

720898



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales
Programa de Conductas Adictivas

*Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios en un caso
de adicción a la nicotina*

Informe Profesional de Servicio Social
IPSS

que para obtener el título de Licenciada en Psicología
presenta

Edith Andrea Martínez Lazcano

Director de Informe:
Dr. Horacio Quiroga Anaya

Sinodales:
Dra. María de los Ángeles Mata Mendoza
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dra. Lydia Barragán Torres

Noviembre, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Índice

Resumen	1
Datos generales del Programa de Servicio Social	2
Contexto institucional y del programa	3
Descripción de actividades realizadas	11
Objetivo del Informe	13
Capítulo I. Consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en México.....	15
<i>Antecedentes y actualidad</i>	15
<i>Problemas asociados al consumo de tabaco y otras sustancias</i>	22
<i>Factores de riesgo y protección: adicción a la nicotina y a otras sustancias</i>	25
Capítulo II. Prevención en el campo del fenómeno de las adicciones.....	35
<i>Tipos de prevención</i>	36
<i>Ámbitos de impartición preventiva</i>	38
<i>Prevención y programas preventivos</i>	42
Capítulo III. Tratamiento de las adicciones.....	51
<i>Modelo conductual</i>	53
<i>Modelo cognitivo</i>	55
<i>Modelo cognitivo social o teoría del aprendizaje social</i>	56
<i>Modelo cognitivo conductual</i>	58
<i>Modelo motivacional</i>	61
<i>Modelo cognitivo conductual motivacional</i>	65
<i>Prevención Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios (PEREU)</i>	66
Capítulo IV. Reporte de caso único.....	71
<i>Motivo de consulta</i>	71
<i>Reporte de sesiones (PEREU)</i>	73
Sesión 1. Evaluación	73
Descripción de instrumentos de evaluación	74
Resultados de la evaluación	77
Sesión 2. Entrevista Motivacional	81

Sesión 3. Plan de Tratamiento Individualizado.....	85
Sesión 4. Iniciación al cambio (I).....	89
Sesión 5. Iniciación al cambio (II).....	93
Sesión 6. Iniciación al cambio (III).....	100
Sesión 7. Reanudación del tratamiento.....	106
Sesión 8. Iniciación al cambio (IV).....	109
Sesión 9. Iniciación al cambio (V).....	113
Resultados.....	116
Consideraciones y conclusiones.....	119
Recomendaciones.....	123
Referencias.....	125
Anexos.....	131
<i>Anexo 1. Encuesta Estudiantil Medición 2012: Consumo de alcohol.....</i>	<i>133</i>
<i>Anexo 2. Taller: Prevención de Adicciones.....</i>	<i>136</i>
<i>Anexo 3. Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (FDNT).....</i>	<i>139</i>
<i>Anexo 4. Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-D).....</i>	<i>140</i>
<i>Anexo 5. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50).....</i>	<i>141</i>
<i>Anexo 6. Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50).....</i>	<i>145</i>

Resumen

En el presente *Informe Profesional de Servicio Social* (IPSS), se realiza una recopilación de las actividades desempeñadas en el Programa de Conductas Adictivas (PCA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) durante el periodo de prestación de servicio. Se incorporan antecedentes, características, objetivos y servicios que dicho programa ofrece. En el área preventiva, se instrumentaron talleres de prevención de adicciones a estudiantes de bachillerato y se realizó la aplicación de la *Encuesta Estudiantil de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. En el área de tratamiento, sustentado en el marco teórico correspondiente, se describe un estudio de caso en el que se aplicó el programa de *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios* (PEREU) en una paciente de 29 años de edad, con una historia significativa de consumo problemático de tabaco, quien expresó solicitar tratamiento a fin de suspender dicho consumo y practicar un estilo de vida saludable, conforme a las actividades laborales que desempeñaba en ese momento. Se llevaron a cabo nueve sesiones. La primera consistió en la evaluación, a partir de la cual se detectó entre otros aspectos, que la experimentación de emociones desagradables era un fuerte disparador de consumo para la paciente. Durante la segunda y tercera sesión, se instrumentaron la entrevista motivacional y el plan de tratamiento individualizado, respectivamente. A partir de la cuarta sesión, fue aplicado el componente de iniciación al cambio, en el que se expusieron diversas destrezas de enfrentamiento, tales como solución de problemas, manejo de deseos intensos, asertividad y manejo de enojo. A pesar de que el tratamiento no se concluyó formalmente, ya que se aplicó el componente número cinco, programado para cuatro sesiones más, no obstante se observaron modificaciones significativas en el patrón de consumo, reportando un consumo inicial de catorce a veinte cigarros por día, el cual se redujo en promedio, a cinco cigarros diariamente. El nivel de autoeficacia reportado por la paciente a lo largo del tratamiento incrementó en función de su reducción de consumo, registrando un descenso durante las últimas dos sesiones realizadas.

Palabras clave: Adicción, Nicotina, Tratamiento, Prevención de Recaídas.

Datos generales del Programa de Servicio Social

Ofrecido a través del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, el programa de servicio social tiene como objetivo principal, brindar al prestador de servicio el conocimiento de las bases teórico-metodológicas y la co-terapia en la aplicación de procedimientos de prevención, orientación, tratamiento y rehabilitación del comportamiento adictivo; así como el manejo e integración del expediente clínico, conocimiento del material referente al área (aspectos epidemiológicos, conceptos básicos, efectos de la drogas en el organismo, problemas asociados al mismo) y trabajo con materiales didácticos para la instrumentación de programas preventivos y terapéuticos.

Como prestadora de servicio social, los objetivos a lograr consistieron en:

- Adquirir y profundizar conocimientos de aspectos epidemiológicos, de farmacodinamia y farmacocinética, problemas asociados y factores de riesgo y protección relativos al consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Conocer el *Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU)* y del *Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU)*.
- Aplicar clínicamente el programa PEREU, bajo la supervisión correspondiente.
- Impartir talleres de prevención de consumo de drogas con base en el programa PREEDEU.

Durante la prestación de servicio, se contó con asesoría constante por parte de un supervisor, quien específicamente desempeñó las siguientes actividades:

- Introducción a los programas PEREU y PREEDEU, proporcionando la información bibliográfica correspondiente.
- Conducción de la inserción del prestador de servicio al programa.
- Evaluación periódica del desempeño de las actividades asignadas al prestador de servicio, brindando oportuna retroalimentación.

- Apoyo en la revisión de los reportes mensuales y en el proceso de estructuración del reporte final, elaborados por el prestador de servicio.

Contexto institucional y del programa

Mediante el Programa de Conductas Adictivas, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, constituida como una institución de carácter público, ofrece servicios de apoyo para la orientación y tratamiento de problemas actuales o potenciales de uso, abuso y dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas, a estudiantes, personal académico y administrativo, pertenecientes a la comunidad universitaria.

Sirviéndose de investigaciones previas en el campo de la prevención y el tratamiento de problemas de sustancias psicoactivas, realizadas a lo largo de quince años por miembros del cuerpo académico de la Facultad de Psicología, dicho programa fue desarrollado durante el año de 1989, en atención a la demanda derivada del aumento en el uso, abuso y dependencia de drogas por parte de la comunidad universitaria.

Misión

El Programa de Conductas Adictivas proporciona servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, que se caracterizan por un abordaje científico y humano de alta calidad; desarrolla investigaciones que permiten determinar la eficacia, efectividad y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que lo conforman; 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.

Objetivos generales

- Formar recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, que permitan contar con profesionistas competentes que, eventualmente, coadyuven a la propagación de programas similares en todas las dependencias universitarias que así lo requieran, además de asesorarlas en el desarrollo de los mismos.
- Brindar servicios de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas, que se caractericen por un abordaje científico y humano de alta calidad, a estudiantes y trabajadores de la UNAM, preferentemente, que presenten o estén en riesgo de presentar algún problema de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Desarrollar investigaciones que permitan determinar la eficacia, efectividad y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el Programa de Conductas Adictivas, de tal forma que posibiliten su evaluación y continuo refinamiento.
- Difundir las actividades y los resultados de la instrumentación del programa, con el fin de compartir con psicólogos, profesionales de disciplinas afines y personas interesadas en el tema, sobre las experiencias y resultados en los campos de la evaluación, prevención y tratamiento de conductas adictivas.

Población objetivo

De manera prioritaria, miembros de la comunidad universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) con problemas de tabaco, alcohol u otras drogas, o en riesgo de presentarlos. Adicionalmente se atiende a público en general que presente este mismo riesgo o problemática.

Programas y acciones que realiza

Estructurados con base en un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada, los servicios de prevención y tratamiento, consideran cuatro modalidades, que son ajustables a las características del problema a tratar, así como a los recursos, posibilidades y motivación de los pacientes, mismos que se describen a continuación.

Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios PREEDEU	
Perfil del usuario	Estudiantes y trabajadores universitarios que presentan factores de alto riesgo para el inicio del uso de tabaco, alcohol u otras drogas; o que presentan conductas de riesgo asociadas al uso de sustancias.
Descripción	<p>Intervención breve desarrollada originalmente por Quiroga, Mata y Vázquez (1994) en la Facultad de Psicología UNAM, que cuenta con un referente cognitivo conductual sustentado 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 Azjen (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 (Mata, Quiroga, Vital & Cabrera, 2008).</p> <p>Las estrategias principales para su instrumentación consisten en pláticas debate, talleres, folletos y material audiovisual acerca del alcohol, tabaco y/u otras drogas. Se realiza previamente un diagnóstico situacional a la muestra de estudiantes y/o trabajadores universitarios objetivo, a fin de determinar la problemática existente respecto al consumo de sustancias y elaborar el contenido de las pláticas-debate y los talleres a impartir.</p> <p>Las pláticas-debate y talleres constan de cinco componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluación general de conocimientos, actitudes, control percibido e intenciones conductuales para el uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco u otras drogas). 2) Exposición de contenidos: a) conceptos básicos acerca del alcohol,

tabaco u otras drogas; b) efectos del uso de sustancias en el sistema nervioso central y órganos relevantes; c) factores contextuales asociados al uso de sustancias ; d) etapas del consumo de sustancias (uso, abuso, adicción); e) factores motivacionales asociados al uso de sustancias; f) signos y síntomas de dependencia; g) problemas asociados al consumo de sustancias (familia y sociedad); e) influencia de los medios masivos de comunicación; g) información acerca de instituciones de atención para el tratamiento de problemas de sustancias; h) legislación vigente.

- 3) Enseñanza y práctica de habilidades para la vida: (v.g. resistencia y rechazo, solución de problemas y asertividad).
- 4) Estrategias para un consumo moderado de bebidas con alcohol.
- 5) Evaluación final.

Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios DIBADEU, con consumo excesivo, abuso o dependencia leve

Perfil del usuario

Consumidores excesivos, con abuso o dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas, caracterizados por una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) y de consumo problemático (menos de 3 años); en el caso del tabaco, con hasta 3 puntos en la escala Fagerström y un patrón de consumo de hasta 10 cigarrillos por día. Con muy pocos problemas asociados (salud, sociales, legales) y sin deterioro cognitivo severo.

Descripción

Intervención breve de tipo cognitivo conductual motivacional, de consulta externa, desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999), adaptado por Quiroga y Cabrera (2008).

Caracterizado por la incorporación de componentes como la entrevista motivacional, el balance decisional para el cambio en el consumo, depósito de responsabilidad en el paciente para su cambio, uso de estadios de disposición para el cambio, retroalimentación gráfica personalizada respecto a los factores de riesgo para el consumo, orientación a estrategias para el cambio y automonitoreo del consumo. Basado en estrategias de

reducción del daño, busca incrementar la motivación para reducir o suspender el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Consta de 2 sesiones de intervención y 4 de seguimiento:

- *Evaluación (sesión 1)* del patrón de consumo, de las consecuencias negativas derivadas de éste, del índice de dependencia, de la historia familiar de consumo y psicopatología, de las actitudes ante la sustancia y de la motivación al cambio. Mediante entrevista y aplicación de instrumentos.
- *Retroalimentación y consejo (sesión 2)* respecto a los factores evaluados en la entrevista inicial, al tiempo que se proporciona psicoeducación respecto al alcohol, tabaco u otras drogas. Se enlistan estrategias de consumo moderado y hace entrega de los resultados (de forma gráfica y personalizada) obtenidos en la evaluación.
- *Seguimiento (sesiones 3 -6)*, se realiza en los meses 1, 3, 6 y 12 posteriores a la sesión de retroalimentación y consejo, haciendo una revisión del progreso de las metas obtenidas y reforzando las mismas.

Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios TAGEU, con dependencia moderada al alcohol, tabaco y otras drogas

Perfil del usuario

Consumidores con dependencia moderada al tabaco, alcohol u otras drogas, caracterizados por una historia de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de 5 años); en el caso del tabaco, con hasta 6 puntos en la escala Fagerström y un patrón de consumo de 11 a 20 cigarros por día. Con problemas asociados (salud, sociales, legales), siendo alguno de ellos grave y sin deterioro cognitivo severo.

Descripción

Tratamiento breve de corte cognitivo conductual motivacional, de consulta externa. Fundamentado en el Programa de Auto-cambio Guiado para bebedores problema desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation*, Toronto, Canadá. Adaptado y modificado en México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998)

para su aplicación en la población general y por Quiroga y Montes (2003) para aplicarlo en estudiantes universitarios con problemas de alcohol y por Quiroga (2008) para el alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Esta modalidad de atención ambulatoria busca desarrollar un compromiso para el cambio, así como de reconocimiento y uso de recursos propios para el cambio en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas.

Programa caracterizado por incorporar componentes enfocados en impulsar el cambio en el consumo; tales como la entrevista motivacional, el balance decisional o análisis de costos–beneficios, depósito de responsabilidad en el paciente para su cambio, uso de estadios de disposición al cambio, retroalimentación respecto a los factores de riesgo para el consumo, autoselección de metas y objetivos terapéuticos, empleo del análisis funcional de la conducta, monitoreo continuo, evaluación paralela al curso del tratamiento, apoyo social como herramienta para el cambio, identificación de situaciones de consumo, revisión de lecturas y práctica de ejercicios de apoyo. Emplea además un modelo específico de autocontrol y solución de problemas para el enfrentamiento de situaciones de riesgo. Durante las 5 sesiones de evaluación, admisión y tratamiento, se consideran los siguientes aspectos:

- *Evaluación y admisión*, en la que se obtiene información respecto a la historia y patrón de consumo, así como identificación de las principales situaciones de consumo, disposición al cambio y autoeficacia percibida ante éstas.
- *Decidir cambiar y establecimiento de metas (paso 1)*, análisis de costos y beneficios del cambio y determinación de razones para reducir o interrumpir el consumo actual.
- *Analizar las situaciones de consumo excesivo (paso 2)*, identificación detallada de tres situaciones de este tipo.
- *Enfrentar los problemas relacionados con la sustancia (paso 3)*, desarrollo de estrategias alternas para el enfrentamiento de situaciones de riesgo, a partir del modelo de solución de problemas. El objetivo es el mantenimiento del cambio y afrontamiento de posibles caídas o recaídas.

- *Nuevo establecimiento de metas (paso 4)*, al concluir el tratamiento se retoma la meta de consumo.

Cada sesión está programada para una duración de 45 minutos aproximadamente. Se requieren al menos cuatro sesiones para la discusión de lecturas y ejercicios y seguimiento del progreso respecto a la meta de control del consumo. Una vez finalizado el tratamiento, se realizan 4 sesiones de seguimiento, programadas al mes, tres, seis y doce meses posteriores.

Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios PEREU, con dependencia sustancial a severa al tabaco, alcohol u otras drogas

Perfil del usuario

Consumidores con dependencia sustancial o severa al, alcohol, tabaco u otras drogas, caracterizados por una historia sustancial de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años); en el caso del tabaco, con más de 6 puntos en la escala Fagerström y un patrón de consumo de más de 20 cigarrillos por día. Con problemas asociados al consumo (salud, sociales, legales) de menores a graves (algunas experiencias negativas y una de éstas seria), uno de los problemas muy grave (experiencias negativas, dos de éstas serias) y sin deterioro cognitivo severo.

Descripción

Desarrollado originalmente por Annis, Herie y Watkin-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). Sustentado en un enfoque cognitivo conductual motivacional, derivado de la Teoría del Aprendizaje Social, diseñado con el propósito de enseñar a tener un mayor control sobre el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Este programa está centrado en el involucramiento de los pacientes en la evaluación de sus metas y compromiso para cambiar; diseño de un plan de tratamiento individualizado; identificación fortalezas y déficits propios; aprendizaje de anticipación a disparadores de consumo y desarrollo de estrategias alternativas para enfrentarlos; incremento de confianza

mediante la práctica de destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo en la vida real; establecimiento de conexiones ante el uso de sustancias y otras situaciones cotidianas; y conversión del paciente en su propio terapeuta mediante la anticipación de situaciones de riesgo y planeación de estrategias de enfrentamiento.

Incluye cinco componentes principales, a instrumentar durante ocho a doce sesiones.

- *Evaluación.* En el que se establece una línea base del consumo, se identifica el nivel de dependencia, se valora la disposición al cambio y se determinan las situaciones de riesgo. Posteriormente se devuelven los resultados bajo el esquema de una retroalimentación personalizada.
- *Entrevista motivacional.* Puede llevarse a cabo en una o más sesiones, durante las cuales se busca resolver la ambivalencia respecto a la reducción/abstinencia y continuación del consumo.
- *Plan de tratamiento individualizado.* El objetivo es involucrar al paciente en el desarrollo de este plan. Se hace uso de un contrato de tratamiento, una jerarquía personal de disparadores de consumo de la sustancia y el establecimiento de metas y automonitoreo.
- *Iniciación al cambio.* Centrado en la aplicación de estrategias de consejo como la evitación de situaciones de riesgo, o bien la combinación del uso de coerción, tratamiento de hospitalización/residencial, la medicación protectora, y el involucramiento de un compañero o persona responsable. El terapeuta desempeña un papel relativamente directivo.
- *Mantenimiento del cambio.* Enfocado en la aplicación de estrategias de enfrentamiento, diseñadas con el objetivo de incrementar la autoeficacia en el paciente. Se realiza una exposición gradual a los disparadores de consumo, incrementando su dificultad, animando al paciente a la anticipación de situaciones identificadas como de alto riesgo y a practicar las estrategias de enfrentamiento propuestas durante el consejo. Una vez finalizado el tratamiento, se realizan 4 sesiones de seguimiento, programadas al mes, tres, seis y doce meses posteriores.

Descripción de actividades realizadas

Las actividades llevadas a cabo durante el periodo de prestación de servicio, abarcaron tanto el área preventiva, como el área de tratamiento en el campo de las adicciones.

A fin de establecer un panorama general del campo de estudio en el Programa, inicialmente se realizó una revisión bibliográfica considerando aspectos de clasificación y metabolismo de sustancias, epidemiología, efectos a nivel orgánico y factores asociados al consumo de drogas.

Se brindó especial atención al trabajo con pacientes que presentaban problemas de tabaco y alcohol, en el marco de la modalidad de tratamiento PEREU. Previo al inicio de actividades terapéuticas, se revisaron las bases teóricas, el manual de aplicación del programa y se recibió el entrenamiento correspondiente para el desempeño de dicha labor.

La actividad terapéutica incluyó la aplicación de instrumentos para la evaluación; la integración de datos obtenidos en ésta para establecer un diagnóstico; la elaboración de retroalimentación personalizada y el análisis de la misma en conjunto con los pacientes; el diseño y estructuración de un plan de tratamiento individualizado considerando los requerimientos específicos en cada caso, incluyendo la enseñanza y entrenamiento en estrategias de enfrentamiento (solución de problemas, manejo de enojo, asertividad, manejo de deseos intensos, entre otras); y la asignación semanal de tareas, principalmente de automonitoreo. Posterior a cada sesión, se elaboraron resúmenes en los que se registraron los puntos centrales del trabajo realizado y el curso del tratamiento, atendiendo en todo momento a la importancia de mantener actualizados los expedientes clínicos y hacer un correcto manejo de los mismos.

En el área preventiva, se brindó apoyo durante la aplicación de la Encuesta Estudiantil Medición 2012: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Vital et al.,

2012), a estudiantes de primer a tercer grado de Iniciación Universitaria y de cuarto a sexto grado de bachillerato de la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 2 "Erasmus Castellanos Quinto" y Plantel 5 "José Vasconcelos"; y se realizó el análisis estadístico e interpretación de datos correspondientes al componente *Alcohol* (Anexo 1). Adicionalmente, me desempeñé como facilitadora en la instrumentación de alrededor de sesenta talleres de prevención de consumo de drogas (alcohol y tabaco) a estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de bachillerato (Anexo 2). Con duración de una sola sesión, dichos talleres constaron de cinco componentes principales:

- 1) *Evaluación inicial* de conocimientos respecto a tabaco y bebidas con alcohol.
- 2) *Psicoeducación*: pasado y presente del consumo de sustancias psicoactivas, metabolismo del tabaco y alcohol en el organismo, efectos del consumo de tabaco y bebidas con alcohol.
- 3) *Estrategias de enfrentamiento*: resistencia y rechazo; solución de problemas; y asertividad.
- 4) *Lineamientos y características* del consumo moderado de bebidas con alcohol.
- 5) *Evaluación final*.

Parte fundamental de estos talleres, lo constituyó la participación activa de los alumnos, para lo cual se utilizó un cuadernillo de trabajo que incluía parte de la información proporcionada y espacios para completar conforme al desarrollo del taller. A manera introductoria, al inicio de cada tema se solicitó a los participantes aportaran su opinión o ideas al respecto, con el objetivo de determinar con qué conocimientos previos contaban y de este modo realizar un desarrollo adecuado del taller. Adicionalmente, se realizaron ejercicios mediante los cuales se buscaba practicar los conocimientos expuestos en cuanto a habilidades sociales; mediante el planteamiento de diversas situaciones problema cotidianas, los participantes debían proponer estrategias para su solución mediante la práctica de respuestas asertivas.

Objetivo del Informe

En el marco de la presentación del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) como modalidad de titulación, el objetivo principal consiste en la recuperación de la experiencia profesional adquirida por parte de quien lo sustenta. Mediante un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades desempeñadas en el servicio social, se vinculan los elementos de la formación teórico metodológica recibidos durante la trayectoria estudiantil, con las actividades prácticas realizadas en el periodo de prestación de servicio.

Capítulo I. Consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en México

Antecedentes y actualidad

El consumo de sustancias psicoactivas por parte del ser humano es una práctica de la que se cuenta con antecedentes documentados desde la antigüedad, en los que se observan variaciones en cuanto a los tipos de sustancias utilizadas y los patrones de consumo, comúnmente integrados a contextos culturales con fines medicinales y/o religiosos y no con fines comerciales. Se sabe que habitantes de la región del Tigris y el Éufrates (3000 a. C.) consumían la amapola para obtener sensaciones de bienestar y euforia, mientras que en escritos antiguos de la India (1500 a. C.) se menciona el consumo de una *planta maravillosa* (Echeverría, 2006).

En las culturas americanas antiguas y en el México prehispánico, se llevaban a cabo prácticas rituales dentro de contextos religiosos a fin de abrir los sentidos a otro tipo de realidades, para inducir experiencias de iniciación a ciertos misterios y para curar enfermedades del cuerpo y del alma. Cierta clase de hongos y plantas eran consumidos por los curanderos, sacerdotes o chamanes, considerados personas con talentos curativos y respetados por sus poderes especiales para comunicarse con los espíritus e influir sobre ellos (Batis & Rojas, 2002). Se consumían plantas psicoactivas como el peyote, con efectos excitatorios en el sistema nervioso central, produciendo alteraciones de la sensación, la percepción, el estado de ánimo y el nivel de conciencia (Brailowsky, 2002).

Los indígenas del México prehispánico consumían de manera cotidiana el pulque, como parte de rituales religiosos y dentro de grupos sociales de baja jerarquía, pero bajo una regulación estricta de consumo. No obstante, a partir de la conquista española, dicho control cambió completamente. El consumo de pulque perdió su carácter religioso ante el catolicismo y se transformó en una bebida que podía consumirse sin restricciones de edad y en cualquier momento que así se quisiera (Echeverría, 2006). Posteriormente y en respuesta a la demanda de consumo, se

comenzaron a elaborar productos como el aguardiente de caña y destilados del agave como el mezcal y el tequila, mismos que contaron con gran aceptación dentro de la población.

El consumo de tabaco tiene su origen en la cultura maya, las prácticas comerciales de ésta se extendían a lo largo del Golfo de México, llevando éste y otros productos. Gracias al comercio existente entre mayas y olmecas, la difusión del tabaco se extendió incluso a toda la región de América del Norte y del Canadá. Al igual que con otras sustancias, el consumo de tabaco también se realizaba dentro de un contexto de tipo religioso y ceremonial, tal como lo muestran las estelas mayas con imágenes de sacerdotes fumando en actitud de adoración al Sol para el augurio de buenas cosechas.

Echeverría (2006), explica que hacia finales del siglo XII, los aztecas invadieron el territorio maya y asimilaron la costumbre de fumar tabaco. Sin embargo, la práctica adquirió un carácter social, aunque sin olvidar el religioso. Los aztecas conservaron esta costumbre hasta la llegada de los españoles, a principios del siglo XVI.

Por más de cien años, los españoles mantuvieron el monopolio del tabaco, ya que la planta era producida únicamente en sus colonias, hasta que a principios del siglo XVII los colonos ingleses comenzaron a sembrarla, cosecharla y venderla con magníficos resultados, convirtiéndose en una fuente de riqueza para la supervivencia y desarrollo de las colonias inglesas.

A través de los años, el tabaco ha sido consumido de distintas formas, desde el cigarro puro, hasta la administración en polvo por la nariz, conocido como rapé. Su uso fue considerado en cierta época como cura infalible a diversos padecimientos y en otra como una práctica que incluso fue prohibida por la iglesia católica y llegó a ser castigada con la pena de muerte en países de Europa del Este y Asia. No obstante a las opiniones encontradas en torno al consumo de tabaco, éste continuó aumentando en todo el mundo.

Con el paso del tiempo, la industria del tabaco evolucionó, buscando siempre incrementar los beneficios de su comercialización. Anteriormente sólo se empleaban las hojas de la planta; en la actualidad las ramas y el tallo se utilizan, picadas, prensadas y mezcladas con las hojas. El filtro también hace que la cantidad de tabaco contenido en el cigarrillo se reduzca casi en una tercera parte. De hecho, los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina, logran esta fórmula simplemente quitándole tabaco al cigarrillo (Brailowsky, 2002).

El problema con las drogas, es que se ha perdido el sentido cultural que tenía su consumo dados los cambios sociales que se han producido, convirtiéndose en un producto de consumo que sigue las leyes de la oferta y la demanda (Becoña, 2011).

La aparición de un enorme mercado de producción y distribución tanto legal como ilegal de sustancias, emerge en atención a la demanda de consumo de una gran diversidad de drogas, la cual se encuentra ligada al surgimiento del fenómeno de la adicción, con implicaciones en la actualidad a nivel de salud pública, por lo que la necesidad de atención al problema del consumo y abuso de sustancias resulta inminente.

A partir de la década de los setenta, en México se han venido realizando diversas encuestas y estudios de carácter epidemiológico con la finalidad de conocer la extensión del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, y más recientemente, de las adicciones en el país y los patrones de consumo asociados. A la fecha, se han llevado a cabo seis encuestas nacionales sobre consumo de sustancias y adicciones, comenzando en 1988 y realizando la más reciente en 2011. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas es tratado de manera individual dentro de dichas encuestas, proporcionando datos específicos en cuanto a su distribución y patrones de consumo en todo el país.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) se registró que cerca de 27 millones (36.5%) de mexicanos de entre 12 y 65 años de edad, habían probado al

menos una vez en su vida un cigarro. El 18.5% (14 millones) de dicha población correspondía a fumadores activos, el 17.1% a ex fumadores y el 64.4% a no fumadores. Además, se observó que dentro de la población adulta, el consumo de tabaco por primera vez se realizó en promedio a los 17.4 años de edad.

En contraste, a partir de los datos recabados en 2011, se estimó que de la población entre 12 a 65 años de edad, el 21.7% era fumadora activa (31.4% de los hombres y 12.6% de las mujeres); el 26.4% era ex fumadora (30.9% de los hombres y 22.2% de las mujeres), y el 51.9% nunca había fumado (37.8% de los hombres y 65.2% de las mujeres). En términos absolutos, 17.3 millones de mexicanos fueron reportados como fumadores activos, la mayor parte del sexo masculino. En la población adulta de 18 a 65 años de edad, se detectó un 23.6% (15.6 millones) de fumadores activos (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

Así mismo, en la ENA 2011 se registró una prevalencia de fumadores activos adolescentes de 12.3%, lo que correspondió a 1.7 millones de mexicanos, de los cuales el 16.4% eran hombres y el 8.1% mujeres. Destacó el hecho de que los adolescentes fumadores eran principalmente ocasionales (10.4%), en tanto que solamente el 2% consumía tabaco diariamente. El 77.8% (10.5 millones) dijo nunca haber fumado. En el grupo poblacional de adultos, del total de fumadores activos, el 10.3% dijo fumar diario, en tanto que 13.3% reportó un consumo ocasional; 46.7% de los adultos reportó nunca haber fumado.

En 2011, se estimó que entre los adultos, la edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco era de 20.6 años. En los hombres, correspondió a 20.1 años, mientras que en las mujeres a 21.9 años. Además, se registró un consumo promedio de 6.6 cigarrillos diarios entre los fumadores adultos. Los hombres dijeron consumir en promedio 6.9 cigarrillos por día, mientras que las mujeres reportaron fumar 5.7 cigarrillos. Cabe señalar que se observó un incremento en el consumo diario, en función del aumento en la edad del fumador. En el grupo de 18 a 24 años de edad, la media se

estimó en 5.3 cigarros; en el grupo de 25 a 44 años de edad en 6.1 y en el grupo de 45 a 65 años de edad, 7.9 cigarros en promedio diariamente.

Uno de los indicadores comúnmente utilizados para determinar si existe adicción a la nicotina, es el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro después de levantarse. En la ENA 2011, se reportó que el 11.4% de los fumadores activos consumieron su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse, índice que fue similar para hombres y mujeres. En la población adolescente dicha característica resultó más frecuente entre los hombres (8.1%) que entre las mujeres (3.8%). Por su parte, el 11.8% de los adultos fumadores activos dijeron haber consumido su primer cigarro dentro de este lapso, siendo ligeramente más frecuente en los hombres (12.9%) que en las mujeres (8.9%). En el grupo de 25 a 44 años de edad, el 10% reportó fumar el primer cigarro durante el periodo en cuestión; el 20.1% de los individuos de 45 a 65 años de edad reportaron también esta característica.

Existe un alto índice de padecimientos que se observan en la población derivados de la exposición al humo del tabaco. En la ENA 2011 se reportó una prevalencia de dicha exposición de 30.2%, el 12.5 millones de mexicanos que nunca habían consumido un cigarro eran fumadores pasivos. De los anteriores, el 26.1% eran adultos y el 36.4% adolescentes. El principal sitio de exposición reportado por la población femenina fue el hogar (19.7%), mientras que para los hombres fue el trabajo (18.2%).

Con el propósito de contar con un referente comparativo respecto al consumo de tabaco, bebidas con alcohol y otras drogas, a continuación se presentan datos relativos a prevalencias de consumo, edades de inicio de éste e indicadores de adicción o dependencia¹, extraídos de la ENA 2011; en la que para la población de 12 a 65 años

¹ **Adicción a la nicotina:** Fumadores activos que reportaron fumar el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertarse.

Posible dependencia al alcohol: Individuos que presentaron tres o más síntomas (tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, uso continuado a pesar de tener conciencia de sus consecuencias perjudiciales) dentro de los 12 meses previos a la entrevista.

Dependencia a drogas: La persona reporta haber tenido tres o más síntomas de dependencia asociados a su consumo de drogas.

de edad, la droga de inicio de consumo más reportada fue el alcohol (49.1%), seguida del tabaco (18.4%) y la mariguana (17.8%).

	Tabaco	Alcohol	Otras drogas
Alguna vez en la vida	35.6%	71.3%	-
Consumidores actuales (c.a)	21.7%	51.4%	1.8%
Hombres (c.a)	31.4%	62.7%	3.0%
Mujeres (c.a)	12.6%	40.8%	7%
Edad de inicio de consumo	20 años	(-) 17 años	18 años
Consumo diario	8.9%	.8%	-
Adicción/Dependencia	11.4%	6.2%	.7%

Tabla 1. Comparativo de prevalencias de consumo, edades promedio de inicio de consumo, porcentajes de consumo diario, e indicadores de adicción o dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas.

De acuerdo con la ENA 2011, la percepción de riesgo respecto al consumo de bebidas con alcohol ha venido disminuyendo desde tiempo atrás, en tanto que la tolerancia social se ha incrementado, tendencia que concuerda con el aumento del consumo de esta sustancia. Cabe destacar que el consumo diario continuó siendo referido como poco frecuente, no obstante, el consumo de altas cantidades por ocasión fue el patrón más reportado por una tercera parte de la población.

En cuanto al consumo de otras drogas, las encuestas entre escolares realizadas en la década de los setentas indicaban que el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población, sin embargo, para 1984 el índice de usuarios mostraba ya cifras similares en escuelas ubicadas en zonas con diferentes niveles de servicios y de características de ingreso y empleo de sus habitantes y es hasta los últimos años cuando el uso de estas sustancias parece estar disminuyendo ante el cambio de preferencias de la población usuaria por la cocaína (Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo & Tapia-Conyer, 2003). Desde la primer encuesta

nacional realizada en 1988, la marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población, la cocaína ha reflejado variaciones importantes y ha desplazado a los inhalables en las preferencias desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, al perfilarse dentro del mercado nacional. Para casos particulares como los del crack y metanfetaminas, se ha observado un aumento considerable en su consumo.

En un estudio realizado por Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, Galván y Medina-Mora (2003), se detectó que el uso de cocaína, en la mayoría de los casos tratados, se incorporó a un patrón de consumo ya existente, detectando también que la rapidez con la que los participantes del estudio registraron la incorporación de cocaína a su patrón de consumo variaba en función de la sustancia con la cual iniciaban el mismo.

Las cifras que arrojan las encuestas realizadas a nivel nacional, constatan la importancia del trabajo preventivo y de tratamiento con respecto al fenómeno del consumo y adicción a sustancias psicoactivas. En este sentido, datos relativos a qué grupo de población consume en mayor cantidad alcohol, tabaco u otras drogas, conocer que el porcentaje de fumadores hombres en el país es tres veces más que el de mujeres, y que el consumo de drogas ilegales se presenta mayoritariamente en la población adolescente, permite trabajar con mayor puntualidad el desarrollo de estrategias para el abordaje de dicha problemática.

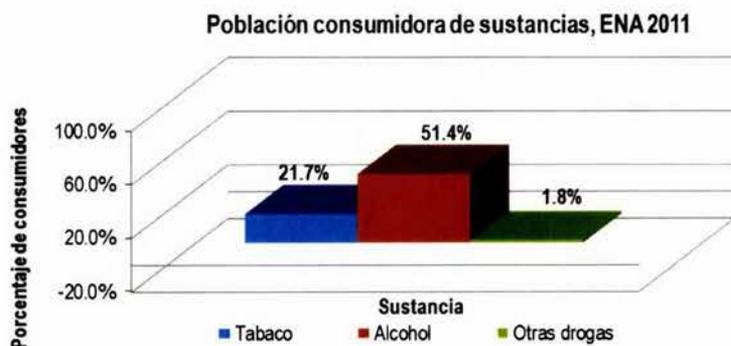


Figura 1. Porcentaje de población de 12 a 65 años de edad que de acuerdo con la ENA 2011, reportó consumir tabaco, alcohol u otras drogas.

Problemas asociados al consumo de tabaco y otras sustancias

El desarrollo de una adicción no representa el padecimiento de un trastorno aislado, sino que implica la presencia de una diversidad de problemas adicionales, relacionados tanto con el ámbito médico, como con cuestiones personales, familiares y sociales.

El consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantiene como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de cientos de miles de dólares (ENA, 2011).

En este sentido, dicho fenómeno implica un fuerte costo económico, que implica tanto costos directos, como la atención médica, el tratamiento y medicación, y costos indirectos, es decir las pérdidas que se generan en cualquier sector económico cuando la mano de obra deja de trabajar por los efectos de fumar y las enfermedades que genera o favorece. Al respecto, Pascual (2004) refiere que dicho impacto económico puede variar atendiendo a las distintas singularidades de cada país, si su sistema de salud es público y gratuito, descansa sobre el contribuyente, convirtiéndose así en una pesada carga.

En cuanto a las afecciones que implica a la salud, el enfisema pulmonar es una de las alteraciones respiratorias más graves y frecuentes presentadas por fumadores, el tejido pulmonar pierde sus propiedades elásticas de forma irreversible y en consecuencia, disminuye la capacidad de dicho órgano para ingresar oxígeno a la sangre, derivando en la incapacidad para desempeñar cualquier tipo de actividad física y eventualmente la muerte. Clasificado como factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo, fumar tabaco reduce considerablemente la esperanza de vida. Brailowsky (2002) enlista una serie de manifestaciones de toxicidad experimentadas por fumadores crónicos:

- Riesgo de muerte prematura
- Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebrovascular y alteraciones de vasculatura periférica
- Aceleración o agravamiento de la aterosclerosis (depósito e infiltración de lípidos en las paredes de arterias de mediano y grueso calibre)
- Mayor incidencia en problemas crónicos como bronquitis, enfisema, sinusitis, úlceras, entre otros
- Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, vejiga y páncreas
- Potenciación de los efectos de carcinógenos ambientales, como el asbesto, óxidos de azufre y otros
- Disminución de la fertilidad y mayor incidencia en abortos espontáneos
- Disminución significativa del peso del niño al nacer cuando la mujer fumó durante el embarazo, así como mayor peligro de mortalidad perinatal y de muerte súbita del infante
- Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia
- Mayor metabolismo de drogas como analgésicos, cafeína, algunas benzodiazepinas, etc. Lo cual implica menor efecto farmacológico de éstas y riesgo de aumentar la cantidad de consumo

Todas estas alteraciones dependen fundamentalmente de la cantidad de cigarrillos que se fumen por día, cabe señalar que no existe un límite con el cual sea posible determinar que los riesgos desaparecen, la relación intensidad del consumo – incidencia de toxicidad, es directa: a más cigarrillos mayor toxicidad, comenzando desde el consumo de uno diario.

Adicionalmente, Brailowsky (2002) señala que en fumadores que consumen una cajetilla al día, las probabilidades de morir de cáncer de pulmón o cualquier otro tipo de cáncer aumentan en 100% y 200% respectivamente, así como la probabilidad de padecer enfermedades respiratorias, y experimentar endurecimiento de arterias y

venas, mismo que puede derivar en el sufrimiento de embolias pulmonares o cerebrales.

De acuerdo con Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer (2001), fue posible observar que en víctimas de agresiones físicas, existía una relación entre el uso de sustancias y violencia. Esta asociación podía darse en dos sentidos, por una parte, el hecho de que la persona se encontrara intoxicada la hacía más vulnerable frente a la violencia de otros, al tiempo que la violencia podía también seguir a experiencias de abuso de sustancias psicoactivas.

El consumo en exceso de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, implica una serie de problemáticas que no se limitan al deterioro de la salud de los consumidores, sino que se extiende a situaciones de tipo social, tales como el alto índice de accidentes automovilísticos y el desarrollo de conductas violentas y/o delictivas, tal como se muestra en el siguiente cuadro comparativo.

Consecuencias	Tabaco	Alcohol	Otras drogas
En la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de muerte prematura • Aumento de probabilidad de desarrollo de cáncer • Afecciones al aparato circulatorio • Enfermedades respiratorias • Afecciones del aparato digestivo • Disminución de sensibilidad de olfato y gusto • Disminución de fertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis crónica, úlceras • Daño hepático • Deterioro renal • Afecciones cardíacas y en sistema circulatorio • Desarrollo de cáncer en sistema digestivo • Desnutrición, pérdida de peso • Suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecciones cardíacas • Problemas respiratorios • Desnutrición • Riesgo de muerte prematura • Asfixia • Alteración de las funciones sexuales
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Paranoia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Paranoia • Episodios de pánico • Depresión

Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de capacidad de memoria a corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Degeneración cerebral irreversible • Pérdida de memoria • Deterioro del aprendizaje • Disminución de nivel de consciencia • Desorientación tempoespacial 	<ul style="list-style-type: none"> • Degeneración cerebral • Disminución de capacidad de aprendizaje y atención • Problemas de memoria • Alucinaciones • Desorientación tempoespacial • Estados psicóticos
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Exposición de no fumadores al humo del tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanciamiento afectivo • Desintegración familiar • Violencia física y verbal • Accidentes automovilísticos • Delitos • Ausentismo laboral/escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia física, verbal y psicológica • Deserción escolar/laboral • Accidentes • Aislamiento • Ruptura afectiva con amigos, pareja, familia

Tabla 2. Comparativo de consecuencias a nivel salud, emocional, cognitivo y social, derivadas del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Factores de riesgo y protección: adicción a la nicotina y a otras sustancias

De acuerdo con Becoña (2011) el consumo de sustancias responde a un proceso complejo que consta de una serie de fases. La primera, es descrita como una *fase previa o de predisposición*, en la que intervienen una serie de factores de tipo biológico, psicológico y sociocultural que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de drogas. En la siguiente fase denominada *fase de conocimiento*, el contacto con la sustancia y el conocimiento de la misma van a depender de la disponibilidad de ésta, del interés que surja por el consumo, del efecto que se crea que producen (expectativas) y de la inducción al consumo por parte de amigos o de los propios familiares, esta fase puede derivar en la de experimentación e inicio al consumo de distintas sustancias o bien en la abstención al consumo. Posteriormente, se presenta la *fase de consolidación*, en la que se da la transición del uso al abuso y a la dependencia de una sustancia. Finalmente se describe la fase de *abandono o mantenimiento*, dado que toda conducta se sitúa a lo largo de un continuo temporal en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla en función de si sus

consecuencias son más negativas que positivas, entre los consumidores de las distintas drogas, unos detienen el consumo después de una o varias pruebas, otros después de un periodo corto o largo de consumo, en tanto que otros lo prolongan de forma ininterrumpida durante muchos años o a lo largo de toda la vida (mantenimiento), desarrollando así una adicción consolidada, la cual puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir.

El interés creciente respecto a la naturaleza del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas ha originado la formulación de distintas teorías que buscan dar cuenta de los diversos factores asociados al aumento o disminución de la probabilidad de inicio de consumo y desarrollo de dependencia a las mismas. Los factores que inciden en el consumo o no consumo de sustancias psicoactivas son múltiples, evidenciando que el fenómeno no es de naturaleza casual y/o aislada. Existen así, factores de riesgo y de protección, ante la presencia de los primeros, se incrementa la probabilidad de que se desarrolle un patrón de consumo. En ciertas etapas del desarrollo, algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros, como la presión de los compañeros durante la adolescencia. De igual forma, ciertos factores de protección, como el fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en la reducción de los riesgos durante los primeros años de la niñez (CONADIC, 2011).

La variedad de factores incidentes en el consumo de sustancias, puede clasificarse en función de si están presentes a nivel individual, social o ambiental.

- Factores Individuales

- Biológicos

Becoña (2011) retoma la cuestión del papel que juega la predisposición biológica al consumo de sustancias, señala que aunque se sabe que ésta no es una condicionante, si se produce la prueba de una o más sustancias psicoactivas aumenta el riesgo en los individuos predispuestos biológicamente a que continúen el consumo tanto por los efectos de las sustancias a nivel orgánico como por los de reforzamiento por su

consumo. Dicha predisposición se encuentra relacionada a la existencia de receptores específicos para las diversas sustancias de consumo en el sistema nervioso central, y de diversos procesos fisiológicos que facilitan que cualquier individuo que las use tenga riesgo de desarrollar una adicción, considerando también que todas las drogas tienen el potencial de alterar la estructura cerebral y el modo del aprendizaje de los individuos cuando las ingieren.

Psicológicos

En este aspecto, se plantea la existencia de personalidades más vulnerables a desarrollar un vínculo estrecho con las sustancias y la presencia de ciertos rasgos de personalidad tales como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, estrechamente relacionados al consumo de sustancias.

Becoña (2011) señala que la impulsividad es una característica previa al inicio en el consumo de sustancias, y la misma está relacionada con una disminución en la edad de inicio en el consumo. La búsqueda de sensaciones es la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Este rasgo muestra una asociación con el consumo de drogas tanto en estudios transversales como longitudinales y en diferentes tipos de muestras (clínicas, comunitarias, etc.).

Dado que la inteligencia implica habilidades tanto de abstracción como de aprendizaje mediante la experiencia, ésta se encuentra también asociada a la modulación en el consumo de drogas, particularmente en la capacidad para no desarrollar dependencia, o para abandonar el consumo.

La diversidad de investigaciones realizadas en torno al consumo de sustancias y el desarrollo de adicción a éstas, reflejan que el consumo de drogas generalmente tiene su inicio durante la adolescencia, periodo de transición en el desarrollo caracterizado por la presencia de estrés y ansiedad ante la búsqueda de la identidad. Al respecto, se establece que el consumo de sustancias durante esta etapa del desarrollo puede

presentarse como una forma de manejo de emociones negativas y de situaciones en las que el individuo se percibe como vulnerable.

Becoña (2011) menciona que un factor que se relaciona con realizar o no la prueba inicial y la experimentación con diversas sustancias es la carencia de habilidades de afrontamiento ante las diversas situaciones de estrés y cambio que se presentan a lo largo del desarrollo, utilizando el consumo de la sustancia como una herramienta para solventar parcialmente los problemas que se presentan, impidiendo con ello el desarrollo adecuado de las distintas habilidades que se requieren para un funcionamiento eficaz en la vida.

Cognitivos

Las expectativas son creencias elaboradas a partir de experiencias previas. Como tales, representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. Cada acción deliberada que hacemos se basa en expectativas sobre cómo el mundo funciona y reacciona en respuesta a nuestra acción. Todas las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. El consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas. Así, cuando a consumidores habituales o a consumidores recreativos se les hace ver un efecto de una sustancia, no necesariamente el farmacológico, y se les da a elegir consumir entre varias drogas, eligen la que se adecua al efecto *esperado* más que al efecto *farmacológico* (Becoña, 2011).

Laespada, Iraugui y Aróstegui (2004) señalaron que se ha comprobado que las creencias y actitudes positivas hacia las drogas se relacionan con su consumo, de la misma forma que éste correlaciona con un menor aprecio por valores ligados a la socialización convencional (religión, familia, orden, salud, etc.).

La percepción de riesgo sobre una sustancia es un aspecto de alta importancia en la toma de decisiones en relación al consumo y es distinta en función de cada tipo de

sustancia, de acuerdo con Becoña (2011) en una gran cantidad de estudios se aprecia una relación inversa entre la percepción de riesgo y consumo de drogas, manteniéndose la misma disponibilidad de la sustancia. Medina-Mora (2001) plantea que la probabilidad de consumo de sustancias aumenta cuando no hay una clara percepción del riesgo asociado con la experimentación o bien cuando se presentan síntomas de depresión o ideación suicida.

- Factores socioculturales

La predisposición socio-cultural juega también un papel importante en el consumo de sustancias. En función del lugar geográfico en que se habite, será mayor o menor la probabilidad de consumir ciertas drogas, dado el tipo de producto que se fabrica y las costumbres de consumo existentes en el mismo.

Aspectos como la pobreza y las repercusiones que ésta tiene dentro de la sociedad también se presentan como factores asociados de gran peso, desde hace ya varios años como producto de la crisis económica y por tanto de la necesidad de aumentar las fuentes de ingreso en las familias, la inserción de la mujer al campo laboral ha ido en aumento, propiciando cambios en los estilos tradicionales de familia, la cual ya no es únicamente nuclear, haciendo que la formación de familias extensas y monoparentales haya ido en aumento, limitando el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a riesgos externos, particularmente en el caso de aquellas con menos recursos (Medina-Mora, 2001).

Del mismo modo, la necesidad de realizar extensas jornadas de trabajo no se limita a una actividad desempeñada únicamente por los padres o madres, sino que en muchos casos también los hijos (aun siendo menores de edad) requieren introducirse en el campo laboral informal, quedando así expuestos y con mayor riesgo de desarrollar patrones de consumo desde muy jóvenes. Por tanto, existe acuerdo respecto al papel que la familia juega dentro del desarrollo o no de éstas conductas, estableciendo que las actitudes y patrones de consumo, el tipo y el grado de comunicación, el respeto y la

cercanía, la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y las atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo.

Varela, Salazar, Cáceres y Tovar (2007) han mencionado que la relación con personas consumidoras, generalmente los iguales, la valoración que estos realizan sobre las sustancias, el grado de presión social que ejercen en el consumo, son factores de riesgo de gran importancia para el inicio del consumo de sustancias. Dichos autores señalaron también que la insatisfacción con las relaciones interpersonales ha sido relacionada con el consumo de sustancias por diferentes estudios que han mostrado que las personas jóvenes atribuyen un alto valor a éstas, porque constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados en el círculo de relaciones entre iguales.

La difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Todo ello implica en muchas ocasiones riesgos. Este es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud. Declina su relevancia en la vida adulta, cuando la persona tiene que asumir ciertas responsabilidades (Becoña, 2011).

- Factores ambientales

Medina Mora, et al. (2001) detallaron que uno de los factores que más consistentemente se ha asociado con el consumo de drogas es la disponibilidad, ya que cada vez más jóvenes experimentan con drogas al tenerlas al alcance en su medio. No obstante, la disponibilidad no se limita solamente a la posibilidad de acceso físico a la sustancia, sino que implica la normalización del consumo en el medio social y la cantidad de consumidores en el entorno inmediato de las personas.

A pesar de que la disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, es insuficiente si ello no va unido a una buena accesibilidad a la misma y tiene un precio adecuado (Becoña, 2011). Por otra parte, la publicidad y la presión social al consumo facilitan conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y desarrollar la creencia de que ese consumo es normal.

- La sustancia como reforzador del consumo

Las drogas son potentes reforzadores para los individuos. Desde el punto de vista del comportamiento, el consumo de una sustancia psicoactiva está regulado por sus consecuencias inmediatas. Su elevada capacidad de repetición es el resultado del premio inherente a la conducta. El premio puede ser placentero por sí mismo (reforzamiento positivo) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: reforzamiento negativo). El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo frecuentemente en contextos sociales o en grupo aumenta la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto (Becoña, 2011)

En el caso particular del tabaco, su consumo se vincula con necesidades humanas, como disminución de la ansiedad, estimulación, símbolo de pertenencia a un grupo y de socialización, o distracción, de ello se deriva, entre otras causas, la adicción física y psicológica a la nicotina (Hernández-Ávila, Rodríguez-Ajenjo, García-Handal, Ibáñez-Hernández & Martínez-Ruiz, 2007). En este sentido, se considera que dicha adicción es una de las formas de farmacodependencia más difíciles de abandonar y que la dependencia psicológica es en muchos casos, la causa de que los fumadores experimenten recaídas.

La nicotina es un potente reforzador que actúa tanto de forma positiva como negativa. En el sentido positivo, fumar se asocia tanto a cuestiones fisiológicas como a conductas o situaciones específicas agradables, de modo que el consumo se realiza de

forma automática y constante en dichas situaciones. Como reforzador negativo, evita la presencia de un estímulo no deseado, como los síntomas de abstinencia de la nicotina.

El uso del tabaco como herramienta de regulación psicológica también influye el mantenimiento de la conducta de fumar, Becoña y Vázquez (1997) han expuesto que dado que la nicotina puede servir tanto para reducir la ansiedad como para producir euforia, mejorar la vigilancia para ciertas tareas cognitivas, controlar el peso corporal y modular el humor, se convierte en un modo útil de regular la relación del individuo fumador con el ambiente. Este efecto, junto con los factores de aprendizaje, hacen que se convierta en una conducta pronto bien consolidada.

Adicionalmente, factores como el carácter transnacional y el hecho de que dicha industria esté controlada por pocos pero grandes capitales, aunado a la publicidad constante y creciente, dirigida a grupos específicos como mujeres y adolescentes, contribuyen a la globalización del consumo, convirtiéndolo en un problema de salud pública a nivel mundial. En todos los países, uno de los factores que ha propiciado el incremento del consumo de tabaco en adolescentes ha sido el bajo precio, así como la aceptación social de la conducta de fumar.

Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006) describen la existencia de evidencia que ha documentado ampliamente la importancia que encierra la interacción social de los jóvenes con su entorno en el consumo de diversas sustancias adictivas. A través de la aplicación de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2002, detectaron que la prevalencia en el consumo de tabaco en jóvenes de 12 a 15 años de edad, que cohabitaban con jóvenes fumadores de 16 a 21 años de edad, resultó mucho mayor (8.7%) que la de aquellos que compartían el hogar con jóvenes no fumadores (1.6%).

A pesar del número de muertes que se presenta entre los adultos por su causa y especialmente entre los hombres (WHO, 2003) es evidente la baja percepción de las consecuencias negativas del tabaco en la salud del consumidor y de las personas que están a su alrededor como fumadores pasivos. Sólo algunos universitarios informan

haber tenido problemas médicos, no mencionan efectos negativos debidos al incremento de los niveles de nicotina en sangre y por el contrario, destacan consecuencias como la obtención de efectos positivos a nivel emocional, tras el consumo de esta sustancia (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006).

Capítulo II. Prevención en el campo del fenómeno de las adicciones

Considerando que las consecuencias asociadas al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas son sumamente relevantes tanto en el ámbito individual, como en los niveles familiar, social y económico; la prevención se ha perfilado como una estrategia altamente recurrida en cuanto al combate de esta problemática de salud pública desde los años setenta.

De manera general, la prevención se entiende como un conjunto de acciones enfocadas a evitar el surgimiento de un problema determinado o en caso de que éste ya se haya presentado, dichas acciones se encaminan a disminuir su incidencia. En el caso particular del campo de las adicciones, Becoña (2002) ha señalado que la prevención ha sido definida como un proceso activo de instrumentación de iniciativas tendientes a modificar y a mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de las drogas. Tales iniciativas persiguen objetivos específicos, entre los que destacan el retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias, limitar el consumo en cuanto a número y tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición de experimentación a abuso y a dependencia en el consumo, educar a la población a fin de que ésta mantenga una actitud responsable ante el tema del consumo de sustancias, así como incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo asociados a dicho consumo.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 "Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones", la prevención está definida como el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales. Establece que para realizar acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta los aspectos macro y micro sociales de las poblaciones objetivo, tales como: dimensiones epidemiológicas del problema, disponibilidad de servicios y programas preventivos, representación social, zona geográfica, su cultura, usos y costumbres, la familia y los aspectos

legislativos, entre otros; así como las características de los individuos tales como su edad y género, las sustancias psicoactivas de uso, los patrones de consumo y problemas asociados.

Es importante puntualizar que las acciones preventivas no se encuentran encaminadas a erradicar totalmente el consumo de sustancias psicoactivas, sino a que bajo un contexto social objetivo, se logre demorar en la población la edad de inicio de consumo y que éste se realice de forma ocasional sin que se llegue a desarrollar un problema de abuso o dependencia, buscando también que una buena proporción de quienes realizan un primer consumo a manera de experimentación no continúen ejerciendo el mismo posteriormente. Becoña (2002) refiere que los programas preventivos tienen como objetivo modificar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, intervenir dentro del contexto ambiental asociado con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

Tipos de prevención

Becoña (2002) retoma a tipología establecida por Gordon, mediante la que la prevención es diferenciada en tres tipos: universal, selectiva e indicada.

La **prevención universal** tiene como objetivo postergar o prevenir el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, utilizando como herramienta principal la presentación de información objetiva y de actualidad, así como el desarrollo de habilidades sociales en la población que contribuyan en la disminución de incidencia de consumo y abuso de sustancias, considerando la existencia de factores de riesgo asociados al consumo, que pueden afectar en distinta magnitud a los miembros de la población. Conceptualizada por Centros de Integración Juvenil (2010), se define como el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio de consumo y abuso de drogas.

Por su parte, la **prevención selectiva** está dirigida a subgrupos específicos de población que se consideran en riesgo dados los factores asociados al consumo que presentan, por lo que la intervención preventiva resulta necesaria. La finalidad de instrumentar este tipo de prevención es la evitación del inicio de consumo de sustancias, teniendo como base el fortalecimiento de los factores protectores presentes en el subgrupo en cuestión y el trabajo en la reducción de la influencia de los factores de riesgo latentes. En este sentido, conocer específicamente qué factores de riesgo presenta el subgrupo resulta de gran utilidad para el diseño del programa y la delimitación de objetivos de reducción de riesgo.

La **prevención indicada**, es definida como los programas que dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales, los cuales pretenden retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de sustancias psicoactivas. Los programas de prevención indicada están dirigidos a personas que ya son consumidoras de sustancias, propensas a desarrollar condiciones de abuso o dependencia, principalmente porque presentan factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición de problemas asociados al consumo, tales como el bajo rendimiento escolar, el deterioro en relaciones sociales interpersonales, la práctica de actos delictivos, las conductas antisociales diversas, la práctica de conductas de riesgo, el desarrollo de cuadros clínicos de depresión, etc. Las actividades de trabajo en este tipo de intervención se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo, tales como baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, la escuela o el grupo de amigos "positivos", entre otros; otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales. En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa del riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo. La instrumentación de los programas preventivos indicados implica periodos más largos (meses), una frecuencia

de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas (Centros de Integración Juvenil, 2010).

Becoña (2002) recupera y hace mención de una serie de ventajas y desventajas al respecto de los tres tipos de prevención. Dentro de la prevención universal, destaca el hecho de que este tipo de prevención proporciona la posibilidad de focalizarse en los factores de riesgo de la comunidad y es conductualmente apropiado dado que se centra en cambiar conductas que suelen ser exhibidas por todos (mayoritariamente), teniendo así buen potencial a nivel poblacional, en contraste, las desventajas de éste tipo de prevención residen en que a nivel individual puede implicar poco beneficio, ser percibido como innecesario para subgrupos de bajo riesgo y mostrar dificultad para demostrar un efecto a nivel global. En cuanto a la prevención selectiva e indicada, entre las ventajas que ambas poseen se encuentra el hecho de facilitar la posibilidad de tratar problemáticas de forma más temprana, además de ser potencialmente eficaces dada la reducción poblacional y la especialización en el trabajo que se lleva a cabo; en tanto que las desventajas principales residen en el alto costo que implican, la tendencia a ignorar el contexto social como un objetivo de intervención y causar reacciones de estigmatización en los subgrupos o individuos a quienes se dirige.

Ámbitos de impartición preventiva

La intervención preventiva se lleva a cabo en diversos ámbitos, entre los que destacan el escolar, el familiar, el laboral y el comunitario. No obstante, considerando que la educación de los individuos tiene su primer momento en la familia y la escuela, siendo la segunda donde principalmente se pone en práctica, y teniendo en cuenta que la escuela no es únicamente un lugar en el que se aprenden contenidos culturales y científicos, sino que funge como escenario de aprendizaje de habilidades para afrontar situaciones de la vida cotidiana dado el amplio rango de tiempo que los alumnos pasan dentro de ésta, los programas preventivos de tipo universal son instrumentados con

mayor frecuencia dentro del ámbito escolar, así como en medios de comunicación masiva, como lo son la televisión, el radio y actualmente las redes en internet.

Enfocados en la prevención universal dentro del ámbito escolar, destacan programas como el Proyecto Midwestern de Prevención, conocido también como Proyecto STAR (Students Taught Awareness and Resistance), el cual consistió en la combinación de programas escolares basados en el modelo de la influencia social junto a otros componentes que incluyen medios de comunicación (anuncios, videos), programa de organización para padres, programa de organización para las comunidades y cambios en la política sobre uso de drogas (Sanz, 2005).

Con este mismo enfoque, destaca también el Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida (LST por sus siglas en inglés), desarrollado por Botvin (1995) y descrito por éste como una intervención de tres años de duración, diseñada para ser aplicada en el aula. Consta de dos componentes de habilidades generales dirigidos a mejorar la competencia personal global y de un tercer componente más específicamente relacionado con el consumo de drogas. El objetivo de la enseñanza de habilidades de resistencia al consumo es la reducción de la influencia de los factores sociales asociados a éste, en tanto que el entrenamiento en toma de decisiones busca incrementar el autocontrol y la capacidad de solución de problemas y toma de decisiones en los estudiantes. Los hallazgos en la evaluación del programa, refieren que existe un porcentaje menor de consumo de tabaco, alcohol y marihuana (entre 59% y 75%) entre los estudiantes que participan directamente en él, en comparación con los grupos control. De la misma forma, se ha demostrado que las sesiones de refuerzo ayudan a conservar los efectos positivos del programa una vez concluido (Centros de Integración Juvenil, 2010).

En los últimos años, a la par de la prevención escolar, la prevención familiar y la prevención en el ámbito laboral han sido consideradas de gran importancia. Igualmente, aunque más compleja y difícil de aplicar, la prevención comunitaria ha cobrado gran relevancia en el ámbito preventivo (Becoña, 2002).

Morales, Vázquez, Martínez y Reidl (2007) han explicado que los modelos de participación comunitaria para la prevención universal en materia de adicciones se centran, en primer lugar, en la evaluación del contexto en el que se desenvuelven los individuos, identificando factores de riesgo y protectores que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas que incide en las comunidades.

La impartición de programas preventivos desde el ámbito comunitario tiene claras ventajas, tales como la posibilidad de incidir en mayor cantidad de factores de riesgo, lograr una mejor consistencia en los mensajes emitidos y contar con una mejor difusión de la información que se pretende brindar, por tal motivo, la planificación, coordinación e implementación de las acciones preventivas en este ámbito debe llevarse a cabo de forma minuciosa.

De acuerdo con Milanese, Merlo y Laffay (2001), desde el punto de vista metodológico, cuando se trata de intervenir en una comunidad, es oportuno considerar la aplicabilidad concreta del principio según el cual la prevención es local o no, entendiendo por local un contexto predefinido en términos de elementos sociales compartidos por una población, relacionados con su territorio, ritos, mitos, costumbres, dinámicas de convivencia, etc.

Considerando la incidencia y la prevalencia de las adicciones en México, se requiere el desarrollo e instrumentación de programas de prevención comunitarios, que permitan diseñar intervenciones preventivas universales adecuadas, implicando la adaptación de los procedimientos de acuerdo a la cultura de nuestro país y a los tipos de factores de riesgo y protección que inciden en nuestra sociedad (Morales et al., 2007)

Por su parte, la instrumentación de acciones preventivas en el ámbito laboral, a nivel universal, buscan proporcionar información, sensibilizar, y orientar. En tanto que a nivel indicado, pretenden evitar la transición de un consumo ocasional a una condición de abuso o dependencia. Laboralmente, la prevención se enfoca en el consumo de

sustancias legales (alcohol y tabaco), cobrando gran relevancia en los trabajadores más jóvenes dado que el consumo no sólo se puede realizar en el trabajo, sino que existe mayor riesgo de llevarlo a cabo durante los descansos de fin de semana, o bien al concluir las jornadas laborales.

La impartición de programas preventivos selectivos o indicados, orientados específicamente a la intervención en familias en las que se detectan diversos factores de riesgo o en las que el consumo de sustancias se presenta como un hecho cotidiano, resulta de gran importancia, considerando que en muchas ocasiones dentro del ámbito familiar el gran problema a enfrentar es la falta de participación e involucramiento por parte de los padres.

Un ejemplo de intervención selectiva dirigido a adolescentes y jóvenes y a sus familias es el descrito por Ordóñez, Civantos, Rodríguez y Moyano (2011), detallado dentro del marco del Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2010-2017 (Instituto de Adicciones de Madrid Salud), y para el cual se formuló un marco teórico a partir de tres aspectos fundamentales:

- La perspectiva evolutiva. Analizando el por qué es la adolescencia el periodo dónde aumenta la propensión al riesgo, así como la vulnerabilidad existente en cada individuo en función de cómo ha resuelto las tareas y habilidades básicas que se presentan durante cada periodo crítico del desarrollo.
- La psicología ecológica. Analizando las condiciones de riesgo y de protección dentro de los distintos niveles de interacción individuo-ambiente, permitiendo el diseño de actividades destinadas a optimizar tanto el ambiente, como la representación que tiene el adolescente del mismo.
- La psicología de la adolescencia. Aportando especial atención a características de gran relevancia para comprender que función puede cumplir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo en este grupo poblacional: la integración en el grupo de compañeros/as, la reducción del estrés y de la incertidumbre respecto a la propia identidad, la obtención de experiencias de poder y protagonismo social, el

establecimiento de la autonomía de los padres y las madres, el rechazo de las normas y valores de la autoridad convencional o la transición de la infancia al estatus adulto.

Este modelo de prevención se plantea desde una perspectiva que incluye el abordaje de diversas conductas de riesgo (consumo de drogas, violencia y acoso, etc.) y no solamente una de éstas en específico, dirigiendo la intervención a grupos dónde sean observables una serie de características personales, sociales y culturales, definidas como factores de riesgo que los sitúan en posición de vulnerabilidad ante el desarrollo de problemas relacionados al consumo de sustancias, considerando tanto características de los adolescentes como la interacción de éstos con el ambiente en el que se encuentran, haciendo claramente observable la condición de prevención selectiva en que se fundamenta.

La selección del tipo de prevención y ámbito a tratar en la instrumentación de un programa preventivo, debe llevarse a cabo teniendo en cuenta las ventajas y desventajas que éstos ofrecen, en función de los objetivos trazados y las posibilidades y recursos reales con que se cuenta para su aplicación.

Prevención y programas preventivos

La distinción entre el concepto genérico de prevención y el de programa preventivo, es un punto de partida importante en cualquier campo donde se trabaje con prevención. Como se estableció anteriormente, en el campo específico de las adicciones la prevención se define como un proceso activo cuyo objetivo es evitar el surgimiento de un problema determinado, o la disminución de porcentaje de incidencia de éste; por su parte, un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí, para la consecución de una meta (Becoña, 2002), de tal manera que un programa preventivo puede ser definido como un conjunto de actuaciones que a nivel universal tienen como finalidad impedir la aparición del problema al que se dirige el programa y a nivel selectivo e indicado, disminuir la incidencia del mismo.

De manera general, la intervención preventiva que se lleva a cabo en el campo de las adicciones tiene dos objetivos principales: reducción de la oferta y reducción de la demanda. La reducción de la oferta está orientada al control de sustancias disponibles en el mercado, para lo cual se establecen leyes, normas y políticas públicas que regulan la producción, almacenamiento, transporte y venta de sustancias psicoactivas. Por otra parte, la reducción de la demanda se enfoca al entrenamiento de la población en habilidades de rechazo y destrezas de enfrentamiento ante el ofrecimiento de sustancias, centrándose en el cambio de actitudes, percepciones, conductas y reducción de factores de riesgo en los individuos; aunque ambos tipos de intervención son necesarias, la prevención orientada a la reducción de demanda se considera como la mejor alternativa para solucionar o tratar este problema (Becoña, 2002).

Anteriormente se hacía distinción entre los términos prevención específica y prevención inespecífica, Becoña (2002) refirió una diferenciación para la prevención específica de la inespecífica definiendo la prevención específica como aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Mientras que la inespecífica es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas, actuaciones o ámbitos no conectados en principio con el uso de drogas. De manera que una diferencia básica entre una actividad específica y una inespecífica en cuanto a la prevención de las adicciones, es el hecho de que dicha actividad tenga una relación directa y evaluable con la disminución en el consumo de sustancias psicoactivas. No obstante Becoña (2002) rescató que la prevención específica se orientaba a tres objetivos principales: a) la reglamentación legal a fin de restringir el consumo de sustancias, b) la promoción de medidas educativas con el objeto de proporcionar conocimientos, formar actitudes y generar hábitos de vida sana y, c) el establecimiento de medidas sociales en favor de grupos, dando prioridad a los considerados de riesgo.

Así mismo, la formulación de estrategias preventivas a impartir en cuanto a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se ha ido modificando paulatinamente en función de las diversas perspectivas desde las cuales se ha tratado,

por ejemplo durante la década de los setenta, tuvo gran peso la perspectiva médica, considerando la adicción como una enfermedad y enfocando la prevención a proporcionar información y orientación acerca de los daños derivados del consumo de sustancias. En la década de los ochenta, la prevención estuvo orientada a promover actividades alternativas al consumo de sustancias, considerando un enfoque socio cultural en el que se planteaba la existencia de patrones de comportamiento asociados al consumo, con posibilidad de modificación por medio del reforzamiento a través del ambiente. Ya en la década de los noventa, se planteó la existencia de factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias, enfocando las acciones preventivas en la reducción e incrementación de dichos factores respectivamente (Medina, 2009).

En la práctica actual, la diferenciación entre prevención específica e inespecífica no tiene cabida al hablar de programas preventivos, ya que éstos buscan integrar las diversas perspectivas a través de las cuales se ha estudiado el fenómeno de las adicciones, encaminándose a la identificación de los factores de riesgo y protección asociados a éste, a impulsar el incremento de los últimos y a fortalecer habilidades sociales en los individuos, particularmente habilidades de rechazo y destrezas de enfrentamiento ante el consumo de sustancias, así como la inclusión de políticas y leyes que regulan la disponibilidad de las mismas.

El modelo teórico general sobre el cual se han formulado los programas preventivos de consumo de sustancias psicoactivas se fundamenta en la llamada etiología del consumo de drogas, en la que se plantean tres aspectos principales a considerar: 1) La existencia de factores que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en unas personas respecto a otras, 2) la progresión en el consumo de drogas legales a ilegales en una proporción significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y 3) la existencia de una diversidad de variables socio culturales, biológicas y psicológicas que inciden en los factores de inicio y mantenimiento y en la progresión o no en el consumo de unas sustancias a otras (Becoña, 2002).

En cuanto a la progresión en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, resulta necesario puntualizar que dicho planteamiento tiene su origen en la denominada *hipótesis de la escalada*, formulada durante la década de los cincuenta, y dentro de la que inicialmente se afirmaba que el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína. No obstante, tal como señala Becoña (2002) la investigación posterior por parte de diversos autores, indica que hay una progresión en el uso de sustancias que comienza desde el no consumo, al uso de drogas legales, el uso de marihuana y el uso de otras drogas ilegales para los que alcanzan esta etapa, pero que también existen muchos casos en los que no hay progreso en el consumo de las primeras sustancias a las sucesivas, siendo importante considerar esta relación en términos de probabilidad, no de causalidad. Es decir, que el uso de una sustancia previa no implica necesariamente el consumo de otra, por lo que no debe omitirse el hecho de que la progresión para el consumo de una sustancia específica está relacionada no sólo al consumo previo de otras, sino también a otros factores tales como la personalidad, el estilo de vida y los factores ambientales del entorno en que los individuos se desarrollan.

Se plantean cinco premisas respecto al consumo de sustancias psicoactivas:

- 1) La existencia de una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de marihuana, y entre el consumo de marihuana y el consumo posterior de heroína.
- 2) Aunque existe relación, ésta no debe ser confundida con el término causalidad.
- 3) Existen otras variables relacionadas con el consumo tanto de heroína, como de la marihuana mismas que a su vez, en muchos casos se sitúan en la base del consumo previo de marihuana, heroína o cocaína que deben ser consideradas dado que pueden llegar a explicar el consumo inicial de marihuana, el mantenimiento y la progresión al consumo de cocaína o de heroína y a otras conductas asociadas con dicho consumo.
- 4) Desde una perspectiva preventiva y de salud pública, es necesaria la intervención tanto sobre el consumo de marihuana, como sobre las otras variables asociadas al consumo, considerando las sustancias previas en la

cadena de consumo (alcohol, tabaco), y las variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (ej., rasgos de personalidad, aprendizaje) asociadas al mismo.

- 5) La prevención debe centrarse en la impartición de acciones para anticipar el consumo de drogas, así como para intervenir en todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, la progresión y el mantenimiento del consumo de las distintas sustancias, centrándose en las variables propias del individuo y del sistema social.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, establece una serie de lineamientos a considerar para la instrumentación de programas preventivos, los cuales se centran en la necesidad de contar con un marco filosófico, teórico y metodológico que sustenten los programas, el conocimiento de las necesidades y de evidencias científicas, la posibilidad de llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de éstos, además de los recursos suficientes y el personal calificado para su realización. Adicionalmente, precisa la consideración de componentes de prevención universal, selectiva o indicada, de acuerdo a los objetivos y las necesidades detectadas, reglamentar como características fundamentales de un programa preventivo, el ser proactivo, no discriminatorio, y tener en cuenta los componentes culturales y regionales; así como la inclusión de poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, de acuerdo con la estratificación de los diferentes grupos sociales, tomando en cuenta principalmente al juvenil.

Dado que la formulación de programas preventivos universales, selectivos e indicados requiere una fundamentación teórica sólida, se han diferenciado una serie de modelos teóricos a partir de los cuales se han desarrollado una gran variedad de programas preventivos. Dichos modelos, se han centrado básicamente en el análisis de distintas variables a fin de comprender por qué hay personas que consumen drogas en tanto que existen otras que no llegan a desarrollar dicha conducta Becoña (2002).

Modelo racional o informativo

Los primeros programas preventivos basados en este modelo, partían de la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información al respecto de los efectos negativos del uso de sustancias y por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema; insistiendo en los aspectos negativos del consumo y asumiendo que con dicha información se lograría que dicha población tomara una decisión racional al respecto del consumo de sustancias. Dicho modelo también se conoce como tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo. No obstante, dada su baja efectividad, se ha ido desechando paulatinamente, un ejemplo claro de esta baja efectividad es la gran cantidad de fumadores que a pesar de saber los efectos dañinos que tiene el consumo del cigarro, continúan su consumo (Becoña, 2002).

Modelo de influencias sociales o psicosociales

Este modelo es claramente distinto al anterior, establece la existencia de tres factores de riesgo considerados como imprescindibles para el desarrollo de programas preventivos efectivos, los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual. En éste, el ambiente social juega un papel de gran relevancia, ya que la conducta, en este caso el consumo o no de sustancias, se produce dentro de un ambiente social concreto bajo condiciones facilitadoras o no del mismo. Por ejemplo, se plantea que la observación de cómo otras personas realizan conductas asociadas al consumo de sustancias facilitará que éste se lleve a cabo o no, e incluso podrá facilitar la socialización al tiempo que se consume. Sin embargo, también los elementos personalidad y factores de riesgo conductual se definen como de gran importancia. En este sentido, el manejo adecuado de las situaciones de riesgo, las habilidades con que se cuenta para actuar ante éstas, las destrezas para enfrentarlas y la práctica de alternativas al consumo, son elementos de gran influencia a nivel de prevención universal, selectiva e indicada (Becoña, 2002).

Modelo de habilidades generales

Es el modelo de formulación más reciente y parte de la premisa que plantea como necesario el entrenamiento a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de sustancias, sino también en habilidades sociales adicionales a lo que tradicionalmente se trabaja en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas. Otra de las diferencias importantes entre este modelo y los previos, es la búsqueda de orientación integral al respecto de todas las sustancias psicoactivas, en contraste con programas específicos orientados de forma exclusiva a tabaco, alcohol o la combinación de ambos. Además, el modelo de habilidades generales está basado en el concepto de multicausalidad en cuanto al proceso de inicio en el consumo de cualquier sustancia por parte de adolescentes, porque busca cubrir diversas áreas que pueden presentar dificultades a fin de desarrollar la capacidad de enfrentar la oferta de consumo a modo de compensación de dichas dificultades (Becoña, 2002).

En cuanto a las características o elementos principales propios de los diversos programas preventivos de consumo de sustancias, tanto a nivel universal como selectivo e indicado, Becoña (2002), rescata la identificación de conceptos teóricos comúnmente utilizados por los investigadores para describir sus programas, en los que destacan doce elementos o componentes principales:

- 1) Información (conocimientos y creencias sobre las consecuencias de riesgo de usar la sustancia).
- 2) Toma de decisiones (proceso para tomar decisiones racionales sobre la sustancia),
- 3) Compromiso (adopción de un compromiso personal de no usar la sustancia),
- 4) Clarificación de valores (examinar la relación entre los propios valores y las consecuencias de la conducta y demostrar que los valores personales son incompatibles con el uso de la sustancia).
- 5) Establecimiento de metas (enseñar habilidades para la situación y atenerse a los objetivos y alentar la adopción de una orientación de éxito).

- 6) Manejo del estrés (enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, especialmente en situaciones psicológicamente difíciles).
- 7) Autoestima (desarrollar sentimientos individuales de autoconfianza y valía).
- 8) Entrenamiento en habilidades de resistencia (identificar y resistir la presión asertivamente y las influencias para usar sustancias de los iguales, hermanos, padres, adultos y los medios de comunicación).
- 9) Entrenamiento en habilidades para la vida (se enseña un amplio conjunto de habilidades sociales incluyendo habilidades de comunicación, habilidades de relaciones humanas y habilidades para resolver conflictos interpersonales).
- 10) Establecimiento de normas (establecer normas conservadoras respecto al uso, corrigiendo las percepciones erróneas de la prevalencia y accesibilidad a las sustancias y estableciendo normas de grupo conservadoras).
- 11) Asistencia (proporcionando intervención y consejo para enfrentarse a los problemas de la vida).
- 12) Alternativas (proporcionar experiencias en actividades que son incompatibles con el uso de sustancias).

En el caso particular de los programas de prevención indicada, éstos hacen especial consideración de los factores biológicos, psicosociales y ambientales de los individuos con los cuales se intervendrá. Los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención indicada muestran tanto las características individuales y del subgrupo, como las influencias ambientales, tales como la búsqueda de sensaciones placenteras, la relación con personas que consumen, el abuso de sustancias en miembros de la familia, etcétera. De acuerdo con Centros de Integración Juvenil (2010), un programa de prevención indicada, habrá de contar con las siguientes características:

- Enfoca sus actividades a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas de riesgo relacionadas.
- Pretende detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas.

- Desarrolla sus actividades de forma simultánea a la atención de otras conductas.
- Selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de las acciones de trabajo.
- Enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo.
- Pretende modificar las conductas de los individuos.
- Requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica.
- Regularmente, el número de personas atendidas es menor en comparación con los programas universales y selectivos.

Al llevar a cabo el diseño de cualquier programa preventivo, debe tenerse en cuenta la especificidad como una característica necesaria de éste, misma que incrementará conforme tanto los objetivos como los grupos a los que se dirige sean concretamente delimitados, ofreciendo así la posibilidad de instrumentar diseños que resulten adecuados para la obtención de resultados y para la evaluación de dichos programas. Es preciso no omitir la importancia de considerar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales de la población, subgrupos o individuos a quienes se dirige dicho trabajo cara a la búsqueda de resultados favorables derivados de la instrumentación de programas preventivos determinados.

Finalmente, es necesario considerar en todo momento que la prevención no funge como solución a una crisis puntual, sino como una labor que debe llevarse a cabo de manera constante a lo largo del tiempo, en la que los resultados podrán ser observables a largo plazo.

Capítulo III. Tratamiento de las adicciones

El desarrollo e instrumentación de tratamientos es un elemento clave ante el creciente fenómeno del consumo de drogas. En la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, el tratamiento en adicciones es definido como el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o en su caso, reducir el consumo de sustancias psicoactivas, así como los riesgos y daños que implican el uso y abuso de las mismas.

Un tratamiento tiene como objetivo el abordar, reparar o curar una alteración concreta que sea causante de malestar, el cual le impida funcionar adecuadamente y que puede representar un riesgo para su supervivencia (Becoña, 2002). En el campo de las adicciones, el tratamiento tiene como objetivo el modificar el consumo de drogas, 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, biológicas y sociales permitiendo el establecimiento de estrategias de anticipación ante éstas (Lorenzo, 2009).

Así como la exploración de prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas, es uno de los objetivos principales para la realización de las Encuestas Nacionales de Adicciones en México. También lo es la detección de población que reportó haber llevado a cabo algún tipo de tratamiento para modificar su conducta de consumo de sustancias.

De los consumidores de tabaco, el 58.4% del total de los fumadores ha intentado dejarlo. En tanto que la mayoría de las personas que han intentado dejar de fumar lo han hecho súbitamente (57.2%), o disminuyendo gradualmente el número de cigarros (17.6%). Un porcentaje menor dejó de comprar cigarros (14%); ha sustituido fumar por otras actividades (4.2%) o se ha sometido a un tratamiento (2%). Del total de los entrevistados el 26.4% son ex fumadores, de los cuales el 34.3% refiere que la razón principal por la que dejó de fumar fue por conciencia del daño a su salud (ENA, 2011).

En cuanto al consumo de bebidas con alcohol, en términos generales se observó que cerca de 830 mil consumidores han asistido a tratamiento; al considerar únicamente la población que cumplía con criterios de posible dependencia, solamente el 6.8% de ésta dijo haber recibido algún tipo de intervención, principalmente con especialistas o en grupos de autoayuda o ayuda mutua. En tanto que de los usuarios de otras drogas, en el último año casi una de cada 5 personas con dependencia, ha asistido a tratamiento (ENA, 2011).

Kohn y Levav (2009) señalan «factores subjetivos y objetivos para explicar la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios de tratamiento. Entre los subjetivos están: la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el estigma. Entre los objetivos están los que se refieren a las barreras para la atención como: los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios (Rojas, Real, García-Silberman & Medina Mora, 2011)

Es importante considerar que no existe un sólo tipo de tratamiento que resulte eficaz para todas las personas. Muchos de los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los tratamientos cognitivo conductuales, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad entre otros (Rojas, op. cit., 2011). Existen diversos modelos que sustentan teóricamente la variedad de tratamientos conductuales, cognitivos y motivacionales desarrollados en materia de conductas adictivas.

Modelo conductual

Los enfoques conductuales asumen que los trastornos por abuso y dependencia a sustancias psicoactivas se desarrollan, mantienen, extinguen y decrecientan a través de los principios generales del aprendizaje y del reforzamiento (Quiroga, 2012).

Llorente del Pozo y Iraurgi-Castillo (2008), han señalado que para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, 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. Por lo que considerando que la conducta de consumo de sustancias es en gran parte aprendida, es posible para el consumidor aprender alternativas de conducta más adaptativas.

Por su diseño, la mayoría de terapias conductuales son de duración breve, dado que el propósito de éstas no es reconstruir la personalidad, sino abordar problemas específicos e identificables, de manera que posteriormente sea posible aplicar técnicas y destrezas básicas aprendidas, dentro de la terapia, en el mundo real, sin apoyo del terapeuta. La terapia conductual se centra más en la identificación y cambio de conductas observables y medibles que otros enfoques terapéuticos. El tratamiento se vincula con la alteración de la conducta, y el éxito es el cambio, eliminación o incremento de conductas particulares (Quiroga, 2012).

La terapia conductual para el tratamiento de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, tiene como base principal el uso de métodos derivados de las teorías de aprendizaje tanto por condicionamiento clásico como operante. Entre las técnicas de terapia conductual basadas en modelos de condicionamiento clásico se encuentran procedimientos de extinción por medio de la exposición a señales, fundamentada en la premisa de que si una conducta ocurre de manera repetida a lo largo del tiempo y no es reforzada, la fuerza de la señal para la conducta y la conducta en sí disminuirán,

haciendo que posteriormente la conducta se extinga. Los tratamientos para usuarios de drogas que emplean esta técnica exponen a los usuarios a la sustancia de su preferencia, evitando que éstos la consuman, para que después de un tiempo, la reactividad ante dicha exposición disminuya y por ende también la conducta de consumo. Así mismo, se encuentran procedimientos de contracondicionamiento o condicionamiento aversivo, los cuales consisten en aparear repetidamente resultados negativos con señales relacionadas a sustancias que anteriormente se encontraban asociadas de manera positiva al consumo de éstas.

Las terapias basadas en el contracondicionamiento, típicamente emplean la aversión, inducida químicamente o con choques eléctricos como consecuencias negativas apareadas con señales relacionadas con las sustancias psicoactivas (Quiroga, 2012). También pueden utilizarse imágenes visuales, como es el caso de la técnica de sensibilización encubierta, que consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbre a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Llorente, 1990, en Llorente del Pozo, 2008).

Dentro de las técnicas de terapia conductual basadas en modelos de aprendizaje operante se han desarrollado diversas opciones, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios. El contrato terapéutico es una herramienta que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso; el incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios; por ejemplo: distanciamiento de los controles de consumo) (Llorente del Pozo, 2008). El entrenamiento en autocontrol conductual se enfoca específicamente en el consumidor de sustancias y sus intentos por reducir o suspender el consumo, ya sea por su propia cuenta o con la ayuda del terapeuta,

teniendo éste un papel de guía y llevando a cabo sesiones breves de seguimiento, donde la principal responsabilidad para cambiar está en el consumidor.

Modelo cognitivo

Los antecedentes de la teoría cognitiva comenzaron en los años treinta con Tolman, quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta (Llorente del Pozo, 2008).

La teoría cognitiva fue desarrollada por A.T Beck como una manera de comprender y tratar la depresión, y, desde entonces, se le ha aplicado a una serie de otros problemas de salud mental, incluyendo a los trastornos de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. A diferencia de los modelos conductuales que se enfocan principalmente en conductas observables, la teoría cognitiva considera a los eventos antecedentes, cogniciones y conductas de manera interactiva y dinámica; considerando que cada uno de estos componentes es capaz de afectar a los otros, aun cuando el énfasis principal es puesto sobre la cognición (Quiroga, 2012). El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento (Llorente del Pozo, 2008).

La manera en cómo actuamos y sentimos, a menudo es más afectada por nuestras creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos y atribuciones. De acuerdo con esta teoría, el cambiar la manera en que se piensa, puede cambiar la manera en que se siente y se comporta (Quiroga, 2012).

Las técnicas de terapia cognitiva desafían las explicaciones que los consumidores tienen sobre sí mismos y de sus situaciones (Quiroga, 2012). El tratamiento se orienta a la reestructuración cognitiva, es decir, a modificar los pensamientos y creencias erróneas y a la enseñanza de técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, se examina la secuencia de acontecimientos que llevan al consumo de sustancias, y se exploran las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que personalmente, éstas tienen. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control acaban siendo más influyentes que las creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases: a) evaluar las creencias; b) orientar hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva; c) examinar y probar las creencias adictivas; d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia; e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas, y f) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias (Llorente del Pozo, 2008).

Adicionalmente, la terapia cognitiva puede ayudar al desarrollo de formas más saludables de considerar, tanto la historia de abuso y dependencia a sustancias, como el significado de un resbalón o recaída reciente, de forma que experimentar uno de éstos acontecimientos no conlleve, de manera inevitable, al abuso de la sustancia (Quiroga, 2012).

Modelo cognitivo social o teoría del aprendizaje social

Desarrollada por Bandura, la teoría del aprendizaje social, incorpora el aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Esta teoría tiene como referentes subyacentes el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario (Centros de Integración Juvenil, 2010).

En Centros de Integración Juvenil (2010) se describe al aprendizaje vicario, también denominado observacional, como "el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de

pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo”.

La premisa sobre la cual se fundamenta la teoría cognitivo social es que la mayor parte de la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta el producto de la interacción de factores biológicos, ambientales, cognitivos, emocionales y psicológicos. Sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren, predominantemente, mediante la observación de un modelo, pudiendo favorecerse así el aprendizaje de determinadas conductas, al tiempo que es posible desaprender aquellas que no favorecen el desarrollo del individuo a través de la exposición a modelos que presenten conductas favorables (Quiroga, 2012).

En el caso de las adicciones, Quiroga (2012) cita que esta teoría difiere de otras tales como la biológica, enfocadas en un modelo de enfermedad médica que hace énfasis en un proceso bioquímico incontrolable, en el que quien consume sustancias es considerado como víctima de la enfermedad y de los agentes químicos, enfatizando las propiedades psicológicas de las drogas y de sus efectos.

En este sentido, el éxito de dicha teoría se atribuye a la modificación de las expectativas del consumidor respecto al uso de drogas al observar un modelo. De acuerdo con Llorente del Pozo (2008), el estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador hacia él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario.

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia; mediante la expectativa de resultado, los consumidores de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes (Llorente del Pozo, 2008). Las expectativas positivas excesivas acerca de las consecuencias del consumo de la sustancia deberán ser reemplazadas por un conjunto

más balanceado de expectativas que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo (Quiroga, 2012). La autoeficacia está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. En adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son el resultado de experiencias concretas del consumo (Llorente del Pozo, 2008).

Modelo cognitivo conductual

La aproximación cognitivo conductual ha ganado amplia aceptación en el tratamiento de abuso de sustancias. Sus orígenes se remontan a la teoría conductual en las primeras décadas del siglo XX (Echevarría, et al., 2007).

La teoría cognitivo conductual representa la integración de principios derivados de las teorías conductuales y cognitivas y proporciona las bases para un enfoque más incluyente y comprensivo para tratar los trastornos de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas (Quiroga, 2012). Dentro de esta teoría se incluyen un rango de cogniciones dentro de las cuales destacan, de manera importante:

- **Atribuciones.** Explicación que el individuo se da al respecto del porqué ocurrió un evento determinado, las dimensiones atribucionales básicas se clasifican en interna/externa, estable/inestable, y global/específica. En el campo de las adicciones, se considera que la naturaleza de los estilos atribucionales de abusadores y dependientes de sustancias tiene mucho que ver con las percepciones que tienen acerca de dicho problema y de su enfoque para la recuperación (Quiroga, 2012).
- **Valoraciones cognitivas.** Las valoraciones que realiza un individuo al respecto de las situaciones estresantes y su habilidad para hacer frente a éstas, son de vital importancia para lograr cambiar o erradicar conductas de consumo y abuso o dependencia de sustancias. El grado de percepción de destrezas para enfrentar

una situación, será el grado en que dicha situación será valorada como más o menos estresante o desafiante.

- Expectativas de autoeficacia. Se refieren a las creencias respecto a la habilidad para ejecutar exitosamente una respuesta apropiada ante una situación dada (Quiroga, 2012). En el campo de las adicciones, la autoeficacia es definida como el nivel de confianza que se tiene en relación a la habilidad para abstenerse de consumir estando en escenarios en donde sabe que existe riesgo de hacerlo. La carencia aparente de destrezas de enfrentamiento es un factor determinante para la construcción de expectativas de autoeficacia. En este sentido, Quiroga (2012) ha mencionado que los enfoques cognitivo-conductuales del abuso y dependencia a drogas psicoactivas explican que los bajos niveles de autoeficacia, se encuentran relacionados con el consumo y con una incrementada probabilidad de recaída después de que se ha logrado la abstinencia.
- Expectativas sobre los efectos relacionados con la sustancia. En tanto que el consumo de sustancias es reforzado por los efectos que éstas producen, es probable que los individuos desarrollen un conjunto de expectativas cognitivas sobre sus sentimientos y conducta. Los efectos reforzantes de la sustancia representan las expectativas del individuo con respecto al consumo de ésta, de modo que si se esperan efectos más positivos de la sustancia psicoactiva, es posible que exista mayor probabilidad de abusar de ésta. Las expectativas negativas tienen el efecto contrario y contribuyen a que el consumo de sustancia se reduzca. Por lo que dentro del tratamiento, el terapeuta debe modificar las creencias o expectativas respecto a los efectos positivos del consumo de sustancias, al tiempo que dirige la atención a los efectos negativos que se hayan experimentado a consecuencia del consumo.

En el modelo cognitivo conductual se considera que el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas es producto de la carencia o déficit de destrezas de

enfrentamiento o de la elección de no utilizar las que se tienen por parte de quienes consumen. Así mismo, postula que a través de la observación de personas significativas, a lo largo del tiempo puede desarrollarse una serie de expectativas referentes a los efectos del consumo ante el enfrentamiento de situaciones difíciles, atribuyendo excesivamente efectos positivos a la sustancia, y considerando con baja o nula importancia los efectos negativos de ésta.

La teoría cognitivo conductual sitúa a las adicciones en una categoría de conductas inadecuadas que se adquieren y mantienen, principalmente mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados de la sustancia, la experiencia directa de los efectos de la sustancia como reforzador positivo, reforzador negativo o castigo y la dependencia física (Quiroga, 2012). Los principios terapéuticos que se desprenden de este enfoque, se centran en el aprendizaje y práctica de diversas destrezas de enfrentamiento, haciendo menor énfasis en el trabajo respecto a las creencias del individuo; busca que éste logre el reconocimiento de las situaciones dentro de las cuales la probabilidad de consumir alguna sustancia es mayor, las evite y eventualmente las enfrente.

Quiroga (2012), refiere que las terapias cognitivo conductuales incorporan tres elementos fundamentales: 1) El análisis funcional, 2) el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, y 3) la prevención de recaídas.

Con el análisis funcional se busca identificar los antecedentes y las consecuencias relacionadas a la conducta de consumo, para así determinar con cuántas destrezas de enfrentamiento se cuenta y qué tan frecuentemente son utilizadas. Además, evalúa las características del estado emocional y pensamientos que se manifiestan en los ambientes altamente asociados con el abuso de la sustancia, permitiendo la identificación de situaciones de alto riesgo para el individuo (Quiroga, 2012).

La intervención en prevención de recaídas es una de las áreas de mayor desarrollo en la actualidad en el campo de la adicción a las drogas. Un aspecto esencial de estos

programas es la evaluación individual de los procesos implicados en las recaídas: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer tales situaciones y las estrategias de afrontamiento de los sujetos en tales situaciones (Secades, 1997).

Los programas de prevención de recaídas incorporan muchos elementos interpersonales e intrapersonales de entrenamiento en destrezas con el fin de incrementar la habilidad para responder efectivamente a situaciones disparadoras que tienen alta probabilidad de despertar deseos intensos de consumir la sustancia o de iniciar una recaída (Quiroga, 2012).

Modelo motivacional

Históricamente, se ha vinculado a la motivación con la noción de instinto y posteriormente, como impulso. Desde esta perspectiva, la motivación es el producto de necesidades fisiológicas, tales como el hambre, la sed o el sexo. La conducta de búsqueda de droga es un intento de reducir síntomas de abstinencia desagradables (Quiroga, 2012).

Bacells, Morales y Yahne (2004) refieren la conceptualización de la motivación como parte de un proceso de cambio que es influido por variables biológicas, psicológicas y sociales, que constituye un estado dinámico y cambiante y no un rasgo estático que la gente posee o no posee. Así como el señalamiento de que la motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio

El enfoque motivacional considera que los individuos con problemas de adicción y/o dependencia a sustancias psicoactivas, característicamente presentan deficiencias motivacionales para poner en práctica sus destrezas y no tienen la noción de las implicaciones riesgosas o problemáticas de su consumo de sustancias; dicho enfoque

introduce un programa de retroalimentación y desarrollo de la motivación dentro de un formato de intervención o tratamiento breve (Quiroga, 2012).

Las estrategias de incremento motivacional se caracterizan por tener un estilo de consejo empático, orientando a la resolución de la ambivalencia latente respecto al consumo, con el objetivo de que la decisión de cambio se manifieste de manera personal; a este estilo de consejo se le ha denominado entrevista motivacional.

La entrevista motivacional se define como un estilo de asistencia directa, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (estado en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a una misma cosa); considerándola como algo normal, comprensible y aceptable (Balcells, et al., 2004). Se basa en la premisa de que la motivación es un estado y no un rasgo, es decir, que es dinámica y siempre cambiante por lo que puede ser objeto de tratamiento (Quiroga, 2012). Su sustento teórico subyace en el modelo transteórico de cambio, de acuerdo al cual, el proceso de cambio es conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras considera, inicia y mantiene comportamientos nuevos (Balcells, et al., 2004). Las etapas o estadios de cambio que establece este modelo son:

- 1) Precontemplación. Es aquel en el que no se identifican los riesgos que implica el consumo de sustancias, por lo que éste no es considerado como un problema. En esta etapa no se muestra intención de cambiar, usualmente en el lapso de los próximos seis meses. Lo más frecuente es que los consumidores que se encuentran en este estadio estén a la defensiva en relación con sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas que les exigen el cambio. Éstos no se evalúan a sí mismos como portadores de una conducta problema que deben cambiar. Si acuden a tratamiento lo hacen de forma involuntaria, por evitar presiones externas (familiares, judiciales, etc.); su objetivo es que disminuya la presión o desaparezca. En ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma puntual, pero una vez que la presión

externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo (Llorente del Pozo, 2008).

- 2) **Contemplación.** Caracterizada por la ambivalencia respecto al cambio. Al tiempo en que se comienza a reconocer que el consumo puede ser problemático y puede llegarse a considerar iniciar un cambio en la conducta, no hay una decisión o compromiso firme para llevarlo a cabo. Llorente del Pozo (2008) señala que cuando la ambivalencia entre costos/beneficios para dejar de consumir están en competencia equilibrada, muchos consumidores pueden pasar años en este estadio siendo contempladores crónicos, y tienden a sustituir la actuación por la acción de pensar.
- 3) **Preparación.** La preparación para la acción combina la intención con la conducta y comúnmente se presenta una vez que la ambivalencia es resulta o disminuida. Las personas que se encuentran en este estadio normalmente ya han tomado alguna acción en la dirección del cambio, pero sin una meta específica o criterio de acción efectiva (Quiroga, 2012), realizando pequeños cambios e intentando efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente dentro de los próximos 30 días (CIJ, 2010).
- 4) **Acción.** Es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un periodo que varía de uno a seis meses. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento (CIJ, 2010).
- 5) **Mantenimiento.** Es un periodo de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que se trabaja activamente en la prevención de la recaída. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su confianza para

mantener el cambio comportamental. Tiene una duración regular de seis meses a dos años. Al encontrarse en este estadio, puede experimentarse miedo no sólo a recaer sino incluso al cambio en sí mismo, ya que puede convertirse en amenazante debido al temor a la recaída, con lo cual pueden derivarse a la práctica de un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, en el que cualquier cambio en las nuevas pautas conductuales pudiese implicar una recaída (Llorente del Pozo, 2008).

El modelo transteórico de estadios de cambio proporciona un marco teórico para la comprensión del proceso de cambio en la conducta adictiva como fenómeno activo, influenciado por el consumidor y su entorno y enormemente ligado a la motivación del mismo para cambiar (Martín, 2002).

Considerando las distintas etapas de cambio, resulta necesario que al realizar intervención, ésta sea en función de la etapa particular en que se encuentre la persona. El modelo de los estadios de cambio provee una entrevista motivacional con un mapa conceptual para evaluar la posición y curso actual del individuo. En lugar de esperar el momento "correcto" o "adecuado" para actuar, la entrevista motivacional iguala el estadio de cambio con las estrategias motivacionales apropiadas (Quiroga, 2012).

El componente retroalimentación personalizada dentro del enfoque motivacional se considera de suma importancia, diversos estudios sugieren que la eficacia de los enfoques de incremento motivacional puede depender de la retroalimentación empleada (Quiroga, 2012). Esta retroalimentación se desarrolla a partir de la valoración inicial respecto a los patrones de consumo y las consecuencias negativas asociadas a éste; proporcionando los resultados de dicha valoración, dando lugar al planteamiento de un esquema discusión respecto a la conducta de consumo.

Modelo cognitivo conductual motivacional

Se trata de un modelo biopsicosocial que representa la integración de los principios derivados de la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social, la teoría cognitiva y la teoría motivacional. Como tal, considera que los principios, procesos, conductas y procedimientos derivados de sus componentes o dimensiones (biológica, psicológica y social) resultan indispensables para tener una comprensión cabal del comportamiento humano (Quiroga, 2012).

Una implicación relevante derivada del modelo biopsicosocial es, que para las conductas complejas, como es el caso de las conductas adictivas, no es suficiente el modelo biológico, el psicológico o el social, sino que necesariamente, deben considerarse los tres, de tal forma que se evite el reduccionismo y permita la contemplación del comportamiento en sus dimensiones molecular y molar, es decir, de la totalidad del organismo (Quiroga, 2012).

Basado en una combinación de las estrategias de intervención en déficits de destrezas y en aspectos motivacionales, considera que los consumidores que presentan dependencia o abuso de sustancias no cuentan con la información suficiente y las destrezas necesarias para llevar a cabo la moderación de su consumo y que, de contar con información y recursos, los déficits motivaciones les impiden hacer uso de éstos adecuadamente. Así, los elementos clave que subyacen a este enfoque incluyen: 1) la aplicación de estrategias de automanejo cognitivo conductual, 2) el empleo de estrategias de incremento motivacional, específicamente de la entrevista motivacional y de la terapia de incremento motivacional y 3) el empleo del método de reducción de daño (Quiroga, 2012). Éste último se basa en la consideración de que las conductas adictivas pueden ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. La meta principal de la reducción del daño consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos (Quiroga, 2012). No obstante, a pesar de que la abstinencia es considerada como el punto de daño mínimo,

no necesariamente es el objetivo a lograr, sino que se promueve y apoya cualquier movimiento que incremente la reducción del daño.

Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU)

La Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), es un tipo de consejo de consulta externa que fue desarrollado durante las últimas dos décadas en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá.

La naturaleza crónica y reincidente de los problemas de alcohol y de otras drogas ha sido reconocida por mucho tiempo, sin embargo, sólo recientemente se le ha dado atención al desarrollo de las estrategias de prevención de recaídas. Basado en la Teoría del Aprendizaje Social, el consejo PEREU tiene un enfoque cognitivo conductual motivacional, diseñado para permitir a las personas obtener más control sobre su consumo de alcohol o de otras drogas.

El consejo PEREU ha sido adaptado para estudiantes universitarios que:

1. Tienen un problema sustancial o severo de abuso de sustancias.
2. Desean trabajar con un consejero, a nivel de consulta externa, hacia un cambio en su consumo de alcohol y/o de otras drogas.

El perfil de los clientes del consejo PEREU son hombres y mujeres de antecedentes y edades variadas; personas que tienen diferentes problemas y necesidades, y empiezan el tratamiento en distintos estadios de disposición al cambio. Como parte de los objetivos centrales, el consejo se enfoca en el involucramiento para:

- Evaluación de metas y compromiso para cambiar
- Diseño de un plan de tratamiento individualizado
- Identificación de fortalezas y recursos
- Aprendizaje de anticipación a disparadores para el consumo de sustancias y desarrollo de alternativas de enfrentamiento

- Desarrollo de confianza mediante la práctica de destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real

En conjunto, el programa incluye una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada, así como la realización de una o más citas de entrevista motivacional, previas a la aplicación del consejo y principalmente, tareas que buscan la participación constante en la construcción de un plan de tratamiento individualizado.

La duración del tratamiento es de un periodo aproximado de 8 a 12 sesiones de consejo (mismas que pueden ser individuales o grupales), durante las cuales se realizan una serie de asignaciones de tareas para las fases de iniciación y mantenimiento del cambio. Está conformado por cinco componentes:

1. Evaluación

Evaluación clínica completa, que abarca los siguientes aspectos:

- a. funcionamiento psicosocial.
- b. historia/problemas/consecuencias del consumo de alcohol y de otras drogas.
- c. razones/compromiso para el cambio.
- d. fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos para el consumo de sustancias durante 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 de Consumo de Droga (ISCD-50)".

2. Entrevista Motivacional

La retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación se lleva a cabo dentro del contexto de la entrevista motivacional, promoviendo la decisión de

cambio. La entrevista motivacional se centra en explorar tanto las razones expresadas para cambiar, esto es, en los pros y contras percibidos; como el compromiso expresada ante el cambio, complementada por una discusión de los disparadores del consumo y las fortalezas de enfrentamiento.

3. Plan de Tratamiento Individualizado

Se desarrolla posterior a la evaluación y a la entrevista motivacional, su construcción requiere que se proporcione una orientación respecto a la bases teóricas y fundamentos del programa PEREU y la firma de un contrato de tratamiento; la revisión de los disparadores específicos y recientes en el consumo de sustancias, y la jerarquización de áreas de riesgo a emplearse durante el tratamiento; y el establecimiento de metas y seguimiento puntual de automonitoreo en el que se registren disparadores percibidos semana tras semana.

4. Procedimientos del Programa para la Iniciación del Cambio

La fase de iniciación se centra en las estrategias del programa que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la fase de mantenimiento se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo, de este cambio (es decir, prevención de recaídas).

Los apoyos de iniciación más importantes pueden incluir: la evitación de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y/o de otras drogas; la coerción (por ejemplo, por mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; medicación protectora; involucración de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

La fase de iniciación abarca generalmente cuatro sesiones, en las que se prepara un plan semanal para anticiparse a las situaciones de riesgo y establecer alternativas de enfrentamiento. El enfoque de trabajo durante esta fase está en la evitación y la búsqueda del apoyo de otros.

5. Procedimientos del Programa para el Mantenimiento del Cambio

En la fase de mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas), se retiran gradualmente las ayudas usadas durante la fase de iniciación, a fin de enfocarse en las estrategias de enfrentamiento personales. Éstas se diseñan para impulsar el desarrollo de confianza (autoeficacia), a fin de comenzar a enfrentar exitosamente, la presencia de disparadores del consumo de sustancias.

La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, al tiempo que la autoeficacia también aumenta. Dicho aumento será visible en función de si las tareas fueron percibidas como desafiantes o un reto controlable, en las que sólo un grado moderado de esfuerzo fue necesario para controlar el consumo exitosamente; si se requirió de ayuda externa; si el éxito fue considerado como parte del patrón general del mejoramiento en el consumo; o bien, si se considera que el control personal fue el responsable del éxito.

Si bien este programa está diseñado para el tratamiento de conductas adictivas, el objetivo principal es que el paciente desarrolle confianza en sí mismo y se perciba con la capacidad de enfrentar situaciones en las que generalmente pierde el control de su consumo, es decir, que aumente sus niveles de autoeficacia. Para lograrlo, se le guía en la adquisición de destrezas y habilidades tales como la asertividad, la solución de problemas, el manejo de emociones desagradables (tristeza, ansiedad, enojo), el rechazo al consumo, entre otras. Tratándose de habilidades sociales, su utilidad no es restrictiva al consumo de sustancias psicoactivas, de manera que el paciente puede beneficiarse del aprendizaje de éstas en diversos aspectos de su vida, desarrollando la capacidad de abordar adecuadamente situaciones emergentes en los entornos en los que se desenvuelve cotidianamente (familia, trabajo, escuela, relaciones sociales, etc.), lo cual contribuirá al bienestar del mismo.

Universidad Boliviana - Facultad de Psicología - Carrera de Psicología - 2014

Capítulo IV. Reporte de caso único

A continuación se describe el caso clínico trabajado durante el periodo de prestación de servicio, en el que se instrumentó un programa de tratamiento de tipo cognitivo conductual motivacional.

Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, soltera, a quien en adelante nos referiremos como TPGR; solicitó apoyo al Programa de Conductas Adictivas, para dejar de fumar. Con estudios a nivel de licenciatura, en ese momento TPGR se dedicaba a la planeación, organización y desarrollo de un proyecto independiente financiado por el Gobierno de la Ciudad de México.

TPGR acudió personalmente al Programa de Conductas Adictivas refiriendo como motivo de consulta el consumo de tabaco y su intención de suspender el mismo. Anteriormente ya había recibido atención por parte del programa, aunque en tal ocasión el trabajo se enfocó en el consumo de alcohol. Al tener experiencia previa con la institución, TPGR la consideró una opción adecuada para solicitar ayuda.

TPGR consumía de 14 a 20 cigarros diariamente, la mayoría durante la tarde o la noche o posterior a tener algún episodio de enojo o conflicto con algún tercero, ya fuera en el trabajo, con su familia o con su pareja. Consideraba que su consumo era problemático a nivel personal, no obstante dijo resultarle muy difícil dejar de fumar.

El consumo de sustancias, específicamente de alcohol y tabaco, fue reportado por TPGR como cotidiano en su familia. Por parte de su padre, refirió un consumo frecuente de bebidas con alcohol, acompañado de episodios de comportamiento agresivo y discusiones familiares derivadas del mismo. Respecto a la madre, reportó que ésta consumió tabaco durante muchos años, pero no en la actualidad. TPGR inició a consumir sustancias durante la adolescencia, comenzando con el tabaco y las bebidas

con alcohol a los 14 y 13 años de edad respectivamente, continuando posteriormente con el consumo de marihuana, cocaína e inhalables, mismos que actualmente ya no consume. A la par de dicho consumo, TPGR estuvo involucrada en relaciones de pareja sumamente destructivas, caracterizadas por la presencia de violencia física y verbal, así como el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína) por ambos miembros de la pareja. Durante éstas y particularmente al término de las mismas, TPGR dijo haber padecido de depresión severa, teniendo un intento de suicidio en una ocasión; dicha condición clínica fue tratada en su momento; no obstante fue descrita por TPGR como recurrente en la actualidad.

TPGR reportó consumir únicamente tabaco, dejó de consumir alcohol y otras sustancias desde hacía aproximadamente cuatro años, después de un periodo en el que realizó varios intentos y experimentó recaídas. Dijo consumir esporádicamente bebidas con alcohol, puntualizando que procuraba hacerlo de forma cuidadosa y moderada, dados los efectos negativos que experimentaba posteriores al consumo.

Así mismo, refirió no haber estado nunca en tratamiento para dejar el consumo de tabaco, sino solamente haber llevado a cabo intentos para dejar de fumar, mismos que no resultaron exitosos. En cuanto a los problemas asociados al consumo, indicó no sentirse cómoda fumando, ya que su actividad laboral se centraba en la promoción a la salud, para lo cual consideraba de suma importancia practicar un estilo de vida congruente con dicha promoción. Adicionalmente, detectó que su capacidad para llevar a cabo actividades físicas se había visto afectada. A nivel social, TPGR dijo no considerar el consumo como un problema grave, no obstante su pareja actual no era fumador, de manera que en ocasiones se habían suscitado diferencias entre ambos al respecto.

Reporte de sesiones (PEREU)

Este caso clínico fue abordado haciendo uso del programa de Prevención Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios, considerando que la paciente satisfacía los criterios para inclusión en el mismo, tales como: historial de consumo de entre 10 y 20 años, patrón de consumo de hasta 20 cigarros por día, problemas de salud y experiencias negativas asociadas al consumo.

Previo al inicio de la intervención, se llevó a cabo una exposición de los fundamentos teóricos y los objetivos del programa, así mismo se estableció un compromiso paciente-terapeuta respecto a las actividades a realizar y el involucramiento activo como elemento fundamental durante el tratamiento.

Cada una de las sesiones fueron iniciadas estableciendo el rapport y encuadre terapéutico correspondientes.

Sesión 1. Evaluación

FECHA: 26-OCTUBRE-12

COMPONENTE APLICADO

Componente 1 - Evaluación

HERRAMIENTAS CLÍNICAS

- Entrevista Diagnóstico Prescriptiva
- Test de dependencia a la nicotina
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-D)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Tabaco)
- Cuestionario de Situaciones de Consumo de Drogas (Tabaco)

OBJETIVO DE SESIÓN

Determinar si la paciente es candidato para este tipo de tratamiento.
Evaluación de patrón de consumo, nivel de dependencia y grado de disposición al cambio.
Exploración de los disparadores más significativos del consumo.

RESUMEN DE SESIÓN

Se evaluó el patrón de consumo de tabaco, la disposición al cambio para detener el consumo y las situaciones bajo las cuales el consumo se dispara o se incrementa.
Se observó un nivel bajo de dependencia a la nicotina. No obstante el consumo reportado fue de 14 a 20 cigarros diariamente en condiciones normales, bajo situaciones de estrés éste puede aumentar hasta a 30 cigarros por día. Entre las situaciones que se identifican como disparadoras del consumo se encontraron tanto situaciones negativas (experimentación de emociones desagradables, malestar físico, conflicto con otros) como positivas (experimentación de emociones agradables).

Descripción de instrumentos de evaluación

- Entrevista Diagnóstico Prescriptiva

Desarrollada por Quiroga (2003), se trata de una entrevista, diseñada de forma estructurada y compuesta por preguntas abiertas y cerradas, mediante las cuales se obtienen datos de índole sociodemográfico, antecedentes familiares y personales de la paciente, así como información referente a la historia de consumo de sustancias, las características principales (patrón de consumo) y las consecuencias asociadas a éste, mismas que el paciente detecta en su vida cotidiana. El objetivo de la aplicación de este instrumento fue establecer un diagnóstico y prescribir un tipo de intervención terapéutica adecuada, en este caso el programa PEREU.

- Test de dependencia a la nicotina

Becoña (2004) describe la escala de Fagerström, la más conocida y utilizada para evaluar la dependencia a la nicotina, y de la cual existen dos versiones con las que se pretende diferenciar a los fumadores duros de los fumadores blandos. Fagerström partió de la premisa de que la nicotina es el reforzador primario de la conducta de fumar, considerando que, mientras que fumar implica eventos farmacológicos y psicosociales, el papel de la nicotina en la dependencia del individuo puede ser el factor clave en el uso compulsivo del tabaco

El Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (FTND) consta de seis preguntas con dos o cuatro alternativas de respuesta y una puntuación máxima total de 10; la escala de clasificación de dependencia se divide en baja (1 a 3 puntos), media (4 a 6 puntos) y alta (7 a 11 puntos) (Anexo 3).

- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Traducida y Adaptada por Quiroga (2003) de la versión desarrollada por Sobell y Sobell (2000, 2003) Alcohol Timeline Followback (TLFB). El Método de Línea Base Retrospectiva (LIBARE) para la evaluación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, proporciona un cuadro retrospectivo del consumo de sustancias que las

personas han llevado a cabo, por un tiempo determinado. Este instrumento se diseñó para su uso en escenarios clínicos y de investigación y proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se consume en diferentes niveles, o el patrón de consumo entre semana o fines de semana. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como la base para sondear las causas de la ésta. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.90; la correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.81% (Quiroga, 2003).

La LIBARE es un instrumento que requiere que el paciente estime retrospectivamente el consumo diario de la sustancia por la cual está recibiendo atención, durante un período específico (el año anterior a la fecha en que se realiza), para lo cual se le proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se le pide que registre la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias, durante dicho periodo (Quiroga & Vital, 2003).

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

Adaptado y traducido por Quiroga y Vital (2003a) para su utilización en estudiantes universitarios, de la versión adaptada por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996) del Clients's Stage of Change (CCA) (Anexo 4). Consiste en una entrevista estructurada, utilizada con el objetivo de clasificar al paciente en uno de los cinco estadios del modelo transtéorico de cambio.

- Precontemplación. Si se reporta consumo de sustancia durante los últimos treinta días y no se ha considerado detener dicho consumo en los próximos treinta días.
- Contemplación. Si se reporta consumo de sustancia durante los últimos treinta días pero se está considerando detener el consumo en los próximos treinta días.

- Preparación. Si se reporta consumo de sustancia durante los treinta días anteriores y al menos un intento de detener el consumo en ese mismo periodo.
 - Acción. Si se reporta que no ha habido consumo de sustancia (abstinencia) durante los treinta días anteriores.
 - Mantenimiento. Si se reporta abstinencia durante más de sesenta días.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)

Traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003b), de la versión desarrollada por Annis y Martin (1985) (Anexo 5). Se trata de un cuestionario de autoreporte mediante el que es posible elaborar un perfil de las situaciones dentro de las cuales el paciente ha consumido la sustancia durante el último año. El objetivo es evaluar las ocho categorías de situaciones de consumo, divididas en dos clases: estados personales y situaciones que involucran a otras personas.

Estados personales En los que el consumo de sustancia involucra una respuesta a un evento de naturaleza física o psicológica	Emociones desagradables
	Malestar físico
	Emociones agradables
	Probando el control personal
	Impulsos y tentaciones al consumo
Situaciones que involucran a otras personas En las que la influencia de otro(s) individuo(s) significativo(s) tiene relación estrecha con el consumo	Conflicto con otros
	Presión social al consumo
	Momentos agradables con otros

Tabla 3. Categorías de situaciones de consumo evaluadas en el ISCD-50

Con validez de contenido de 0.92, consta de cincuenta reactivos cada uno con cuatro opciones de respuesta basadas en una escala de cuatro puntos, donde: nunca= 1, raramente= 2, frecuentemente= 3 y casi siempre= 4.

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

Traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c), a partir del original Drug Taking Questionnaire (DTCQ-50), desarrollado por Annis y Martin (1985) (Anexo 6). Con un nivel de consistencia interna de 0.97, se trata de un cuestionario de cincuenta reactivos a partir del cual se elabora un perfil del nivel de autoeficacia que el paciente percibe respecto a su capacidad para afrontar de manera efectiva situaciones de riesgo para el consumo de sustancias. Se plantean una serie de situaciones dentro de las cuales el paciente deberá imaginarse y reportar qué tan seguro o inseguro se siente para hacerles frente efectivamente. Para cada situación, el paciente responde en base a una escala de seis puntos, cuyo rango está establecido del 0% al 100%, donde 0, 20, 40 equivale a *inseguro* y 60, 80, 100 equivale a *seguro*. Así mismo, clasifica al paciente en función de ocho categorías de resistencia al consumo, pertenecientes a tres tipos de situaciones: Positivas, Negativas y de Tentaciones.

Situaciones Negativas	Emociones desagradables
	Malestar físico
	Conflicto con otros
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros
	Emociones agradables
Situaciones de Tentaciones	Impulsos/tentaciones
	Presión social para el uso
	Probando el control personal

Tabla 4. Situaciones de consumo evaluadas en el CCSD-50

Resultados de la evaluación

- Test de Fagerström de dependencia a la nicotina:

TPGR obtuvo un puntaje de tres en el Test de Fagerström, correspondiente a un nivel de **dependencia baja** a la nicotina.

Puntaje	Nivel de Dependencia
1 -3	Baja
4 -6	Moderada
7 -11	Alta

Tabla 5. Nivel de dependencia a la nicotina registrado por TPGR

- Línea Base Retrospectiva – Tabaco (LIBARE)

Durante los últimos doce meses (octubre 2011–octubre 2012) antes de iniciar el tratamiento, TPGR reportó un consumo total aproximado de 6600 cigarrillos. El consumo se llevó a cabo de forma continuada no habiendo días en los que no fumara. El consumo diario osciló, en el periodo de octubre a diciembre de 2011, entre 14 a 20 cigarrillos, durante parte del mes de diciembre, aumentó de 15 a 30 cigarrillos, y para el mes de enero 2012 y hasta marzo de ese mismo año, el consumo regresó a un rango de 14 a 20 cigarrillos por día, con excepciones de algunos días de aumento durante el mes de febrero. En los meses de abril a octubre, el consumo diario se redujo a 15 cigarrillos diarios aproximadamente, siendo en el mes de junio cuando hubo una disminución más evidente, oscilando entre los 10 a 15 cigarrillos por día (12.5 en promedio). TPGR puntualizó que en ocasiones ha logrado no fumar más de 5 cigarrillos por día.

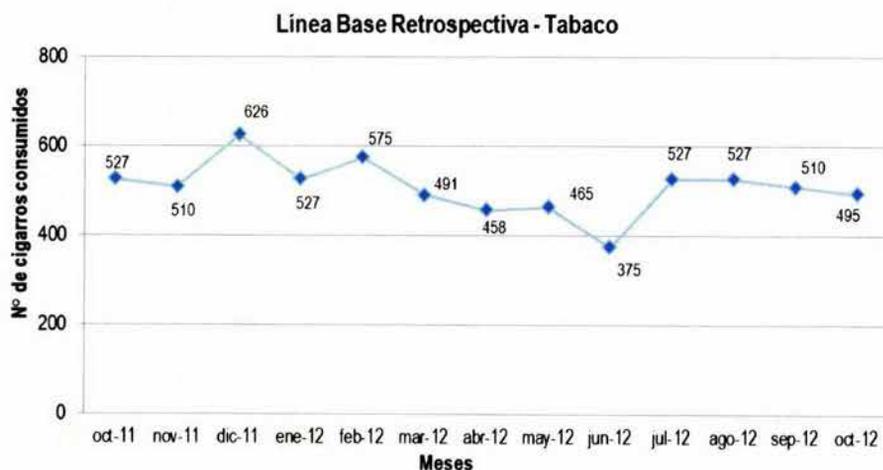


Figura 2. Número de cigarrillos fumados mensualmente durante el año anterior a la evaluación (octubre 2011- octubre 2012).

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

Estadio de cambio: *Preparación*.

TPGR consumió tabaco durante los últimos 30 días, y llevó a cabo reducciones de consumo respecto al mes anterior.

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

De acuerdo con los resultados obtenidos en el ISCD-50, la mayor incidencia de consumo fue registrada en situaciones negativas: Emociones desagradables 77%, malestar físico 73% y conflicto con otros 67%. Seguida de situaciones positivas, emociones agradables 67%. Estableciendo así una clara asociación del consumo con dichos estados emocionales.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas - Tabaco

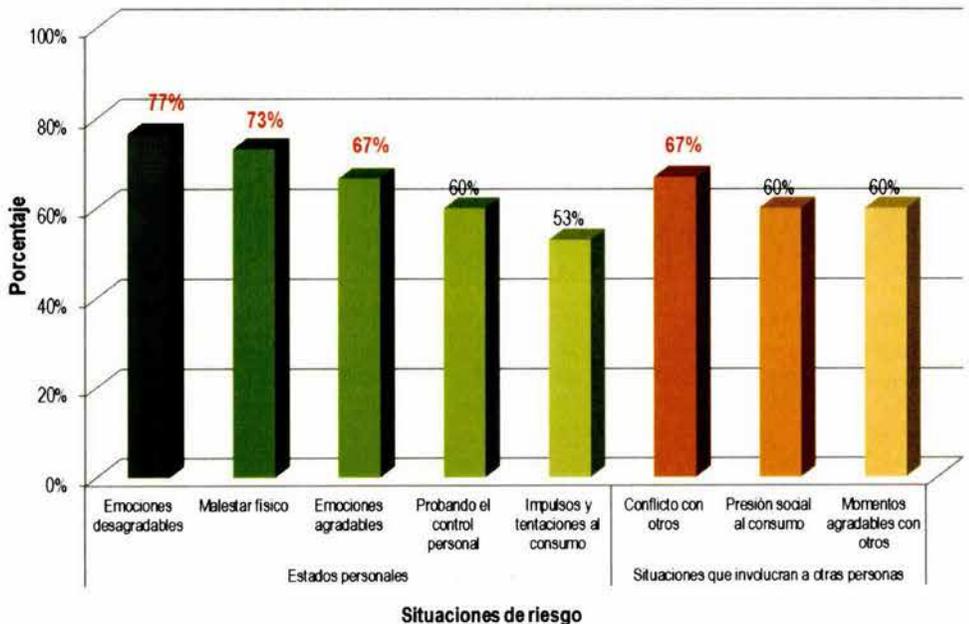


Figura 3. Porcentaje de consumo en diversas situaciones, reportadas por TPGR en el ISCD-50.

- Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas – Tabaco

TPGR reportó niveles de confianza menores dentro de **situaciones negativas**: emociones desagradables (28%), conflicto con otros (38%) y malestar físico (56%). En tanto que para **situaciones de tentación al consumo**: presión social al consumo (56%), así como 60% para probando el control personal y 68% para impulsos y tentaciones al consumo. El nivel de confianza para emociones agradables fue de 72%, en tanto que para momentos agradables con otros fue de 64%.

Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas - Tabaco

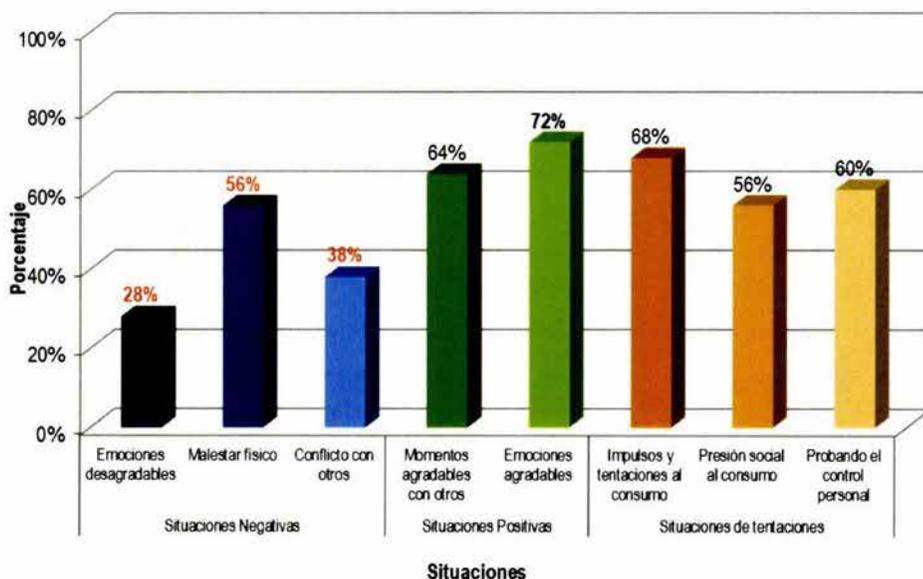


Figura 4. Porcentaje de confianza situacional reportada por TPGR en el CCSD-50.

Sesión 2. Entrevista Motivacional

FECHA: 31-OCTUBRE-12

COMPONENTE APLICADO

Componente 2- Entrevista Motivacional

HERRAMIENTAS CLÍNICAS

- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)
- Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas
- Formato de Balance Decisional

OBJETIVO DE SESIÓN

Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación, bajo el esquema de entrevista motivacional.

Explorar y evaluar los motivos expuestos por TPGR en cuanto a la decisión de cambio, a fin de incrementar la motivación para el cambio, por medio de un balance decisional.

RESUMEN DE SESIÓN

Durante la sesión se expusieron y revisaron los resultados obtenidos en la evaluación, dándole a conocer a TPGR bajo qué circunstancias su consumo se disparaba y dentro de qué situaciones se describió con poca confianza para afrontar el consumo. Dicha revisión se llevó a cabo haciendo uso de la *retroalimentación personalizada* impresa, que incluyó las gráficas de su perfil de consumo y resultados de la evaluación. Posteriormente, por medio de la realización de un *balance decisional*, TPGR evaluó los pros y contras de cambiar su consumo, al tiempo que se discutieron y analizaron sus fortalezas y debilidades de enfrentamiento. Finalmente y con base en los disparadores registrados, se le pidió a TPGR que sugiriera algunas alternativas provisionales de enfrentamiento, mismas que pondría en práctica durante el transcurso de la semana.

Desarrollo de la sesión

Se le indicó a TPGR en qué consistiría la sesión, puntualizando en los aspectos de:

- Revisión y discusión de resultados
- Valoración e incremento de la motivación para la decisión de cambio
- Reflexión y consideración de fortalezas y debilidades ante el consumo

Se llevó a cabo la revisión de los resultados obtenidos en la evaluación (nivel de dependencia a la nicotina, patrón de consumo, problemas asociados), abordando principalmente aspectos referentes a las situaciones disparadoras de consumo y a los niveles de confianza reportados ante distintas situaciones, dando lugar a que TPGR detallara el cómo percibe su consumo, reflexionando acerca de los hechos particulares que anteceden y siguen a la conducta de fumar. En este sentido, TPGR detalló que estando en situaciones que implican conflictos con otros o al experimentar sensaciones

de intenso enojo, frustración o tristeza, su consumo se dispara, habiendo ocasiones en las que llega a consumir hasta 10 cigarrillos de forma continua, asociando dicho consumo a la sensación de recuperación de tranquilidad y confort.

TPGR comentó que había tratado de reducir su consumo, no obstante le resultó muy difícil considerando que sus episodios de enojo y/o conflictos eran frecuentes, e inmediatamente después de éstos, lo primero que hacía era fumar. Así mismo, dijo estar decidida a cambiar esta conducta, ya que han sido muchos los años de consumo y no se siente cómoda con el hecho de seguir fumando, cuando ha logrado superar otros problemas de adicción a sustancias que a su forma de ver, fueron en su momento más complicados.

Posteriormente, se realizó el ejercicio de balance decisional en el que se pidió a TPGR que considerara los distintos pros y contras al respecto de llevar a cabo un cambio en su consumo de tabaco. Con la finalidad de reforzar la determinación de cambio externada anteriormente y comenzar a plantear la importancia del compromiso a asumir ante dicha decisión.

Cambiar el consumo de sustancias

Qué hay de bueno en cambiar mi consumo

- Mejorar mi salud
- Mejorar mis actividades tanto personales como laborales
- Cuidar el medio ambiente
- Mejorar mi economía
- Ser más congruente y consciente

Qué hay de malo en cambiar mi consumo

- Tener problemas de salud
- Molestia para otros
- Contaminar
- Gastos económicos innecesarios
- Subir de peso

Continuar el consumo de sustancias

Qué hay de bueno en continuar mi consumo

- Satisfacción y gozo
- Momentos de plenitud, paz y descanso
- Encontrar apoyo (tipo moral) cada vez que fumo
- Me inhibe el apetito
- Mantener mi peso

Qué hay de malo en continuar mi consumo

- Tener problemas de salud
- Contaminar
- Molestar a terceros
- Pagar gastos innecesarios
- Tener menos energía vital
- Daña mi percepción para mis actividades personales y laborales

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.

TPGR no tuvo dificultad para describir los aspectos positivos de llevar a cabo un cambio en su consumo, sin embargo dentro de los aspectos positivos de continuar consumiendo, señaló: *Satisfacción y gozo, momentos de plenitud, paz y descanso, encontrar apoyo (como moral) cada vez que fumo*. Haciendo referencia una vez más a la asociación consumo – bienestar, misma que identifica como una debilidad ante el enfrentamiento eficaz del consumo. En cuanto a los aspectos negativos de cambiar su consumo, TPGR no hizo una distinción clara entre éstos y los aspectos negativos de continuar su consumo, se le señaló dicha situación no obstante no se realizó una segunda aplicación del balance decisional.

Por otra parte, TPGR señaló su afinidad con actividades de meditación y relajación, mismas que dijo procuraba practicar de forma cotidiana, aunque había ocasiones en que las cargas de trabajo se lo impedían; se le indicó que resultaba de suma importancia diera continuidad a dichas actividades. Así mismo, identificó como fortaleza principal su intención de cambiar y el hecho de saberse perseverante cuando se plantea algún objetivo.

Para concluir la sesión, se le pidió a TPGR que estableciera su meta de consumo. Dijo querer alcanzar abstinencia dado que como lo expresó anteriormente, el fumar interfería con la plena realización de sus actividades laborales y sus creencias espirituales y de forma de vida. Al respecto se discutió la posibilidad de alcanzar dicha meta gradualmente, mediante la reducción paulatina de consumo, estableciendo cada sesión una meta, hasta llegar al objetivo final.

Observaciones

Adicional al trabajo realizado como parte del tratamiento, TPGR solicitó comentar una serie de hechos ocurridos durante la semana, en los que destacó la continuidad de conflictos con su pareja, los cuales describió como insostenibles dado que le ocasionaron un alto grado de malestar y debido a las cargas de trabajo que tenía, no se sentía con ánimo de resolver. Así mismo, dijo sentirse confundida en cuanto a continuar o no con su pareja, a quien describió como una persona distinta a otras que había

tenido anteriormente y con las cuales había presentado un patrón recurrente de celos, violencia y dependencia dentro de la relación. No obstante, refirió que éste tenía actitudes de control hacia ella, característica que en particular le disgustaba y decía generarle ambivalencia porque al tiempo que sentía rechazo hacia la relación, consideraba muy importante lograr estabilidad en una relación de pareja. Ante tal situación, se sugirió realizar un ejercicio de balance decisional en el que se analizaran los pros y contras de continuar con la relación de pareja, a fin de que TPGR pudiese tener una perspectiva construida con mayor reflexión, que le permitiese determinar qué acción o acciones realizar para la solución de esta problemática.

Sesión 3. Plan de Tratamiento Individualizado**FECHA: 14-NOVIEMBRE-12**

COMPONENTE APLICADO	Componente 3 –Plan de Tratamiento Individualizado
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de tratamiento individual para el consejo PEREU • Formato de Identificación de uso problemático de sustancias • Lista de destrezas de enfrentamiento • Formato de monitoreo diario
OBJETIVO DE SESIÓN	<p>Elaborar conjuntamente con el paciente un plan de tratamiento individualizado, mediante la exploración y análisis de los disparadores y consecuencias del consumo. Iniciar el registro diario de consumo mediante el uso del formato de automonitoreo.</p> <p>Establecer la primera meta de reducción de consumo.</p>
RESUMEN DE SESIÓN	<p>Se proporcionó una introducción al programa PEREU, en la que se expusieron los objetivos y componentes del mismo, para después proceder a la presentación y firma del contrato de tratamiento, validándolo previamente en conjunto con el paciente.</p> <p>Se llevó a cabo la exploración de los disparadores de consumo y la jerarquización de los mismos, haciendo la revisión de los resultados obtenidos en el Inventario de Situaciones de Consumo. Así mismo, se revisó la lista de destrezas de enfrentamiento a fin de que TPGR definiera conjuntamente con el terapeuta, qué destrezas consideraba necesarias desarrollar y por tanto trabajar durante el tratamiento.; fundamentando así tal selección.</p> <p>Finalmente se explicaron las bases teóricas del automonitoreo y se hizo entrega del formato, con el objetivo de que TPGR comenzara su registro de consumo diario.</p>
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

Se llevó a cabo la introducción al programa PEREU, detallando a TPGR que dada la naturaleza cognitivo conductual motivacional de esta terapia, su involucramiento, participación constante y compromiso para realizar los ejercicios y tareas que se le asignasen resultaban de vital importancia. También se expusieron los objetivos del programa, haciendo énfasis en la búsqueda de desarrollo de autoeficacia para el enfrentamiento adecuado del consumo, así como la estructuración de las sesiones de trabajo; posteriormente se presentó a TPGR el contrato de tratamiento, el cual fue explicado punto por punto para finalmente proceder a firmarlo.

Mediante el formato de identificación de uso problemático de sustancias, TPGR señaló las situaciones que durante el último año detectó como disparadoras del consumo, haciendo un análisis particular para cada una de éstas de acuerdo con el formato, partiendo de la información proporcionada respecto a los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, obteniendo la siguiente información.

Parte 1

Las situaciones que han disparado mi consumo de nicotina durante el último año son:

1. Emociones Desagradables	Por ejemplo, cuando estaba enojada, frustrada, aburrida, triste o ansiosa
2. Malestar Físico	Por ejemplo, cuando estaba sintiéndome enferma o con dolor
3. Emociones Agradables	Por ejemplo, cuando estaba disfrutando o estaba sintiéndome feliz
4. Probando el Control Personal	Por ejemplo, cuando empecé a creer que podía controlar el consumo
5. Impulsos y Tentaciones al Consumo	Por ejemplo, cuando vi algo que me recordó el fumar
6. Conflicto con Otros	Por ejemplo, cuando estaba discutiendo o no me estaba llevando bien con alguien
7. Presión Social para el Consumo	Por ejemplo, cuando alguien me ofreció un cigarro
8. Momentos Agradables con Otros	Por ejemplo, cuando salí o estaba en una fiesta con mis amigos

Parte 2

Debe considerar las situaciones que clasificó como 1, 2 y 3 y reportar ejemplos de incidentes específicos del problema de consumo de tabaco que ha experimentado:

Rango 1. Emociones Desagradables	
Antes de usar, ¿Dónde estaba?	En mi casa
¿Estaba alguien más presente?	No
¿Estaban otros fumando?	No
¿Cómo se estaba sintiendo?	Mal
¿Qué estaba pensando?	En mi enojo
Describa qué pasó para que su consumo se disparara:	Empecé a discutir con mi pareja por teléfono porque nos peleamos por la tarde y lo dejé en el centro y lo insulté y en la noche lo seguí insultando por teléfono y fumaba y fumaba
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?	Con las manos amarradas, lo que deseo es no llegar a esos eventos
Rango 2. Conflicto con Otros	
Antes de usar, ¿Dónde estaba?	En casa
¿Estaba alguien más presente?	No
¿Estaban otros fumando?	No
¿Cómo se estaba sintiendo?	Mal
¿Qué estaba pensando?	En mi frustración emocional
Describa qué pasó para que su consumo se disparara:	Tuve una serie de peleas con mi pareja y me siento mal por problemas laborales y con amistades
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?	No llegando a estas emociones o crisis y quizá poniéndome a meditar, respirar profundo o distraerme con algo más

Rango 3. Emociones Desagradables ²

Antes de usar, ¿Dónde estaba?	En casa
¿Estaba alguien más presente?	No
¿Estaban otros fumando?	No
¿Cómo se estaba sintiendo?	Mal
¿Qué estaba pensando?	En cosas pesimistas sobre mí, sobre mi vida, sobre lo que hago y no hago. Mis miedos, temores, mi personalidad, mi pasado, me da impotencia no poder dejar cosas tan simples como recuerdos o incluso el tabaco
Describe qué pasó para que su consumo se disparara:	Pues entré en crisis a partir de una discusión de pareja y pensamientos negativos de mis relaciones interpersonales
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir?	No pensando en estas cosas, relajándome, respirando hondo y profundo, meditando, o incluso haciendo una oración (alguna vez me funcionó así)

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.

Una vez completado el formato, se le expuso a TPGR la propuesta de plan de tratamiento, estructurado con base en los datos obtenidos en la evaluación en cuanto a los principales disparadores de consumo. Se abordarían las emociones desagradables mediante destrezas de manejo de enojo; y el conflicto con otros, mediante solución de problemas y asertividad. Adicionalmente y considerando que TPGR expresó interés en trabajar, con enfrentamiento de deseos intensos y espiritualidad y recuperación, se incluyeron éstas dentro del plan de tratamiento.

Posteriormente, se le explicó que en seguimiento al programa era momento de comenzar a realizar un automonitoreo, mediante el cual registraría cuántos cigarrillos fumaba diario, y con el cual sería posible detectar bajo qué situaciones en particular se llevaba a cabo su consumo, así como los logros obtenidos y el avance en el uso de estrategias de enfrentamiento ante situaciones de riesgo, mismas que se irían revisando a lo largo de la intervención. La realización de dicho registro quedó establecida como tarea semanal para TPGR.

² A petición de TPGR, en el rango 3 describió nuevamente una situación relacionada con emociones desagradables, argumentando que para ella, esta situación representa el principal disparador de su consumo.

Para el cierre de la sesión, se le pidió a TPGR que tal como se acordó en la sesión anterior, estableciera su primera meta de reducción de consumo, la cual debía diferenciarse del consumo diario actual, pero considerando la importancia de que fuese un objetivo para el que sintiese confianza suficiente para cumplirlo.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida
14 -20 cigarros por día	Máximo 10 cigarros por día

Sesión 4. Iniciación al cambio (I)**FECHA: 23-NOVIEMBRE-12**

COMPONENTE APLICADO	Componente 4 – Iniciación al Cambio (I)
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Análisis Funcional • Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Sustancias (CCCD-50) • Plan Semanal (fase de iniciación) • Formato de Monitoreo Diario
OBJETIVO DE SESIÓN	Llevar a cabo, en conjunto con TPGR, el análisis funcional de algún episodio reciente de consumo, a fin de preparar un plan semanal mediante el cual anticipe las situaciones de riesgo y establezca alternativas de enfrentamiento, enfocándose en la evitación de dichas situaciones y en la búsqueda de apoyo social.
RESUMEN DE SESIÓN	Se llevó a cabo la revisión del automonitoreo realizado durante la semana, se condujo un análisis funcional de un episodio reciente de consumo, explicando previamente los fundamentos e importancia de dicha actividad. Se discutieron las situaciones de riesgo a anticipar durante la semana y las alternativas de enfrentamiento a emplear, mediante la elaboración de un plan semanal. Adicionalmente se le aplicó a TPGR el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Sustancias (Tabaco) y finalmente se asignó como tarea, la continuidad del automonitoreo.
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

Se inició la sesión revisando el automonitoreo realizado durante la semana, mediante el cual se observó que TPGR mantuvo su meta de reducción en la mayor parte de los días, en tanto que cuando TPGR alcanzó o superó el límite de consumo, registró haber tenido discusiones o haber experimentado sentimientos de tristeza y negatividad.

Automonitoreo diario

		Noviembre								
Día		14	15	16	17	18	19	20	21	22
No. de cigarros consumidos		6	10	1	6	8	6	10	2	8

Tabla 6. Registro de número de cigarros fumados diariamente por TPGR (14 al 22 de noviembre 2012).

Se realizó un análisis funcional de episodios específicos de consumo que TPGR eligió abordar; previo al inicio de dicha actividad, se le explicó que es posible aplicar este ejercicio para analizar diversas situaciones de riesgo e identificar puntualmente los disparadores de consumo, para que de este modo, la anticipación a tales situaciones pudiese llevarse a cabo con mejores resultados.

Análisis Funcional (ABC)		
A	B	C
Antecedentes	Conducta	Consecuencias
Tuve una discusión con una amiga, por teléfono y tenía fiebre y me sentí mal	Fumé durante la llamada y luego me dormí, por eso no fumé más, además de que ya no tenía cigarros	Entré en una crisis, me dolía el cuerpo y tomé unas pastillas para dormir
Me siento con ganas de cambiar, pero tengo ansiedad y me dan ganas de fumar	He fumado un par de cigarros durante la mañana	No me siento bien fumando, estoy enferma y lo sigo haciendo

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.

Como se observa en el formato anterior, al momento de completarlo TPGR no detalló las consecuencias inmediatas a la conducta de fumar, sino acciones y sensaciones que se presentan transcurrido ya un tiempo después de haberlo hecho. Una parte fundamental de la realización del análisis funcional es que el paciente identifique clara y objetivamente qué es lo que ocurre antes de que su consumo se dispare, en el caso de TPGR, las discusiones y la sensación de enojo que éstas traen consigo o la experimentación de ansiedad son factores que se presentan de manera constante previo al consumo. TPGR identificó ambos factores y expresó sentirse molesta por tener una condición ambivalente en la que por un lado, su intención y deseo de cambiar eran fuertes, al tiempo que la recurrencia al consumo como herramienta para adquirir una sensación de tranquilidad también lo era, sintiéndose incapaz de no consumir. En este sentido, se le explicó a TPGR que el cambio consistía en un proceso, y como tal, se necesitaba tiempo para lograr un avance, haciendo

énfasis en la importancia de mantener un compromiso constante y trabajar en conjunto para obtener los resultados deseados, así mismo se le comentó que a lo largo del tratamiento y tal como se acordó en la sesión anterior, se trabajaría en la enseñanza y desarrollo de destrezas que posteriormente le permitirían manejar estas situaciones de una forma más eficaz, sin omitir la necesidad de evitar las situaciones de riesgo y buscar constantemente apoyo social para tal objetivo.

Posteriormente, TPGR contestó el Cuestionario de Confianza de Situaciones de Consumo, del que se obtuvieron los datos que se muestran la siguiente figura.

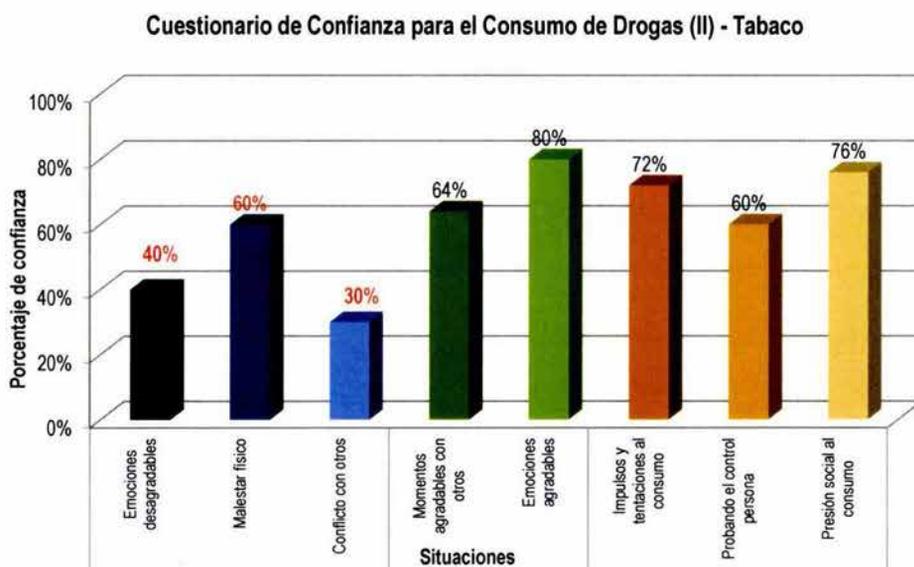


Figura 5. Porcentaje de confianza situacional reportada por TPGR en el CCSD-50.

En general, los niveles de confianza que TPGR reportó se mantuvieron similares a los registrados en la primera aplicación de este instrumento. Disminuyó para conflicto con otros, pero aumentó en emociones desagradables, en tanto que para malestar físico se observó un ligero aumento. Las diversas situaciones fueron jerarquizadas de mayor a menor dificultad para ser enfrentadas de la siguiente manera: 1) conflicto con otros (30%), 2) emociones desagradables (40%), 3) probando el control personal (60%)

y malestar físico (60%), 4) momentos agradables (64%), 5) impulsos y tentaciones (72%), 6) presión social (76%) y 7) emociones agradables (80%).

Finalmente, se llevó a cabo un recuento de las actividades realizadas durante la sesión, con el objetivo de elaborar un plan de enfrentamiento, para el cual TPGR debió definir las probables situaciones de riesgo que podrían presentársele y proponer alternativas de enfrentamiento a aplicar (considerando que TPGR se encontraba en la fase de inicio al cambio, se le hizo énfasis en la importancia y conveniencia de practicar la evitación de situaciones disparadoras, en su caso evitar discusiones o bien, situaciones que pudieran llegar a ocasionarlas).

Plan Semanal – Fase de Iniciación	
Describa dos disparadores del uso de sustancias que es probable surjan durante la próxima semana	Para cada uno de ambos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento que llevará a cabo
<p>1) Estar con A, cuando lo vea o cuando hable con él en la noche. Él me llama, yo empiezo con buena energía, pero él complica todo y me comienza a exasperar, siento frustración, enojo, impotencia, me siento mal.</p> <p>2) Conflictos laborales, por situaciones que hacen o no bien a mi criterio. Me enoja, siento resentimiento, tristeza y cólera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colgar el teléfono • Decirle que no quiero seguir platicando, en el momento en que empiece a sentirme molesta • Darle la vuelta • Hacer respiración profunda • Cambiar el tema • Hacer otras cosas

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.

Para concluir la sesión se estableció, en conjunto con TPGR, la meta de reducción semanal y se asignó como tarea, continuar con el monitoreo diario.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida	Nivel de confianza para logro de meta
06-12 cigarros por día	Máximo 08 cigarros por día	70%, he tenido muchos conflictos pero quiero hacerlo

Sesión 5. Iniciación al cambio (II)**FECHA: 30-NOVIEMBRE-12**

COMPONENTE APLICADO	Componente 4 – Iniciación al Cambio (II)
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de destrezas – Asertividad, enfrentamiento de los deseos intensos • Formato de monitoreo diario • Plan Semanal – Fase de iniciación
OBJETIVO DE SESIÓN	Comenzar la enseñanza de destrezas de enfrentamiento, enfrentamiento de los deseos intensos y asertividad, para esta ocasión. Preparar un plan semanal de anticipación de situaciones de riesgo.
RESUMEN DE SESIÓN	Se inició revisando junto con TPGR el formato de automonitoreo y comentando los hechos más sobresalientes en cuanto a consumo. En seguida se revisó el plan semanal elaborado durante la sesión anterior a fin de saber si TPGR había hecho uso de las estrategias propuestas y conocer los resultados obtenidos. A continuación se revisó el perfil elaborado con base en la aplicación de Cuestionario de Confianza para situaciones de riesgo llevada a cabo en la sesión anterior. Posteriormente se inició la enseñanza de destrezas de enfrentamiento, <i>comenzando con enfrentamiento de los deseos intensos y asertividad.</i> Para finalizar, se discutieron las situaciones de riesgo a anticipar en los próximos días y se elaboró el plan semanal.
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

La primera actividad realizada durante la sesión consistió en la revisión de la tarea asignada (automonitoreo diario) en conjunto con TPGR, mediante el que se observó que su consumo se mantuvo dentro del rango establecido como meta en la sesión anterior, habiendo también reducción de consumo, durante cinco días TPGR fumó entre dos y tres cigarrillos y solamente en una ocasión alcanzó el máximo establecido, por lo que se buscó profundizar en el análisis de ese episodio en particular. Cabe destacar que TPGR registró haber hecho uso de las alternativas de enfrentamiento establecidas en el plan semanal (colgar el teléfono, terminar la conversación, no dar atención al conflicto) durante varios días, mismos que coincidieron con las ocasiones de menor consumo reportado.

Automonitoreo diario

Noviembre							
Día	23	24	25	26	27	28	29
No. de cigarros consumidos	2	8	4	2	3	3	2

Tabla 7. Registro de número de cigarros fumados diariamente por TPGR (23 al 29 de noviembre 2012).

TPGR reportó haber consumido mayor cantidad de cigarros durante una noche en la que fue necesario se mantuviera despierta por una actividad relacionada con su trabajo.

Forma de Monitoreo Diario		
Describa la situación más riesgosa que experimentó cada día	Describa qué hizo para enfrentar esta situación	Registre si se mantuvo abstínente y en caso de haber consumido, registre la cantidad
Ese día fue el cierre de un trabajo de mi círculo, teníamos que velar y para aguantar la presión, la desvelada, el agotamiento, quise fumar.	---	Fumé unos 8 cigarros en toda la noche

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

Se discutió con TPGR la importancia de hacer uso de estrategias alternas al consumo de tabaco (tomar agua, ingerir alimentos con alto contenido de azúcar) dentro de situaciones como la descrita anteriormente, explicándole que las implicaciones nocivas que el consumo tiene para su organismo.

A continuación se entregó a TPGR el perfil obtenido con base en sus respuestas en el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Tabaco) realizado en la sesión anterior a fin de revisar y comentar los cambios observados en relación a la primera aplicación. Se buscó que TPGR estuviera al tanto del cambio y/o mantenimiento en sus niveles de confianza, así como de la jerarquización de las

situaciones dentro de las que consideró tener menos confianza para enfrentar, en las que no hubo cambios de gran contraste, lo anterior como preparación a la elaboración del plan semanal.



Figura 6. Comparativo del porcentaje de confianza situacional reportada por TPGR en el CCSD-50 en las dos aplicaciones realizadas en la sesión 1 y 4.

Las situaciones en las que TPGR reportó tener mayor confianza fueron emociones agradables (80%), presión social al consumo (76%) e impulsos y tentaciones al consumo (72%), en tanto que las reportadas con **menor** confianza fueron conflicto con otros (30%) y emociones desagradables (40%). Dentro estas últimas, para *conflicto con otros* se observó una disminución de la confianza en relación a la primera aplicación, al comentarlo con TPGR, explicó que últimamente los desacuerdos y discusiones con su pareja y con personas de su trabajo habían sido más frecuentes y que se sentía más propensa a consumir cuando este tipo de situaciones surgían dado que en la mayoría de los casos no lograba tener un control de sus emociones.

Posteriormente se trabajó con TPGR las destrezas de enfrentamiento de los deseos intensos y asertividad. Aunque dentro de las situaciones de tentaciones al consumo, TPGR reportó niveles de confianza más altos que en la mayor parte de las

situaciones, se consideró importante trabajar el enfrentamiento de deseos intensos como paso fundamental en el proceso de iniciación al cambio, considerando la petición de TPGR al definir el plan de tratamiento.

El trabajo en enfrentamiento de los deseos intensos incluyó una explicación del proceso de cambio y de cómo al iniciarlo, frecuentemente se experimentan deseos intensos de consumir, particularmente en situaciones consideradas como riesgosas por el paciente; de manera que para manejar dichos deseos, se sugirieron una serie de estrategias de enfrentamiento específicas, de elementos conductuales y cognitivos, aplicables al encontrarse en alguna situación en la que los deseos de consumo alcanzaran un nivel elevado.

Enfrentamiento de los deseos intensos	
Conducta ¿qué hago?	Cognición ¿qué pienso?
<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo – escriba sus pensamientos y sentimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalice los deseos intensos: <i>Yo estoy experimentando un impulso para fumar. Está bien que sienta ganas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Busque apoyo - hable con alguien de lo que está experimentando 	<ul style="list-style-type: none"> • Use elementos imaginativos: Por ejemplo, visualizar los deseos como una ola que sube y baja
<ul style="list-style-type: none"> • Distráigase – realice actividades no relacionadas al consumo de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Haga uso de auto declaraciones positivas: <i>"Yo puedo enfrentar esto, yo puedo dejar de consumir".</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Sustituya la conducta de consumo, con una conducta alterna 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice la detención del pensamiento: Por ejemplo. Imagine una señal de alto al comenzar a experimentar deseos de consumir
<ul style="list-style-type: none"> • Abandone o cambie la situación en la que se encuentra 	<ul style="list-style-type: none"> • Piense en las consecuencias negativas de fumar
<ul style="list-style-type: none"> • Respire profundamente para relajarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Piense en los beneficios de no fumar

Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trad.) (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.

Una vez revisadas las estrategias, TPGR llevó a cabo el ejercicio práctico, mediante el cual propuso un plan de manejo de los deseos de consumo que pudiesen presentarse en los próximos días.

Enfrentamiento de los deseos intensos

Ejercicio práctico

- Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso *En mi casa, en la noche, me siento molesta porque discuti con mi pareja.*
- Usando el ejemplo anterior, planee formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar *Tomarme tiempo fuera, no continuar discutiendo, respirar, continuar con el yoga, eso me relaja y me distrae*
- ¿En quién va a buscar apoyo? *En mi paz interior y hablándolo con mi pareja*
- ¿Qué hará para distraerse? *Irme de la situación, escuchar un mantra*
- ¿Qué mensajes (auto declaraciones positivas se proporcionará? *Quiero dejar de consumir, quiero sentirme bien y estar tranquila*
- ¿Qué más puede hacer en esta situación? *Tratar de evitar llegar a discutir, no alzar la voz y mantenerme tranquila*

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.

Para abordar la destreza asertividad, la introducción se hizo explicando las bases del ciclo del enojo y las diferentes formas de respuesta que existen y que involucran el consumo de tabaco, haciendo uso del siguiente esquema.

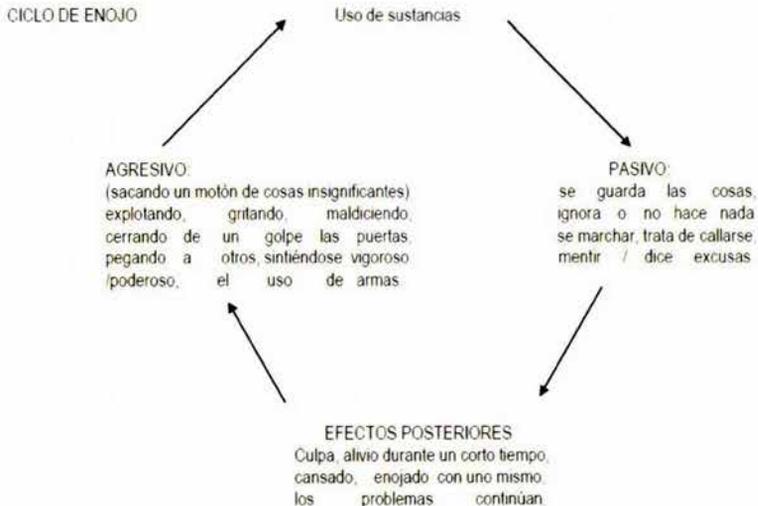


Imagen tomada de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México.

Así mismo se le plantearon a TPGR una serie de técnicas a practicar para llevar a cabo un comportamiento asertivo.

Técnicas de comportamiento asertivo

- Hacer contacto visual directo al hablar con la otra persona
- Pararse o sentarse orientándose de forma directa a la otra persona
- Hablar en primera persona "yo creo, yo pienso, yo me siento..." evitando atribuir pensamientos y/o sentimientos al otro.
- Hablar de forma clara, firme y con un tono de voz controlado
- Exponer el punto de vista propio y darle seguimiento, manteniéndose calmado
- Pedir de forma concreta y objetiva lo que queremos o esperamos de la situación
- Desarrollar confianza en uno mismo, misma que inicia a partir de la forma en que nos relacionamos con los demás

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.

Como parte del ejercicio práctico, TPGR describió una situación ocurrida durante el último año en la que hubiera deseado comportarse de mejor manera o en la que perdió el control y después se sintió mal por ello.

Asertividad

Ejercicio práctico

- | | |
|---|--|
| • ¿Dónde estaba? | <i>En el trabajo</i> |
| • ¿Quién estaba presente? | <i>Mis compañeros (J, F, y otros)</i> |
| • ¿Qué estaba pensando? | <i>Que no me estaba gustando su actitud y que estaba molesta por ello</i> |
| • ¿Qué estaba sintiendo? | <i>Enojo, porque no sentía que estuvieran comprometiéndose como yo con el trabajo</i> |
| • ¿Cuál fue el resultado? | <i>Me molesté mucho y grité y dije cosas que no debería porque eran cosas fuertes</i> |
| • Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado asertivo | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Haber hablado con mayor calma y no gritar</i> 2. <i>No decir o asumir lo que ellos pensaban</i> 3. <i>Tratar de ser más clara con lo que quiero o lo que espero de nuestro trabajo</i> |

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.

Finalmente, se llevó a cabo la estructuración del plan semanal de enfrentamiento.

Plan Semanal – Fase de Iniciación	
Describa dos disparadores del uso de sustancias que es probable surjan durante la próxima semana	Para cada uno de ambos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento que llevará a cabo
<p>1) Discusión en general, ya sea en el trabajo, por teléfono o estando en casa, durante la tarde o la noche. Puede tratarse de mi mamá o A.</p> <p>2) En la noche aumente el deseo de fumar, estando yo sola o con A, pienso en compensar por las actividades hechas en el día y en querer llegar a casa a relajarme, platicar, ver videos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrar a mi cuarto, retirarme del conflicto, no responder a provocaciones • Darme tiempo para analizar lo que está sucediendo • No reaccionar impulsivamente • Poner tiempos para realizar actividades durante la noche en lugar de fumar: <ul style="list-style-type: none"> - Yoga - Meditación - Platicar con mi mamá - Hablar por teléfono - Dormirme temprano - Oración

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.

En conjunto con TPGR, se estableció la meta de reducción del consumo para los próximos días y se asignó el automonitoreo como tarea semanal a realizar.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida	Nivel de confianza para logro de meta
2-8 cigarros por día	Máximo 05 cigarros por día	80% no siento que vaya a ser fácil, a veces me siento muy ansiosa

Sesión 6. Iniciación al cambio (III)**FECHA: 10-DICIEMBRE-12**

COMPONENTE APLICADO	Componente 4 – Iniciación al Cambio (III)
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de destrezas – Manejo del enojo • Formato de monitoreo diario • Plan Semanal – Fase de iniciación • Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento
OBJETIVO DE SESIÓN	Revisar y discutir el formato de automonitoreo, continuar con el trabajo en destrezas de enfrentamiento, introducir al uso de la tarjeta de alerta de enfrentamiento y elaborar un plan semanal de enfrentamiento.
RESUMEN DE SESIÓN	Se inició la sesión revisando junto con TPGR el formato de automonitoreo y repasando el plan semanal elaborado la sesión anterior, comentando los hechos más sobresalientes en cuanto a consumo. Posteriormente se trabajó la enseñanza de destrezas de enfrentamiento, que en esta sesión correspondió a <i>manejo del enojo</i> . Para finalizar, se discutieron las situaciones de riesgo a anticipar en los próximos días y se elaboró un plan de enfrentamiento a instrumentar durante los próximos días.
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

El primer punto a tratar durante la sesión fue lo registrado por TPGR en el automonitoreo, dentro del cual destacó el hecho de haberse mantenido sin consumir durante el día anterior y durante la mañana del día presente, así mismo su consumo se registró dentro del rango establecido la semana anterior.

Automonitoreo diario

		Diciembre									
Día		30	1	02	03	04	05	06	07	08	09
No. de cigarros consumidos		4	7	5	6	8	5	4	3	2	-

Tabla 8. Registro de número de cigarros fumados diariamente por TPGR (30 de noviembre al 09 de diciembre 2012).

Durante varios días, TPGR registró haberse sentido ansiosa, solitaria y en una ocasión dijo haber entrado en crisis y comprado una cajetilla de cigarros (hacia varios días que solamente compraba cigarros sueltos), cuando el consumo de TPGR fue mayor, ésta no reportó haber hecho uso de alguna estrategia de enfrentamiento; en la ocasión en que consumió el máximo (8 cigarros) dijo haber tenido discusiones en el día con diversas personas y durante la tarde haberse sentido muy mal.

Después de esta crisis, TPGR fue reduciendo su consumo hasta llegar a permanecer un día entero sin consumir. Durante este periodo de reducción, TPGR reportó haber buscado apoyo social con amigas para distraerse y controlar las ganas de consumir, así mismo trató de ocuparse en actividades como salir de su casa, ir de compras por comida para preparar algo saludable y practicar ejercicios de respiración y relajación, dado que por haber estado enferma y sentirse mal no había asistido con regularidad a sus clases de yoga.

El trabajo en destrezas de enfrentamiento durante esta sesión, se dedicó a manejo del enojo. Primeramente se introdujo al tema explicando el concepto de enojo, haciendo énfasis en que se trata de una emoción humana natural y que como todas las emociones, existe y se manifiesta con fines adaptativos y de supervivencia, se consideró importante dejar claro que el hecho de sentir enojo no es algo malo o que se busque evitar, sino que es en la expresión de éste en lo que se busca trabajar. En este sentido se estableció que el enojo es considerado un problema cuando se presenta de manera frecuente, se experimenta intensamente, con una duración prolongada, derivando en actos de agresión o afectando las relaciones laborales y/o personales de quien lo experimenta.

Considerando que la manifestación de enojo que realizaba TPGR, traía consigo consecuencias negativas que repercutían directamente en sus relaciones sociales, se retomó lo revisado la sesión anterior en cuanto a estilos de respuesta, en esta ocasión enfocado a los diversos estilos de expresión del enojo.

Manejo del enojo		
Las personas pueden expresar su enojo de distintas maneras:		
Pasivamente	Agresivamente	Asertivamente
Evitan las confrontaciones y quizá permiten que abusen de ellas, el enojo pasivo implica represión interior	Intentan dominar a otros con el enojo y reprochan a los demás las razones de su propia conducta.	Expresan sus sentimientos de una manera abierta y honesta, y en cierto modo mostrando respeto para otros. Resuelven los problemas intentando cambiar las conductas que generan el enojo.

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.

Se discutió con TPGR dentro de cuál categoría consideraba que manifestaba su enojo la mayor parte de las veces, a lo que respondió que en general lo hacía de manera agresiva, por tanto se le proporcionaron una serie de sugerencias para poner en práctica.

Manejo del enojo
Sugerencias para tratar con el enojo
<ul style="list-style-type: none">• Sea consciente de las señales que le da su cuerpo (por ejemplo, músculos firmes, puños fijos, etc.)• Tome respiraciones profundas de relajación, mantenga la calma.• Recuerde que el enojo es un signo de que algo necesita cambiar.• Busque lo positivo, no se precipite.• Hable consigo mismo: "Yo no me voy a dejar presionar, pero tampoco buscaré imponer lo que pienso".• Salga de la situación si es necesario, tome un <i>tiempo fuera</i>.• Considere, ¿se puede reír de esto?

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.

Como ejercicio práctico, TPGR describió una situación reciente en la que hubiese sentido enojo y planificó una estrategia de manejo de situaciones similares para futuras ocasiones.

Manejo del enojo	
Ejercicio práctico	
• Describa una situación reciente donde ha sentido enojo	Senti enojo el martes porque varias cosas se cancelaron y un chico me hostigó, recibí algunas malas noticias y se cancelaron cosas y perdí tiempo, me empezó otra crisis
• ¿Cuáles fueron las señales físicas del enojo?	Senti dolor de cuerpo, sudoración en manos, que la garganta se me cerraba, calor intenso en la cabeza, dolor abdominal, ganas de golpear a alguien.
• ¿Cómo reaccionó en esta situación?	Con gritos y groserías, y unas fuertes ganas de romper y golpear cosas.
• ¿Qué estilo de enojo expresó?	Agresivo, con mucha agresión verbal y comienzo con pensamientos negativos.
• ¿Cómo planea manejar situaciones similares en el futuro?	No lo sé, no me siento consciente ni capacitada para controlar esas emociones.

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.

En la última pregunta, TPGR debía planear una estrategia de manejo para situaciones que le causaran enojo, respondiendo no saber cómo manejarlo y no sentirse capaz de controlar sus emociones. Por tal motivo, se volvieron a discutir las sugerencias dadas anteriormente, enfatizando la importancia de que TPGR las tuviera presentes en todo momento, las repasara y tratara de ponerlas en práctica cada vez que surgiese un episodio de enojo. Para tal efecto, se le hizo entrega de la *tarjeta de alerta de enfrentamiento*, la cual tenía como propósito que TPGR registrara una serie de estrategias para poner en acción dentro de cualquier situación de riesgo y en cualquier momento, la razón de contar con esta tarjeta se fundamentó en que a pesar de que hubiese un plan previo para manejar dichas situaciones, podrían presentarse eventualidades que no estuvieran contempladas en el plan.

La tarjeta de alerta de enfrentamiento contaba con dos elementos principales: una lista de estrategias que TPGR propuso para enfrentar cualquier situación riesgosa (por ejemplo, situaciones inesperadas que pudieran desatar malestar y enojo o bien reuniones sociales que se prestaran al consumo), y un espacio para colocar un *objeto de seguridad* que se dejó a la elección de TPGR y que fuese útil en caso de presentarse alguna situación inesperada.

Tema 1 • 1.1 • 1.1.1 • 1.1.1.1 • 1.1.1.1.1

- Mantener la calma, respirar profundo
- Pensar en las razones del cambio que quiero hacer
- Retirarme de la situación si es necesario
- Escuchar un mantra
- Utilizar la energía positiva con la que cuento y buscar paz interior, serenidad
- Hacer oración

Cigarro de seguridad, en caso de tener deseos de fumar, sé que tengo un cigarro ahí y al mismo tiempo es un reto tenerlo y no fumarlo.

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.

Finalmente, en conjunto con TPGR se elaboró el plan semanal y se determinó la meta a alcanzar. Se hizo énfasis en la importancia poner en práctica las estrategias trabajadas durante la sesión.

Plan Semanal – Fase de Iniciación	
Describe dos disparadores del uso de sustancias que es probable surjan durante la próxima semana	Para cada uno de ambos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento que llevará a cabo
1) Estar en mi casa, en la noche, sintiéndome preocupada por cuestiones económicas y familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar un mantra que me ayude a relajarme. • Distraerme en la computadora y tratar de dormir temprano.
2) Discusiones con mi pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Tomarme tiempo fuera, no seguir con la discusión y no alzar la voz. • Escuchar un mantra. • Buscar dialogar con más tranquilidad.

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.

³ Usualmente se sugiere que en la tarjeta de alerta de enfrentamiento el cliente guarde un boleto del metro, una moneda o una tarjeta a fin de poder realizar una llamada telefónica y buscar apoyo social al presentarse una situación de riesgo inesperada, no obstante TPGR optó por guardar lo que denominó un *cigarro de seguridad*, explicando que para ella el saber que tenía ahí un cigarro le proporcionaba cierta tranquilidad en los momentos en que tenía deseos de fumar, aunque no fuese a hacerlo.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida	Nivel de confianza para logro de meta
0-8 cigarros por día	No fumar	80% siento que puedo lograrlo aunque tengo pensamientos negativos que lo dificultan

Observaciones

A partir de esta sesión, hubo una interrupción del tratamiento debido al periodo vacacional de fin de año, la siguiente sesión se acordó para el día 18 de enero 2013. Se solicitó a TPGR llevara el seguimiento de su consumo y de los episodios de enojo más sobresalientes que se presentaran, siguiendo puntualmente el formato de automonitoreo y señalando claramente el uso de estrategias de enfrentamiento para el manejo de dichos episodios, dado que generalmente sólo señalaba cómo se sentía o porqué consumía y cuánto, sin indicar haber puesto en práctica alguna estrategia, se le explicó que dicha descripción era muy importante para poder dar un seguimiento a su proceso de cambio y para que ella misma pudiera detectar los avances logrados y los puntos en los que habría que trabajar con mayor énfasis.

Sesión 7. Reanudación del tratamiento

FECHA: 23-ENERO-13

COMPONENTE APLICADO

Sin aplicación de componente

HERRAMIENTAS CLÍNICAS

- Formato de monitoreo diario

OBJETIVO DE SESIÓN

Revisar y discutir los acontecimientos más relevantes ocurridos durante el periodo en el que se suspendió el tratamiento, hacer un análisis del avance en el proceso de cambio de TPGR.

RESUMEN DE SESIÓN

La sesión consistió en la revisión y análisis de lo reportado por TPGR en cuanto a su consumo de tabaco, se discutieron los motivos de dicho consumo y se habló en general de los problemas presentados durante el periodo de suspensión del tratamiento.

ASIGNACIÓN DE TAREA

- Automonitoreo diario

Desarrollo de sesión

Para iniciar la sesión se le explicaron a TPGR las actividades a realizar, centradas en el análisis del consumo realizado durante el periodo en que el tratamiento se suspendió, en cuanto a cantidad y motivos de consumo.

TPGR dijo haber estado fumando durante todo ese periodo, incrementando su consumo hasta a una cajetilla en dos a tres días. Refirió que se presentaron una serie de conflictos tanto en el ámbito laboral como con su pareja, mismos que venían surgiendo desde hacía tiempo atrás, y a los cuales no les había dado una solución concreta. Ante dichos problemas, TPGR expresó tener reacciones altamente impulsivas, alcanzando un punto de enojo en el que se mostraba agresiva y ofensiva con los demás, describió que dicha reacción le resultaba incontrolable, sintiendo cómo al comenzar a enojarse, también comenzaba a sudar y automáticamente pensaba "necesito fumar".

Se le preguntó a TPGR si durante el periodo en cuestión había puesto en práctica las estrategias de asertividad, enfrentamiento de deseos y manejo de enojo que se habían trabajado durante las sesiones anteriores, a lo que respondió que aunque en diversas ocasiones, particularmente en situaciones de conflicto con su pareja, había intentado mantenerse tranquila y no pelear para así no sentirse molesta y en consecuencia consumir, sentía que su pareja no la apoyaba y que resultaba muy difícil que se pusieran de acuerdo, por lo que de una u otra forma, siempre terminaban peleando y ella fumando.

Adicionalmente, TPGR refirió haberse sentido deprimida durante varios días, lo cual considera que no la ayudó en el proceso de cambio, por el contrario, cuando se sentía más triste tendía a aumentar su consumo. Por otra parte, tampoco había tenido actividad física, no asistió a sus clases de yoga ni había salido a correr o incluso a hacer su meditación cotidiana. Al respecto, se le dijo que era de suma importancia para continuar con el tratamiento que retomara sus actividades físicas, dado que esto ayudaría a que su organismo no resintiera de forma abrupta la reducción o supresión de estimulación a través del consumo de cigarro, compensando dicha estimulación con la actividad física.

Para finalizar la sesión, se retomó el balance decisional realizado por TPGR al inicio del tratamiento, a fin de que considerara nuevamente los pros y contras de continuar su consumo o hacer un cambio en éste. Así mismo, se le explicó que dentro del proceso de cambio resultaba normal que las personas no siempre modificaran su consumo sin experimentar altas y bajas, por lo que el hecho de haber vuelto a fumar más de lo que ya se había logrado reducir, no implicaba que no fuera posible alcanzar la meta inicial. Al respecto, TPGR dijo seguir interesada en dejar de fumar; por tanto se le pidió estableciera una nueva meta de reducción de consumo, y se le asignó como tarea continuar realizando el automonitoreo diario.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida
Hasta 14 cigarros por día	Máximo 07 cigarros por día

Observaciones

En sesiones anteriores se había discutido, a petición de TPGR, la situación respecto a su relación de pareja. Brindándole algunas sugerencias para hacer frente a los conflictos constantes que refería presentar. Sin embargo no se profundizó la revisión en estrategias particulares para este ámbito dado que TPGR refirió haber iniciado una terapia de pareja en la que se había estado trabajando aspectos relativos a la comunicación y la resolución de conflictos. Cabe señalar que TPGR también suspendió dicha terapia durante el periodo vacacional y a la fecha no tenía contemplado un momento exacto para su reanudación. Así, la problemática en este ámbito continuaba latente y sin solución.

Sesión 8. Iniciación al cambio (IV)**FECHA: 30-ENERO-13**

COMPONENTE APLICADO	Componente 4 - Iniciación al cambio (IV)
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de monitoreo diario • Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental • Plan semanal – Fase de Iniciación
OBJETIVO DE SESIÓN	<p>Revisar y discutir lo registrado en el formato de monitoreo diario. Retomar y reafirmar el trabajo en cuanto a manejo del enojo, ampliando las estrategias revisadas anteriormente. Elaborar un plan semanal de enfrentamiento de situaciones de riesgo.</p>
RESUMEN DE SESIÓN	<p>Durante la sesión se llevó a cabo la revisión de lo registrado en el automonitoreo diario, posteriormente se trabajó con material nuevo dentro del ámbito de manejo del enojo, revisando aspectos teóricos y diversas estrategias para el control de dicha emoción. Finalmente se estableció una meta de reducción de consumo, por cuestión de tiempo no se llevó a cabo la elaboración de plan semanal de enfrentamiento, acordando utilizar las estrategias establecidas en la sesión anterior.</p>
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

La sesión se inició comentando la cantidad de cigarros consumida durante la semana, a fin de determinar si TPGR había logrado mantener la meta establecida la sesión anterior. Al respecto, dijo no haber tenido oportunidad de registrar lo consumido durante dos días por tener muchas actividades en el trabajo, estimando un consumo de 5 cigarros en cada uno de éstos; en tanto que en los días restantes, mantuvo su consumo entre 9 y 6 cigarros por día.

Automonitoreo diario							
Enero							
Día	24	25	26	27	28	29	30
No. de cigarros consumidos	9	9	7	6	6	5	5

Tabla 9. Registro de número de cigarros fumados diariamente por TPGR (24 al 30 de enero 2013).

Dadas las inquietudes expresadas por TPGR durante sesiones anteriores respecto a la experimentación constante de enojo y falta de control del mismo, y a que dicha problemática era reportada como una constante asociada al consumo; se consideró oportuno hacer uso de material adicional con el que se profundizaría el trabajo en cuanto al manejo del enojo.

Para tal efecto, se hizo uso del Programa para El Manejo del Enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental (Reilly & Shopshire, 2006). Inicialmente, se revisaron y discutieron junto con TPGR algunos mitos y realidades en torno al enojo:

Mitos acerca del enojo		
Mito	Descripción	Discusión
1. El enojo es hereditario	La evidencia proveniente de investigaciones realizadas indica, que las personas no nacen con maneras fijas y específicas de expresar el enojo. Más bien, lo que estos estudios muestran es que, debido a que la expresión del enojo es una conducta aprendida, y que otras maneras más apropiadas de expresar el enojo también pueden ser aprendidas.	TPGR no dijo estar de acuerdo con esta afirmación, ya que en su familia la mayoría de los integrantes tienen a manifestar el enojo de forma agresiva. A lo anterior, se le planteó la posibilidad de que precisamente, al ser un patrón constante en la familia es que se refleja el aprendizaje que los miembros han llevado a cabo generación tras generación, sin que esto sea un condicionante o una condición genética que no sea posible modificar.
2. El enojo conduce automáticamente a la agresión	Se cree que la única manera eficaz de expresar el enojo es a través de la agresión. Sin embargo, existen otras maneras más constructivas y asertivas para expresarlo. Su manejo eficaz implica controlar la intensificación del enojo mediante el aprendizaje de habilidades relacionadas a la asertividad, la modificación de la conversación negativa de nuestro lenguaje interno, el cuestionamiento de las creencias irracionales y la utilización de una variedad de estrategias conductuales.	TPGR dijo estar de acuerdo en que es posible manejar el enojo sin agresión, aunque para ella resultase muy difícil dada la sensación de descontrol que experimenta al estar enojada. Se le recordó que anteriormente se habían trabajado con la destreza asertividad, misma que al poner en práctica constante resultaría de gran apoyo para el control adecuado del enojo.
3. Tenemos que ser agresivos para conseguir lo que queremos	Muchas personas confunden la asertividad con la agresión. La meta de la agresión es dominar, intimidar, dañar o lesionar a otra persona; es querer ganar cueste lo que cueste. Por el contrario, la meta de la asertividad es expresar los sentimientos de enojo de un modo respetuoso hacia otras personas..	TPGR expresó que si bien no consideraba adecuado ser agresiva para lograr objetivos, muchas veces era la única forma en que las personas respondían a sus demandas. Se le explicó que muchas veces la asertividad no resulta tan bien recibida por los demás dado que no estamos acostumbrados a actuar de este modo, por lo que es importante aprender a mantener una actitud firme ante los demás, sin que esto implicase un trato agresivo.

4. Siempre es deseable expresar el enojo

Una creencia popular ha sido que la expresión agresiva del enojo, como gritar o pegarle a la almohada, resulta terapéutica y saludable. Los estudios de investigación han encontrado, sin embargo, que las personas que expresan su enojo de manera agresiva simplemente llegan a ser mejores en su función de sentirse enojadas. En otras palabras, expresar el enojo de una manera agresiva refuerza la conducta agresiva.

TPGR dijo no haber considerado este planteamiento anteriormente.

En este sentido se le recordó las recomendaciones dadas en sesiones pasadas respecto a la práctica de respiración y ejercicios de relajación al momento de detectar la experimentación de enojo.

Tabla 10. Mitos y realidades acerca del enojo.

Se le preguntó a TPGR si consideraba que el enojo que experimentaba era más un hábito que una reacción genuina; a lo que contestó que muchas veces sentía que se enojaba por cosas sin demasiada importancia y que al reflexionarlo, se daba cuenta de que había reaccionado en automático, teniendo consecuencias desfavorables. Ante lo anterior, se le explicó que a través de la detección de las situaciones concretas en las que manifestaba enojo y de las consecuencias del mismo era posible analizar en qué circunstancias la experimentación de enojo podría estar representando más bien un hábito de respuesta; adicionalmente se reiteró la importancia del automonitoreo, el cual no tenía como única función el seguimiento al consumo sino que podía también ser una herramienta de gran utilidad para el trabajo en cuanto al control del enojo.

Con el objetivo de iniciar un registro de qué tan alto era el nivel de enojo que TPGR percibía a fin de trabajar en la reducción gradual del mismo, se utilizó una escala. Con niveles del 1 (mínimo) al 10 (explosión, violencia, pérdida de control, consecuencias negativas). TPGR debía registrar diariamente qué nivel de enojo alcanzó, en caso de haberse presentado.

En esta ocasión no se completó el formato de plan semanal, únicamente se acordó que TPGR realizaría el monitoreo tanto de consumo como del enojo y pondría en práctica las estrategias anteriormente utilizadas. Finalmente, se elaboró un esquema en el que se estableció una cantidad máxima de cigarrillos a consumir por día y horarios específicos para cada uno de éstos. Esta calendarización del consumo se hizo con el objetivo de gradualmente ir disminuyéndolo, para retirar al final los cigarrillos de consumo nocturno, considerados por TPGR como más difíciles de dejar.

# de Cigarro	Horario de consumo
1	Mañana
2	Medio día
3	Tarde
4	Noche
5	

Tabla 11. Horarios para fumar, a seguir por TPGR.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida	Nivel de confianza para logro de meta
6 - 9 cigarros por día	Máximo 5 cigarros por día	60% sé que debo hacerlo, pero estoy en un periodo de mucho estrés

Observaciones

Durante la sesión, TPGR refirió haber tenido muchos conflictos tanto en el trabajo como en su vida personal, dijo sentirse altamente estresada y con poca capacidad para controlar sentimientos y emociones negativas. Se le preguntó si había continuado con la realización de actividades físicas que acostumbraba, a lo que respondió no haber tenido suficiente tiempo para asistir. Refirió haber asistido a una sesión de curación por medio del uso de métodos alternativos, que a su parecer tuvo resultados favorables pues logró sentirse con mayor relajación.

Se reiteró la importancia de mantener constante la realización de actividades fuera de la rutina de trabajo, considerando el estado de estrés que describió y los efectos que pueden experimentarse al disminuir la cantidad de consumo de tabaco.

Sesión 9. Iniciación al cambio (V)**FECHA: 15-FEBRERO-13**

COMPONENTE APLICADO	Componente 4 - Iniciación al cambio (V)
HERRAMIENTAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de monitoreo diario • Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental
OBJETIVO DE SESIÓN	<p>Revisar y discutir lo registrado en el formato de monitoreo diario.</p> <p>Continuar con el trabajo a nivel teórico respecto al manejo del enojo (detección de señales ante la activación del enojo).</p> <p>Elaborar un plan semanal de reducción de consumo.</p>
RESUMEN DE SESIÓN	<p>Se hizo la revisión del registro de consumo y nivel de enojo reportado en el automonitoreo diario, en seguida se retomó el trabajo con el manual utilizado la sesión anterior. En esta ocasión se abordó el tema de detección de señales ante la experimentación de enojo.</p> <p>Por último se elaboró un esquema de reducción de consumo y se estableció una meta a alcanzar durante la semana, se mantuvieron las estrategias de enfrentamiento a utilizar.</p>
ASIGNACIÓN DE TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo diario

Desarrollo de la sesión

Transcurrieron dos semanas después de la última sesión, no fue posible acordar una cita antes, ya que TPGR dijo no estar en posibilidad de asistir por actividades de trabajo.

Al inicio de la sesión se revisó lo registrado en el automonitoreo, en promedio TPGR mantuvo su consumo en 5.5 cigarros por día, aunque en dos ocasiones aumentó a 7 y en otras dos disminuyó hasta a 3. En este sentido destacó que en la mayor parte de los días, reportó haber consumido *por antojo* o *por ocio*, en tanto que dentro de los episodios de consumo más alto registró *por estrés*.

Automonitoreo diario

Febrero	
Día	31 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
No. de cigarros consumidos	7 5 5 5 6 4 3 5 3 6 5 7 5

Tabla 12. Registro de número de cigarros fumados diariamente por TPGR (31 de enero al 12 de febrero, 2013).

El consumo se redujo e incluso en tres días, TPGR consumió menos del límite acordado. En cuanto a los horarios establecidos para el consumo, TPGR no les dio un seguimiento puntual, no obstante en la mayoría de los días, mantuvo el patrón de consumo, fumando más durante la noche.

En lo que al seguimiento del enojo se refirió, TPGR dijo haber tenido pocos episodios de enojo, en los que se consideró en un nivel de 5 a 7 de acuerdo con la escala establecida. Al respecto, dijo que el estado de bienestar en el que estuvo la mayor parte del tiempo, no se debió a acciones particulares que hubiese realizado, sino que únicamente todo se mantuvo en calma. Se buscó profundizar en este tema, tratando de realizar un análisis en conjunto con TPGR de su forma de actuar durante los días pasados, a fin de detectar qué cambios había realizado, mismos que repercutieron en su entorno. Sin embargo, TPGR afirmó no haber realizado nada fuera de lo *normal*.

Retomando el Programa para el Manejo del Enojo (Reilly & Shopshire, 2006), en esta sesión se revisaron algunas señales detectables ante la manifestación del enojo; a fin de proporcionar herramientas con las cuales TPGR pudiese detectar el momento en que comenzara a experimentar enojo y de este modo anticiparse a emitir una reacción adecuada. Se le explicó que una forma efectiva de detectar el enojo es por medio de las señales que se producen en respuesta a la situación que lo provoca, las cuales sirven para advertir que está experimentándose enojo y la intensificación del mismo.

Señales fisiológicas	Cómo responde el cuerpo; por ejemplo, aceleración del ritmo cardíaco, opresión en el pecho, sentirse acalorado o enrojecido
Señales conductuales	Acciones concretas; por ejemplo, apretar los puños, alzar la voz, mirar a otros con una mirada fija y persistente
Señales emocionales	Sentimientos que pueden acompañar al enojo; por ejemplo, miedo, celos, sentirse herido o que alguien ha sido irrespetuoso
Señales cognitivas	Pensamientos en respuesta a la situación; por ejemplo, lenguaje interno hostil, imágenes de agresión y venganza

Tabla 13. Señales para la detección del enojo.

Como tarea, se le indicó a TPGR que durante la semana siguiente cada vez que tuviera un episodio de enojo procurara identificar estas señales y las registrara como parte del automonitoreo, a fin de llevar a cabo un análisis funcional la siguiente sesión.

Nuevamente se elaboró un esquema para establecer una cantidad máxima de consumo diario y horarios específicos para llevarlo a cabo. En conjunto con TPGR, se acordó que ésta buscaría no fumar más de 3 cigarrillos cada día.

# de Cigarro	Horario de consumo
1	Mañana o tarde
2	Noche
3	

Tabla 14. Horarios para fumar, a seguir por TPGR.

Rango de consumo en la última semana	Meta semanal establecida	Nivel de confianza para logro de meta
3 - 7 cigarrillos por día	Máximo 3 cigarrillos por día	60% confío en que pueda hacerlo

Observaciones

Esta sesión fue la última que se tuvo con TPGR, aunque se había establecido fecha de cita para la siguiente semana, fue cancelada por la paciente. Posteriormente se le asignó nuevamente una cita, a la cual informó no podría asistir y solicitó se pospusiera al menos una semana más, dijo se pondría en contacto para determinar con exactitud la fecha, no obstante transcurrieron al menos tres semanas antes de que nuevamente se le contactara, sin tener éxito para continuar con el tratamiento, finalmente fue necesario dar de baja su caso, en seguimiento a la reglamentación establecida.

Resultados

Dado que el tratamiento no se concluyó formalmente, no fue posible realizar la evaluación final de los niveles de autoeficacia situacional, indicadores importantes del éxito de la intervención, no obstante, fue posible realizar un análisis de las modificaciones en el patrón de consumo de la paciente durante el periodo de intervención. TPGR redujo notablemente su consumo. Al inicio del tratamiento fumaba (en promedio) 17 cigarros diariamente, en la última sesión realizada, el consumo diario reportado fue de en promedio 5 cigarros.

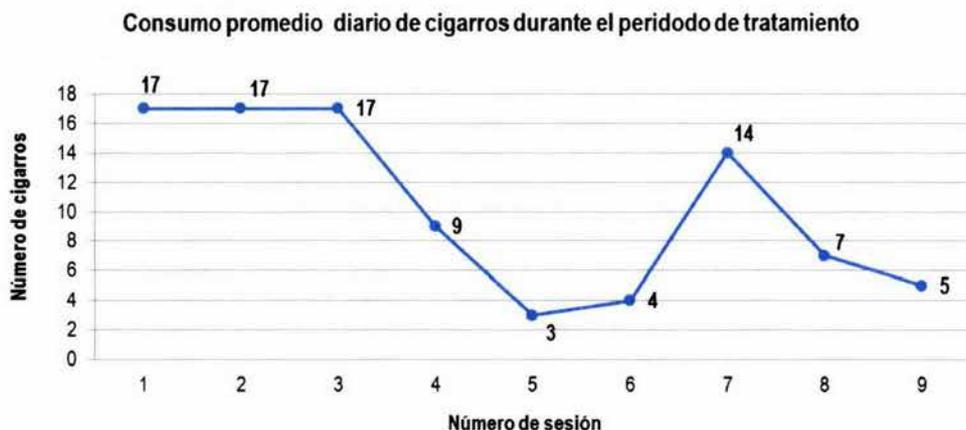


Figura 7. Número de cigarros fumados a diario (en promedio), reportado en cada sesión

Como se observa en la Figura 7, durante las primeras tres sesiones realizadas TPGR mantuvo su consumo promedio diario (17 cigarros) constante, en la semana previa a la cuarta sesión se redujo a 9 cigarros. El consumo mínimo diario (3 a 4 cigarros) fue registrado entre las semanas previa y posterior a la quinta sesión. El tratamiento fue suspendido durante el periodo vacacional, por lo que entre la sexta y séptima sesión transcurrió al menos un mes, en el cual TPGR incrementó considerablemente su consumo diario (14 cigarros). Al retomar el tratamiento, TPRG

comenzó a reducir la cantidad de cigarros que fumaba diariamente, durante la semana previa a la última sesión reportó un consumo promedio diario de 5 cigarros.

A partir de la sesión número cuatro, en la que se comenzó a aplicar el componente de iniciación al cambio, se llevó a cabo un registro del nivel de autoeficacia que TPGR reportó para el cumplimiento del objetivo semanal establecido en cada sesión realizada. Para la quinta sesión, TPGR reportó sentir mayor confianza en el logro del objetivo establecido, la cual se mantuvo hasta antes de suspender el tratamiento. En las últimas dos sesiones, TPRG reportó sentir menor confianza que en el resto de la intervención.

Sesión	Fecha	Autoeficacia
4	23-noviembre-12	70%
5	30-noviembre-12	80%
6	10-diciembre-13	80%
7	23-enero-13	--
8	30-enero-13	60%
9	15-febrero-13	60%

Tabla 15. Porcentaje de autoeficacia reportado por TPGR al establecer su meta semanalmente

El patrón de consumo que TPGR describió antes del tratamiento era de 17 a 20 cigarros por día. Los meses en los que reportó el consumo máximo, coincidían con periodos descritos con mayor cantidad de problemas ya fueran familiares o laborales, en tanto que en el mes de menor consumo (junio 2012) TPGR dijo haber estado con menor cantidad de presiones en su vida cotidiana.

Durante el primer mes de tratamiento, el consumo se redujo de 16 a 12 cigarros diarios (en promedio), para el segundo mes de intervención el promedio diario de consumo era de 10 cigarros. En los meses de diciembre y enero, tiempo en que se suspendió el tratamiento, el consumo promedio diario no se redujo y se mantuvo en 10 cigarrillos diariamente.

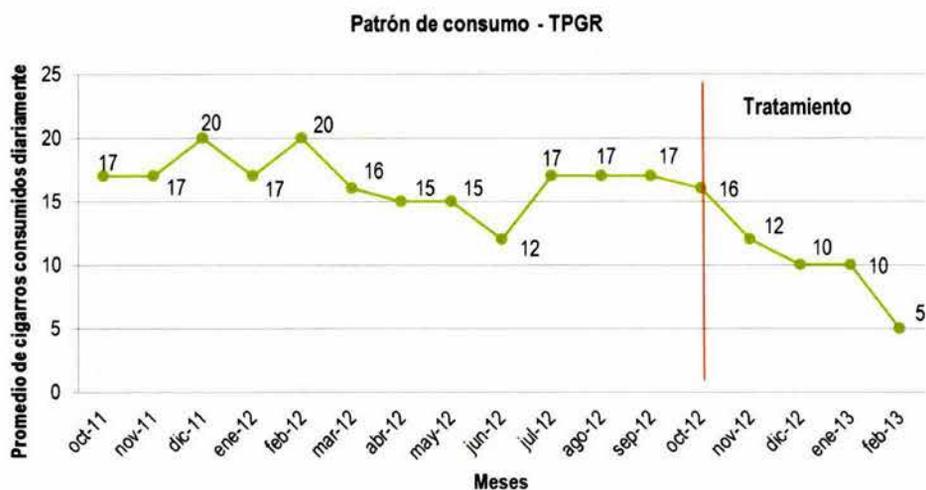


Figura 8. Consumo promedio diario de cigarrillos por parte de TPGR, antes y durante el tratamiento.

Consideraciones y conclusiones

Durante el periodo de intervención, TPGR se encontraba bajo mucha presión, con altos niveles de estrés y experimentando ansiedad constante debido a las fuertes cargas de trabajo que tenía en ese momento, esta situación representó un factor importante dado que no sólo es necesario que el paciente tenga la disposición de cambiar, sino que se encuentre en condiciones de hacerlo y sea capaz de controlar el malestar que pueda llegar a experimentar al modificar su estilo de vida. Dado que se reportaron estados de ansiedad y estrés en la vida cotidiana de la paciente, es posible que la reducción en el consumo haya sido experimentada con mayor intensidad, repercutiendo directamente en su progreso.

La nicotina es un potente reforzador que puede actuar tanto de forma positiva como negativa. En el caso de TPGR, es posible que se tratara de una condición de reforzamiento negativo, ya que describía su consumo en respuesta al malestar producido por emociones negativas originadas por circunstancias distintas a la necesidad fisiológica de fumar, utilizando el consumo como una forma de regulación emocional mediante la que reducía el estrés y como estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones.

A partir de la entrevista, se detectaron ciertas características en el perfil de la paciente, como antecedentes de fracaso en intentos para dejar de fumar, tendencia a estados depresivos recurrentes, antecedentes de comorbilidad adictiva y baja percepción de riesgo respecto a su consumo; condiciones que pudieron haber tenido influencia significativa durante el desarrollo del tratamiento.

Se sabe que la continuidad del tratamiento es un factor de gran importancia para el éxito del mismo, por lo que la suspensión realizada durante al menos un mes, pudo haber constituido también un factor de gran peso para el desarrollo que éste siguió, entre más prolongada es la pausa de actividad (en este caso de trabajo en las sesiones), hay mayor dificultad para regresar al nivel de consumo previo. Cabe

destacar que durante dicha suspensión, el consumo diario de cigarros aumentó notablemente, alcanzando el nivel reportado al inicio del tratamiento; teniendo en cuenta los antecedentes de fracaso, dicho incremento podría haber estado asociado a la disminución de autoeficacia al retomar el tratamiento y al eventual abandono del mismo.

La autoeficacia tiene un papel clave en el programa PEREU, siendo el objetivo principal que el paciente detecte las situaciones en las que se percibe con menos confianza para controlar su consumo de sustancias y que al final de la intervención, dicha confianza situacional haya aumentado al tiempo que hay un cambio en el patrón de consumo. Al respecto, la autoeficacia percibida por TPGR en situaciones de consumo, solamente se exploró al momento de hacer la evaluación y al comenzar el componente de iniciación al cambio, faltando la exploración correspondiente al término del tratamiento. Por tal motivo, no es posible determinar si existió una modificación significativa en la autoeficacia situacional de la paciente. De manera general, se contó con un registro de la confianza que TPGR expresaba sentir cada vez que se establecía una meta de reducción, en el que a pesar de reportar porcentajes de confianza que podrían haberse considerado como altos (70-80%) al mismo tiempo refería sentirse incapaz de lograr el control de sus emociones y en consecuencia continuar reduciendo su consumo. En las últimas dos sesiones dicho porcentaje de confianza disminuyó, al tiempo que TPGR reportaba en su automonitoreo no haber utilizado estrategias para controlar su consumo.

Un aspecto de gran influencia en este caso, fue el de la relación de pareja. En múltiples ocasiones TPGR refirió no sentirse cómoda dentro de ésta, situación que se abordó en diversas sesiones y para la cual se discutieron estrategias que pudiesen apoyar la solución de conflictos, sin embargo no se llevó a cabo un trabajo particularmente enfocado en la relación ya que TPGR asistía a terapia de pareja de manera independiente. Posiblemente la falta de abordaje y solución a la problemática en este aspecto resultó determinante para que la paciente decidiera no continuar con el tratamiento, habría sido necesario que entonces se considerara en primera instancia

enfocar el trabajo terapéutico en la relación de pareja, de manera que la paciente lograra reducir sus niveles de estrés y ansiedad, encontrándose así condiciones favorables para posteriormente proceder al trabajo con el programa enfocado en adicciones.

En cuanto a los aspectos en torno a la aplicación del programa que podrían haber incidido en el tratamiento, se encuentran la realización del balance decisional y el análisis funcional, así como la secuenciación de las estrategias de enfrentamiento practicadas.

En lo que al balance decisional se refiere, éste fue utilizado más como un instrumento para determinar la disposición al cambio de la paciente que como una herramienta motivacional. Hacer esto último habría implicado discutir y analizar a profundidad en conjunto con la paciente las inconsistencias que se detectaron en lo descrito por ésta al momento de realizarlo, sin embargo no se llevó a cabo dicho análisis.

Respecto al análisis funcional, al momento de realizarlo la paciente determinó antecedentes, conducta y consecuencias en torno a su consumo. La diferenciación entre conducta y consecuencias a corto, mediano y largo plazo no fue clara, no obstante no se le hizo el señalamiento puntual de esta situación, ante la cual habría convenido hacer cuestionamientos tales como: *¿cómo te sentiste durante y después de fumar?*; *¿qué efectos positivos te produjo fumar?*; *¿qué efectos negativos te eliminó fumar?*; *¿cuáles son los efectos que experimentaste inmediatamente después de fumar?*; *¿qué efectos detectas transcurrido un tiempo después de fumar?*, y de este modo inducir a un verdadero análisis funcional en el que la paciente pudiese entender su conducta de consumo mediante la detección de los puntos clave del mismo y así instrumentar acciones concretas que impactaran en su conducta de fumar.

En principio, el componente de iniciación al cambio considera como estrategias fundamentales la evitación de situaciones de consumo y la búsqueda de apoyo social.

En el caso de TPGR, las emociones desagradables fueron detectadas como el principal disparador de consumo para TPGR, y en todo momento estuvieron relacionadas a situaciones de interacción con terceros (familia, pareja, compañeros de trabajo), de manera que la evitación de éstas se veía sumamente dificultada, por lo que la enseñanza y práctica de estrategias no se llevó a cabo en concordancia con lo establecido por el programa. Desde la primera sesión de iniciación al cambio se trabajó en la enseñanza destrezas de enfrentamiento y se incluyeron en los planes semanales establecidos, sin darle prioridad a la evitación. Es posible que a pesar de haberla considerado como una práctica poco aplicable al caso, ésta hubiese tenido un impacto favorable en el tratamiento, teniendo en cuenta que TPGR expresó en diversas ocasiones no sentirse capaz de manejar adecuadamente las situaciones tras las cuales se disparaba su consumo, aún después de haber recibido el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento.

Pese a que el tratamiento no llegó a concluirse de manera formal, durante su instrumentación el patrón de consumo de TPGR tuvo modificaciones significativas, reflejando una visible reducción.

Recomendaciones

La intervención terapéutica es una labor que requiere una preparación adecuada por parte del psicólogo que la lleva a cabo. Si bien se recibe capacitación previa al inicio de las actividades como terapeuta dentro del Programa de Conductas Adictivas, considero sería conveniente que dicha capacitación se realizara previa al inicio del periodo de prestación de servicio en el programa, mediante sesiones introductorias o propedéuticas, de modo que al iniciar formalmente se cuente con una base que favorezca un mejor desempeño en el área de tratamiento.

Conforme se aborda un caso clínico, generalmente surgen dudas respecto a la forma adecuada de proceder en el tratamiento, valdría la pena considerar la realización de sesiones de retroalimentación en las que participen prestadores de servicio y supervisores, con el objetivo de presentar tanto el trabajo realizado, como las dudas, buscando obtener un aprendizaje más nutrido e incrementar la cohesión en el equipo de terapeutas que forman parte del programa.

Las conductas adictivas no se presentan de manera aislada y en general implican la presencia de problemáticas adicionales (no necesariamente condiciones clínicas) que influyen a lo largo del tratamiento y en que el paciente logre un avance o no. Si bien el programa PEREU incluye el entrenamiento en diversas estrategias y destrezas mediante las que se busca el paciente sea capaz de hacer frente a situaciones de su vida cotidiana que puedan resultar problemáticas, en ciertos casos dichas destrezas no logran cubrir la demanda de atención requerida. La identificación y manejo de estrategias de intervención en depresión, manejo de ansiedad, manejo de enojo, relaciones de pareja, entre otras, por parte del terapeuta, resultan no sólo de gran utilidad sino de gran importancia para un desempeño adecuado, de manera que a la par del programa de intervención sea posible trabajar con aspectos particulares del paciente que puedan estar resultando determinantes en su progreso. Dentro de la capacitación que se da a los prestadores de servicio o bien en sesiones propedéuticas

como se sugirió anteriormente, convendría incluir la revisión de algunas de estas estrategias.

Se ha identificado a la población adolescente como más vulnerable al desarrollo de trastornos de abuso y/o dependencia a sustancias psicoactivas. En el área preventiva, las acciones que se llevan a cabo dentro el programa incluyen la instrumentación de talleres de prevención para alumnos de bachillerato; no obstante se realizan únicamente en dos planteles de la Escuela Nacional Preparatoria. Al fungir como facilitadora en dichos talleres, pude observar que existían muchos mitos e ideas erróneas en torno al consumo de sustancias, resulta necesario considerar la posibilidad de expandir la cobertura de dichos talleres, asegurando que el alumnado cuente con información y herramientas que incrementen sus factores de protección ante el consumo de sustancias.

Referencias

- Balcells, O. M., Torres, M. M. & Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. En E. Becoña. (Comp). Monografía del Tabaco. *Adicciones*, 16, 227-236.
- Batis, A. & Rojas, M. (2002). El peyote y otros cactus alucinógenos de México. CONABIO. *Biodiversitas* 40, 12-17.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. España: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2011). Determinantes psicosociales. En Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (Comps). Manual de Trastornos Adictivos. (37-47). España: Enfoque Editorial S.C.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*, 5(3), 345-364.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333 – 356.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.
- 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. *Universitas Psychologica*, 5, 521-534.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2010). Consultado el 5 de marzo de 2013 en <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/PrevencionUniversal.html>
- Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2010). Consultado el 5 de marzo de 2013 en <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/TeoriasModelos.html>
- Consejo Nacional para las Adicciones (2011). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor "Nueva Vida". Consultado el 30 de mayo de 2013 en http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/prevadicciones_nuevavida.html
- Echeverría, L. (2006). *Reseña de las adicciones en México. Parte uno*. [Folleto]. México: División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría, L. (2006). *Reseña de las adicciones en México. Parte dos*. [Folleto]. México: División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría, L., Natera, G., Martínez, K., Carrascoza, C., Tiburcio, M., Oropeza, R. & Medina Mora, M. (2007). Modelos novedosos para la intervención en personas con conductas adictivas. En Echeverría, L., Carrascoza, V. & Reidl, L. (Comps.). Prevención y tratamiento de conductas adictivas. (75-95). México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Hernández-Ávila, M., Rodríguez-Ajenjo, C., García-Handal, K., Ibáñez-Hernández, N. & Martínez-Ruiz, M. (2007). Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Salud Pública de México*, 49(2), s302-s310.

- Laespada, T., Iraurgi, I. & Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. España: Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.
- Llorente del Pozo, J. & Iraurgi-Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Tratamientos Adictivos*, 10, 252-274.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. & Lizasoain, I. (2009). Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Panamericana.
- Martín, L. J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14, 409 – 419.
- Mata, M., Quiroga, H., Vital, M. & Cabrera, A. (2008). Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios: Descripción y Resultados. *Revista Mexicana de Psicología. Número Especial*. Octubre, 118-119.
- Medina, E. (2009). La autoestima y su relación con los factores de protección en la prevención de adicciones. Tesis no publicada de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, F. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, 16-25.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, F. (2001). Del siglo XX al tercer milenio: Las adicciones y la salud pública: drogas alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, 3-19.
- Milanese, E., Merlo, R. & Laffay, B. (2001). Prevención de la farmacodependencia. México: Plaza y Valdés editores.
- Morales, S., Vázquez, F., Martínez, M. & Reidl, L. (2007). El diagnóstico comunitario como herramienta en la prevención de las adicciones. En L. Echeverría, V. Carrascoza, & L. Reidl. (Comps.) Prevención y tratamiento de conductas adictivas, (pp. 31-51). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Nazar, A., Tapia-Conyer, R., Villa, A., León, G., Medina-Mora, M. & Salvatierra, B. (1994). Factores Asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública de México*, 36, 646-654.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Consultado el 27 de febrero de 2013 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom028.pdf>
- Ordóñez, A., Civantos, J., Rodríguez, J. & Moyano, R. (2011). Prevención secundaria: Prevención Selectiva. En Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, (Comps). Manual de Trastornos Adictivos. (215-225). España: Enfoque Editorial S.C.
- Pascual, F., Vicéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. En E. Becoña. (Comp). Monografía del Tabaco. *Adicciones*, 16, 13-24.
- Quiroga, A. H. (2003). Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F.
- Quiroga, A. 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 Association., y de Sobell, C., & Sobell, B. (2003). Alcohol consumption measures. En J.P. Allen, & V. Wilson (Eds.). Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers (rev. Ed.). Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, A. H. (2008). Evaluación de un modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Quiroga, A. H. (2012). El modelo cognitivo-conductual-motivacional y su aplicación a la prevención y tratamiento del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Unidad de Estudio de la Asignatura Principios del Comportamiento Adictivo.(p. 1-60). Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Quiroga, A. H. (Trad. Y Adap.) (2008). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para Estudiantes Universitarios (TAGEU). Un enfoque de auto-control para Bebedores, fumadores y consumidores de otras drogas Problema con Dependencia Moderada. (pp. 185). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F. Manual de Tratamiento traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. & Sobell, L. (1993). Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment. The Guilford Press New York. London.
- Quiroga, A. H. & Cabrera, A.T. (Trads. y Adap.) (2003). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción del Daño para el consumo excesivo, abuso y dependencia leve (pp. 238). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F. Manual de Tratamiento basado y modificado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L., Baer, J., Kivlahan, D. & Marlatt, G. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach, New York: Guilford Press.
- Quiroga, A. H. & Cabrera, A.T. (Trads. y Adap.) (2008). Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU). Un Enfoque de Reducción del Daño para el consumo excesivo, abuso y dependencia leve (pp. 238). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F. Manual de Tratamiento basado y modificado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L., Baer, J., Kivlahan, D. & Marlatt, G. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach, New York: Guilford Press.
- Quiroga, A. H., Mata, M.A & Vázquez, V.G. (1994). Programa de Conductas Adictivas: Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios con Problemas de Alcohol, Tabaco y otras drogas. Manual de Operación y Procedimientos. Programa de Conductas Adictivas y Ambientales Terapéuticos. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

- Quiroga, A.H. & Montes, C.V. (Trads.) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para Estudiantes Universitarios (TAGEU). Un enfoque de auto-control para Bebedores Problema con Dependencia Moderada. (pp. 185). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D. F. Manual de Tratamiento traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. & Sobell, L. (1993). Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment. The Guilford Press New York. London.
- Quiroga, H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas par 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., Herie, M. & Watkin-Merek, L. (1996). Structured 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, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003a). 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, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003b). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México D. F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. Annis, M. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structured Relapse Prevention, An Outpatient Counseling Approach (pp. 28-36). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center, Toronto, Canadá.
- Quiroga, A.H. & Vital, C.M. (Trads.) (2003c). 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., Herie, M. & Watkin-Merek, L. (1985). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. Annis, M. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structured 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.
- Reilly, P. & Shopshire, M. (2006). Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental. Un manual de psicoterapia cognitiva conductual. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34, 351-365.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, 259-270.
- Secretaría de Salud (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones* Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Consejo Nacional Contra las Adicciones, México.
- Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Consejo Nacional Contra las Adicciones, México.
- Tapia-Conyer, R., Cravioto, P., De la Rosa, B., Galván, F. & Medina-Mora, M. (2003). Historia Natural del Consumo de la Cocaína: El caso de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud Mental*, 26, 12-21.
- Urquieta, J., Hernández-Ávila, M. & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*, 48, S30-S40.
- Varela, A. M., Salazar, T. I., Cáceres de Rodríguez, D. & Tovar, C. J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3, 31-45.
- Vital, G., Mondragón, R., Díaz, A., Meza, A., García, A., González-Soto, A., Tepayol, M., Romero, L., Martínez, E., Peña, V., Robles, M. & Quiroga, H. (2012). Encuesta Estudiantil Medición 2012: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ENP 5 "José Vasconcelos"). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D. F.
- Vital, G., Mondragón, R., Díaz, A., Valle, M., Carrillo, V., García, A., González-Soto, A., Tepayol, M., Romero, L., Martínez, E., Peña, V., Robles, M. & Quiroga, H. (2012). Encuesta Estudiantil Medición 2012: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ENP 2 "Erasmus Castellanos Quinto"). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D. F.

Anexos

Anexo 1. Encuesta Estudiantil Medición 2012: Consumo de alcohol

Escuela Nacional Preparatoria Plantel 5 "José Vasconcelos"	
Descripción de la muestra	1120 alumnos de cuarto año de bachillerato 524 hombres / 596 mujeres 14 a 22 años de edad
Consumo alguna vez en la vida	447 alumnos (39.9%)
No consumidores	668 alumnos (56.9%)
Edad de inicio de consumo	14 años (21.3%)
Número de copas ingeridas en un día típico de consumo	21.3% (239 alumnos) - diez o más copas 4.2% (47 estudiantes) - una o dos copas 1.3% (15 alumnos) - tres o cuatro copas 0.4% (5 estudiantes) - cinco o seis copas 0.1% (1 alumno) - siete o nueve copas
Preocupación de terceros por la forma de consumo	16.4 % (164 alumnos)
Consumo de alcohol y drogas en un mismo episodio (último año)	1.6% (18 estudiantes) una o dos veces 0.3% (3 alumnos) tres a cuatro veces 0.1% (1 alumno) cinco o más veces
Bebidas de mayor consumo	Destilados – 44.3% Cerveza – 44.1%
Razones para consumir consideradas como importantes	Para divertirse – 21.8% Para relajarse – 13.9% Ser sociable – 9.6% Reducir tensión – 9.6% Amigos lo hacen - 9.5%

Prevalencias de consumo durante el último mes anterior a la aplicación de la encuesta	Porcentaje	Número de alumnos
Consumo de cinco copas o más en un solo episodio	4.1 %	46
Frecuencia con que se han "emborrachado"	4.4 %	49
Consumo de una a tres copas en un solo episodio	4.2 %	47
Consumo de seis o más copas en un solo episodio	3.1 %	35
Incapacidad para dejar de consumir, habiendo iniciado	0.4 %	5
Incumplimiento de expectativas a causa de consumir	0.2 %	2
Necesidad de consumir estando en ayunas	0.3 %	3
Experimentación de remordimientos o culpa por consumir	0.5 %	6
Incapacidad para recordar sucesos ocurridos durante el consumo	0.4 %	4
Lesiones propias o a terceros derivadas del consumo	--	--

Escuela Nacional Preparatoria Plantel 2 "Erasmus Castellanos Quinto"

Descripción de la muestra	1073 alumnos
	577 secundaria / 496 bachillerato
	532 hombres / 541 mujeres
	10 a 23 años de edad

Consumo alguna vez en la vida	440 alumnos (41%), de los cuales: 314 hombres (59%) – 318 mujeres (58.8%)
No consumidores	632 alumnos (58.9%)
Edad de inicio de consumo	14 años (13.3%) 15.3% (164 alumnos) - diez o más copas 3.7% (40 alumnos) - una o dos copas
Número de copas ingeridas en un día típico de consumo	21% (23 alumnos) - tres o cuatro copas 0.9% (10 alumnos) - cinco o seis copas 0.5% (5 alumnos) - siete o nueve copas

Preocupación de terceros por la forma de consumo	13.8 % (148 alumnos)
Consumo de alcohol y otras drogas en un mismo episodio (último año)	2.2% (24 estudiantes) una o dos veces
	0.4% (4 alumnos) tres o cuatro veces
	0.5% (5 alumnos) cinco o más veces
Bebidas de mayor consumo	Destilados – 41.4%
	Cerveza – 40.8%
Razones para consumir consideradas como importantes	Para divertirse – 16.6 %
	Para relajarse - 11.8%
	Reducir tensión – 8.9%
	Ser sociable – 6.1%

Prevalencias de consumo durante el último mes anterior a la aplicación de la encuesta	Porcentaje	Número de alumnos
Consumo de cinco copas o más en un solo episodio	0.9 %	9
Frecuencia con que se han "emborrachado"	3.1 %	33
Consumo de una a tres copas en un solo episodio	3.9 %	42
Consumo de seis o más copas en un solo episodio	3.1 %	33
Incapacidad para dejar de consumir, habiendo iniciado	0.9 %	10
Incumplimiento de expectativas a causa de consumir	0.8 %	9
Necesidad de consumir estando en ayunas	0.3 %	3
Experimentación de remordimientos o culpa por consumir	0.7 %	8
Incapacidad para recordar sucesos ocurridos durante el consumo	0.7 %	8
Lesiones propias o a terceros derivadas del consumo	0.4 %	4

Anexo 2. Taller: Prevención de Adicciones

Objetivo general	Que los participantes conozcan e identifiquen características, efectos y consecuencias del consumo de tabaco y bebidas con alcohol. Proporcionar estrategias de enfrentamiento que pueden ser empleadas para evitar el consumo de dichas sustancias.
Lugar de aplicación	Escuela Nacional Preparatoria Plantel 5 "José Vasconcelos".
Participantes	Alumnos de cuarto, quinto y sexto grado.
Número y duración de sesiones	Sesiones únicas, con duración de una hora y media.

Evaluación Inicial			
Tema/Objetivo	Contenido	Actividades	Materiales
Consumo de tabaco y bebidas con alcohol <i>Conocer el nivel de información con que cuentan los alumnos respecto al tema.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos generales referentes al consumo de tabaco y bebidas con alcohol. 	Formación de dos equipos, los miembros de cada uno de éstos aportarán sus ideas y las escribirán, posteriormente un representante de cada equipo las expondrá ante el resto del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de rotafolio • Plumones

Psicoeducación			
Tema/Objetivo	Contenido	Actividades	Materiales
Tabaco <i>Definir y reconocer qué es y cuáles son los efectos de consumirlo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el tabaco? • ¿Qué contiene un cigarrillo? • ¿Conoces los efectos de fumar tabaco? 		
Alcohol <i>Definir y reconocer qué es y cuáles son los efectos de consumirlo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el alcohol? • ¿Cómo se fabrican las bebidas con alcohol? • ¿Qué ocasiona el alcohol en el organismo? • ¿Cómo se elimina del organismo? • Efectos a corto y largo plazo • Circunstancias que aceleran o retrasan sus efectos 	El facilitador expondrá el tema de manera que dará respuesta a las preguntas que conforman el contenido. Los alumnos deberán completar el cuadernillo con la información proporcionada.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo de trabajo

Tema/Objetivo	Contenido	Actividades	Materiales
<p>Resistencia y rechazo <i>Que los alumnos sean capaces de aplicar las diversas respuestas de resistencia y rechazo en situaciones de presión social al consumo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son las estrategias de enfrenamiento y para qué sirven? • ¿Qué es presión social? • ¿Cómo se da la presión social? • ¿Cómo decir NO? • ¿Cómo rechazar un ofrecimiento a consumir? 	<p>El facilitador expondrá los conceptos de resistencia y rechazo.</p> <p>Los alumnos deberán responder qué es para ellos presión social y cómo es que se ejerce.</p> <p>Se proporcionarán estrategias para rechazar el ofrecimiento de consumo.</p>	
<p>Solución de Problemas <i>Que el alumno identifique y sepa aplicar el proceso de solución de problemas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es un problema? • Formas de actuar ante un problema • Etapas para solución de problemas • Toma de decisiones en poco tiempo 	<p>Los alumnos aportarán sus opiniones respecto a la definición de <i>problema</i> y compartirán experiencias en las que hayan tenido que resolver alguno.</p> <p>El facilitador expondrá las diversas formas de actuar ante un problema, así como las 6 etapas a seguir en la solución de problemas.</p> <p>Ejercicio: Se presentará a los alumnos un problema determinada y agrupados en dos equipos, deberán proponer la solución, utilizando el procedimiento expuesto anteriormente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo de trabajo
<p>Estilos de respuesta y asertividad <i>Identificar los estilos de comunicación empleados comúnmente. Conocer y familiarizarse con el concepto de asertividad a fin de ponerlo en práctica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta pasiva y agresiva – Concepto y consecuencias de su uso • ¿Qué es la asertividad? • ¿Qué implica ser asertivos? • Beneficios de la comunicación asertiva • Estrategias de la respuesta asertiva 	<p>Los alumnos aportarán sus conocimientos respecto a lo que es la respuesta pasiva y agresiva, posteriormente el facilitador completará dicha información.</p> <p>El facilitador expondrá el concepto de asertividad, las características de ésta y los beneficios de llevarla a la práctica.</p> <p>Ejercicio: Los alumnos harán una pequeña representación de respuesta pasiva, agresiva y asertiva, en una situación determinada. El resto del grupo deberá identificar los diversos estilos de respuesta.</p>	

Tema/Objetivo	Contenido	Actividades	Materiales
---------------	-----------	-------------	------------

<i>Conocer las características de un consumo moderado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Copa estándar • Retrasar los efectos inmediatos del consumo • Hidratación • Ritmo de consumo • Alimentación antes y durante el consumo 	El facilitador expondrá los lineamientos que caracterizan un consumo moderado de bebidas con alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo
---	--	---	---

Evaluación final			
Tema/Objetivo	Contenido	Actividades	Materiales

<i>Conocer el nivel de información adquirida durante el taller</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco, bebidas con alcohol, estrategias de enfrentamiento, solución de problemas 	Los alumnos contestarán el cuestionario de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
--	---	--	--

Anexo 3. Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (FDNT)

Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FTND)

El Test de Fagerström es un instrumento que se utiliza para medir el grado de dependencia de un fumador a la nicotina.

En cada pregunta, elija la respuesta que más se adecúe a su forma de fumar.

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que despierta hasta que enciende su primer cigarrillo?
 - a) Menos de 5 minutos
 - b) Entre 6 y 30 minutos
 - c) Entre 31 y 60 minutos
 - d) Más de una hora

2. ¿Le resulta difícil no fumar en los lugares en los que está prohibido hacerlo?
 - a) Sí
 - b) No

3. ¿Qué cigarro le resulta imprescindible?
 - a) El primero
 - b) Otro

4. ¿Cuántos cigarros fuma diariamente?
 - a) 10 o menos
 - b) Entre 11 y 20
 - c) Entre 21 y 30
 - d) 31 o más

5. ¿Fuma más en las primeras horas después de despertarte que durante el resto del día?
 - a) Sí
 - b) No

6. ¿Fuma incluso cuando está enfermo?
 - a) Sí
 - b) No

Anexo 4. Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-D)

PEREJ

PEREJ COMPONENTE 4

(ACC-OD)*
ALGORITMO DE COMPROMISO PARA EL CAMBIO
OTRAS DROGAS

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

¿Usó usted *.....* durante los últimos 30 días? (circule SÍ o NO)

¿Está usted considerando dejar *.....* dentro de los próximos 30 días?

Circule:

SÍ o NO



CODIFIQUE PRECONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted en abstinencia de *.....* durante los últimos 30 días?

Circule:

SÍ o NO



CODIFIQUE PREPARACIÓN

¿Llevó a cabo por lo menos un intento de dejar *.....* durante los últimos 30 días?

SÍ o NO



CODIFIQUE CONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted abstinentemente de *.....* por más de 60 días?

Circule:

SÍ o

NO



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo

Anexo 5. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50)

VERBO COMPONER 1

(ISCD- OD 50)*

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS
(OTRAS DROGAS)

NOMBRE: _____ FECHA: _____ EXP.: _____

TIPO DE DROGA: _____.

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 en esa situación.
2. Si usted 'OCASIONALMENTE' consumió en esa situación.
3. Si usted 'FRECUENTEMENTE' consumió en esa situación.
4. Si usted 'CASI SIEMPRE' consumió en esa situación.

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	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 esta droga de manera moderada.	1	2	3	4
6. Cuando me encontraba en un lugar en donde había consumido o comprado esta droga previamente.	1	2	3	4
7. Cuando me sentía tenso(a) o incomodo(a) ante la presencia de alguien.	1	2	3	4

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo

PRUEBA COMPONENTE 1

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	O CASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien y me sentía apenado(a) de rechazar consumir esta droga cuando me la ofrecieron.	1	2	3	4
9. Cuando me reunía con amigos(as) y deseábamos pasar un buen rato.	1	2	3	4
10. Cuando me sentía incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien.	1	2	3	4
11. Cuando me sentía abandonado(a).	1	2	3	4
12. Cuando no podía dormir.	1	2	3	4
13. Cuando me sentía seguro(a) y relajado(a).	1	2	3	4
14. Cuando estaba aburrido(a).	1	2	3	4
15. Cuando quería probarme a mi mismo(a) que esta droga no constituía un problema para mí.	1	2	3	4
16. Cuando inesperadamente me encontraba con algo de esta droga o cuando veía algo que me recordaba a la droga.	1	2	3	4
17. Cuando otras personas me rechazaban o parecía que yo no les gustaba.	1	2	3	4
18. Cuando salía con mis amigo(a)s y me sugerían que fuéramos a un lugar y Consumiéramos esta droga.	1	2	3	4
19. Cuando estaba con un amigo(a) muy íntimo(a) y queríamos sentirnos más cerca el uno del otro.	1	2	3	4
20. Cuando otras personas me trataban injustamente o interferían con mis planes.	1	2	3	4
21. Cuando estaba solo(a).	1	2	3	4
22. Cuando quería estar despierto(a), más alerta o con más energía.	1	2	3	4
23. Cuando me sentía excitado(a) por algo.	1	2	3	4

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo

PARTE CUARENTA

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
24. Cuando me sentía ansioso (a) o tenso (a) por algo.	1	2	3	4
25. Cuando quería averiguar si podría consumir esta droga de manera ocasional sin engancharme.	1	2	3	4
26. Cuando había estado bebiendo y pensé en consumir esta droga.	1	2	3	4
27. Cuando sentía que mi familia estaba presionándome mucho o que no podía satisfacer sus expectativas.	1	2	3	4
28. Cuando otros en el mismo cuarto estaban consumiendo esta droga y sentía que esperaban que me les uniera.	1	2	3	4
29. Cuando estaba con amigos(as) y quería aumentar el placer.	1	2	3	4
30. Cuando no me estaba llevando bien con los demás en la escuela o en el trabajo.	1	2	3	4
31. Cuando me empezaba a sentir culpable por algo.	1	2	3	4
32. Cuando quería perder peso.	1	2	3	4
33. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	2	3	4
34. Cuando me sentía abrumado y quería escapar.	1	2	3	4
35. Cuando quería probar que podía estar con amigos que usaban droga sin que yo la consumiera.	1	2	3	4
36. Cuando escuchaba a alguien hablar sobre sus experiencias con esta droga.	1	2	3	4
37. Cuando había peleas en casa.	1	2	3	4
38. Cuando sentía que estaba presionado para usar esta droga y pensaba que no podía negarme.	1	2	3	4

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo.

VERBO COMPROMETIDO 1

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
39. Cuando quería celebrar con un (a) amigo (a)	1	2	3	4
40. Cuando alguien estaba insatisfecho(a) con mi trabajo o me sentía presionado(a) en la escuela o en mi trabajo.	1	2	3	4
41. Cuando me sentía enojado(a) del giro en que habían tomado los acontecimientos.	1	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor de cabeza o tenía un dolor físico.	1	2	3	4
43. Cuando recordaba algo bueno que había pasado.	1	2	3	4
44. Cuando me sentía confundido de lo que debería de hacer.	1	2	3	4
45. Cuando quería probar si podía estar en lugares en los que personas estuvieran consumiendo esta droga sin que yo lo hiciera.	1	2	3	4
46. Cuando empezaba a pensar que bien se sentiría el consumir esta droga.	1	2	3	4
47. Cuando sentía de que necesitaba valor para encarar a alguien.	1	2	3	4
48. Cuando estaba con un grupo de personas y todos estaban consumiendo esta droga.	1	2	3	4
49. Cuando estaba pasando un buen rato y quería aumentar mi placer sexual.	1	2	3	4
50. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente.	1	2	3	4

*Traducido y Adaptado por Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo

Anexo 6. Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50)

PEREJ

PEREJ COMPONENTE 4

(CCCD-OD-50)*

CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA EL CONSUMO
DE DROGAS (OTRAS DROGAS)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Tipo de Droga: _____

A continuación se muestra un listado de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen _____. 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 los impulsos al consumo en cada situación.

Circule 100 si está 100% seguro de resistirse a los impulsos para consumir esta droga, 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 excesivamente; 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 _____	Inseguro	Muy 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 tuviera a dónde más acudir.	0 20 40 60 80 100	
5. Si quisiera ver si puedo consumir esta droga 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 invitaran a una casa y sintiera inapropiado rechazarlos cuando me ofrecieran esta droga.	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 me he fallado a mí mismo.	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 Horacio Quiroga Anaya y María Guadalupe Vital Cedillo, a partir del original de H.M. Annis, and G. Martin. Drug-Taking Questionnaire (DTCQ 50). Addiction Research Foundation, 1985.

PRIMERA COMPONENTE 4

Sería capaz de resistir la urgencia a consumir _____.	Inseguro	Muy Seguro
14. Si estuviera aburrido.	0 20 40 60 80 100	
15. Si quisiera demostrarme que el alcohol no es un problema para mí.	0 20 40 60 80 100	
16. Si encontrara inesperadamente droga o ocurriera algo que me recordara esta droga.	0 20 40 60 80 100	
17. Si me rechazaran otras personas o no les gustara algo de mí.	0 20 40 60 80 100	
18. Si saliera con amigos y sugirieran que fuéramos a algún lugar para consumir esta droga.	0 20 40 60 80 100	
19. Si estuviera con un amigo íntimo y quisiéramos sentirnos más unidos.	0 20 40 60 80 100	
20. Si otras personas me trataran injustamente o interfiriera en mis planes.	0 20 40 60 80 100	
21. Si estuviera solo.	0 20 40 60 80 100	
22. Si quisiera sentirme más alerta o tener más energía.	0 20 40 60 80 100	
23. Si me sintiera excitado por algo.	0 20 40 60 80 100	
24. Si sintiera ansiedad o estuviera tenso por alguna cosa.	0 20 40 60 80 100	
25. Si quisiera averiguar que puedo consumir esta droga ocasionalmente sin engancharme.	0 20 40 60 80 100	
26. Si estuviera bebiendo y pensara consumir esta droga.	0 20 40 60 80 100	
27. Si sintiera que mi familia me está presionando o que no puedo estar por arriba de sus expectativas.	0 20 40 60 80 100	
28. Si otras personas estuvieran consumiendo esta droga en la misma habitación y sintiera que quieren que me les una.	0 20 40 60 80 100	
29. Si estuviera con amigos y quisiera incrementar mi diversión.	0 20 40 60 80 100	
30. Si no me llevara bien con otros en la escuela o trabajo.	0 20 40 60 80 100	
31. Si empezara a sentirme culpable por algo.	0 20 40 60 80 100	
32. Si quisiera perder peso.	0 20 40 60 80 100	

PRIMERA COMPONENTE

Sería capaz de resistir la urgencia a consumir _____.	Inseguro		Muy Seguro			
33. Si estuviera satisfecho con mi vida.	0	20	40	60	80	100
34. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar.	0	20	40	60	80	100
35. Si quisiera demostrar que puedo estar con amigos que consumen esta droga sin consumirla.	0	20	40	60	80	100
36. Si escuchara a alguien hablar de sus experiencias con el consumo de esta droga.	0	20	40	60	80	100
37. Si hubieran discusiones en casa.	0	20	40	60	80	100
38. Si me estuvieran presionando para que consumiera esta droga y sintiera que no puedo rechazarla.	0	20	40	60	80	100
39. Si quisiera celebrar con un amigo.	0	20	40	60	80	100
40. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo o me sintiera presionado en la escuela o trabajo.	0	20	40	60	80	100
41. Si estuviera enojado por el giro que han tomado los acontecimientos.	0	20	40	60	80	100
42. Si tuviera dolor de cabeza o un dolor físico.	0	20	40	60	80	100
43. Si recordara algo bueno que me hubiera pasado.	0	20	40	60	80	100
44. Si me sintiera confundido de lo que debiera hacer.	0	20	40	60	80	100
45. Si quisiera demostrar que puedo estar sin consumir en lugares donde las personas están consumiendo esta droga.	0	20	40	60	80	100
46. Si empezara a pensar qué tan bien me podría sentir con un poco de esta droga.	0	20	40	60	80	100
47. Si sintiera que necesito valor para enfrentarme a alguien.	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera con un grupo de personas donde todos consumen esta droga.	0	20	40	60	80	100
49. Si estuviera en un buen momento y quisiera incrementar mi satisfacción sexual.	0	20	40	60	80	100
50. Si sintiera que alguien está intentando controlarme y quisiera sentirme más independiente.	0	20	40	60	80	100