
Sábado 17/03/2012	Asisti a la escuela y después a un evento de música hip-hop con mi novia y mi cuñado. Por lo general en estos eventos la gente consume alcohol y drogas	Iba con la convicción de que no consumiría, a mi alrededor todos fumaban o bebían alcohol, por lo cual dejé de pensar en la marihuana y me centré en escuchar a los grupos que se presentaban y en entablar relaciones sociales con los organizadores para que posteriormente nos invitaran a eventos, incluso me invitaron a improvisar en ese momento y rapear enfrente de los asistentes. Me sentí muy bien porque al no estar bajo los efectos de la marihuana, percibi al público, me pude escuchar mejor lo que hizo que me sintiera muy seguro. Me sentí diferente.	No consumi
Domingo 18/03/2012	No hubo ninguna situación	Pase tiempo en mi casa, había invitado a comer a mi novia a mi casa, ella y yo hicimos el postre.	No consumi

Lunes 19/03/2012	No hubo ninguna situación	Actividades referentes a su trabajo (horario de 8 am a 4 pm).	No consumi
Martes 20/03/2012	No hubo ninguna situación		No consumi
Miércoles 21/03/2012	No hubo ninguna situación	Tiempo con su novia y padres	No consumi
Jueves 22/03/2012	No hubo ninguna situación	Actividades domesticas	No consumi
		Estudiar, leer.	

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al revisar los automonitoreos, el paciente concluyó que la situación que había enfrentando durante la semana, lo habían hecho sentir que se "liberaba de algo" (no necesitaba marihuana para subirse a un escenario), SJBE mencionó al respecto que todo el esfuerzo realizado para dejar de consumir marihuana valía pena dándose cuenta de su capacidad para tomar decisiones para obtener mejores beneficios. A continuación se revisó el cumplimiento del plan semanal de mantenimiento acordado la sesión anterior:

Tabla 26. REPORTE DE RESULTADOS DEL PLAN SEMANAL

<p>¿Intento hacer la tarea?si</p> <p>¿Fue exitoso el intento?si</p> <p>Comentarios: Me sentí bien porque fui capaz de decir que no cuando me ofrecieron, aunque después me sentí incongruente porque compre marihuana aunque no con la convicción de fumarla si no porque quería disimular. Posteriormente, el tener la marihuana a mi disposición y no fumarla me hizo sentir satisfecho y a gusto.</p>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al finalizar la revisión sobre los enfrentamientos de la semana, se ayudó a SJBE a completar el plan semanal de la fase de mantenimiento.

Tabla 27. 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 evento de hip hop donde se presentaran grupos de rap durante el fin de semana y haya asistentes que consuman marihuana.
Experiencia planeada	¿Cuándo? El fin de semana ¿Dónde? El algún lugar apto para el evento puede ser al aire libre o en un sitio cerrado.

	¿Quién estará presente? Algunos conocidos y amigos, tal vez me acompañe mi novia y hermano
Plan de enfrentamiento	Saludaré normalmente a los consumidores, entablaré una conversación breve, intentando no caer en temas relacionados al consumo. Si me ofrecieran la droga respondería que no de forma asertiva, si me dan ganas de fumar cambiaré en mi pensamiento y me concretaré en los mensajes de los artistas que se presenten. Así mismo, mi forma de ver estos eventos ha cambiado, ya no lo veo como una forma de ir a echar relajo por lo cual voy dispuesto a escuchar el mensaje de los grupos y buscando nuevas oportunidades de presentaciones con mi grupo.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Observaciones: SJBE, mencionó sentirse confiado de enfrentar esta situación, ya que tenía seguridad en él mismo, siendo más realista y definiendo sus responsabilidades y metas. El paciente anteriormente había propiciado que se presentara una situación similar, debido a esto el enfrentamiento sería más fácil, haciendo uso de destrezas referentes a la detención y cambio del pensamiento y utilizando la asertividad para conseguir presentarse en un evento de música hip hop.

De esta manera, se comentó al paciente que su capacidad para enfrentar las situaciones que implicaban consumo había aumentado considerablemente por lo cual estaba a punto de terminar exitosamente el tratamiento.

Al finalizar la sesión, se le proporcionó al paciente el formato de automonitoreo y se concertó la fecha de la próxima sesión.

Sesión 11. Si Yo Fuera a Recaer

Objetivo: preparación de un plan semanal para anticiparse a situaciones de riesgo y planeación de alternativas de enfrentamiento, centrándose en una exposición a una situación de riesgo.

Herramientas clínicas: Plan Semanal (fase de mantenimiento), formato de automonitoreo diario, Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (DTCQ-50) y ejercicio “Si Yo Fuera a Recaer”.

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente en el Plan Semanal
- Realizar el ejercicio “Si Yo Fuera a Recaer”
- El paciente contestará el DTCQ-50
- Desarrollar un Plan Semanal que involucre la exposición a situaciones que sean desafiantes pero que el paciente se sienta confiado para manejarlas

Desarrollo de sesión:

Al analizar el automonitoreo, se observó que SJBE no había consumido marihuana durante esa semana, ocupando la destreza de cambio de pensamiento.

Tabla 28. AUTOMONITOREO

Fecha	Descripción de la situación de riesgo	Descripción del enfrentamiento	Registro de uso de alcohol y drogas
Viernes 23/03/2012	No hubo ninguna situación		No consumi
Sábado 24/03/2012	Acudí por la noche a casa de mi amigo H a una reunión extraordinaria del grupo con el fin de ensayar, avanzar en la grabación del disco y producir nuevas canciones. Fue algo que planeamos desde el martes aunque no se había definido fecha. Aproveché esta situación para realizar “mi tarea”, la cual consistía en exponerme a una situación de riesgo a propósito, y como no pude asistir a ningún evento de hip hop como había previsto, enfrenté esta situación. Estábamos mis amigos y yo escribiendo una nueva canción, después ensayamos y como ya era muy tarde no pudimos seguir grabando y nos quedamos dormidos	Desde que me dirigí al ensayo me mantuve concentrado en lo que había escrito previamente (iba repasando la letra mientras iba en el camión) y estuve escuchando música en mi Walkman. Iba con la idea de llegar solo a hacer los últimos arreglos a la canción, como en otras ocasiones sólo me preocupé por lo que me ocuparía al momento de estar ahí y no en si debería fumar o no, ni siquiera pensé en eso, en general no sentí ansiedad al verlos fumar, ya que preferí trabajar en la música y componer una nueva canción.	No consumi
Domingo 25/03/2012	No hubo ninguna situación	Actividades referentes a su trabajo (horario de 8 am a 4 pm).	No consumi
Lunes 26/03/2012	No hubo ninguna situación	Tiempo con su novia y padres	No consumi

		Actividades domesticas	
Martes 27/03/2012	En esta ocasión no asistí como de costumbre al ensayo pues se suspendió debido a que no podríamos estar presentes todos, además de que ya hablamos ensayado el sábado. Esto evitó que presenciara la única situación de riesgo que pude haber tenido durante el día.		No consumi
Miércoles 28/03/2012	No hubo ninguna situación.	Actividades referentes a su trabajo (horario de 8 am a 4 pm). Tiempo con su novia y padres Actividades domesticas	No consumi

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

El paciente mencionó que durante la semana se había sentido muy bien al no consumir y que esto le estaba permitido cumplir con sus compromisos tanto en su casa como con su novia.

Posteriormente, se revisó el cumplimiento del plan semanal de mantenimiento acordado la sesión anterior:

Tabla 29. REPORTE DE RESULTADOS DEL PLAN SEMANAL

¿Intento hacer la tarea?si

¿Fue exitoso el intento?si

Comentarios: a pesar de que no fue la misma situación que habíamos planificado, me sentí muy bien porque además de que ya no siento esas ganas de fumar marihuana, mis amigos ya no me dicen nada por no consumir con ellos. También pude pararme temprano para llegar a mi casa y ponerme hacer tarea para después ver a mi novia.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al terminar la revisión, SJBE contestó el ejercicio Si Yo Fuera a Recaer, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 30. SI YO FUERA A RECAER

Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación:
Que esté más frecuentemente en contacto con mis amigos consumidores (con los que ensayo).
¿Qué estrategias de Enfrentamiento podría yo usar para evitar esa recaída?
<ol style="list-style-type: none">1. Cambio de pensamiento: al detectar un pensamiento que involucre consumir, lo cambiare a otro que no involucre fumar marihuana, pro ejemplo: el lugar de pensar en consumir marihuana en los ensayos pensaré en los arreglos de la música.2. Hacer ejercicio3. Rechazo de forma asertiva4. Expresar claramente mis pensamientos y sentimientos5. Hacer declaraciones positivas hacia mi mismo6. Pensar en ventajas y desventajas7. Pensar en las razones que me motivan a no consumir8. Escribir mis sentimientos al momentos de deseos consumir9. No consumir alcohol cuando este con personas consumidoras10. Seguir con la relación de pareja que tengo
¿Qué tan confiado estaría usted de emplear una o más de estas estrategias de enfrentamiento?
Me siento muy confiado y seguro completamente porque principalmente puedo cambiar mi pensamiento fácilmente al recordar los motivos que tengo para cambiar, y no me sirve de nada consumir ahora que tengo nuevos proyectos como mi carrera y la música.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Posteriormente, SJBE contestó el cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de Droga obteniendo los siguientes resultados:

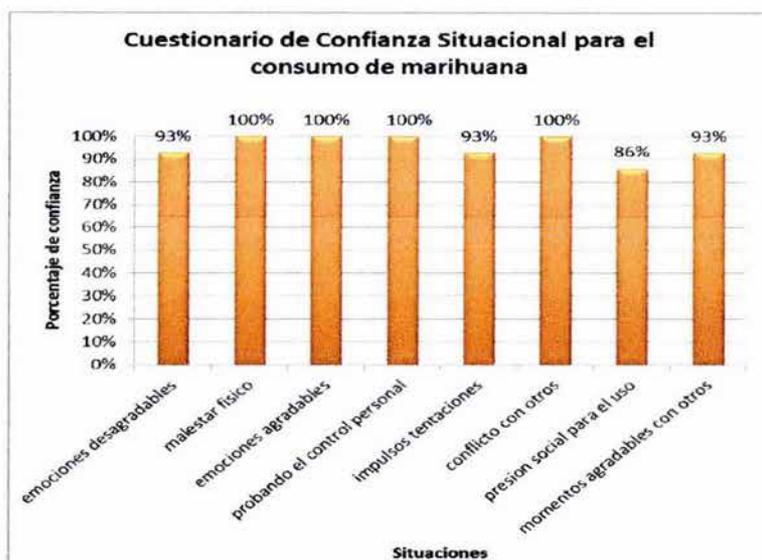


Figura 4. Porcentaje de confianza situacional reportado por SJBE para resistir al consumo al finalizar el tratamiento.

Al terminar el cuestionario de confianza situacional, se ayudó a SJBE a la planificación de una situación de riesgo para enfrentar durante la semana:

Tabla 31. 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	Evento de música, otros amigos nos van a ayudar a grabar en un estudio y tenemos una reunión con ellos, lo mas seguro es que haya alcohol y marihuana.
Experiencia planeada	¿Cuándo? Mañana, sábado 31 de marzo ¿Dónde? En la casa de mi amigo H. ¿Quién estará presente? Mis amigos, los que nos ayudaran a la grabación seremos como 7 personas.
Plan de enfrentamiento	Las personas que nos ayudarán a grabar no consumen drogas, pero si alcohol, me tomaré 3 cervezas a lo mucho, en dado caso que mis amigos me ofrezcan marihuana seguiré firme en mi decisión y rechazaré el ofrecimiento, si llego a sentir ganas me gustaría probar lo que el otro día me mencionaste, pensar en una imagen que me ayude a interrumpir el deseo (quiero poner a prueba esa técnica), pensaré en la música y en las relaciones sociales que tenemos que entablar para que nos ayuden, espero que mis amigos entiendan que no deben consumir para que estas personas nos tomen en serio.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al finalizar, se comentó al paciente que debido a los éxitos obtenidos durante las últimas semanas, la próxima sesión se finalizaría el tratamiento, posteriormente se concertó la próxima sesión.

Tarea: se proporcionó al paciente el formato de automonitoreo

Sesión 12. Cierre de tratamiento

Objetivo: retroalimentar al paciente, sobre los logros obtenidos durante el tratamiento.

Herramientas clínicas: Cuestionario de satisfacción del cliente y perfil computarizado del DTCQ-50 al iniciar y terminar el tratamiento.

Procedimiento:

- Repasar la asignación de tareas del cliente en el Plan Semanal
- Revisar el ejercicio de "Si Yo Fuera a Recaer"
- Comparar los resultados del CCSD-50 en la sesión 4 y la sesión 8
- El paciente llenará el Cuestionario de Satisfacción del Cliente

Desarrollo de sesión:

SJBE comentó que durante la semana, no tuvo ninguna situación que hubiera representado un riesgo, por lo cual, únicamente se revisó la exposición que se había planeado la sesión anterior.

Tabla 32. REPORTE DE RESULTADOS DEL PLAN SEMANAL

¿Intento hacer la tarea?si

¿Fue exitoso el intento?si

Comentarios: consumí 3 cervezas, me sentí bien en general, aunque hubo un momento en que sentí deseos de fumar pero postergue la situación y me di cuenta que el deseo iba pasando solo.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al terminar la revisión del plan semanal, se retomaron algunos puntos referentes al ejercicio Si Yo Fuera a Recaer lo que dió pie a que el paciente mencionará que las destrezas que más le habían ayudado eran las relacionadas al pensamiento y la asertividad, SJBE mencionó al respecto que otro cambio importante durante el tratamiento fue que aumentó su capacidad para tomar decisiones, mejoró la comunicación con las personas principalmente con su pareja y padres, la identificación de lo que esperaba de sí mismo y la planeación de nuevas metas que no involucren situaciones relacionadas al consumo de marihuana.

Posteriormente, se revisó junto con SJBE los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional obtenido al iniciar y finalizar el tratamiento, contrastando el aumento de la autoeficacia del paciente para enfrentar posibles situaciones de riesgo.

Por último, se proporcionó al paciente el Cuestionario de Satisfacción del cliente para saber su opinión respecto a los servicios brindados, obteniendo la siguiente información:

Tabla 33. CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE PARTE 1	
<ul style="list-style-type: none"> - Calificó el servicio brindado como excelente - Definitivamente obtuvo la clase de servicio que quería. - El programa cubrió la mayoría de las necesidades del paciente. - En definitiva recomendaría el programa a un amigo con una necesidad similar a la suya. - Los servicios que recibió le sirvieron mucho para manejar eficazmente sus problemas. - Quedó muy satisfecho con el servicio que recibió. - Si necesitara ayuda nuevamente, en definitiva regresaría a este programa. 	
<p>¿Cuál fue la parte del programa más útil de los servicios que recibió? La segunda parte del programa, me ayudo mucho a darme cuenta de que soy capaz de decir que "no" y empecé a sentirme con mas confianza.</p>	
<p>¿Cuál fue la parte del programa menos útil de los servicios que recibió? Considero que no hay cosas que no sirvan, si bien hace falta mejorar otras, todo lo que realizamos se hace con un efectivo y funciona.</p>	
<p>¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestros servicios? Sugiero se difunda mayor información sobre el uso de sustancias y sus efectos en la salud, tal vez esto ayude a darse cuenta a las personas del porque es bueno para ellos no seguir siendo adictos.</p>	
CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE PARTE 2	
<p>Evaluación de la utilidad de cada asignación de tarea durante el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones pasadas de uso de drogas: muy útil. - Establecimiento de metas /plan semanal: muy útil. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo diario de uso de drogas: útil. - Monitoreo diario de los disparadores: muy útil. - Ejercicio Si Yo Fuera a Recaer: muy útil. - Asignación de habilidades de enfrentamiento: muy útil. - Retroalimentación personalizada de los disparadores del uso de drogas: muy útil.
<p>El paciente recibió un tratamiento individual a lo cual mencionó que de acuerdo a su problemática e intenciones al acudir a este tratamiento se le brindaron herramientas para cambiar.</p>
<p>Comentarios: estoy muy agradecido del apoyo que se me brindó, desearía poder ayudar a otras personas con problemas similares a los míos y aquí aprendí que lo único que necesitamos para poder cambiar es confianza en nosotros mismos.</p>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A.H. & Vital, C.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.

Al finalizar, se comentó SJBE que se haría un seguimiento dentro de un mes, motivando al paciente a seguir realizando actividades que permitieran alcanzar sus metas.

Primer seguimiento

El primer seguimiento se llevo a cabo aproximadamente un mes después de finalizar las sesiones de tratamiento, el paciente reportó sentirse satisfecho respecto a los logros obtenidos referentes al consumo de marihuana y su relación familiar, de pareja, social y laboral. Sin embargo, refirió que durante ese periodo, se sintió presionado debido a que tenía que realizar demasiadas actividades en su trabajo y en la universidad y no podía organizar bien sus horarios para realizar otras actividades con su novia o los ensayos, por lo cual, se acordó que el paciente planificaría las actividades que haría durante el día.

Por otra parte mencionó, que durante el mes, había consumido en dos ocasiones y que estas se relacionaron al hecho de estar en una fiesta con sus amigos que no veía desde hace mucho tiempo, esto dio pie, a que el paciente comentara que durante las ocasiones que consumió estaba consciente de lo que quería hacer y lo hizo de forma moderada, por lo cual SJBE, decidió reemplantar una nueva perspectiva frente a su consumo de marihuana, considerando la reducción y moderación como nueva meta.

Segundo seguimiento

Durante la sesión se trataron temas referentes al consumo de marihuana, la relación con sus padres y novia, proyecto musical y su estado actual de salud.

SJBE, mencionó que respecto a la relación con sus padres, esta ha mejorado notablemente, teniendo más comunicación y pasando más tiempo con ellos, siendo de importancia la decisión de independizarse y vivir con su pareja. Referente al proyecto musical de hip-hop mencionó que junto con su grupo, grabaron un disco, sin embargo, considera que este proyecto puede ir más lejos.

Por otra parte, el paciente, refirió, que durante este tiempo, comenzó a sentir fuertes dolores de cabeza, llegando a consumir pocas dosis de marihuana en distintas ocasiones para reducir el dolor, sin embargo, los dolores empeoraban e incluso tuvo vértigo, siendo esto, motivo para llevarlo a urgencias y que lo refirieran con un neurólogo para realizarle una tomografía, respecto a esta situación refirió sentirse triste y enojado, mostrando preocupación por los resultados de dichos estudios.

Resultados al finalizar el tratamiento

La evaluación del Cuestionario de Confianza Situacional realizado al inicio y final del tratamiento, permitió medir el porcentaje de la percepción de autoeficacia que presentó SJBE para enfrentar diversas situaciones de consumo de marihuana.

La capacidad para enfrentar situaciones de riesgo de manera adecuada permitió que SJBE aumentara la autoconfianza al finalizar el tratamiento, de esta manera: emociones desagradables aumentó en un 53%, malestar físico aumentó en un 44%, emociones agradables aumentó en un 28%, probando el control personal aumentó en un 48%, impulsos y tentaciones aumentó en un 49%, conflicto con otros aumentó en un 26%, presión social para el uso aumento un 30% y los momentos agradables con otros aumentó en un 41% (ver figura 5).

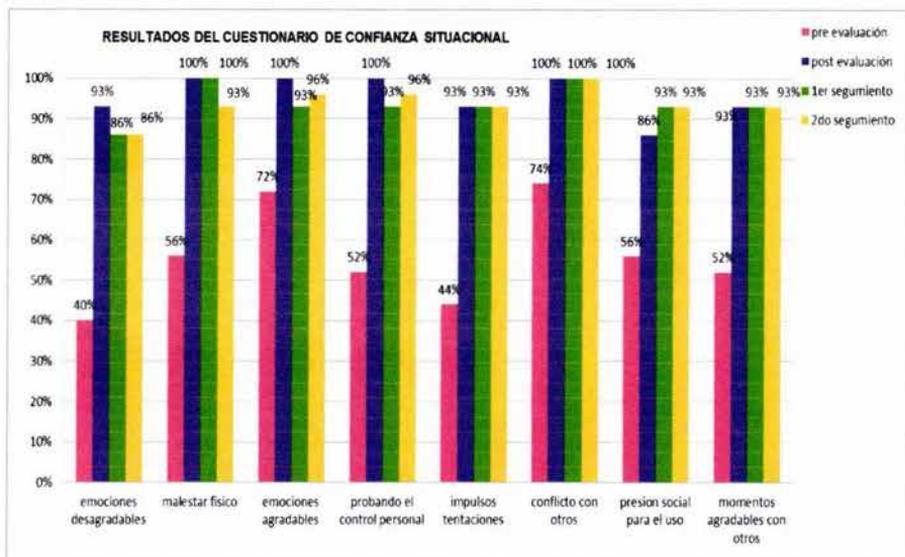


Figura 5. Porcentaje de confianza reportado por SJBE en las situaciones de consumo antes, al finalizar el tratamiento y después de un mes de seguimiento.

El aumento en la autoeficacia en SJBE se debió especialmente al uso de destrezas de enfrentamiento, principalmente las referentes al pensamiento para enfrentar los deseos para fumar marihuana, rechazo de drogas y asertividad, permitiendo que el paciente se percibiera con una mayor capacidad para enfrentar situaciones de riesgo, el paciente mencionó al respecto "antes pensaba que no podía decir que no, ahora me he dado cuenta que si puedo y esto ha hecho que me sienta más seguro".

El cambio de pensamiento, resultó de vital importancia para SJBE, ocupándolo en la mayoría de las ocasiones en la que los integrantes de su grupo de hip hop fumaban en los ensayos, situación que representó para el paciente la de mayor riesgo.

La asertividad le fue de utilidad en lo que se refiere a la relación con su novia y padres, permitiéndole expresarse de manera adecuada sin reprimir sus pensamientos y emociones, de la misma manera utilizó la asertividad para tener

mejores relaciones sociales con las cuales obtuvo resultados beneficiosos para su grupo de hip hop.

La destreza de solución de problemas, permitió al paciente mejorar su capacidad para tomar decisiones y poder concretar sus planes, incluso durante las sesiones se realizaron actividades que ayudaron a SJBE a planificar sus actividades y metas, entre estas, el cambiarse de carrera, lo cual representó un cambio importante para el paciente como lo es el planteamiento de un horario para estudiar y el compromiso para alcanzar sus objetivo.

Estos cambios hicieron que el paciente se planteará un estilo de vida más sano, comunicando de manera adecuada sus ideas e incorporando nuevas metas tanto a nivel social como personal, relacionadas con pasar más tiempo con sus padres, asistir puntualmente a su trabajo, conseguir relaciones públicas para impulsar su proyecto de música y cumplir con sus materias en la universidad.

Finalmente, a continuación se presenta la Figura 6 que muestra el patrón de consumo de SJBE antes del tratamiento (últimos 12 meses), al termino de éste y en el primer mes de seguimiento, observando el progreso que presentó a lo largo del tratamiento para alcanzando como meta la reducción del consumo. SJBE presentaba un patrón de consumo atípico durante los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento, incrementándose durante los meses en los que finalizaba el semestre en la universidad, durante el tratamiento se observa una reducción en su consumo, presentando una recaída al abandonar el tratamiento por 2 meses, al retomar el tratamiento logra mantenerse en abstinencia por un periodo de 3 meses y al realizar el primer seguimiento el paciente refirió fumar marihuana durante dos ocasiones al asistir a reuniones con sus amigos.



Figura 6. Patrón de consumo de SJBE antes, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento a un mes.

Conclusiones

Al finalizar las sesiones, se puede concluir que el tratamiento fue efectivo, ya que se cumplió la abstinencia como meta, es decir, se modificó el patrón de consumo de SJBE, el cual, era de aproximadamente 1 cigarro de marihuana al día, sin embargo, al realizar el primer seguimiento, el paciente consumió durante dos ocasiones, aunque refirió que sólo fueron dos ocasiones y que el consumo fue poco.

De la misma forma, el tratamiento fue efectivo para incrementar los niveles de confianza del paciente para enfrentar las situaciones de riesgo, aumentando su capacidad para decir no de manera asertiva, frente al ofrecimiento de drogas, a que los deseos por consumir marihuana ya no estaban presentes en su pensamiento y los nuevos planes y actividades que realizaba y que no incluían situaciones de consumo.

También se observó una mejora notable en los problemas referidos por el paciente al iniciar el tratamiento, los cuales se asociaban con la incapacidad para tomar decisiones y planificación en temas relacionados a su funcionamiento escolar y su falta de responsabilidad en el área laboral, realizando sesiones que se dedicaron a la solución de problemas, así mismo, las destrezas de comunicación asertiva permitieron mejorar su relación familiar y de noviazgo que se encontraban deterioradas por constantes discusiones asociadas al consumo de marihuana del paciente, siendo así, que SJBE logró incorporar dichas estrategias en distintas actividades que realiza y modificar su conducta de consumo.

Al realizar el primer seguimiento y observar que el paciente consumió en dos ocasiones sin presentar problemas asociados, se puede considerar que existe la posibilidad que en meses subsecuentes el paciente vuelva a consumir marihuana reconsiderando la meta sobre reducción de consumo.

Comentarios finales

En el tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, es de suma importancia el monitoreo de dicha conducta como indicador de la efectividad de la intervención. Actualmente los métodos más utilizados son los auto-reportes y las pruebas biomédicas de detección de drogas.

La utilización del auto-reporte en el tratamiento de adicciones ha mostrado resultados efectivos, demostrando que los pacientes en los que se ocupa este método, reportan de manera válida y confiable las ocasiones en las que consumen drogas. Esto es, se consideran estudios en los cuales los resultados son similares entre auto-reportes y los datos obtenidos a través de indicadores biomédicos (Akinci, Tarter & Kirisci, 2001), así mismo, se han realizado estudios en los cuales se compara la información proporcionada por el paciente acerca de las ocasiones de consumo con la información reportada por la familia o personas cercanas al paciente (Secades-Villa & Fernández-Hermida, 2003), siendo que existe congruencia entre estas dos informaciones, de esta manera, se debe considerar que los autoreportes aportan otro tipo de información que resultan importante en el tratamiento como lo son: los antecedentes al consumo de drogas, los sentimientos y emociones experimentadas, la cantidad consumida, el contexto social, el patrón de consumo, entre otras.

Por otra parte, las pruebas de orina o de sangre para la detección de metabolitos de ciertas drogas y elevación en los niveles de gamma-glutamyl-transpeptidasa (GGT) o de la Transferrina deficiente en carbohidratos (TDC) para la detección de consumo de alcohol, han sido útiles como indicadores biomédicos para detectar el consumo de drogas durante y después del tratamiento e incluso para la intervención adecuada para la detección de ciertas enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol como la hipertensión (Miller & Anton, 2004), no obstante, el uso de estas pruebas tiene ciertas limitaciones, por ejemplo, altos costos, tipo de droga, cantidad y frecuencia de uso, sensibilidad,

especificidad y discriminabilidad de las pruebas, alteraciones en los resultados y la intrusividad de la técnica.

Tanto los auto-reportes como los indicadores biomédicos, aportan información que puede ser utilizada para cubrir diferentes aspectos en la intervención y características del consumidor de drogas, por lo cual, su aplicación no debe ser de manera indiscriminada, sino que debe tomar en cuenta, entre otros aspectos, el tipo y objetivos del tratamiento, la farmacocinética y farmacodinámica del tipo de droga considerada, las características físicas y psicológicas de los individuos, los costos y calidades de los reactivos considerados por del ensayo biomédico en cuestión en relación con el patrón del consumo del usuario, y del contexto social en general:

En particular, en el caso clínico al que se hace referencia en el presente informe, resulta de mayor utilidad el uso del auto-reporte, en primera instancia debido a que el protocolo del programa aplicado no incluye las pruebas biomédicas como indicadoras de consumo; el costo elevado de los reactivos; la dosis de marihuana utilizada por el paciente posiblemente no fuera sensible a los reactivos; el periodo entre sesión y sesión podría influir para detectar las diferentes ocasiones de consumo y el sexo de la terapeuta (femenino) resultaría intrusivo para vigilar la correcta aplicación de prueba en el paciente de sexo masculino.

Sugerencias

Considero que los alumnos que realicen actividades de servicio social en el Programa de Conductas adictivas de la Facultad de Psicología, tendrán la oportunidad de aprender y realizar actividades que beneficien su formación profesional, sin embargo, resultaría interesante que se haga mayor difusión de dicho programa tanto para los alumnos de la facultad como para la personas que requieren el servicio de atención para problemas de consumo de drogas psicoactivas. También sería importante que dentro de este programa los supervisores y alumnos en conjunto puedan llevar a cabo sesiones clínicas con el objetivo de conocer los casos atendidos y obtener una retroalimentación de nuestro trabajo terapéutico. .

Por otra parte, respecto al área de prevención se podrían implementar talleres que impliquen intervención a la población infantil y en el área de tratamiento en especial al PEREU, se podría agregar un componente en el cual se haga mayor énfasis en la depresión.

REFERENCIAS

- Akinci, I., Tarter, R. & Kirisci, L. (2001). Concordance between verbal report and urine screen of recent marijuana use in adolescents. *Addictive Behaviors*. Vol. 26, 613-619 USA. Center for Education and Drug Abuse Research, School of Pharmacy, University of Pittsburgh.
- Becoña E. & Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis (pp. 23, 31)
- Becoña, E. (2002) *Bases Científicas de la Prevención de las Drogas*. España: Ministerio del Interior.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. España: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Casas, B. & Gutiérrez, M. (2003). *Manual de prevención y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona. Edit. Psiquiatría. (pp. 357).
- Bodino, C. (2001). *Las adicciones. Del uso a la dependencia*. Buenos Aires. Edit. Longseller.
- Cáceres, D., Salazar I., Varela M. & Tovar J. (2006) *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales*. Colombia. Consultado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750308>.
- Centro de Integración Juvenil (CIJ). (2008). Consultado en <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/PrevencionIndicada.html>
- Cuaderno didáctico sobre educación vial y salud. (2004) Madrid: Punto verde.
- Echeverría, L. (2006). *Reseña de las adicciones en México. Primera parte*. División de Educación Continua. Facultad de Psicología. UNAM.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Consultado en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

- Guía para el promotor de "Nueva Vida". (2008). Consultado en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf
- Goldstein, A. (2003). Adicción de la Biología a la Política de drogas. Barcelona: Ars Medica.
- Guía para el promotor de "Nueva Vida". (2008). Consultado en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf
- La acción social. Cuadernos de Formación (2011). Cuando hablamos de prevención de adicciones... ¿En qué estamos pensando? Reflexiones y propuestas de intervención en Cáritas.
- Ladero, J., Lorenzo, P., Lizasoain, I. & Leza, J. (2009). Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid; México: Panamericana.
- Llorente del Pozo, J., Iraurgi-Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. Revista Trastornos Adictivos, Vol. 10. No. 4.
- Mack, A., Franklin, J. & Frances, R. (2003). Guía del alcoholismo y las adicciones. España: Masson.
- Miller, P. & Anton, R. (2004). Biochemical alcohol screening in primary health care. Addictive Behaviors. Vol. 29, 1427-1437. USA. Medical University of South Carolina.
- Miranda, V. (2010). Retrospectiva Histórica del uso de drogas en México. Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEHNo.10 ISSN 1870-5812 consultado en http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/6_-_No._10.pdf.
- Mothner, I. & Weitz, A. (1986). Como abandonar las drogas. Barcelona: Martínez Roca.
- Moral, M., Rodríguez, F., & Sirvent, C. (2004). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. España. Consultado en <http://www.adicciones.es/files/moral.pdf>.

- Musacchio, A., Ortiz, A., PelieceR, Y., Bellomo, L., De Casarino, E., D'Agnone, O., Fahrer, R., García, J., Lazcano, R., De Leonetti, M., Maccagno, A., Molina A., Ortiz E., Peretti, M. & Rey, D. (2000). *Drogadicción*. Buenos Aires; México: Paidós (188-210, 232- 255).
- Ortiz de Zarate, A., Alonso I., Ubis, A. & Ruiz de Azúa, M. (2011). *Guía de cuidados de enfermería en Salud Mental*. España: Elsevier Masson.
- 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.
- Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trad.) (2003). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H.M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counseling Approach*, (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center, Toronto, 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). Adicction Research Foundation, Toronto, 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. & 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 Annis, H. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis., M.A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatint Couseling Approach, (pp. 28-36). 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.) (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, H.M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug- Taking Confidence Questionarie (DTCQ-50). En H. M. Annis, M.A. Herie & Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatint Couseling 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.

- Rossi, P. (2008). Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones. Madrid: Tébar.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention (SAMHSA/CSAP). (2001). Principles of Substance Abuse Prevention. E.U.A
- Sánchez, L., Llerenas, A., Anaya R. & Lazcano, E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. Consultado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000800008&lng=es&nrm=iso.
- Secades-Villa, R. & Fernández-Hermida, J. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive Behaviors*. Vol. 28, 1175-1182. España. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). (2008). Consultado en http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2008.pdf
- Sonsalla, P. (2003). Remington Farmacia. Estimulantes del Sistema Nervioso Central. Buenos Aires: Médica Panamericana.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA 2011		
<ul style="list-style-type: none"> - 1132 estudiantes del nivel medio superior. La muestra estuvo conformada por 577 mujeres (50.9%) y 556 hombres (49.1%); cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 28 años 		
Tabaco	Alcohol	Drogas ilegales
<ul style="list-style-type: none"> - el 28% (317 estudiantes) reportó haberlo consumido alguna vez en la vida - edad de inicio de consumo: 14 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> - 708 estudiantes (62.5%) informó haberlo consumido alguna vez en la vida - edad de inicio de consumo: 13 años de edad - bebida de preferencia: cerveza 	<ul style="list-style-type: none"> - consumo de marihuana: el 3% (34) dijo que la habían consumido alguna vez en la vida - consumo de inhalables: el 0.8% (9 encuestados) aceptó haberlos consumido alguna vez en la vida - consumo de cocaína: el 0.7% (8 estudiantes) dijo que si la había consumido alguna vez en la vida - consumo de anfetaminas: el 1.3% (15 alumnos) señaló que si las había consumido alguna vez en la vida - consumo de tranquilizantes : 2.3% (26 alumnos) reportó si haber consumido alguna vez en su vida - consumo de crack: el 0.4% (4 alumnos) dijo que lo habían consumido alguna vez en la vida

ENCUESTA 2010

4to año	5to año	6to año
<ul style="list-style-type: none"> - 418 alumnos - 201 mujeres (48.1%) y 215 hombres (54.1%) - Consumo de tabaco: 41.1% (172 estudiantes) reportó haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i>, reportando como edad de inicio los 14 años de edad aproximadamente - Consumo de alcohol: 312 estudiantes (74.6%) informó haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i>, reportando como edad de inicioy como bebida de preferencia cerveza - Consumo de marihuana: el 8.4% (35) dijo que la habían consumido <i>alguna vez en la vida</i> - Consumo de cocaína: el 5.3% (22 estudiantes) dijo que la había consumido <i>alguna vez en la vida</i> - Consumo de inhalables: el 6.2% (26 encuestados) aceptó haberlos consumido <i>alguna vez en la vida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 292 alumnos - 42.4% fueron hombres y el 57.6% mujeres - consumo de tabaco: 152 alumnos (52.1%) han fumado <i>alguna vez en su vida</i> y 140 (47.9%) no lo han hecho, reportando como edad de inicio de 12 a 14 años - consumo de alcohol: 79.5% (232 estudiantes) informó haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i>, mientras que 20.5% (60 estudiantes) señaló no haberlo consumido, reportando como edad de inicio los 15 años y como bebida de preferencia los destilados - consumo de marihuana: el 16.8% había consumido <i>alguna vez en su vida</i> dicha droga y el 9.6%, lo había hecho en el último año - consumo de cocaína: se reportó que el 2.7% la había consumido <i>alguna vez en la vida</i> - consumo de inhalables: el 4.5% de los alumnos habían consumido esta droga <i>alguna vez en la vida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 260 alumnos - 130 mujeres (50%) y 130 hombres (50%) - consumo de tabaco: el 55% (144 estudiantes) reportó haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i>, reportando como edad de inicio 15 años de edad aproximadamente - consumo de alcohol: 209 alumnos (80.4%) informaron haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i>, reportando como edad de inicio los 15 años de edad y como bebida de preferencia los destilados - consumo de la marihuana: el 18% (48 estudiantes) reportó haberlo consumido <i>alguna vez en la vida</i> - consumo de la cocaína: el 6% (15 alumnos) reportó haberla consumido <i>alguna vez en la vida</i> - consumo de inhalables: el 5% (14 alumnos) reportó haberlos consumido <i>alguna vez en la vida</i>

ANEXO 2

TALLER DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Objetivo general del curso: Al término de taller el alumno conocerá e identificará las características, efectos y consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, así como las diferentes estrategias de enfrentamiento que puede utilizar para moderar o evitar el consumo de dichas sustancias. Del mismo modo el alumno podrá reflexionar sobre la problemática del consumo de alcohol y tabaco que predomina en los adolescentes.

Lugar de aplicación: Escuela Nacional Preparatoria. Plantel 5. "José Vasconcelos".

Número de participantes: 12 grupos de 30 alumnos.

Duración de las sesiones: 2 horas

OBJETIVOS	CONTENIDO TEMÁTICO	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE/ACTIVIDADES /MATERIALES
PREEVALUACIÓN <i>Objetivo:</i> Conocer el nivel de información que manejan los alumnos respecto a la temática de consumo de alcohol y tabaco. Así como de las estrategias de enfrentamiento que utilizan para moderar su consumo.	1. Conocimientos generales de alcohol y tabaco. 2. Habilidades sociales de enfrentamiento	<i>Materiales:</i> Cuestionario de preevaluación
PSICOEDUCACIÓN <i>Objetivo:</i> Al término de esta unidad el alumno podrá, definir y reconocer que es el alcohol, el tabaco, sus características y efectos a corto y largo plazo.	1. ALCOHOL ¿Y tú que sabes del alcohol? ¿Qué es el alcohol? ¿Qué hace el alcohol en nuestro organismo? Efectos del alcohol 2. TABACO ¿Y tú que sabes del alcohol? ¿Qué es el alcohol? ¿Qué hace el alcohol en nuestro organismo? Efectos del alcohol Mitos y realidades del alcohol y tabaco	<i>Materiales:</i> Cuadernillo, hoja de rotafolio, plumones <i>Actividades:</i> Lluvia de ideas: En equipos, los alumnos escribirán en una hoja de rotafolio lo que saben acerca del consumo de alcohol y tabaco, posteriormente cada equipo dará sus aportaciones al grupo en general. En la segunda etapa de este componente las coordinadoras complementaran la información acerca de dicha temática.
ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO PARA PREVENIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS <i>Objetivo:</i> Al final de esta unidad el alumno identificará que es una estrategia de enfrentamiento y para que sirve.	1. ¿Qué son las estrategias de enfrentamiento y para que sirven?	<i>Materiales:</i> Cuadernillo
RECHAZO Y RESISTENCIA <i>Objetivo:</i> Al final de esta	1. ¿Qué es rechazo? 2. ¿Qué es resistencia?	<i>Materiales:</i> Cuadernillo

<p>unidad el alumno podrá aplicar las diversas respuestas de resistencia y de rechazo en situaciones de presión social para el consumo de alcohol.</p>	<p>3. Formas de rechazo y resistencia</p>	<p>Respuestas de resistencia y de rechazo en hojas de papel de colores.</p>
<p>TOMA DE DECISIONES <i>Objetivo:</i> Al término de la unidad el alumno identificará las etapas del proceso de toma de decisiones.</p>	<p>1. Proceso para la toma de decisiones</p>	<p><i>Materiales:</i> Cuadernillo</p> <p><i>Actividades:</i> Dinámica de trabajo en equipo: se dividirá al grupo en equipos, se les presentará una situación en la cual tienen tomar una decisión para resolver un problema. Posteriormente se discutirá el método que utilizaron para tomar dicha decisión. Las coordinadoras agregaran información para complementar los conocimientos de los alumnos.</p>
<p>SOLUCIÓN DE PROBLEMAS <i>Objetivo:</i> Al final de la unidad el alumno identificará las etapas que se ocupan para resolver un problema.</p>	<p>1. ¿Qué es solución de problemas? 2. Proceso de solución de problemas</p>	<p><i>Materiales:</i> Cuadernillo, material escrito en hojas de colores</p> <p><i>Actividades:</i> Se planteará al grupo un problema relacionado con el consumo de sustancias. Se dividirá al grupo en dos equipos los cuales llegarán a una solución basándose en los pasos para resolver dicho problema.</p>
<p>ASERTIVIDAD <i>Objetivo:</i> Al final de esta unidad el alumno identificará los estilos de comunicación que ocupan las personas para expresar sus ideas y necesidades. De igual modo el alumno conocerá el estilo asertivo y lo podrá poner en práctica.</p>	<p>1. Formas de comunicación 2. ¿Qué es asertividad? 3. ¿Te has comunicado asertivamente?</p>	<p><i>Materiales:</i> Cuadernillo</p> <p><i>Actividades:</i> Entre los alumnos del grupo se llevara a cabo un roll playing, mostrando las diversas formas de respuesta de las personas (agresivo, pasivo y asertivo).</p>
<p>TIPS DE MODERACIÓN <i>Objetivo:</i> Al final de esta unidad los alumnos conocerán algunos tips para moderar su consumo de alcohol y podrán aplicarlos en diversas situaciones.</p>	<p>1. Copa estándar 2. Alimentos ingeridos antes y durante el consumo de alcohol 3. Agua 4. Tiempo entre copa y copa</p>	<p><i>Materiales:</i> Cuadernillo</p>
<p>POST- EVALUACIÓN <i>Objetivo:</i> En esta fase se pretende conocer el nivel de información adquirida durante el curso.</p>		<p><i>Materiales:</i> Cuestionario de post- evaluación.</p>
<p>CIERRE</p>	<p>1. Reflexión acerca del consumo de drogas y alcohol</p>	<p><i>Materiales:</i> cuadernillo</p>

PDAD-20*
PRUEBA DE DETECCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

FECHA: ___/___/___ **PUNTAJES DEL PDAD:** _____.

Día Mes Año

NOMBRE DEL USUARIO: _____.

EDAD: _____ (AÑOS) **SEXO:** F () M ()

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas, excluyendo al alcohol y el tabaco, durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada pregunta que aparece a continuación y decida si su respuesta es SI o NO, para lo cual encierre en un círculo la respuesta correspondiente.

El abuso de drogas se refiere a: (1) el uso de drogas no prescritas, o en su caso, un exceso en el consumo de drogas prescritas; (2) cualquier uso no médico de drogas. Los diversos tipos de drogas pueden ser: cannabis (v.g. marihuana, hashish); solventes, tranquilizantes (v.g. valium); barbitúricos, cocaína, estimulantes, alucinógenos (v.g. LSD) o narcóticos (v.g. heroína).

Por favor, conteste todas las preguntas. Si encuentra dificultad con alguna pregunta elija la respuesta que se ajuste más a su caso personal.

ESTAS PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	SI	NO
1. ¿Ha consumido drogas diferentes a las requeridas por razones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha abusado de drogas prescritas médicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Abusa de más de una droga por ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Puede pasar la semana sin usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es usted siempre capaz de dejar de usar drogas cuando lo desea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido olvidos o pérdidas de memoria por usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez se ha quejado su esposo(a) (o padres) por su involucración con las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Traducida y Adaptada por Quiroga & Vital (2003) del original de H.A. Skinner (1982) Drug Use Questionnaire (DAST-20). Addiction Reserach Foundation, Toronto, Ontario que aparece en Annis, H.M., Herie, M.A., & Watkin-Merek, L. (1996). Structured Relapse Prevention. An out-patient Counselling Approach. p. 19-20. Center for Addiction and Mental Health. Canada.

ANEXO 4

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

Nombre: _____ Fecha: _____. exp.: _____

Esta entrevista se usa para clasificar al usuario según uno de los cinco estadios de cambio. Haga las siguientes preguntas en secuencia, y termine la entrevista cuando haya identificado el estadio del usuario. Conduzca la entrevista únicamente para la principal droga de abuso.

¿Consumió usted _____ durante los últimos 30 días? (Circule SI o NO)

¿Está usted considerando dejarla o "controlar su consumo" dentro de los próximos 30 días?

Circule:

SI o NO



CODIFIQUE PRECONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted en abstinencia o consumió de "manera controlada" durante los últimos 30 días?

Circule:

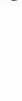
SI o NO



¿Llevó a cabo por lo menos un intento para no consumirla **o intentó consumirla de "manera controlada" durante los últimos 30 días?



SI



o



NO

CODIFIQUE PREPARACIÓN

CODIFIQUE CONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted abstinente por más de 60 días o consumió controladamente* por más de 60 días?

Circule:

SI o

NO



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

* Traducido y Adaptado al español por Quiroga & Vital (2003) del original en lengua inglesa de Shoerber, R. & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties Manuscript in Preparation.

ANEXO 5

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

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen _____. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado:

Marque:

- 1 Si usted "NUNCA" consumió esta droga en esa situación.
- 2 Si usted "OCASIONALMENTE" consumió esta droga en esa situación.
- 3 Si usted "FRECUENTEMENTE" consumió esta droga en esa situación.
- 4 Si usted "CASI SIEMPRE" consumió esta droga en esa situación.

PREGUNTAS	CONSUMÍ _____.			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando me sentía deprimido(a) por cualquier cosa.	1	2	3	4
2. Cuando me sentía tembloroso(a), enfermo(a) o con náuseas.	1	2	3	4
3. Cuando me sentía muy contento(a) o feliz.	1	2	3	4
4. Cuando sentía que no había a donde ir.	1	2	3	4
5. Cuando deseaba ver si podía consumir de manera moderada.	1	2	3	4

*Traducido y adaptado al español por Quiroga & Vital (2003) del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martín, (1985) Inventory of Drug-Taking Situations. Addiction Research Foundation of Ontario. En Annis, H. M., Hene, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.

ANEXO 6

(CCSD-50)* Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas

Nombre: _____ Fecha: _____ Exp: _____

Instrucciones:

A continuación se muestra un listado de situaciones o eventos en los cuales algunas personas han experimentado un consumo problemático. Imagine que está ahora en cada una de estas situaciones. Indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la urgencia de consumir _____ en cada situación. Circule 100 si está 100% seguro de resistirse a los impulsos para consumir, 80 si está 80% seguro de resistir, 60 si está 60% seguro. Si está más inseguro que seguro circule 40 para indicar que sólo está el 40% seguro de resistir los impulsos para consumir, 20 para cuando esté 20% seguro y 0 cuando usted no está seguro de resistir en esta situación.

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir esta droga:	Inseguro	Seguro
1. Si estuviera deprimido por cualquier cosa.	0 20 40 60 80 100	
2. Si me sintiera tembloroso, mareado o con náuseas.	0 20 40 60 80 100	
3. Si estuviera feliz.	0 20 40 60 80 100	
4. Si sintiera que ya no tiene a dónde más acudir.	0 20 40 60 80 100	
5. Si quisiera ver si puedo beber con moderación.	0 20 40 60 80 100	
6. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compré la droga.	0 20 40 60 80 100	
7. Si me sintiera tenso o incomodo con la presencia de alguien.	0 20 40 60 80 100	
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rechazarlos cuando me ofrezcan un trago.	0 20 40 60 80 100	
9. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera pasar un buen momento.	0 20 40 60 80 100	
10. Si no pudiera expresar mis sentimientos a alguien.	0 20 40 60 80 100	
11. Si sintiera que se ha fallado asimismo	0 20 40 60 80 100	
12. Si tuviera problemas para conciliar el sueño.	0 20 40 60 80 100	
13. Si me sintiera seguro y relajado.	0 20 40 60 80 100	

*Traducido y Adaptado por Quiroga & Vital (2003) a partir de Annis, H.M., Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, Marylin A. Herie, y Lyn Watkin-Merek, *Structure* Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Counselling Approach* (pp. 72-80). Addiction Research Foundation.