



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.
Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones**

Reporte de Experiencia Profesional de la Maestría En Psicología De Las
Adicciones:

**RESULTADOS DE TRES CASOS DE TRATAMIENTO
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN USUARIOS DE DROGAS.**

Reporte de Experiencia Profesional
que para obtener el Título de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

Presenta:

INGRID ATENAS MORALES PORTILLO

Directora: Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Comité Tutor:

Dra. Marcela Tiburcio Sainz

Dra. Silvia Morales Chaine

Mtro. Miguel Angel Medina Gutierrez

Dr. Juan José Sánchez Sosa

MÉXICO, CDMX

NOVIEMBRE, 2016



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.

JURADO

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ

DRA. SILVIA MORALES CHAINE

MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIERREZ

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

Dedicatorias

A mi hijo Dexton Eiden, que más allá de enseñarte con regaños o largos y aburridos sermones, quiero enseñarte a través del ejemplo, quiero que sepas que este trabajo es el resultado de disciplina y ganas de cumplir las metas que te propones, aunque tarden más de lo previsto; hijo mío desde que sabía que existías, mi vida giro alrededor tuyo, sin embargo, también sentí deseo de cumplir mis propias metas para enseñarte a que algún día tu cumplas las tuyas.

A mi pequeño, segundo hijo, por darme ese último empujón para concluir este proyecto; desde mi pancita ya participas mucho en mi vida, te espero de mi vientre a mis brazos.

A mi compañero de vida, Jonathan, gracias por caminar junto a mí y por compartir sueños, incluido el ser padres y educar a nuestro hermoso hijo. Sabemos que tuvimos dificultades a lo largo de este proyecto, pero logramos salir de ellas, solo para mejorar y continuar, te amo y sé que también disfrutas este logro conmigo.

A mi mamá y papá, que siempre han demostrado lo orgullosos que se sienten de tenerme como su hija, y a decir verdad, yo estoy más orgullosa de tenerlos como padres, me han dado su apoyo incondicional en todo momento, me han acompañado en cada paso, y lo más importante sigo aprendiendo de ustedes; cada día agradezco de tenerlos.

A Eliot, hermano, tú has sido muy importante en este proyecto que ahora concluyo, debido a que me debates sobre el tema, me haces ver otras perspectivas y me haces sentir empática con los que sufren por las drogas o incluso sufren al dejarlas. Gracias por hacerme crecer

como persona y como profesional, y en especial por ser siempre mi apoyo, sin ningún interés más que el de ayudarme, te quiero.

A mis queridos y amados sobrinos, Dayron y Megan, que al igual que a su primo, quisiera enseñarles, aunque sea un poco, con el ejemplo de seguir y concluir sus metas de vida. Ustedes son unos niños maravillosos, que amo mucho, tengan la seguridad que siempre estaré a su lado para apoyarlos en lo que sea.

Agradecimientos

A mi Tutora Shoshana Berenzon Gorn, gracias por leerme y releerme, por darme siempre dirección con sus comentarios; por todo el apoyo y motivación para terminar este proyecto y muy especialmente, gracias por apoyarme en los momentos más duros de la maestría, es una excelente tutora.

Al resto de mi comité académico, por leerme y brindarme sus sabios comentarios.

Gracias, a todos los profesores, asesores o supervisores de la maestría, también a las personas junto a las que trabaje en las residencias externas; gracias por compartir sus conocimientos y ardua experiencia conmigo, de todos aprendí muchas cosas.

A mis compañeros y amigos, Mario, Omar, Angélica, Miriam, Carlos, Luis, Adriana, Georgina, Mary, Norma, gracias por hacer más ameno este proyecto, por esos días de cansancio que se convertían en risas y lo más importante por construir una bonita amistad.

Finalmente pero no menos importantes, gracias a la beca otorgada en la "Convocatoria de Becas CONACYT Nacionales 2011-2012 Segundo período", Número: 290649, por El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Y a la UNAM por darme la oportunidad de crecer como profesionista y brindarme todas las herramientas y financiamiento para dicho fin; en verdad ojalá esto siga siendo así para las nuevas generaciones.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
--------------------	---

CAPÍTULO I

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

1.1 El Consumo de Drogas en México	8
• 1.1.1 ALCOHOL	10
• 1.1.2 TABACO	14
• 1.1.3 DROGAS ILÍCITAS.....	18
1.2 Del uso a la dependencia de las Drogas	22
1.3 Factores protectores y factores de riesgo	28
1.4 Consecuencias relacionadas con el consumo de Drogas	33

CAPÍTULO II

TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS

2.1 Cómo se ha tratado el problema del consumo de Drogas	38
2.2 Formulación de Programas	42
• 2.2.1 MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES EN RIESGO	55
• 2.2.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PIDA)	57
• 2.2.3 TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA (TBUC)	59

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE CASOS

3.1 Caso 1: Bebedor en Riesgo	65
3.2 Caso 2: Adolescente que inician el consumo de alcohol y otras drogas	87
3.3 Caso 3: Usuario de Cocaína	110

DISCUSIÓN	148
-----------------	-----

REFERENCIAS	152
-------------------	-----

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se describe la aplicación de diversas intervenciones breves de corte cognitivo-conductual. A fin de mostrar las habilidades obtenidas a lo largo del Programa de Posgrado en Psicología, que busca el ejercicio profesional de alta calidad, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios reales, siempre con una actitud de servicio ético acorde con las necesidades sociales.

Es así como el objetivo principal de este reporte profesional es la descripción la aplicación de la intervención breve, de corte cognitivo-conductual, en tres casos típicos sobre el consumo de drogas.

En el primer capítulo, presenté el panorama epidemiológico del consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas, profundizando en la cocaína y la mariguana, ya que los casos que se analizan más adelante, referían consumo de estas sustancias. También doy una revisión sobre el proceso de la adicción, los factores protectores y de riesgo, las consecuencias del consumo de drogas y para cerrar este capítulo habló sobre algunos de los tratamientos para las adicciones.

En el segundo capítulo señalé mi experiencia en la Maestría; explico las características, instrumentos y procedimientos de los tratamientos de corte cognitivo-conductual que se enseñan a lo largo del programa.

En el último capítulo ejemplifico la aplicación de tres de los programas descritos en capítulo anterior. El primer caso trata sobre un joven que consume alcohol; el segundo sobre una adolescente que inicia el consumo de alcohol, mariguana y otras drogas; y por último sobre un hombre con una historia de consumo de varias drogas, sin embargo su droga de impacto, es la cocaína.

CAPÍTULO I

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

1.1 El Consumo de Drogas en México

El consumo de drogas en México es un problema que, como analizaremos a continuación, sigue presente a pesar de que se han realizado una serie de estrategias para prevenir y reducirlo. El consumo de drogas es un fenómeno que se extiende a toda la población, teniendo consecuencias más graves entre los grupos más vulnerables como los niños, jóvenes, población en pobreza extrema, entre otros; sin embargo no discrimina otras poblaciones.

Las consecuencias del consumo de sustancias, son bien conocidas, afectando prácticamente cualquier área del ser humano, social, familiar, laboral, económica, y por supuesto física y emocional. Por lo anterior, se ha constituido en un claro problema de salud pública, que finalmente nos involucra a todos.

En la primera parte de este capítulo se muestra un panorama general del consumo de drogas en nuestro país, para posteriormente, revisar algunos datos epidemiológicos específicos sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en las diversas encuestas de adicciones (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA, 2011], [ENA, CENADIC, CONADIC, INP, INSP, 2012. Reporte de Alcohol; Reporte de Tabaco; y Reporte de Drogas]) que se han realizado a nivel nacional y nos permiten conocer cuál ha sido la tendencia del consumo de drogas en México.

También, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003), reportó que los trastornos por uso de sustancias (abuso de alcohol, dependencia al alcohol, abuso de drogas, dependencia a las

drogas, dependencia a la nicotina) fueron los segundos más frecuentes con un 9.2% de los entrevistados que lo presentaron alguna vez en la vida; y los terceros más comunes reportados en los últimos 12 meses; y en general son más comunes en los hombres. En cuanto a la edad de inicio se observó entre los 15 y 30 años (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003).

El 8.9% de la población había padecido alguna vez en la vida, abuso de sustancias, siendo el tercer trastorno más frecuente. La edad media de inicio para los trastornos por consumo de sustancias es de 26 años (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Berglund, 2007).

En el último mes, los trastornos de ansiedad eran, los más frecuentes en la población (2,6%); seguidos, con pocas diferencias, por los trastornos afectivos (2,4%) y los de abuso de sustancias (1,0%) (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Rojas, Fleiz, Zambrano, Villatoro, Blanco, y Aguilar-Gaxiola, 2009).

Los trastornos por abuso de sustancias son casi 11 veces menos frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero en ellas (6% de la población total) todos los casos reunieron los criterios de severidad y en los hombres (6.5% de la población total) el 54.5% de ellos, fueron casos graves (Medina-Mora, et al., 2009).

Los jóvenes entre 18 y 29 años de edad mostraron hasta 2.3 veces más riesgo de presentar cualquier trastorno por abuso de sustancias que aquellos con edades inferiores o mayores (Medina-Mora, et al., 2007).

En los adolescentes los trastornos de ansiedad (40.6%) son las enfermedades mentales más comunes; les siguen los trastornos de

impulsividad (20%), los trastornos afectivos (10.7%) y los trastornos por uso de sustancias (4.8%). Estos últimos, se presentan con una mediana de inicio alrededor de los 13 y 14 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, Fleiz, Méndez, Zambrano y Aguilar-Gaxiola, 2009).

A continuación hablaremos de los datos epidemiológicos, por tipo de sustancia, iniciando con alcohol, después nicotina y por último otras drogas o drogas ilegales.

1.1.1 ALCOHOL

En el ámbito de las adicciones se designa al término alcohol a toda bebida que contenga alcohol etílico (etanol, CH₃-CH₂-OH).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003), el trastorno específico más prevalente en México fue el abuso de alcohol (7,6%) y dependencia a esta sustancia (3.4%). Variando en los grupos de edad, pero la depresión mayor y el abuso del alcohol son más frecuentes entre los grupos de mayor edad. Los jóvenes entre 18 y 29 años de edad mostraron hasta 2.3 veces más riesgo de presentar abuso de alcohol, y para la dependencia 3.4 veces más. Para el abuso de alcohol la edad media de inicio es de 28 años, la dependencia al alcohol es de 29 años (Medina-Mora, et al., 2007).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años consumían alcohol. Casi 4 millones, bebían grandes cantidades una vez a la semana o con mayor

frecuencia (usuarios consuetudinarios¹) (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2008).

La ENA 2011 refiere que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas, siendo el 10.8% de los hombres y el 1.8% de las mujeres entre 12 y 17 años; y el 6.6% de los adultos. Las diferencias entre hombres y mujeres son más pequeñas entre la población adolescente (3 hombres por cada mujer) que la observada en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), mientras que entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente.

Medina-Mora, et al. (2003), en la ENEP, reportaron que la dependencia al alcohol (5.9%) fue el tercer trastorno con mayor prevalencia. Siendo el primero para los hombres, seguido de los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). La edad media de inicio del consumo perjudicial de alcohol, en 262 entrevistados fue de 24.47 años, y en la dependencia al mismo, en 105 consumidores, fue de 25.56 años.

El alcohol es la sustancia de mayor uso, con un 86%, y se mantiene constante desde su edad de inicio. Los índices de consumo alguna vez en la vida para alcohol muestran variaciones que van de 84.9%, en los más jóvenes, a 86.9%, en aquellos que tienen entre 30 y 44 años (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet & Medina-Mora, 2007).

¹ En la ENA (2008) el consumo consuetudinario, se definió como el consumo de cinco copas o más para los hombres y cuatro o más para las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia. En la ENA (2011) se definió con las mismas cantidades, en una sola ocasión.

De la medición de la ENA 2002 a la de 2011, la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%.

Al analizar los datos por sexo: la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7%.

Por patrón de consumo, se observaron variaciones importantes de 2002 a 2011 ya que el consumo diario disminuyó (1.4% a 0.8%), el índice de bebedores consuetudinarios fue similar (5.6% a 5.4%) y el porcentaje de dependencia se incrementó significativamente (4.1% a 6.2%).

Por sexo, las tendencias son muy similares ya que de 2002 a 2011, la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%), el consumo consuetudinario en ellos se mantuvo estable (9.7% y 9.6%) y en las mujeres disminuyó (2.3% a 1.4%), mientras que el consumo diario también se redujo significativamente en ambos sexos. En relación al consumo alto, se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó (45% a 47.2%).

En la ENA 2011, la población adolescente, aumentó significativamente en las tres prevalencias. El consumo alguna vez, pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a

14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes, ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%. También se observó que de 2002 a 2011, el consumo consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1% y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%. Por sexo: el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%).

En 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 lo señaló el 55.2%. Los resultados por sexo muestran que en 2008 el 56.8% de los hombres y el 38.9% de las mujeres iniciaron su consumo de alcohol a los 17 años o menos, en 2011 estos porcentajes aumentaron a 64.9% y 43.3%, respectivamente.

El promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol, es a los 18 años. En los hombres, se dio un decremento, en 2008 la media de edad, fue a los 16.95 años y en 2011 disminuyó a los 16.62 años. En las mujeres, la media de edad permaneció alrededor de los 19 años.

En cuanto a lo reportado en la Encuesta de Estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México (2009), el 71.4% de los adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida y 40.9% lo había consumido en el último mes.

Con respecto al nivel educativo, en secundaria, 29.7% de los adolescentes habían consumido alcohol en el último mes, mientras que para los estudiantes de educación media superior, este porcentaje aumentó a 55.3%.

Por edad, se observa que el porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que había consumido alcohol alguna vez era de 59.9% y de quienes tenían 18 años o más era de 89.9%. Asimismo, más de la mitad de los adolescentes de 17 años había bebido alcohol en el último mes y 38.5% de estos jóvenes estaban abusando del alcohol.

El consumo de alcohol en México, específicamente en nuestra ciudad ha sido una constante, con algunos incrementos en los porcentajes de consumo principalmente en las mujeres y en las y los adolescentes, resaltando que más de la mitad de esta población, al menos ya ha probado el alcohol, y de la edad de inicio de consumo a la edad en la que presentan dependencia solo hay de 10 a 12 años de diferencia, en cuanto a lo reportado en las encuestas anteriores. A continuación analizo el consumo de tabaco.

1.1.2 TABACO

Entre las más de 4, 000 de sustancias que contiene un cigarro de tabaco está la nicotina, por lo que en algunos apartados del presente se menciona a la nicotina con la intención de referirse al tabaco o viceversa.

En el 2011 había 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres (12 millones) y el 12.6% (5.2 millones) de las mujeres reportaron haber fumado durante el años previo a la encuesta. El 8.9% reportó fumar diario (7.1 millones), el 13.2% hombres y 4.8% mujeres. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, es decir, fumaron alguna vez en la vida y dejaron de fumar hace más de un año; 20.1% reportó ser exfumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado (ENA, 2011).

De acuerdo con esta encuesta, el tabaco fue la segunda sustancia de mayor consumo (60%), que alcanzó los mayores niveles, alguna vez en la vida en el grupo de 45-54 años (63%). Las personas de menor ingreso tienden a presentar mayores riesgos (Fleiz, et al., 2007).

Entre las mediciones de 2011, 2008 y 2002, no se observan diferencias significativas en la prevalencia global de consumo de tabaco (21%). Sin embargo, en este periodo de tiempo, disminuyó de forma importante el consumo de tabaco entre la población masculina. Los datos relacionados con el consumo de alcohol muestran un aumento significativo tanto alguna vez en la vida (de 64.9% en 2002 a 71.3% en 2011), como en los últimos doce meses (de 46.3% a 51.4%) y los últimos 30 días (de 19.25 a 31.6%). Este aumento se presentó de manera similar en hombres y mujeres.

De la ENA 2002 a la ENA 2011, se observó una disminución estadísticamente significativa entre los hombres con un consumo activo (de 36.2% a 31.4%); y en los que consumen todos los días (de 12.4% a 8.9%), tanto en hombres (de 19.6% a 13.2%) como en mujeres (de 6.5% a 4.8%).

En el ámbito nacional, las personas que reportaron fumar todos los días, iniciaron el consumo diario de tabaco en promedio, a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años, y fumaban en promedio 6.5 cigarrillos al día, los hombres 6.8 y las mujeres 5.6.

En la ENEP, la edad media de inicio de la dependencia a la nicotina reportada en 66 personas fue de 27.30 años, y se ve más reflejada en

los hombres, con alguna vez en la vida (2.9) y en los últimos 12 meses (1.9) (Medina-Mora, et al. 2003).

Uno de los indicadores más importantes de adicción es el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día y el 11.4% del total de los fumadores activos en el último mes (1.5 millones de personas) fumaron su primer cigarro 30 minutos después de despertarse, específicamente, en hombres (12.6%) y el 8.6% de mujeres.

Asimismo, se mostró que el 58.4% del total de los fumadores habían intentado dejar de fumar, y lo habían hecho súbitamente (57.2%), o disminuyendo gradualmente el número de cigarros (17.6%). Un porcentaje menor dejó de comprar cigarros (14%); sustituyó el fumar por otras actividades (4.2%) o se sometió a un tratamiento (2%).

Del total de los entrevistados, el 26.4% eran ex fumadores, de los cuales el 34.3% refirieron que la razón principal por la que dejaron de fumar fue porque tomaron conciencia del daño que producía a su salud. Al comparar la prevalencia de exfumadores con el año 2002 se observó un incremento estadísticamente significativo (17.4% ENA 2002, 26.4% ENA 2011), este comportamiento se observó tanto en los ex fumadores diarios como en los ocasionales.

En los adolescentes el 12.3% (1.7 millones) eran fumadores activos; 16.4% (1.1 millones) eran hombres y el 8.1% (539 mil) mujeres. Los adolescentes fumadores eran principalmente ocasionales (10.4%), solo el 2% (263 mil adolescentes) fumaban diariamente. Los exfumadores fueron 9.9% (1.3 millones) principalmente los que fumaban ocasionalmente. Al comparar con el año 2002 se observó un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de fumadoras activas (3.8% ENA 2002, 8.1% ENA 2011), principalmente

por un incremento de la prevalencia entre los 13 y 15 años (2.1% ENA 2002, 7.0% ENA 2011). La ENA 2011 reportó que la región con más alta prevalencia de fumadores adolescentes activos fue el Distrito Federal (20%).

Los fumadores adolescentes diarios consumían en promedio 4.1 cigarros al día. Los hombres consumían en promedio 4.2 cigarros, mientras que las mujeres 3.6 cigarros. El 7.1% de los fumadores adolescentes que fumaban diariamente iniciaron su consumo a los 14.1 años.

Es importante mencionar que el 7.1% de los fumadores adolescentes activos que fumaron en el mes previo a la entrevista (65 mil personas) fumaron el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertar, siendo más frecuente entre los hombres (8.1%) que entre las mujeres (3.8%).

El 9.9% de los adolescentes entrevistados reportó ser ex fumador, se observó una mayor proporción de ex fumadores jóvenes de ingresos bajos (37.9%) que altos (21.1%). La principal razón para dejar de fumar fue la conciencia de daño (29%), mientras que el 12.1% reportó que dejó de fumar porque su familia se preocupaba por su salud o porque les causó problemas con la misma.

Los resultados de la Encuesta de Estudiantes (2009), mostró que casi la mitad de los estudiantes habían consumido tabaco alguna vez, cifra mayor en hombres que en mujeres (45.9 y 42.6% respectivamente).

En México, se han propuesto un conjunto de políticas públicas enfocadas a disminuir el consumo de tabaco; entre estas propuestas destacan el aumento de precios, las imágenes nocivas en las cajetillas y

la regulación en cuanto la venta a menores de edad. Por lo que considero que estas estrategias han jugado un papel importante en la disminución del consumo de tabaco; sin embargo, todavía nos queda mucho por hacer en este campo.

1.1.3 DROGAS ILÍCITAS

En este apartado, hablare de las drogas ilegales. De la Antigüedad nos llega un concepto –en griego *phármakon*– que indica al mismo tiempo “remedio” y “veneno”, no es una cosa u otra, sino las dos inseparablemente: cura y amenaza, unos fármacos o drogas serán muy tóxicos y otros, mucho menos; pero ninguno será sustancia inocua (Pérez, 2011).

De acuerdo con los resultados de la ENA (2011), la prevalencia de consumo de una o más sustancias médicas e ilegales fue de 1.8%, similar al observado en el 2008. La mariguana se mantenía como la sustancia de mayor consumo con una prevalencia del 1.2%, en los hombres incremento de 1.7%, en 2008 a 2.2% en 2011. La siguiente droga de mayor prevalencia fue la cocaína con un 0.5%.

En México el consumo de cocaína se ha mantenido casi en una constante, como una de las drogas de preferencia, por lo que el consumo ha aumentado en las últimas tres Encuestas Nacionales de Adicciones. Entre la población de 12 a 65 años, el porcentaje en el 2002 era de 0.3%, para el 2008 de 0.4% y en el 2011 de 0.5%.

En la misma línea, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas durante el último año fue de 0.7% (pasó de 450,000 personas en el 2008 a 550,000 en el 2011). Siendo los hombres los más afectados (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%).

En la medición de 2011, la edad de inicio del consumo de drogas, en las mujeres fue de 20.1 años y en los hombres de 18.5 años; en contraste, en la medición de 2002 ambos iniciaron a consumir más grandes, los hombres a los 19.8 años y las mujeres a los 23.6 años.

En la ENEP la edad media de inicio del consumo perjudicial de drogas reportado por 59 entrevistados fue de 19.64 años y en la dependencia a las drogas, en 21 entrevistados fue de 18.27 años. La diferencia entre sexo es muy marcada, ya que el 2.4 de los hombres tuvieron un consumo perjudicial de drogas alguna vez en la vida y las mujeres no presentan este trastorno (Medina-Mora, et al. 2003).

El abuso y dependencia de drogas fueron más frecuentes entre los grupos más jóvenes. Los jóvenes entre 18 y 29 años de edad mostraron hasta 13.6 veces de presentar el abuso de sustancias ilegales. La edad media de inicio para el abuso de drogas es de 20 años (Medina-Mora, et al., 2007).

En la Ciudad de México las tendencias del consumo de drogas en el último año en población total de 12 a 65 años, fueron: en la ENA 2008, para cualquier droga 2.2% y para drogas ilegales del 1.8%, mostrándose en la ENA 2011, 2.1% y 1.7%, respectivamente. En cuanto a los porcentajes de los hombres fue de 2.9 para cualquier droga y 2.6 para drogas ilegales en la ENA 2008, y de 3.3 y 2.6 para la ENA 2011. Finalmente en las mujeres, las tendencias van de 1.5% en la ENA 2008 y 1.0% en la ENA 2011 de cualquier droga y de 1.1% a .9% en drogas ilegales.

El uso de cualquier droga ilegal, incluido el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y, en particular, el de marihuana y cocaína, afectó más a los más jóvenes y la prevalencia disminuyó

conforme aumentó la edad. Las personas con mayores niveles educativos presentaron los riesgos más elevados. Asimismo, las personas no casadas tenían menores riesgos que aquellas que estaban divorciadas. Para la mariguana, sólo los niveles educativos más bajos se asociaron con incrementos en el riesgo de uso. Resultados de un modelo de regresión logística múltiple sobre factores de riesgo para el uso de sustancias mostraron que la edad sigue siendo un factor de riesgo muy importante para el uso de sustancias fuera de prescripción médica, así como para la mariguana y la cocaína (Fleiz, et al., 2007).

En general, para los adolescentes de 12 a 17 años, entrevistados para la ENA 2011, las prevalencias de consumo de drogas en el último año fueron bajas, el consumo de cualquier droga fue de 1.6% y de 1.5% para cualquier droga ilegal.

Como en la población adulta, en los adolescentes, se observó que el consumo de mariguana es el más prevalente (1.3%), seguido por la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%).

Del mismo modo, la Encuesta de Estudiantes del 2009, mostró que la prevalencia total de consumo de drogas fue de 21.5%, porcentaje estadísticamente mayor al de la Encuesta de Estudiantes del 2006 (17.8%); en los tres años se incrementó el consumo 3.7%. Por otro lado, el consumo en el último año y en el último mes aumentó de 15.7% a 9.0%.

El consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, fue mayor para los hombres (22.6%) que para las mujeres (20.5%). De la población total, 14.2% era usuario experimental (ha consumido hasta en cinco ocasiones) y 7.3% usuario regular (ha probado drogas en más de cinco ocasiones).

Para las drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), el consumo fue mayor entre las mujeres; mientras que el consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína) fue mayor en los hombres.

Por nivel educativo, el consumo total de sustancias fue mayor para los adolescentes de bachillerato (28.5%), en comparación con los de secundaria (16.1%).

Por lo que respecta a cada sustancia, la mariguana (11.4%) ocupó el primer lugar de preferencia de los adolescentes, seguida de los inhalables (10.4%) y la cocaína (3.5%). En el caso de las drogas médicas los tranquilizantes (4.5%) y anfetaminas (3.1%) fueron los más utilizados.

En el 2009, las drogas de preferencia para las mujeres fueron los inhalables (10.0%), seguidos por la mariguana (8.8%), los tranquilizantes (5.6%), las anfetaminas (3.0%) y la cocaína (2.7%). A su vez, para los hombres el orden fue mariguana (14.0%), inhalables (10.8%), cocaína (4.3%), tranquilizantes (3.5%) y anfetaminas (3.2%). Adicionalmente, hay que destacar que 2.0% de los hombres habían probado alguna vez *crack*. Al comparar con los datos de la medición del 2006, el consumo de mariguana e inhalables tuvo un aumento significativo.

Por nivel educativo, dichas preferencias cambian, de manera que en el bachillerato se reportó mayor consumo de mariguana (18.8%), inhalables (11.4%), tranquilizantes y cocaína (5.2 y 4.8%, respectivamente). En secundaria de inhalables (9.6%), mariguana (5.6%) y tranquilizantes (4.0%).

Finalmente, en cuanto a la comorbilidad, los resultados de la encuesta de Epidemiología Psiquiátrica señalaron que aproximadamente cuatro quintas partes (85,4%) de la población que cumplió los criterios del DSM-IV de abuso o dependencia de drogas alguna vez en la vida, presentó también un trastorno por abuso de alcohol.

Ligeramente más de una tercera parte de la población (37%) que presentó un trastorno de abuso de sustancias (alcohol o drogas), presentó también un trastorno afectivo (31,5%), de ansiedad (30,9%) y del impulso (29,1%) (en esta categoría se agruparon los trastornos por déficit de atención, de conducta y oposicionista). Si se considera solamente a la población con abuso o dependencia de sustancias ilícitas, la comorbilidad aumentó a 56%; es decir, la probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias ilícitas padezca también un trastorno mental es mayor que cuando la dependencia es solamente al alcohol (Medina-Mora, et al., 2009).

Todos estos datos nos muestran la magnitud del problema que existe debido al consumo de drogas, estando así justificados todos los esfuerzos que se realicen por modificar las cifras hacia la reducción, ya que no solo son muchas las personas que consumen, sino también son muchas las personas alrededor del problema afectadas.

1.2 Del uso a la dependencia de las Drogas.

Ya revisado el panorama epidemiológico de las drogas, en esta sección analizó cómo es el proceso adictivo.

El término adicción viene del latín *addicere* (añadir, hacer sumación). En la antigua Roma, el *addictus* era aquel que habiendo contraído una deuda y no habiéndola saldado se convertía en esclavo de su acreedor como forma de pago (Gil-Verona, et al, 2003).

En el proceso adictivo, se comienza desde el uso, para pasar a un abuso, posteriormente a la dependencia y finalmente lo que se conoce como adicción.

Las razones o los porqués del *uso médico* de fármacos por el hombre puede parecer sencillo: la prevención o el tratamiento de enfermedades. El porqué del uso no médico (*abuso*) de fármacos es más difícil de definir, aunque se pueden identificar algunos factores que lo facilitan: la búsqueda de placer, el alivio de la tensión o el estrés, para escapar de una realidad agobiante, por presión social, etcétera (Brailowsky, 1995).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2014), las drogas son sustancias químicas afectan el cerebro porque interfieren en la forma en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información. Por ejemplo, la marihuana y la heroína, pueden activar las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural y por lo tanto “engañan” a los receptores y permite que las drogas se adhieran a las neuronas y las activen. Aunque las drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan las neuronas de la misma manera.

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina, un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobrestimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al

usuario a repetirlo (Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas, Próspero, 2010; NIDA, 2014).

Si se sigue consumiendo drogas, las personas empiezan a producir menos dopamina de forma natural y se reduce la capacidad de esa persona de experimentar cualquier tipo de placer. Ahora, la persona necesita seguir consumiendo drogas una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad. Además, la persona a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de la droga para conseguir el efecto deseado (Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas, Próspero, 2010; NIDA, 2014). El que una persona se vuelva adicta dependerá en gran medida del número de factores de riesgo (ambientales, biológicos y de la droga misma) que tenga la persona, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo, mayor la probabilidad (Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas, Próspero, 2010; NIDA, 2014).

A continuación se señalan los criterios para abuso y dependencia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión cuatro (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés), señala como criterios para el abuso de sustancias los siguientes:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

De acuerdo a Brailowsky (1995) el sentido que le da al término *abuso de fármacos* es al empleo voluntario o involuntario de sustancias que: a) no han sido prescritas por un médico, b) que prescritas por un médico se consumen a dosis o con una frecuencia mayores a las indicadas, c) a la combinación de drogas con alcohol, d) a la autoadministración de fármacos, e) a la suspensión de un tratamiento antes de que el médico lo haya indicado, o, f) a recetar sin ser médico. Estos patrones de abuso de drogas pueden aplicarse a fármacos "legales" (aprobados por las autoridades médicas y gubernamentales), como el café, tabaco, alcohol, chocolate, té, incluso la aspirina; a drogas ilícitas, como la mariguana, opiáceos, cocaína, los estimulantes del tipo de las anfetaminas, los sedantes e hipnóticos (por ejemplo: benzodiazepinas, barbitúricos), los alucinógenos y los solventes e inhalantes.

Por ejemplo, el alcohol y el tabaco no tienen el estigma ni el tabú de ser drogas. Su uso es legal y socialmente aceptado. En cuanto al alcohol, una bebida estándar en México es equivalente a 13gr. de alcohol, por lo que significa que un hombre que bebe más de 50gr. y una mujer que bebe más de 40gr. diarios de alcohol, puede tener problemas en su manera de beber y el consumo crónico de alcohol puede provocar cirrosis, demencia y enfermedad cardíaca congestiva, lo que llevará a la muerte al sujeto (Méndez, et al., 2010).

Refiriéndonos al tabaco, fumarlo es la principal forma de adicción a la nicotina. Al inhalar su humo el fumador ingiere entre 1 a 2 mg de nicotina, que también se absorbe por la piel, la mucosa de la boca y la nariz. Actúa como estimulante, causa un aumento en la presión arterial, la frecuencia respiratoria y cardíaca, e hiperglucemia. También puede ejercer un efecto sedante, dependiendo del nivel de excitación del Sistema Nervioso del fumador y de la dosis de nicotina tomada. La nicotina ejerce su efecto a través de sus receptores colinérgicos, induciendo la liberación de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina. Asimismo, aumenta la liberación de eCBs. El hábito de fumar está asociado al cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisema (Méndez, et al., 2010).

Con lo anterior podemos observar que ninguna droga es inocua para el organismo, incluso si es socialmente aceptada y finalmente puede llevar a la dependencia.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, los criterios para la dependencia a sustancias, es decir, un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

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

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

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

(a) Síntomas del síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

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

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

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud, define Adicción como un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Las drogas ejercen un efecto sobre el cerebro. Modifican la actividad de sus sistemas porque activan los receptores de los neurotransmisores o aumentan la biodisponibilidad de los mismos o porque las drogas mismas se comportan como falsos neurotransmisores. Su uso frecuente nos puede volver adictos a ellas aunque no tengamos ninguna predisposición genética a la adicción.

Sin embargo, la mayoría de los humanos se percata del potencial daño de las drogas y las evita. Pero ¿Qué ocurre con aquellos que no sólo no las evitan sino que las buscan? Es bien sabido que los factores sociales y psicológicos contribuyen a la adicción, pero también los factores genéticos tienen una contribución importante. Hasta ahora no se sabe de ninguna conducta que esté determinada sólo por el componente genético o sólo por el medioambiental (Ruiz, et al., 2010).

Por lo que en el siguiente apartado veremos que hay gran diversidad de factores que conllevan el consumo de sustancias y que lo pueden mantener hasta la adicción, versus factores que aminoran ese riesgo.

1.3 Factores Protectores y Factores de Riesgo.

El uso, abuso, dependencia o la adicción es un proceso multifactorial y no de causa-efecto, en este proceso de conjugan los factores de riesgo y los de protección.

Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (Robertson, David, Rao, 2004).

El riesgo de convertirse en un abusador de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (Ej., actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección

(Ej., el apoyo de los padres) (Wills, T.; McNamara, G.; Vaccaro, D.; and Hirky, 1996).

En la figura 1.3.1 propuesta por Valverde (2008) podemos observar que hay diversos factores de riesgo, divididos en ambientales, psico-sociales y biológicos que pueden influir en el uso, abuso, o incluso, dependencia a las drogas.

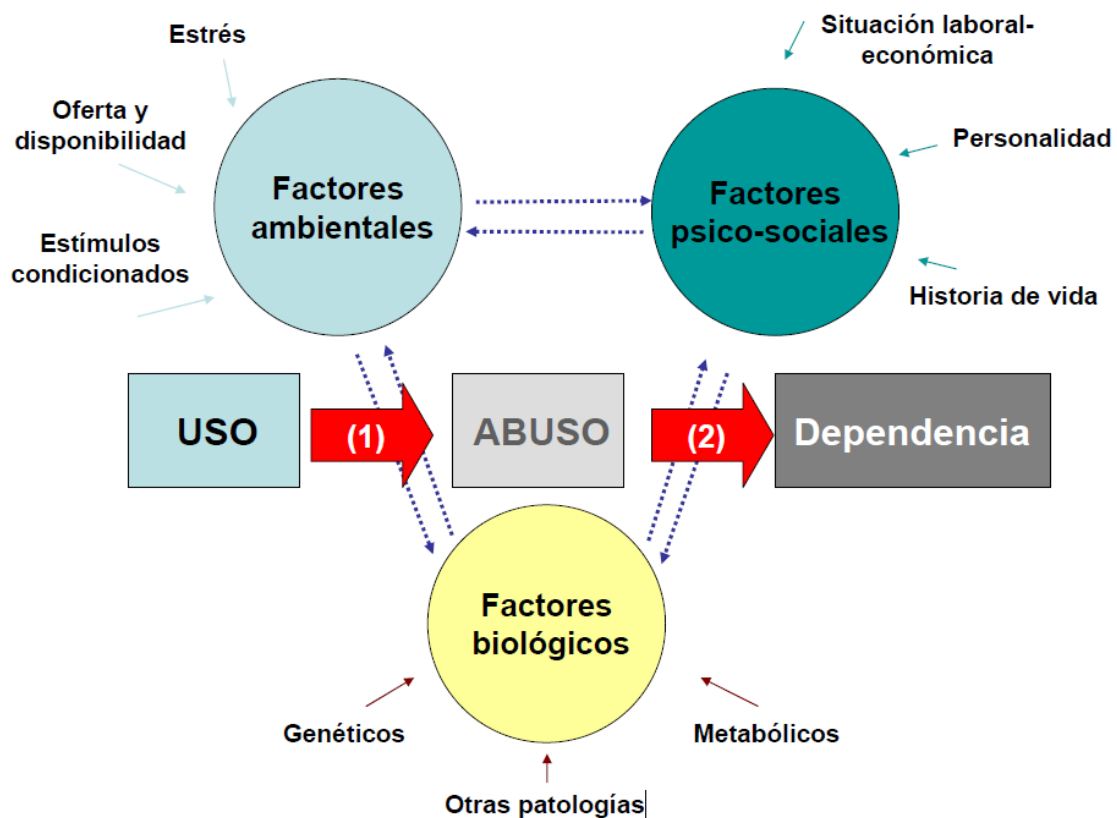


Figura 1.3.1. Factores de riesgo asociados al uso, abuso, o dependencia de drogas (Valverde, 2008).

Los factores de riesgo pueden estar presentes desde cualquier etapa de la vida, por lo que es importante identificarlos a edades muy tempranas.

Ya cuando se inicia con el uso de sustancias o de drogas, se pueden señalar diversos aspectos para que se mantenga el uso o se convierta en abuso, y esto tiene que ver con aspectos personales como la genética, el auto-control; con aspectos sociales o familiares, geográficos o de disposición de drogas.

Así, en estudios con gemelos se ha podido calcular el peso de la herencia para la adicción a varios tipos de drogas. Por ejemplo: para alucinógenos y estimulantes, es de 0.39; para marihuana, de 0.45; para sedantes, de 0.5; para cafeína, nicotina y alcohol, aproximadamente de 0.55; para opiáceos, de 0.65 y por último, para cocaína, de 0.7 (Ruiz, et al., 2010).

Cabe destacar que la cocaína y los opiáceos, además de ser las drogas más adictivas, son también las más asociadas con los factores hereditarios; por otro lado, los alucinógenos, además de ser los menos adictivos, son los menos relacionados con factores hereditarios (Ruiz, et al., 2010).

En la Tabla 1.3.1 se presentan los factores de riesgo y los factores protectores asociados con el consumo de drogas.

Tabla 1.3.1. Factores de riesgo y Factores de protección para el consumo de sustancias (Perotto y Baldivieso, 1994; Vanistendael, 1991).

	Factores de riesgo	Factores de protección
		Características temperamentales
	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Enfado y actitud apática. • Excesiva sensación de control. • Falta de orientación y metas en la vida. • Confusión de valores. • Evasión de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado desarrollo o madurez. • Tendencia al acercamiento. • Actitud positiva. • Autocontrol. • Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.
		Características cognitivas y afectivas
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo. • Baja resistencia a la frustración. • Apatía. • Excesiva o baja autoestima. • Dependencia emocional. • Inseguridad. • Necesidad de autoafirmación. • Desesperanza. • Baja satisfacción o capacidad de divertirse. • Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos. • Aptitudes sociales. • Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones. • Empatía. • Conciencia/reconocimiento del valor personal. • Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. • Adecuada autoestima. • Planificación del tiempo libre. • Motivación al logro. • Sentimiento de autosuficiencia. • Tendencia a sentimientos de esperanza. • Autonomía e independencia. • Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.
Familiares	<p>Deseo de salir de la casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del fracaso familiar. • Aislamiento y marginalidad en la casa. • Relaciones tensas o violentas en el hogar. • Mala relación con los padres o entre los hermanos. • Familia disfuncional. • Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia. • Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores. • Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. • Ausencia de límites. • Desinterés por la educación de los hijos. • Crianza poco efectiva. • Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos. • Ausencia de responsabilidades dentro del 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente cálido. • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas.

	<ul style="list-style-type: none"> hogar y entre sus miembros. • Mala comunicación entre padres e hijos. • Vínculos débiles entre padres e hijos. • Padre o cuidador que consume drogas. • Eventos estresantes en la vida familiar. • Desorganización familiar. • Sobreprotección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos. • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos.
Sociales	Escuela	
	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente. • Barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes. • Fracaso académico. • Asociación con compañeros que consumen drogas. • Ausencia de compromiso por la escuela. • Falta de comunicación con los padres de familia. • Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante. • Problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo. • Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela. <ul style="list-style-type: none"> • Promoción del individualismo y la competitividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico normal. • Pergravencia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. • Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.
	Compañeros	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas. • Rechazo del círculo inmediato de compañeros. • Búsqueda de la identidad a través del grupo. <ul style="list-style-type: none"> • Presión hacia el consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales. • Apoyo social de los compañeros. • Relación con diversos grupos. <ul style="list-style-type: none"> • Buscar la independencia personal en relación con el grupo.
	Comunidad	
	<p>Leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas 	<p>Buena relación con la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación activa dentro de la comunidad. • Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes • Apoyo social. • Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones. • Promoción de actividades de ocio y tiempo libre.

- ilícitas y armas de fuego en la comunidad.
- Problemas interpersonales: aislamiento y rechazo de los demás.
- Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas.
- Falta de información sobre los efectos de las drogas.
- Publicidad de drogas legales.
- Áreas que favorezcan la convivencia.

En el cuadro anterior podemos observar que existen tanto factores de riesgo como de protección en diferentes aspectos. Los factores individuales se dividen en características temperamentales y cognitivas-afectivas, refiriéndose así a aspectos relacionados directamente con su personalidad, su mentalidad, inteligencia y emociones.

También se divide, en el entorno familiar; en el social, que se ejemplifica, en caso de acceder a la educación escolar y por lo tanto a la relación con sus compañeros, así mismo el no acceso a la escuela es un factor de riesgo; al final se describen algunos aspectos en cuanto a la comunidad en la que se desenvuelve el individuo, e incluso a las normas que regulan las políticas actuales.

Como se sabe, el consumo de drogas, trae consigo diversas consecuencias, que se pueden presentar desde su uso, aunque se tornan más evidentes en el abuso y dependencia a las mismas; a continuación se describen algunas de estas consecuencias.

1.4 Consecuencias relacionadas con el consumo de Drogas.

En general, el uso, abuso o dependencia a las drogas, genera diversos problemas de salud, física, emocional, y mental; también, a nivel social, familiar, escolar, laboral. Aumenta la posibilidad de sufrir

accidentes, el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual; y finalmente la muerte.

En la Tabla 1.4.1 se presentan los tipos de drogas y los efectos sobre el organismo, se incluye información sobre el estatus legal de la droga, el proceso para llegar a ella; las sustancias relacionadas, sus efectos y finalmente sus consecuencias.

Tabla 1.4.1. Tipos de Drogas y sus consecuencias [Babor, et al., (2010); Carrillo, (2004); Velasco, (1997); Cruz, (2007)]:

Estatus Legal	Proceso	Tipo de droga	Sustancias relacionadas	Efectos sobre el organismo y en la conducta del individuo.	Consecuencias
Legal	Sintético. Natural (fermentados)	Alcohol etílico (etanol)	Destilados Vino Cerveza Pulque	Depresor del Sistema Nervioso Central. La sensación inicial de bienestar o euforia, que resulta en la reducción de controles e inhibiciones.	En el Sistema Nervioso: Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Pérdida de visión periférica y nocturna. Desnutrición, irritación de mucosas, úlceras, sangrados, várices esofágicas, síndrome de malabsorción, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis. Cardiopatía alcohólica, ruptura de pequeños vasos sanguíneos. Impotencia sexual, menor cuenta espermática en hombres, dismenorrea, disminución del deseo sexual, síndrome del feto alcohólico.
Legal	Sintético. Natural (hoja de tabaco)	Nicotina	Tabaco Puro	Estimulante del Sistema Nervioso Central. Sensación de relajación y activación.	Predisposición a enfermedades cardiovasculares. Se asocia con diversas patologías: Cáncer (labios, lengua, laringe, pulmones, vejiga, riñón y esófago). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades respiratorias. Úlceras gástricas y

					duodenales. Abortos espontáneos, parto prematuro y bajo peso del producto.
Legal	Natural.	Cafeína. Metil-xantinas (teofilina y teobromina).	Café Bebidas de cola o energéticas. Té Chocolate Algunos analgésicos.	Estimulante del Sistema Nervioso Central. Disminución de la fatiga, incremento en la concentración y disminución del sueño.	En algunas personas: sobreestimulación con taquicardia, ansiedad y temblor de manos. Cefalea.
Ilegal	Sintética (heroína, metadona). Natural (amapola: opio, morfina, codeína, tebaína).	Opiáceos u opioides.	Heroína, metadona, morfina, codeína, tebaína.	Depresor del Sistema Nervioso Central. Termino genérico aplicado a los alcaloides derivados de la amapola de opio o sustancias sintéticas similares, que tienen la capacidad de aliviar el dolor, producir euforia, somnolencia y deterioro del raciocinio.	Disminución de la función intestinal, constipación. Constricción extrema pupilar (pupilas en punta de alfiler). Tolerancia marcada a los efectos deseables, aumentando el riesgo de sobredosis. Mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Disminución de la función inmunológica.
Ilegal	Natural.	Cannabis Tetrahydrocannabinol (THC),	Mariguana Hachís, Bhang, Ganja.	Derivado de la planta Cannabis sativa o indica. Depresor del Sistema Nervioso Central. Produce sentimientos de euforia, sensación de liviandad de los miembros, aumento del apetito, taquicardia y deterioro del raciocinio.	Síndrome amotivacional, problemas relacionados con las vías respiratorias y depresión del sistema inmunológico. Pérdida de memoria. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Cáncer pulmonar. Disminución de la fertilidad.
Ilegal	Sintética. Natural (las hojas del árbol <i>Erythoxylum coca</i>).	Cocaína	Crack o piedra (que se esnifa), cocaína en polvo (Clorhidrato de cocaína), que se fuma, con efectos casi inmediatos e intensos; si se esnifa los efectos se perciben con mayor intensidad después de quince o veinte minutos. Independientemente de la vía de administración, la duración de sus efectos son de veinte minutos a una hora.	Estimulante del Sistema Nervioso Central. Euforia, confianza exagerada en sí mismo. Disminución del apetito. Deseo de hablar. Aumento del interés sexual. Aumento transitorio de la autoestima. Enojo y agresión verbal. Incremento de la presión arterial y frecuencia cardíaca. Dilatación de las pupilas. Vasoconstricción periférica.	Las reacciones tóxicas agudas incluyen hipertensión, arritmias cardíacas, alucinaciones auditivas y visuales, convulsiones. Pérdida de peso y disminución crónica del apetito. Patrones irregulares de sueño. Deterioro de la memoria y concentración. Microembolias cerebrales. Irritabilidad y cambios repentinos de humor. Paranoia. Crecimiento del corazón (hipertrofia cardíaca). Riesgo de aterosclerosis.

Ilegal	Sintética.	Anfetaminas y otros estimulantes	Dexanfetamina, Metanfetamina, Metilfenidato, Fenmetracina, Dietilpropión, MDMA, MDA, Éxtasis.	Estimulante del Sistema Nervioso Central. Grupo variado de sustancias sintéticas cuyos efectos incluyen euforia, anorexia, náuseas, vómitos, insomnio y comportamiento anormal, como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y deterioro del raciocinio.	Daño cardiovascular. Daño hepático. Pérdida de peso. Debilidad muscular. Estados paranoides. Depresión.
Ilegal	Sintética.	Hipnóticos y sedantes.	Benzodiacepinas, Barbitúricos, Metacualona.	Depresor del Sistema Nervioso Central. Grupo de sustancias que inducen la relajación muscular, la tranquilidad y el sueño. Deterioran la concentración, la memoria y la coordinación. Dificultad para articular las palabras, somnolencia, inestabilidad al caminar.	Sedación excesiva. Aumento del efecto depresor de otras sustancias. Mala memoria, amnesia episódica. Desorientación en los ancianos. Reacciones de furia. En combinación con otros depresores: sedación excesiva, potencialmente letal.
Ilegal	Sintética (LSD). Naturales (Peyote, hongos alucinógenos).	Alucinógenos.	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD). Peyote, hongos alucinógenos.	Grupo de sustancias naturales y sintéticas que producen sentimientos de euforia/distoria, fluctuaciones del estado de ánimo, alteración de las percepciones e ilusiones visuales.	Los efectos adversos incluyen reacciones de pánico, visiones retrospectivas y trastornos del estado de ánimo. Flashbacks (remembranzas vívidas de los efectos de la droga en su ausencia).
Legal en uso comercial. Droga de abuso, no diseñadas para uso humano.	Sintética.	Inhalantes psicoactivos.	Solventes industriales, pegamentos, aerosoles, disolventes de pinturas, gasolina, líquidos de limpieza, nitrito de amilo "poppers".	Depresor del Sistema Nervioso Central. Los signos de intoxicación incluyen beligerancia, alucinaciones, letargo, deterioro psicomotor, euforia, desinhibición, mareos, nistagmo, dificultad para articular las palabras, temblores, debilidad muscular, inestabilidad al caminar, estupor.	Confusión intensa, crisis convulsivas, pérdida de la conciencia, coma, muerte súbita por arritmias cardíacas, muerte por asfixia. Ansiedad, depresión, disgregación del pensamiento, pérdida de memoria, visión y audición, problemas de aprendizaje, muerte neuronal.

En el cuadro anterior se observan claramente las diferencias en las consecuencias del consumo dependiendo de la droga que se trate y si se le define como legal o ilegal. Por ejemplo, si la droga es legal, prácticamente será aceptada por la sociedad y su consumo difícilmente se verá estigmatizado, si la droga es ilegal habrá en primera instancia problemas con la policía, en caso de portación o en búsqueda de acceder a la droga. Del mismo modo, existe la falsa creencia de que las “droga naturales no hacen daño”, lo que muchas veces impide la búsqueda oportuna de atención.

Ya que sabemos la situación del consumo de drogas en nuestro país, sobre el proceso adictivo, factores protectores y de riesgo y sus consecuencias; es necesario conocer sobre cómo tratar el consumo de drogas, lo que se analiza a continuación.

CAPÍTULO II

TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS

En este segundo capítulo iniciaremos con un breve recorrido sobre los tratamientos dirigidos a las personas que consumen drogas, concentrándonos en los de corte cognitivo-conductual, para posteriormente realizar la descripción y metodología de los tres programas y concluir con un ejemplo de la aplicación de los mismos.

2.1 Cómo se ha tratado el problema del consumo de Drogas

Existen una gran variedad de tratamientos en México y alrededor del mundo para el consumo de drogas, como los grupos de autoayuda, el tratamiento médico y diversas intervenciones psicológicas, entre ellas, las que están basadas en el modelo cognitivo-conductual y serán en las que se pondrá el mayor énfasis.

El modelo cognitivo conductual se caracteriza por enfocarse en los procesos cognitivos (creencias, atribuciones y, sobretodo expectativas de autoeficacia) para explicar el desarrollo y mantenimiento de la adicción (Secades y Fernández, 2003), basándose en el análisis conductual (lo que antecede a la conducta del consumo, el consumo y sus consecuencias), la teoría del aprendizaje social: enfatiza el desarrollo de habilidades de afrontamiento y de rehusarse al consumo, (Marlatt & Gordon, 1985), el condicionamiento operante: explica el abuso de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de su consumo; y la teoría de la economía conductual: hace referencia al “costo” como un factor influyente en el consumo excesivo (Higgings, 1996).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas más ampliamente investigadas de psicoterapia, y va incrementando cada vez más su aplicación, debido en gran medida, a la adaptación permanente de la TCC para una cada vez más amplia gama de trastornos y problemas, mostrando resultados altamente eficaces en depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, trastorno de estrés postraumático, entre otros. En muchos trastornos los efectos, son mantenidos durante períodos sustanciales más allá de la interrupción del tratamiento (Bluter, Chapman, Forman y Beck, 2006).

En México están publicados 26 ensayos clínicos, sobre tratamientos de las adicciones, desde 1980 hasta el 2010 (aumentando el número de investigaciones desde el 2003), nueve de los cuales, son de corte cognitivo-conductual, en cuatro se aplicó este tipo de tratamiento más terapia de reemplazo (nicotina y bupropión); en dos publicaciones se aplicó este tratamiento más terapia farmacológica y psicoterapia individual o grupal. Cinco probaron la terapia breve motivacional. Dos aplicaron el programa de tratamiento de «La familia enseñante» y uno implementó psicoterapia individual o familiar. Uno más aplicó la Terapia Centrada en soluciones gestada en la epistemología sistémica y uno el Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011).

La mayoría de estos trabajos se enfocan en el tratamiento del tabaquismo, después al alcohol, a la combinación del alcohol con alguna otra droga y finalmente a otras drogas, como inhalables y cocaína. En todas las publicaciones se plantea que los tratamientos de corte cognitivo-conductual mostraron resultados satisfactorios al

reducir la cantidad y frecuencia con que consumían las diferentes sustancias (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011).

Una de las razones por las cuales se considera dicho éxito, es debido a que el enfoque de el TCC enfatiza en la modificación del pensamiento y la transferencia de las habilidades aprendidas en la terapia a la vida cotidiana (es decir, hacer que el usuario sea su propio terapeuta), por lo que se esperaría que los efectos del tratamiento puedan persistir después de que concluye la intervención (Beck, 1995, en Bluter, et al, 2006).

En nuestro país existen ya diversas intervenciones breves de corte cognitivo-conductual, que han mostrado su eficacia para el tratamiento del consumo de sustancias como lo son:

- Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF), dirigida a personas que están interesadas en dejar de fumar y que no tienen el diagnóstico de alguna enfermedad (hipertensión, dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer), con depresión mayor, ansiedad grave u otro trastorno psiquiátrico (Lira-Mandujano, 2009).
- Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC, Barragán, 2005), dirigida a usuarios con dependencia grave a sustancias adictivas que desean dejar el consumo y mantenerse en abstinencia.
- Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (Medina, Chávez, López, Félix, Gordillo, Morales, 2012), ayuda a las personas a comprometerse en el cambio de su conducta, a reconocer y utilizar sus propios recursos para eliminar su patrón de consumo, proporcionando herramientas de sensibilización para que el usuario se dé cuenta de que su consumo de marihuana le está causando daños físicos y cognitivos.

- Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA, Martínez, Salazar, Pedrosa, Ruiz, y Ayala, 2008), enfocado a los jóvenes que inician el consumo de alguna sustancia, ejemplo en capítulo 3.
- Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, Ayala, 2012), su objetivo es que el usuario establezca metas para reducir o abstenerse del consumo de alcohol, lo cual analizaremos a detalle en el siguiente capítulo.
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Fukushima, 2003, capítulo 3).

También se han logrado establecer tratamientos para los familiares de consumidores de Drogas, como:

- El Modelo de Afrontamiento Breve para Familiares de Consumidores de Drogas (Tiburcio y Natera, 2003) el principal propósito es propiciar la reflexión en los familiares de tal forma que aprendan a responder de modo más efectivo, para disminuir la tensión que sufren, aún si el usuario niega tener un problema o no acepta acudir a tratamiento.
- El Programa de Satisfactores Cotidianos para el otro significativo. Taller impartido en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones, por los estudiantes de la maestría, dirigido por la Dra. Barragán.

Debido a que los Tratamientos de corte Cognitivo-Conductual son los que han mostrado más eficacia, son en los que se basa el aprendizaje de la maestría en la que participe, por lo que en el siguiente apartado se detalla la información de tres de los tratamientos anteriormente mencionados.

2. 2 Formulación de programas

El objetivo de este apartado es dar un recorrido por el trabajo desarrollado y las habilidades adquiridas y presentación de los programas en lo que participe durante mi formación en la Maestría en Psicología de las Adicciones. Se explicarán las características de tres programas (Intervención Breve para Bebedores en Riesgo, Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas [PIDA] y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína [TBUC]), para en el tercer capítulo desarrollar como ejemplo un caso típico de cada uno de ellos.

El Plan de Estudios de la Maestría en Psicología, señala que el egresado contará con: a) conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para diagnosticar diversas problemáticas psicológicas empleando los instrumentos y técnicas pertinentes, b) habilidades para intervenir de manera eficaz, ética y responsable, resolviendo o previniendo problemáticas, pertinentes al psicólogo, en diversos ámbitos, c) capacidad para evaluar la eficacia de sus intervenciones con base en evidencia proveniente de las diferentes poblaciones que recibirán sus servicios como son: individuos, parejas, familias, grupos, organizaciones y escuelas.

Los objetivos centrales del plan de estudios son tres:

1. Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las áreas de la salud, la educación y los procesos sociales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios;

2. Desarrollar las habilidades y conocimientos para llevar a cabo investigación aplicada en torno a problemáticas relevantes en dichas áreas;
3. Promover una actitud de servicio ético acorde con las necesidades sociales.

La aplicación de los instrumentos, así como la intervención, y seguimientos, se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA), en la Ciudad de México, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene como objetivo brindar tratamiento para los usuarios de distintos tipos de drogas con base en diversas investigaciones científicas asociadas con la conducta adictiva. A partir de la evidencia científica se han desarrollado un conjunto programas de intervención breve que están en constante evaluación. También funge como residencia para los estudiantes de la especialidad y maestría en el área de las adicciones.

Para cumplir con los objetivos del plan de estudios, durante la estancia en la Maestría en Psicología de las Adicciones, y posterior a un año de constante capacitación teórica, desde principios básicos de la conducta hasta temas selectos en adicciones, se lleva a cabo, la atención a usuarios que consumen alcohol y otras drogas y a los familiares interesados en recibirla.

Antes de iniciar con la explicación de los programas se señalará el proceso que se sigue en el CEPREA para dar atención.

Inicia con el primer contacto con el usuario, en donde el interesado o un familiar realiza la cita y acuden a ella; el objetivo es explorar el motivo de consulta, además, se señala la importancia de su asistencia, confidencialidad y la continuidad para el logro de los objetivos

propuestos de la intervención; el tiempo de esta primera sesión es de dos horas, ya que se determina la batería de pruebas que se van aplicar en la evaluación.

Posteriormente, se incorpora a los usuarios al tratamiento, de acuerdo con los resultados de la evaluación y a los criterios de inclusión de cada programa de tratamiento. Al inicio de cada sesión se revisa el autoregistro del consumo de la semana. Al final de cada sesión se resumen y se hace énfasis en los objetivos planteados de acuerdo con el tema trabajado. El tiempo de las sesiones es de una hora.

Técnicas de intervención y objetivos terapéuticos.

Los tratamientos que más adelante se ejemplificarán hacen uso de técnicas, caracterizadas en los tratamientos de corte cognitivo-conductuales, útiles para el abuso y dependencia de las drogas. A continuación en la tabla 2.2.1 se describen las técnicas utilizadas durante el tratamiento de los usuarios.

Tabla 2.2.1. Técnicas de intervención y objetivos terapéuticos.

Técnicas	Objetivos
Entrevista Motivacional	Incrementar o mantener la motivación al cambio. Movilizar la etapa de cambio, para llegar al mantenimiento de las conductas de no consumo.
Escucha reflexiva	El terapeuta expresa su empatía.
Retroalimentación	A través de las consecuencias del usuario, el terapeuta le crea al usuario un conocimiento sobre su situación actual a detalle.
Hacer resúmenes	Parafrasear, enfatizar los logros obtenidos de la sesión y reforzar lo aprendido.
Ofrecer ayuda	El terapeuta se mantenga interesado en todo el proceso de cambio.
Auto-registro	Establecer el análisis funcional de la conducta de consumo. Además aumentar la atención en el patrón de consumo, para promover el autocontrol.
Análisis Funcional	Conocer los precipitadores (internos y externos) del consumo, así como sus consecuencias (positivas y negativas).
Balanza decisional	Crear disonancia cognoscitiva, analizando las ventajas y desventajas, entre su situación actual y sus metas a futuro sobre el consumo.
Planes de acción	A través de los recursos personales, el usuario establece estrategias para enfrentarse a las situaciones de riesgo, que se le presentan.
Lecturas y tareas	Mantener al usuario en constante interés en su tratamiento, así como fomentar el aprendizaje y actividad, fuera de la sesión.
Prevención de Recaídas	Identificar situaciones de riesgo a futuro y crear planes de acción para enfrentarlas.

Además de lo anterior es importante verificar el estado de ánimo del usuario, con el fin de que él se sienta comprendido, y a través del plan de tratamiento (si es necesario se modifica), se pueda mejorar la situación. También se establece puentes entre cada sesión, para seguir una lógica y se agenda su cita al término de cada una de ellas. A continuación se describe cada una de los instrumentos aplicados.

En la tabla 2.2.2 se muestra los instrumentos que se aplican a todas las personas que solicitan atención por el consumo, como se observa en dicha tabla algunos solo se aplican durante el proceso de admisión,

mientras que otros se van replicando a lo largo de la intervención y los seguimientos.

Tabla 2.2.2. Instrumentos aplicados a los usuarios de drogas.

Proceso	Instrumento	Usuarios
Admisión	<ul style="list-style-type: none"> ○ ASSIST ○ Entrevista Inicial ○ Consentimiento Informado ○ Antidoping 	Todos. Consumo de cualquier sustancia.
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autoregistro (en cada sesión). 	Todos. Consumo de cualquier sustancia.
Evaluación (pre, post y seguimientos)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Subescala WAIS, Repetición de Dígitos y Símbolos y Dígitos. ○ Línea Base Retrospectiva. ○ Inventario de Ansiedad de Beck. ○ Inventario de Depresión de Beck. ○ Cuestionario de Confianza Situacional. ○ Lista cotejable de Etapas de Cambio. ○ Escala de Satisfacción General 	Todos. Consumo de cualquier sustancia.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol. ○ Escala de Dependencia al Alcohol. 	Cuando la droga de impacto sea el alcohol.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. ○ Cuestionario de Dependencia a las Drogas. 	Cuando la droga de impacto sea alguna droga, que no sea alcohol ni nicotina.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fagerstöm 	Cuando el usuario consuma tabaco.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ POSIT ○ Indicadores de Dependencia de DSM IV 	Solo adolescentes.

A continuación se describen cada uno los instrumentos utilizados en los casos que se presentan en este trabajo, que como bien vimos anteriormente no todos son aplicados en cada caso.

Los siguientes se aplican únicamente en la admisión.

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST, por sus siglas en inglés, WHO ASSIST, 2002). Es una prueba de tamizaje que nos permite saber de qué tipo de intervención es necesaria para el sujeto: no requiere intervención (0 a 3 puntos, con excepción del consumo de alcohol que el puntaje es de 0 a 10), requiere una intervención breve (4 a 26 puntos, con excepción del consumo de alcohol que el puntaje es de 11 a 26) o una intervención intensiva (de 27 o más puntos). Adaptado a población mexicana por Linage y Lucio-Gómez (2013); obtuvieron los resultados de validez concurrente mediante correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones del AUDIT ($r=0.50$), Fagerström ($r=0.61$) y DAST-10 ($r=0.30$). La prueba presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclase (CCI) aceptables y estadísticamente significativos, en un rango de 0.20 al 0.84.

Entrevista inicial. La cual considera una serie de preguntas (abiertas y cerradas) con el objetivo de conseguir datos sociodemográficos, así como una revisión de la historia de consumo previo de alcohol y otras drogas, consecuencias físicas, psicológicas, sociales, familiares, legales/escolares y económicas.

Consentimiento informado. Resalta la confidencialidad de los datos, y se informa que los datos pueden ser utilizados para fines de investigación, respetando siempre el anonimato; se pide autorización para participar en la intervención y para la prueba de antidoping.

Como vimos en la tabla 2.2.2, en la pre-intervención, la post-intervención y los seguimientos, se aplican los instrumentos de evaluación de acuerdo a la edad y a la sustancia de consumo; su objetivo es conocer aspectos relacionados con su consumo y con sus emociones. Los seguimientos se realizan al mes, tres, seis y doce meses de haber terminado la intervención. Se aplican nuevamente los instrumentos que se utilizaron en la evaluación; el objetivo de conocer si las metas logradas en el tratamiento se mantienen y/o se sugieren sesiones extras, señalando el objetivo de estas. Los instrumentos aplicados en estas diferentes mediciones son los siguientes:

Antipoping. Prueba biológica. Se toma una muestra de orina (previa autorización, bajo la firma del consentimiento informado y en caso de ser menor de edad, autorización del padre o tutor), que da como resultados, ya sea positivos o negativos para: Cocaína, THC, Metanfetamina, Opiáceos y Anfetaminas.

Autoregistro de consumo de alcohol y otras drogas, adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala (1997). Es un formato en el que se indica el día, el tipo y la cantidad de consumo; tiene validez concurrente al coincidir el consumo reportado por el usuario con los reportes de padres, familiares y amigos.

Lista cotejable de Etapas de Cambio. Cuestionario de 14 reactivos por cada subescala, que nos habla de fases o momentos en los que se encuentra el entrevistado, al percibir su consumo, basado en la Entrevista motivacional, en donde Prochaska y Di Clemente (1983) muestran “la teoría o rueda del cambio”, como una herramienta para evaluar la disposición del usuario ante un tratamiento. Y han elaborado varios cuestionarios para evaluar los estadios, procesos y niveles de cambio,

englobándolos bajo el nombre “The University of Rhode Island Change Assesment Scale, URICA”, la consistencia interna de las escalas fue buena o muy buena; es un instrumento válido para evaluar la dimensión de motivación del cambio terapéutico de la conducta problemática compleja (Becoña y Vázquez, 1997).

La teoría o rueda del cambio, consta de las siguientes etapas del cambio y tareas del terapeuta (Miller & Rollinick, 1999):

- A) Fase amotivacional, o pre-contemplativa. El usuario no se percata del alcance del problema, porque no lo vive como tal. Pueden ponerse en tratamiento bajo presión, y puede ser defensivo, por lo que vuelven con facilidad a las conductas anteriores. Se debe tener en cuenta de que las versiones, tanto la del familiar como la del paciente, pasan por el tamiz de la subjetividad, y que tan válida puede ser una como la otra. La tarea del terapeuta es aumentar la duda (aumentar la percepción del usuario de los riesgos y problemas de su conducta actual).
- B) Fase de reflexión o contemplativa. El usuario tiene serias dudas sobre si realmente tiene un problema en su consumo, a su vez, también ha pensado en el cambio. Es decir, esta fase está caracterizada por la ambivalencia. En esta etapa es importante sopesar los pros y contras y su posible solución. Las soluciones deben ser partidas del usuario, y el terapeuta ayudará a que la balanza se incline al cambio, aumentando la autoeficacia.
- C) Fase de determinación. El usuario abre una oportunidad, está listo para cambiar, porque las consecuencias negativas son superiores a los beneficios obtenidos. El terapeuta muestra al usuario el mejor curso de acción y el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

- D) Fase de acción: El usuario está realizando cambios de acuerdo a las prescripciones terapéuticas. Ésta es la fase en la que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno. Se ayuda a dar los pasos hacia el cambio.
- E) Fase de mantenimiento. El usuario incorpora habilidades y estrategias a su conducta, que le han permitido, llevar un periodo de tiempo sin consumir, el cual pueden estabilizarse o verse afectado por recaídas. Es necesario ayudar al usuario a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
- F) Recaída: Si sucede la recaída, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda. Aquí la tarea del terapeuta es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para volver a alcanzar la etapa de acción y mantenimiento.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE, Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979). Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario 7 o 12 meses previos al inicio del tratamiento. Adaptada a población mexicana, con una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el informe del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53 (Echeverría y Ayala, 1993).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) elaborado por Beck en 1988. Fue estandarizado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lopenera, y Varela, (1998), obteniéndose una alpha de Cronbach de 0.87, $p < 0.000$. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung arrojó

una correlación de $r=.70$, $p<.000$. En otra evaluación posterior, se obtuvo una correlación entre el Zung y el BDI de $r=.65$, $p<.000$. Los niveles de medición son: De 0 a 9 puntos como “Mínima”. De 10 a 16 puntos como “Leve”. De 17 a 29 puntos como “Moderada”. De 30 a 63 puntos como “Grave”.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) elaborado por Beck en 1988. Fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001); mostró alta consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.83; y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores con la versión original. Los niveles de medición son: “Mínimo” de 0 a cinco puntos. “Leve” de seis a 15 puntos. “Moderadamente” de 16 a 30 puntos. “Grave” de 31 a 63 puntos.

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) elaborada por Horn, Skinner, Wanberg y Foster en 1984. Es un cuestionario de 25 reactivos, evalúa y discrimina diferentes grados de dependencia en el consumo de alcohol: 0 = no hay dependencia, 1 a 13 = baja, 14 a 21 = moderada, 22 a 30 = media y 31 a 47 = grave. La consistencia interna y la de test-retest son de .92, lo que mostró alta confiabilidad. La validez concurrente fue de $r=.58$. Se adaptó a población mexicana en 1998 por Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez.

Cuestionario de Dependencia a las Drogas (CAD-20) elaborado por Skinner en 1982 y adaptado a población mexicana por De Las Fuentes y Villalpando en 2001. Consta de 20 reactivos, mide la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo; su confiabilidad es de .86; en cuanto a su validez, 4 componentes explican más del 50% de la varianza total y se correlacionan con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo. Los niveles de consumo

son: 1 a 5 puntos: leve, 6 a 10 puntos: moderado, 11 a 15 puntos: fuerte y 16 a 20: grave.

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heatherton, Frecker y Fagerström, 1991). Se aplica sólo si el usuario consume tabaco, ya que permite conocer si el fumador tiene dependencia baja (menos de 4 puntos), media (5-6 puntos) o alta (más de 7 puntos) a la nicotina. Adaptación al español por Becoña, Gómez-Durán y Álvarez-Soto (1992), y refirieron que el cuestionario tiene una confiabilidad moderada.

Cuestionario de tamizaje de Problemas en Adolescentes (*POSIT*), el cual fue diseñado por el *Instituto Nacional de Abuso de Drogas en 1991* y validado por Mariño, et al., (1997, 1998), y obtuvieron resultados satisfactorios. El instrumento señala si existe un riesgo con el uso de sustancias. Consta de 19 ítems con opciones de respuestas dicotómicas: si-no (alfa= 0,75). En general, los ítems contribuyen con un punto al total de la calificación del área, considerándose la presencia del síntoma cuando la respuesta es sí en los ítems 1, 2 y 7, y cuando la respuesta es no en el resto de los ítems. El punto de corte, a partir del cual se considera caso clínico es de 3 síntomas presentes, es decir 3 ítems. De los 10 ítems del área hay 3 denominados red flags (ítems 3, 7 y 8), es decir, ítems que con su sola presencia indican un caso en el área.

Indicadores del DSM IV, Dependencia a las Drogas, (Martín del Campo, 2007). Se aplica sólo a los adolescentes. Es una lista de indicadores de dependencia a las drogas. Ésta se elabora a partir de los indicadores del DSM IV y está conformada por siete reactivos que miden la tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias

negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), (Annis, Graham, Davis, 1982; adaptado por Echeverría y Ayala en 1997). Consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante el año anterior, en 8 categorías. Los puntajes de las 8 categorías o sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad en bebedores problema; y validez de contenido aceptable, por lo que representan el universo de situaciones de recaída.

Las subescalas o categorías son:

I. Situaciones personales, en donde el usuario involucra la respuesta de consumo ante un evento que es de naturaleza psicológica o física; se divide en cinco subescalas:

- 1) Emociones Desagradables: indica el grado de inclinación para consumir en exceso ante emociones o sentimientos como tristeza, desolación, culpa, etc.
- 2) Malestar Físico: indica el grado de inclinación para consumir en exceso ante situaciones donde se encuentran cansados, con algún dolor, con problemas de sueño, etc.
- 3) Emociones Agradables: indica el grado para consumir en exceso ante emociones o sentimientos como felicidad, querer celebrar algún logro, etc.
- 4) Probando Autocontrol: indica el grado de inclinación para consumir en exceso cuando se han propuesto la meta de consumo moderado, o dejar de beber y no se cumplen.
- 5) Necesidad o urgencia por consumir: indica el grado de inclinación para consumir en exceso ante situaciones que les

recuerda la bebida, su sabor, o el tipo de bebida y tenían la urgencia de beber ante estos estímulos.

II. Situaciones de Grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada para que se dé la respuesta de consumo; se divide en tres subescalas:

- 6) Conflicto con Otros: indica el grado de inclinación para consumir en exceso cuando tienen discusiones o problemas con personas cercanas.
- 7) Presión social: indica el grado de inclinación para consumir en exceso cuando son invitados y/o presionados a consumir por otras personas.
- 8) Momentos agradables con otros: indica el grado de inclinación para consumir en exceso cuando se está acompañado o en grupo, divirtiéndose o celebrando.

Inventario Situacional del Consumo de Drogas (ISCD), (Annis, Graham y Martin en 1991; adaptado a población mexicana por De León y Pérez, en 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de .98 y una validez, en la que todos sus reactivos fueron significativos al .0001, mide la frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante el año anterior, en 8 categorías, mismas que en el ISCA.

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), (Annis y Graham, 1987; adaptado por Echeverría, Oviedo y Ayala en 1998. Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo ante 8 categorías situacionales. Las 8 categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las subescalas o categorías son las mismas que en el ISCA.

Escala de Satisfacción General elaborada por Teichner, DeCato, Donohue, Azrin, Howell, en 1988, en Ayala, et al., 1998. Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-100%) en 9 áreas de vida cotidiana y en su satisfacción general. Su confiabilidad es de .76 teniendo buena consistencia interna; su validez de criterio es adecuada, al correlacionar el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el general.

Una vez expuestos los diferentes instrumentos que se utilizan en los diversos programas, se describen las características de los tres programas en lo que participé.

2.2.1 *MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES EN RIESGO.*

Echeverría, et al. (2012), indican que este modelo es una intervención motivacional y breve, de corte cognitivo-conductual, que ayuda a las personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El usuario detecta los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol, desarrolla un plan general para la solución de problemas para enfrentarse a las situaciones de consumo excesivo y lograr cambios en su comportamiento.

Este programa se basa en uno anterior conocido como programa de Auto-Cambio, que fue desarrollado por los Drs. Sobell de la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canadá, fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores, para utilizarlo en nuestro país.

El objetivo de este enfoque es ayudar a los usuarios a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y ayudarlos a desarrollar estrategias alternas para enfrentar esas situaciones, aumentando su autoeficacia; en este mismo sentido también se espera que los síntomas de ansiedad y depresión, disminuyan, y la satisfacción general de vida, aumente.

Los resultados de la aplicación en la Ciudad de México, a una muestra de 177 individuos con problemas de abuso en el consumo de alcohol, muestran que el consumo excesivo de alcohol se modificó hacia un patrón de consumo moderado, manteniéndose en el seguimiento realizado a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento. Este cambio se vio acompañado de una reducción de problemas asociados al consumo de alcohol y un incremento en la confianza situacional para controlar episodios de consumo excesivo (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

La intervención consiste en lectura y ejercicios, divididas en 6 componentes que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. De manera general en los componentes se consideran los siguientes aspectos:

Admisión: se trabaja en la identificación de la etapa de cambio, si el usuario es candidato para el programa de tratamiento, a través de una entrevista.

Evaluación: Se obtiene información con la aplicación de instrumentos, donde se evalúan el patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo, entre otros factores.

Paso 1: Decisión de cambio y Establecimiento de Metas.

Paso 2: Identificación de situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.

Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el consumo de Alcohol.

Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

Antes del último paso, se consideró importante integrar el componente de habilidades de comunicación, de acuerdo a las necesidades del usuario.

Finalmente se realizan los seguimientos al mes, tres, seis (hasta el momento de este reporte) y doce meses, después de haber concluido el tratamiento. El objetivo es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario. Además permite obtener indicadores que demuestren al terapeuta sobre el trabajo realizado.

2.2.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PIBA).

De acuerdo con Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz, y Ayala (2012), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA), es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes, entre 14 y 18 años de edad que inician el consumo abusivo de alguna sustancia adictiva como el alcohol o la mariguana, que reportan problemas relacionados y que no presentan dependencia hacia la droga.

Este programa tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje social y el objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales asociados con el consumo de alcohol y drogas.

Las intervenciones breves son de tipo motivacional, lo que implica que permiten incrementar en el usuario su disposición al cambio y su compromiso para cambiar su conducta. Los objetivos principales de estas intervenciones son:

- a) Que el usuario logre la abstinencia o moderación de su consumo de sustancias.
- b) Que el usuario reduzca los problemas y riesgos asociados con su consumo, a través del uso de estrategias de autocontrol sobre su consumo.
- c) Que el adolescente que participa en el programa, mantenga el cambio en su consumo.

La efectividad del PIBA se midió con la participación de 25 adolescentes entre 14 y 18 años de edad, estudiantes de nivel medio y medio superior, que consumen alcohol en exceso u otras drogas, y que presentan problemas relacionados con este patrón de consumo pero sin cubrir los síntomas físicos de la dependencia. Para realizar la evaluación se utilizó un diseño de caso único con 25 réplicas, 17 casos de consumo de alcohol y 8 casos de consumo de mariguana; 24 de ellos mostraron una disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), al comparar las mediciones de los datos recabados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo, se dieron cambios en el nivel de auto-eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo),

es decir, al finalizar el tratamiento los adolescentes se percibieron a sí mismos con mayor capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo. Además, al final del tratamiento los sujetos reportaron una reducción del número de problemas relacionados con su consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008).

Las etapas del programa son:

La admisión, su objetivo es explorar el motivo de consulta.

La evaluación del patrón de consumo, así como de los problemas asociados, el nivel de autoeficacia, las situaciones de consumo y el nivel de riesgo del adolescente.

Componente 1. Balance decisional y establecimiento de metas. Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de sustancias para establecer una meta de consumo.

Componente 2. Situaciones de riesgo. Identificación de las situaciones de riesgo del consumo de sustancias.

Componente 3. Planes de acción. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.

Componente 4. Metas de vida. Análisis del impacto del consumo de drogas en el logro de sus metas de vida.

Componente 5. Cruzando la meta. Restablecimiento de su meta de consumo.

2.2.3 TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA (TBUC).

El Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) es una intervención breve cognitivo-conductual dirigido a hombres y

mujeres mayores de 16 años con problemas de abuso o dependencia a la cocaína.

Este tratamiento está basado en la entrevista motivacional, el reforzamiento comunitario con manejo de contingencias y principalmente en la prevención de recaídas; esta última se enfoca en ayudar al usuario a identificar situaciones de alto riesgo que contribuyen a la recaída en el consumo de la sustancia, así como desarrollar conductas apropiadas para evitar o manejar mejor esas situaciones. El reforzamiento comunitario se dirige a ayudar al cliente a lograr la abstinencia inicial así como a alcanzar un estilo de vida libre de drogas; y la entrevista motivacional, que sugiere que el usuario funge un papel proactivo durante el tratamiento, busca movilizarlo en las diferentes etapas de cambio, con el fin de llegar al mantenimiento de la abstinencia. El programa se basó en los tópicos propuestos por Carroll en 1998, pero se hicieron adaptaciones a la población mexicana (Oropeza, Medina-Mora y Sánchez-Sosa, 2007).

El objetivo de este modelo breve de tratamiento es enseñar al usuario estrategias para que alcance la abstinencia del consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo poco a poco o absteniéndose desde el inicio.

El modelo también busca que las situaciones de riesgo, los criterios de dependencia y los síntomas de ansiedad y depresión que pudieran estar asociados con el consumo disminuyan, así como que la autoeficacia ante el consumo y la satisfacción general de vida aumenten, a través de metas que establece el usuario en las diferentes áreas de su vida.

El TBUC, se enfoca en los problemas actuales que enfrentan los consumidores de cocaína, que entran a tratamiento y que tratan de controlar su consumo. Es un modelo que se individualiza de acuerdo con las características específicas del usuario que se está atendiendo.

Se dirige especialmente a usuarios que dependen de la sustancia, pero también puede utilizarse con personas que usan o abusan de ella (Oropeza, et al., 2007).

El TBUC es un modelo estructurado, ya que tiene un número determinado de tópicos de tratamiento, que se dividen en tres etapas:

1. Admisión y evaluación: consiste en una entrevista y la aplicación de instrumentos, donde se evalúan varios aspectos relacionados con su consumo.
2. Tratamiento (ver figura 2.2.3.1): se brindan ocho tópicos, que se pueden trabajar en una o dos sesiones (o más de dos sesiones si el usuario lo requiere), dependiendo de los avances observados. Además, el autorregistro de deseo y consumo de cocaína, que se revisa en cada sesión, brinda información sobre los avances y necesidades del usuario.

Cada sesión tiene una duración aproximada de una hora, una vez por semana. Durante las sesiones se trabaja con lecturas y ejercicios relacionados con un tópico específico. Una vez terminados los ocho tópicos, es posible tener sesiones complementarias (para enfatizar y profundizar más en algún tópico de los trabajados durante el tratamiento), en caso de que el usuario, el terapeuta, o ambos así lo decidan.

3. Seguimientos: una vez que es dado de alta al usuario, se hacen tres seguimientos, al mes, tres y seis meses. Estos seguimientos tienen como objetivo conocer los efectos que ha tenido el tratamiento en el consumo y en su vida diaria, una vez que este ha concluido. Además, el seguimiento brinda la oportunidad de identificar y reforzar estrategias aprendidas durante el tratamiento para que el usuario pueda implementarlas de manera eficiente y mejorar su calidad de vida.

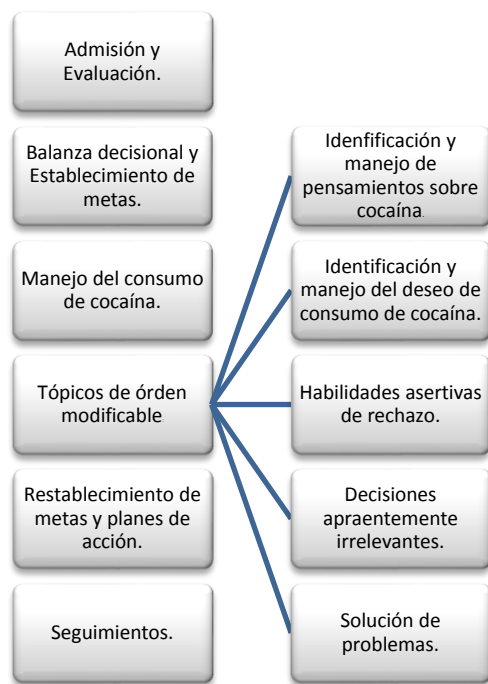


Figura 2.2.3.1. Tópicos del TBUC.

Oropeza, et al., 2007, mostraron que el TBUC resulta eficaz, en cuanto a reducción de la cantidad y la frecuencia del consumo; lo anterior, evaluando a 19 participantes (18 hombres y una mujer) que 24 semanas antes de iniciar el tratamiento consumían en promedio 2.24 gr de cocaína semanales. Durante el tratamiento (10 semanas), los usuarios disminuyeron su consumo promedio por semana a 0.44 gr de cocaína; y ya durante los seguimientos (24 semanas después) disminuyó el consumo en promedio por semana a 0.08 gr de cocaína.

Oropeza, Fukushima y García (2008) resaltan que la autoeficacia puede usarse para estimar la estabilidad de los resultados de un tratamiento, respecto al consumo de drogas. Al realizar una comparación, al inicio del tratamiento y en el seguimiento a los seis meses en 21 dependientes de cocaína que asistieron y terminaron el TBUC y encontraron diferencias significativas en la evaluación pretest-

postest, al aumentar su confianza de no consumir en las situaciones de: emociones placenteras, prueba de control personal, incomodidad física, necesidad de consumo, emociones displacenteras, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social de consumo.

Respecto a la validación social de las metas, Fukushima (2003) encontró que los usuarios estaban de acuerdo con las metas planteadas en el TBUC, además las consideraban fundamentales para un tratamiento de cocaína. En cuanto a los procedimientos y resultados alcanzados, los consideraron importantes y así al participar en el tratamiento pudieron, en general, llegar a la abstinencia de la cocaína y mejorar sustancialmente varios aspectos de su vida. También mencionaron que el TBUC fue ético y apropiado para solucionar el problema del consumo. Al realizar una Evaluación Económica, evaluando los recursos requeridos para brindar el tratamiento comparados con los resultados de eficiencia, con 28 participantes (24 hombres y 4 mujeres), con un diagnóstico de dependencia a la cocaína. Los resultados mostraron un costo promedio de \$2,552.20 pesos por usuario (incluyendo la evaluación de los seguimientos a seis meses) del TBUC, lo convierte en un programa costo efectivo, ya que se observó que durante el LIBARE en promedio presentaban 148.9 días (76%) de abstinencia y para el seguimiento se consiguió un aumento de 195 días (99%) de abstinencia.

Debido a los resultados favorables de los programas anteriormente descritos (bebedores en riesgo, PIBA y TBUC), en el siguiente capítulo se presenta un ejemplo de cada uno de ellos, cabe señalar que su aplicación se relaciona con la reducción de cantidad y frecuencia del consumo de drogas, aumento la autoeficacia, de igual forma, se considera que son costo-efectivos, debido al bajo costo por usuario y el corto tiempo en que se pueden observar los resultados. Son

tratamientos recomendados por el Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC), por lo actualmente se aplica en los Centros de Tratamiento UNEMES-CAPA de todo el país y en el Centro de Prevención y Atención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, en la Ciudad de México.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE CASOS

Se mostrarán tres casos de consumidores de drogas en donde se aplicó una intervención breve, en el primer caso, es un joven consumidor de alcohol, se aplicó la Intervención Breve para Bebedores Problema; en el segundo caso, es una adolescente, que inició su consumo de alcohol y mariguana, y participó en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (PIBA). Finalmente, un consumidor de cocaína, con quien se trabajó con el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC).

3.1 Caso 1: Bebedor en Riesgo.

Participante.

Usuario masculino de 29 años de edad, recientemente separado de una relación de 8 años viviendo en unión libre, es pasante de licenciatura, y actualmente se dedica a ser bibliotecario. El usuario inició tratamiento a principios de noviembre del 2012, concluyó en marzo del 2013 y se realizaron tres seguimientos.

Admisión.

El objetivo de este primer paso fue recibir información valiosa del usuario para ser utilizada en el tratamiento y se determinó el modelo para el cual el usuario era candidato.

El usuario refirió como motivo de consulta, la valoración y tratamiento del consumo de alcohol, canalizado por el Centro de Servicios

Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en donde fue atendido bajo un modelo cognitivo-conductual, con el objetivo de tratar la ansiedad. A decir del usuario solo asistió a esta sesión debido a que al ir trabajando la problemática de la ansiedad, la terapeuta sugirió que podría estar relacionada con su consumo excesivo de alcohol, a lo que el usuario en primera instancia, se molestó, ya que le parecía que su forma de beber era normal. Sin embargo, un mes previo a la entrevista, se propuso no tomar alcohol, sin lograrlo, lo que finalmente lo motivo a asistir, ya que le interesa excluir lo que la terapeuta le sugirió.

Durante este primer contacto fue fundamental, utilizar técnicas específicas de la entrevista motivacional, ya que el usuario mostró ciertas resistencias. Las estrategias utilizadas fueron: evitar calificar o etiquetar al usuario; utilizar un estilo reflexivo y propositivo en lugar de uno confrontativo, para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionados con el consumo excesivo de alcohol; proporcionar retroalimentación objetiva en forma no amenazadora, a fin de no provocar resistencia; informar al usuario que es posible el cambio; y permitir al usuario planear el tratamiento y elegir la meta. Finalmente con el objetivo de movilizarlo hacia una postura de cambio, ya que en un inicio mostró un estado de precontemplación, ya que no consideraba la posibilidad de cambiar, debido a que no había identificado tener un problema, o que necesitará ayuda para resolverlo.

En la entrevista inicial se determinó como principal sustancia de consumo el alcohol, principalmente cerveza, iniciando a los 13 años, incrementándose la cantidad y frecuencia a los 19 años, y estableciéndose desde hace 3 años, en un consumo de todos los fines de semana, sin ningún periodo de abstinencia, mayor a una semana,

por querer probarse a sí mismo que podría dejar de consumir, sin embargo en la siguiente situación de riesgo, consumió.

El usuario consideró su consumo como un pequeño problema, es decir estaba preocupado al respecto, pero no había tenido ninguna experiencia negativa; considerando poco importante dejar de consumir porque le gusta hacerlo, y se sentía relajado y desinhibido; cuando estaba con amigos y familiares, estos lo presionaban para consumir. Cabe mencionar que el usuario informó que su mamá y un hermano consumen alcohol de manera excesiva, su expareja consume alcohol y mariguana y la mayoría de sus amigos y compañeros de trabajo consumen alcohol, tabaco y algunos mariguana.

En caso de dejar de consumir lo haría por economía y para no incrementar su consumo, y cree que quienes le apoyarían a cambiar su consumo serían sus hermanas.

El usuario consideró que las consecuencias adversas, relacionadas con el consumo de alcohol que presentaba, eran las siguientes:

- Alteraciones digestivas: gastritis y pérdida de apetito.
- Alteraciones del Sistema Nervioso Central: lagunas mentales, temblores, golpes, caídas, confusión mental.
- Alteraciones cognitivas: problemas de atención, concentración, memoria, y para tomar decisiones.
- Alteraciones emocionales: ansiedad, celos, culpa, desesperación, inseguridad, irritabilidad, cambios drásticos de estado de ánimo, temor y sin sentimientos de afectar o dañar a otros.
- Alteraciones en relaciones interpersonales: aislamiento, mentiras, pérdida de confianza, de amigos, de comunicación, y ruptura de relaciones de pareja.

- Alteraciones de conducta agresiva: agresión física, riñas o peleas, gritos, lesiones, insultos y romper objetos.
- Alteraciones económicas: gasto excesivo.
- Alteraciones laborales: problemas con compañeros de trabajo y con jefes.
- Alteraciones escolares: cuando asistía a la escuela tenía retardos, inasistencias, reprobación de materias y de año.

Las problemáticas que el usuario consideró como graves son la ruptura de relación de pareja y los síntomas de ansiedad, a pesar de ello, el usuario nunca había buscado otro tratamiento para el consumo de alcohol.

En cuanto a los resultados que arrojó el ASSIST, se determinó que el tipo de intervención adecuada para el usuario, en cuanto al consumo de alcohol es una intervención breve (21 puntos), al igual que en el consumo de tabaco (17 puntos).

Para terminar esta sesión, se aplicó antidoping, bajo su autorización, por medio del consentimiento informado, en donde además se resaltó la confidencialidad de los datos y que estos pueden ser utilizados para fines de investigación siempre resguardando el anonimato. La prueba antidopaje resultó negativo para todas las sustancias.

Evaluación.

El objetivo de la evaluación fue desarrollar un tratamiento, con metas útiles y estrategias adecuadas a las necesidades del usuario.

Se realizó una pre-evaluación y una post-evaluación, enfocada principalmente a evaluar el patrón del consumo de alcohol, las

situaciones de riesgo y su autoeficacia ante ellas; así mismo los síntomas de ansiedad y depresión, se concluyó con la evaluación de la satisfacción en diferentes áreas de su vida. También a lo largo de todas las sesiones se entregaba al usuario el formato de autoregistro, con el fin de que registrara su consumo.

Posterior a cada evaluación se designó una sesión, con el fin de retroalimentar sobre los resultados de la misma.

Es importante señalar que en la sesión posterior a la pre-evaluación en donde se le presentaron los resultados; desde el inicio de la sesión el usuario manifestó que quería comentar algo, mostrándose cabizbajo señaló que tres semanas antes, tuvo un contacto sexual de riesgo bajo los efectos del alcohol y la pareja bajo los efectos de drogas, en donde no usaron protección, y dos días antes de la sesión, la mujer le dijo que tenía VIH positivo. Por lo que el panorama del tratamiento se modificó para el usuario, refiriendo que ya se daba cuenta de los riesgos a los que se expone, con el consumo de alcohol; esta situación aunada a recibir resultados de las pruebas que él no esperaba, modifica su fase de cambio a la de acción.

Impresión Diagnóstica.

De acuerdo con la Escala de Dependencia al Alcohol, el usuario al inicio del tratamiento tuvo una dependencia baja al mismo. Puntuando en ítems como: sufre de “cruda”s los domingos o los lunes por la mañana, frecuentemente ha tenido lagunas mentales después de haber bebido, piensa constantemente en beber y en las bebidas, bebe de un solo trago, entre otras.

Recursos disponibles.

El usuario cuenta con recursos intelectuales, sumamente importantes, que le permitieron tomar decisiones, comprender los alcances de los

beneficios de dejar de consumir, ser partícipe de todos los ejercicios del tratamiento y ejecutarlos para evaluar su resultado.

Déficit.

El principal factor de riesgo del usuario, es que no estaba totalmente convencido de dejar de consumir alcohol; en muchas ocasiones se mostraba ambivalente sobre su decisión. Por otro lado, su estilo de vida y su ambiente social, estaba totalmente relacionado a su consumo de alcohol, lo que es difícil de desprender. Así como la actividad que le gusta desempeñar: tocar batería, sin embargo esta actividad está relacionada con consumir alcohol.

Por otra parte, estaban presentes los cambios de ánimo que de manera inesperada se fueron hacia abajo, lo que evidentemente ponía en riesgo al usuario.

Intervención.

Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas.

En el autoregistro el usuario se mantuvo sin consumo, teniendo un sentimiento de miedo en el fin de semana.

El objetivo fue que el usuario reflexionara sobre su consumo de alcohol y encontrara las razones para moderar o suspender su consumo. También explorar y reducir la ambivalencia normal que experimentan los individuos cuando contemplan un cambio importante en su estilo de vida. Finalmente, el usuario estableció su primera meta de consumo, la cual intentó alcanzar en las siguientes semanas.

En la balanza decisional (tabla 3.1.1) se define ambos lados de la ambivalencia, considerándose como un proceso normal que se presenta al decidir un cambio; con lo que el usuario se pudo dar cuenta de que los costos de su consumo son más perjudiciales que los beneficios recibidos.

Tabla 3.1.1. Balanza decisional, decisión de cambio del usuario.

	Cambiar mi forma de beber	% importancia	Continuar con mi forma de beber	% importancia
Beneficios	Mayor control de mí mismo y de mis decisiones.	90%	Desinhibición.	50%
	Ninguna dependencia.	90%	Continuar con mi entorno social.	85%
	Salud física.	90%	Continuar con el gusto de tomar.	70%
	Economía.	60%	Reconocimiento social por aguantar.	30%
Costos			Habilidad para negociar.	60%
			Convivencia del negocio.	50%
	Emociones desagradables.	70%	Tomar malas decisiones e impulsivas.	100%
	Pérdida de círculos sociales.	80%	Deterioro de la salud física y mental.	100%
Pérdida de satisfacción.	40%	Mayor gasto.	70%	
Pérdida del gusto por el sabor.	50%	Inseguridad.	80%	

Posteriormente se pidió al usuario que diera tres razones por las cuales cambiar, determinó que: por tomar decisiones conscientemente, para eliminar dependencias y para manejar la salud.

Por todo lo anterior, para estar lo más tranquilo posible mientras esperaba los resultados de la prueba del laboratorio sobre

Enfermedades de Transmisión Sexual, el usuario decidió no beber en absoluto, teniendo el 75% de importancia y un 100% de confianza de lograr la meta y por el momento prefirió no ir a reuniones, hasta verse más fortalecido, ya que se acercaban las vacaciones de diciembre, lo cual significaba tener varias situaciones de riesgo.

Paso 2. Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso.

En la sesión de la siguiente semana, el usuario se mantuvo en abstinencia y logró su meta.

El objetivo de este segundo paso fue que el usuario identificara la relación entre su estilo de vida, su problemática con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevaron a beber en exceso y las consecuencias de esa forma de consumo.

Para lograr lo anterior, se realizó ejercicio, “situación en la que haya tomado alcohol en exceso”; se analizaron los disparadores que favorecieron el consumo y las consecuencias positivas-inmediatas y negativas-demoradas.

a) Identificación de la situación de consumo más grave:

“Tome mucho y realice acciones que pusieron en peligro mi vida como haber tenido relaciones sexuales sin protección con una chica con VIH positivo”.

Disparadores: invitación de amigos a consumir y tener emociones agradables (diversión).

Consecuencias: exposición al virus, probabilidad de estar infectado, lo que cambiaría el plan de vida, angustia permanente y sensación de exclusión en caso de tener el virus.

Otras situaciones asociadas con un consumo excesivo:

b) Fiesta de fin de año.

“Tomamos en la casa de una amiga, me puse a gritar y aventar cosas, y me terminaron corriendo”.

Disparadores: intención de diversión, convivir con amigos y el propósito de tomar en exceso desde un principio.

Consecuencias: Ya no ser bienvenido en esa casa, ya que la amiga terminó muy molesta. La novia (que tenía en ese momento) también se molestó porque le faltó al respeto, y lo golpeó esa noche.

c) En una fiesta de verano.

“Con los compañeros de mi trabajo, bebimos hasta el amanecer. Terminé llorando, triste, con una resaca que me duró dos días, me enfermé de la garganta y no nos volvieron a invitar a esa casa”.

Disparadores: intención de tomar alcohol en exceso, convivir con amigos, todos los asistentes tomaban y se insistió mucho en comprar alcohol suficiente para toda la noche.

Consecuencias: fuerte infección en la garganta, tener discusiones con la pareja por la forma de tomar y después manejar, no volver a recibir invitación a esa casa, mostrar muchas actitudes que lo avergonzaron, manejar y arriesgarse.

Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol.

Al revisar el autoregistro, el usuario continúa logrando su meta de mantenerse en abstinencia.

El objetivo de este tercer paso fue que el usuario desarrollara estrategias para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo.

Los mejores planes de acción que consideró el usuario para las situaciones de riesgo fueron:

- a) No beber, argumentando problemas de salud al estar en una reunión con amistades o familia. Crear el mismo ambiente de convivencia, ser empático con quienes deseen conversar con él, reír y adaptarse a su dinámica. No recordar o mencionar frecuentemente que no bebe.
- b) Asistir, adaptarse, convivir, siempre pensando en situaciones donde no tenga necesidad de beber. Ofrecerse como conductor designado, para tener más razones para no tomar.
- c) Conocer otras amistades que no propicien el consumo de alcohol para divertirse. Hacer planes con su familia para evitar pensar en la reunión o bien arrepentirse. Programar ejercicios de batería (instrumento musical que práctica) para pasar el tiempo. Divertirse, haciendo otras actividades como ir al cine u otro lugar.

Componente extra. Entrenamiento en Habilidades de Comunicación.

Al revisar el autoregistro el usuario se mantiene en abstinencia.

El objetivo de este componente fue que el usuario mejorara la comunicación con las personas que convive para obtener mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.

Se tomó la decisión de trabajar con este componente, debido a que el usuario se sentía con gran dificultad al interactuar con personas de puestos superiores en su empleo, sin estar consumiendo alcohol, para facilitar la relación.

Primero se le enseñaron las tres habilidades básicas: expresar entendimiento, asumir o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda;

posteriormente se modeló con el usuario otras habilidades, enfatizando en iniciar una conversación, dar y recibir críticas, expresar desacuerdos, y compartir sentimientos; después de lo practicado, el usuario logró aplicar algunas de las habilidades.

Es importante resaltar que en esta sesión el usuario comentó que recibió los resultados de las pruebas de laboratorio, resultando negativo para VIH, Hepatitis y otro tipo de enfermedades de transmisión sexual. Aunado a lo anterior, la doctora tratante, le explicó que sus niveles de linfocitos eran normales, lo que sugería que era poco probable que se desarrollará el virus, por lo que la siguiente prueba de laboratorio se la tendría que realizar 6 meses después, de esta última prueba.

El usuario manifestó sentirse bien, aunque seguía quedando la incertidumbre si en algún momento pudiera desarrollar VIH, por lo que se refuerza el que se continúe cuidando y no se tengan conductas de riesgo; en cuanto a su decisión sobre seguir sin consumir alcohol, parece no influir, sin embargo esto le brindó mayor seguridad.

Paso 4. Nuevo establecimiento de metas.

Al revisar el autoregistro se pudo observar que el usuario se ha mantenido sin consumo, no sólo en los últimos días sino a lo largo de todo el tratamiento.

El objetivo del paso final del tratamiento, fue analizar el progreso durante su participación en el modelo, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales; el usuario definió su segunda meta de consumo.

El usuario restableció la meta, en donde decidió consumir moderadamente, es decir, no más de 3 tragos estándar, durante un día a la semana. No bebiendo en absoluto en fiestas, reuniones familiares, al estar solo, en citas con pareja, reuniones de trabajo u otro tipo de eventos. Solamente consumiría en caso de asistir a una reunión y beber alcohol sea la única manera de ser aceptado en el círculo que le interese entrar, por cuestiones laborales. Esta meta resultaba ser más importante que la mayoría con un 75% y el usuario señaló tener bastante confianza en poder lograrla con el 75% de seguridad.

Seguimientos.

El objetivo de realizar los seguimientos fue medir el impacto directo de la intervención, a través de su retroalimentación, a fin de descubrir nuevas propuestas, también reforzar el proceso de la intervención e identificar las posibles recaídas y prevenirlas.

Se llevaron a cabo tres seguimientos hasta el momento de este reporte (al primer mes, a los tres y seis meses), en donde se aplicó la entrevista de seguimiento para el usuario, y los instrumentos aplicados en la pre y post evaluación, añadiendo la aplicación del alcoholímetro y antidoping.

Primer Seguimiento.

Se aplicó alcoholímetro y antidoping, resultando negativas ambas pruebas.

Durante la entrevista el usuario reportó que en el último mes solo consumió en una ocasión un trago estándar, por lo que considera que su consumo no es un problema. Se encontraba en una fase de cambio de mantenimiento; lográndolo a través de aplicar satisfactoriamente

las siguientes estrategias o técnicas: solución de problemas, identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol, establecimiento de metas, estrategias de cambio en el estilo de vida, balanza de decisiones (recapacitar entre pros y contras) y en especial ha hecho otras actividades que son igual de placenteras que el consumo de alcohol.

Como parte de estas actividades señaló que cuando estaba en una situación de riesgo, por ejemplo: un evento social, prefería bailar, platicar con sus amigos y desde un principio referirse como conductor designado.

Los beneficios que le ha traído hasta ese momento, el modificar su consumo, han sido: económicos (le permitió pagar deudas importantes), de salud (sentirse bien todos los días, sin la ““cruda””), y lo que consideró más importante, haber comenzado con los trámites para su titulación.

Lo anterior, le hace crear planes de acción para que pueda organizar sus tiempos, de tal forma que le permita realizar la tesis y ser baterista en una banda. En general consideró que estaba satisfecho con su calidad de vida.

Finalmente, el usuario considera que la comunicación telefónica para los seguimientos es una muy buena estrategia ya que permite a los terapeutas mantener el contacto con los pacientes.

Segundo Seguimiento.

Se inició la entrevista con la revisión del autoregistro, en donde el usuario reportó haber consumido en tres ocasiones distintas 1 trago estándar (cerveza), dos en reuniones familiares y la otra cuando iba a tocar la batería en una presentación. El usuario señala que las bebió porque tenía sed, aunque después tomó refresco, como estrategia para

moderar su consumo; también señaló, que se autocontrolaba a través de recordar su balanza decisional, es decir, recordar los motivos por los cuales decidió moderar su consumo.

Fue importante para él darse cuenta que estos días que consumió de manera moderada, no le trajeron ninguna consecuencia negativa, aunque aceptó que la única consecuencia positiva fue solo disfrutar del sabor de la cerveza. Se le aplicó el alcoholímetro y antidoping y ambos resultaron negativos. La fase de cambio en la que estaba era la de mantenimiento.

Su meta de consumo se sigue manteniendo y la ha cumplido incluso en menor cantidad y frecuencia de lo acordado, solo no se cumplió en las situaciones en las que el usuario mismo acordó no consumir y por el momento refiere que seguirá trabajando en ello.

Finalmente refirió que en otras situaciones ajenas al consumo, ha utilizado estrategias como las de solución de problemas, en donde analizaba primero cuál es el problema, así como sus posibles soluciones, evaluando las ventajas y desventajas de las mismas, para finalmente ejecutar la solución.

Tercer Seguimiento.

En esta última sesión, modificó su fase de cambio de mantenimiento a ambivalencia, que lo llevo a presentar el mayor consumo desde el inicio del tratamiento, incluso sobrepasando la meta establecida, que era de tres tragos estándar.

Consumió en su cumpleaños 10 tragos estándar, posteriormente consumió cada fin de semana, 1 trago, después 2 y en una ocasión hasta 11 tragos. Justifica este consumo por la situación emocional que

le causo ver a su ex-pareja. Sin embargo, señaló sentirse satisfecho en el ámbito personal y laboral.

A pesar de que el consumo se debió a emociones positivas (festejar su cumpleaños) y emociones ambivalentes, como en la última ocasión, consideró que el consumo no le benefició en ningún sentido, por lo que decide retomar su anterior meta de consumo. Respecto a las consecuencias negativas, consideró que se falló a sí mismo, ya que era un compromiso que se había propuesto. Al aplicar alcoholímetro y antidoping, resultaron negativos.

Se analizó que las caídas son normales y que es muy importante que recuerde las estrategias que se habían diseñado para enfrentar este tipo de situaciones y/o ir generando nuevas estrategias, ya que finalmente quiere mantenerse en la misma meta de consumo y los períodos de sesiones terapéuticas se alejan cada vez más, aunque se le deja cita abierta por cualquier eventualidad.

Resultados.

A continuación se presentan los resultados de los instrumentos aplicados al usuario a lo largo de toda la intervención:

Se inició con la *Línea Base Retrospectiva (LIBARE)*, presentada en la figura 3.1.1, en donde se muestra el consumo del usuario 12 meses previos a la entrevista, durante la intervención y en el proceso de los tres seguimientos; previo a la aplicación, fue necesario explicar el concepto de trago o copa estándar, para una adecuada cuantificación del consumo. Es importante darse cuenta que el usuario no tuvo ningún periodo de abstinencia, antes de la intervención, incluso menciona que tres años atrás llevaba prácticamente el mismo consumo, que el reportado; y su abstinencia se observó después de la

segunda semana de la intervención, para consumir de manera moderada en los seguimientos, presentando solo una caída en el último seguimiento.

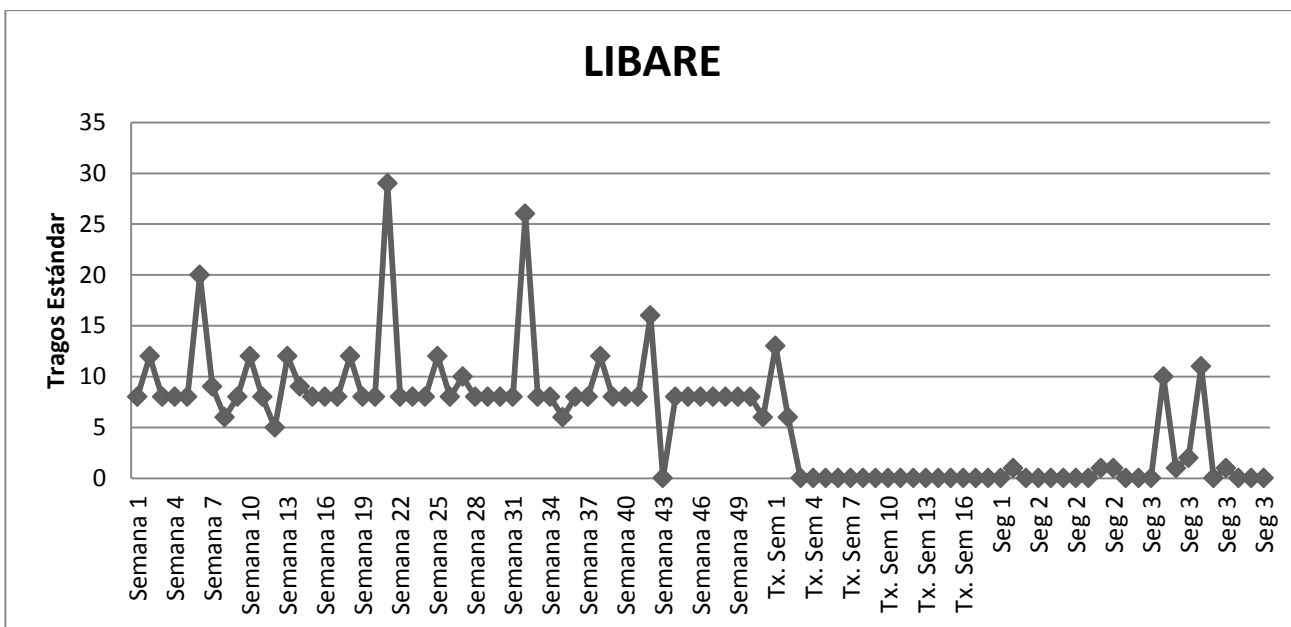


Figura 3.1.1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), muestra el consumo de alcohol en tragos estándar, de un año previo al inicio del tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos.

Como se observa la tabla 3.1.2 en los meses previos al tratamiento el usuario consumió 469 tragos, y se observa claramente el cambio de días de mayor abstinencia durante y después del tratamiento, todo esto medido a través de los auto-registros del consumo de alcohol. También se pudieron observar los episodios de deseo fuerte por consumir alcohol, teniendo al principio del tratamiento, antojo casi cada fin de semana, pasando al final del tratamiento a un deseo esporádico, que duro solo mientras observó unas cervezas. Es importante mencionar que en los seguimientos, el deseo por consumir

aumentó, se establecieron estrategias para enfrentarlo, por ejemplo: tomó refresco o se distrajo en otra actividad.

Tabla 3.1.2. Patrón de consumo de alcohol en tragos estándar, del usuario.

	ANTES DEL TX.	DURANTE TX.	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3
SUMA TOTAL	469 copas	0	1	3	25
PROMEDIO SEMANAL	8 copas	0	0	1	5
PROMEDIO POR OCASIÓN	4 copas	0	1	1	1
DÍAS DE CONSUMO	43	0	1	3	5
DÍA DE MAYOR CONSUMO	Sábado	Ninguno	Sábado	Sábado	Sábado
PERIODO DE ABSTINENCIA	7 días	4 meses	5 meses	7 meses	8 meses

En cuanto a las escalas de dependencia se aplicó el *Test de Fagerström de dependencia a la nicotina* (ver figura 3.1.2), debido a que el usuario reportaba también consumo de tabaco, y finalmente la *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)*, (ver figura 3.1.3), observándose una reducción de los puntajes, manteniéndose en dependencia baja, en ambas escalas, incluso con la caída que presentó en el último seguimiento.

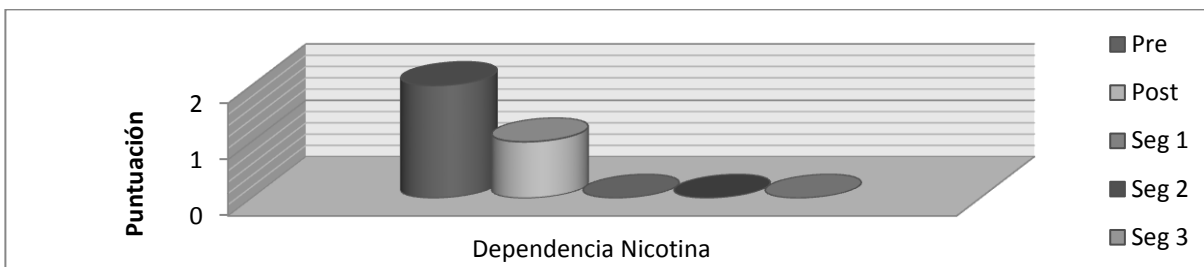


Figura 3.1.2. Resultados del Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina, en sus diferentes mediciones.

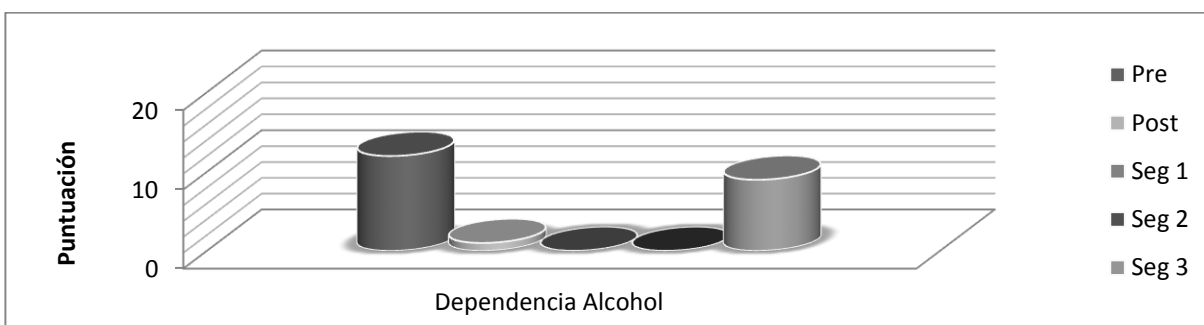


Figura 3.1.3. Resultados de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), en sus diferentes mediciones.

Para finalizar con la presentación de los resultados relacionados al consumo de alcohol, se aplicó el *Inventario Situacional del Consumo de Alcohol (ISCA)*, (ver figura 3.1.4), y el *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, (ver figura 3.1.5); en donde las principales situaciones de riesgo antes del tratamiento eran: presión social (77%), momentos agradables con otros (73%), emociones desagradables (63%), emociones agradables (63%) y probando autocontrol (50%); coincidiendo con las situaciones de menor confianza: presión social (20%), momentos agradables con otros (20%), emociones desagradables (30%), emociones agradables (40%) y probando autocontrol (40%);

modificándose al final del tratamiento, a no presentar situaciones de riesgo y aumentando su autoeficacia.

Sin embargo, con la caída del último seguimiento, manifestó tener riesgo nuevamente en las mismas categorías que en el pre-tratamiento; no obstante, su confianza aunque descendió, no llegó a los mismos niveles que al comienzo, teniendo mayor riesgo en las categorías sociales como: presión social y momentos agradables con otros, sumado a momentos agradables, todos con 50% de confianza de no consumir, en dichas situaciones.

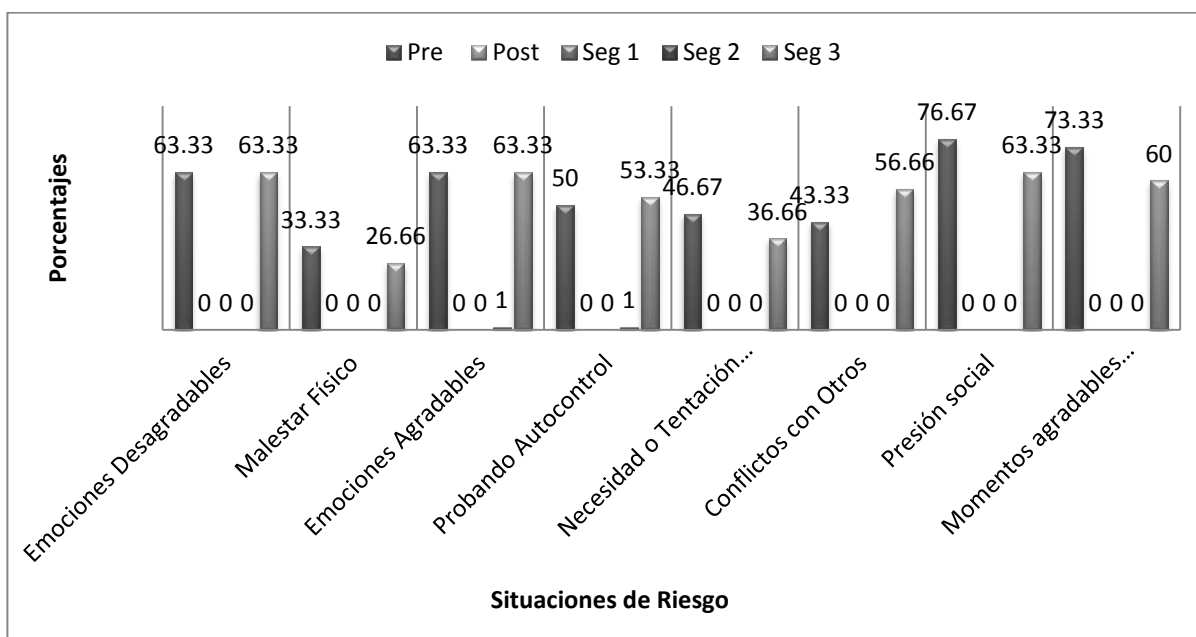


Figura 3.1.4. Muestra los porcentajes de la Situaciones de riesgo, del usuario, en sus ocho subescalas, en las diferentes mediciones.

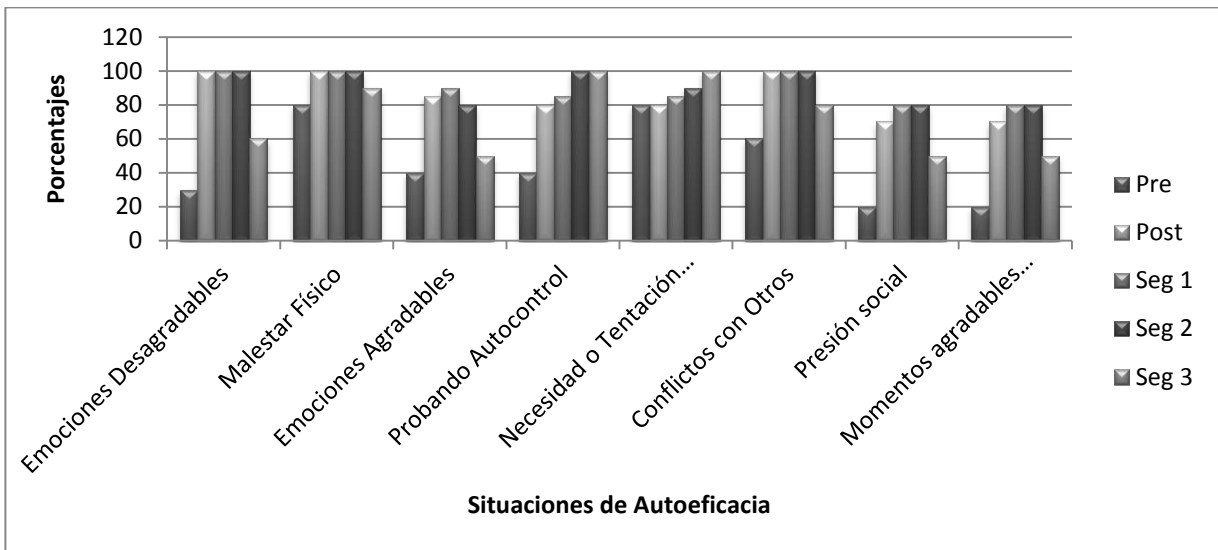


Figura 3.1.5. Porcentajes de la Autoeficacia ante el consumo, durante las diferentes mediciones.

En cuanto a la evaluación de las emociones, se aplicó el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, (ver Figura 3.1.6) y, el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, (ver Figura 3.1.7), se observa que los puntajes fueron cambiando a lo largo de las mediciones, no obstante siempre indicaba que los niveles de ambos se mantenían bajos. Llama la atención que en la caída que tuvo en el último seguimiento sus emociones también descendieron, presentando síntomas, como la culpa.

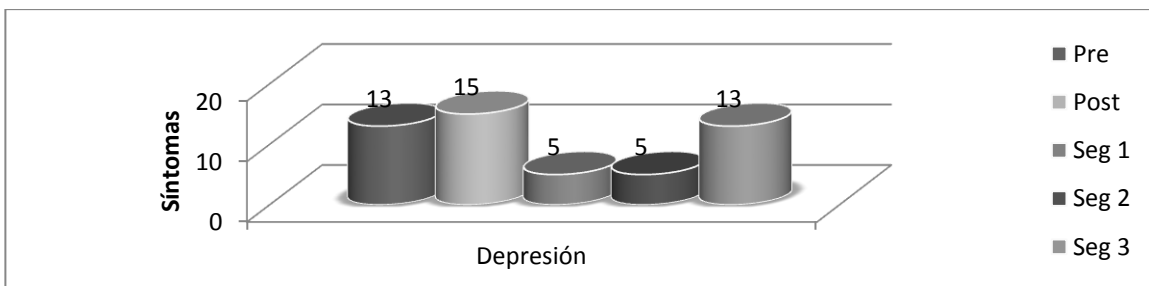


Figura 3.1.6. Inventario de Depresión de Beck (BDI), antes y después del tratamiento, al igual que los seguimientos.

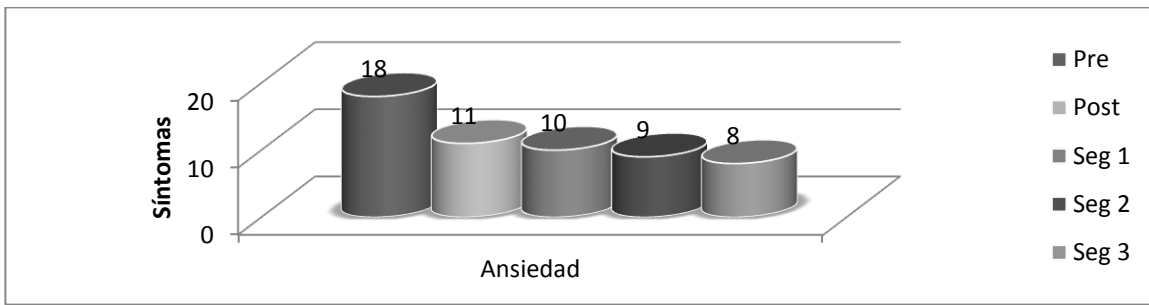


Figura 3.1.7. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), antes y después del tratamiento, al igual que los seguimientos.

Para concluir con los resultados, en la figura 3.1.8, se puede observar los niveles de satisfacción que tuvo a lo largo de las diferentes mediciones, para finalmente observar la satisfacción general de vida.

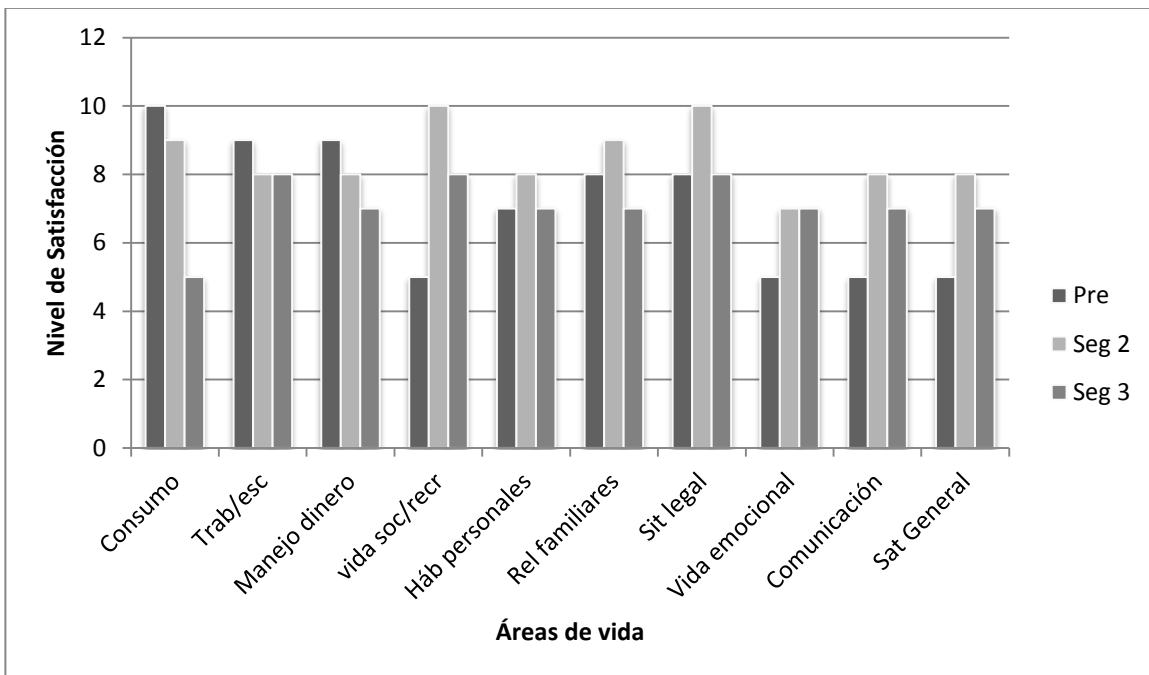


Figura 3.1.8. Resultados de la Escala de Satisfacción General, a lo largo del tratamiento.

Conclusiones.

Uno de los aspectos que es importante resaltar de este caso es la importancia de la entrevista motivacional desde la primera sesión, ya que el usuario llegó por recomendación de una terapeuta y solo con la idea de asistir a una sola sesión para descartar que tuviera un problema de alcoholismo; la utilización de esta técnica, aunado a la retroalimentación de algunos de los instrumentos de breve aplicación y calificación, permitió que el usuario tomara conciencia de la importancia de profundizar más en el tratamiento de su consumo de alcohol.

Recapitulando que las consecuencias negativas del consumo eran evidentes y que en ocasiones anteriores que se había comprometido no consumir alcohol no lo había logrado.

Por lo anterior, el usuario se permitió mantenerse puntual en toda la intervención y aunque por razones ya conocidas, inició estableciendo una meta de abstinencia y posteriormente cambió a moderación, lo que es contrario al propósito que se busca normalmente, en donde el usuario primero se establece una meta de moderación para así llegar a la abstinencia; el usuario logró una reducción significativa de su consumo.

Si bien es cierto que en el último seguimiento se presentó una caída, por cuestiones emocionales, se retroalimentó sobre ello y se motivó a seguir adelante con su meta.

A pesar de que el principal objetivo de la intervención es la reducción del consumo de alcohol, es evidente que es necesario profundizar y fungir como apoyo para otros temas importantes para el usuario, en este caso fue el apoyo e impulso para acudir a realizar pruebas de VIH y después para recoger los resultados, ya que era sumamente

importante conocerlos y al saber que eran negativos, manejar las emociones positivas de manera correcta y alejadas del consumo de alcohol.

En general, se da un buen pronóstico respecto a su consumo de alcohol, no descartando algunas posibles caídas. Sin embargo, el usuario cuenta ya con herramientas que le permitirán saber si requiere apoyo terapéutico u otro tipo de intervención; el usuario además tiene suficientes herramientas intelectuales, emocionales y físicas que apoyan el pronóstico.

3.2 Caso 2: Adolescente que inicia el consumo de alcohol y otras drogas.

A continuación se presenta un ejemplo de la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA).

Participante.

Usuaría de sexo femenino, de 17 años de edad, estado civil: soltera, escolaridad: 3° preparatoria, ocupación: estudiante de tiempo completo, vivía con su progenitor, su abuela y tío paterno. La adolescente inicia el tratamiento a principios de noviembre del 2012 y lo concluye en marzo del 2013 y se realizaron tres seguimientos hasta el momento de este reporte.

Admisión.

El objetivo de este primer encuentro fue identificar si la adolescente cumplía con los criterios de inclusión al programa de intervención

breve, así como obtener información general sobre la vida familiar-social de la adolescente; finalmente se aplicó una prueba biológica de detección del consumo de drogas.

En primera instancia la adolescente refirió como motivo de consulta el consumo de alcohol, posteriormente en la entrevista refirió también consumir mariguana; asistió acompañada de su abuela paterna, la cual comentó que la usuaria estuvo en el hospital por haber consumido alcohol en exceso.

La adolescente fue quien decidió asistir al centro, motivada porque ese día, al que se refirió la abuela, tomó en exceso, debido a que, no comprende porque su mamá no estaba con ella, siendo este otro motivo de consulta.

Durante la entrevista inicial se recolectaron los siguientes datos:

Dos años antes de la entrevista inició su consumo de alcohol, principalmente cerveza, después pulque y destilados como el ron; lo hacía principalmente acompañada, en un lugar público. En una escala del 1 al 10, tiene 9 de seguridad de lograr no consumir ninguna sustancia; considera su consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, como un gran problema (he tenido algunas consecuencias serias), y sin problema su consumo de drogas. Su mayor periodo de abstinencia ha sido de un año (de enero de 2011 a enero 2012).

De acuerdo con la usuaria, el 9 de enero del 2012, después de consumir en exceso alcohol afuera de la escuela, lloró y gritó por cuestiones relacionadas, a que su mamá no estaba con ella, y aparentemente esto le provocó un ataque de asma y la tuvieron que llevar al hospital.

En el momento de la entrevista, consideraba importante dejar de consumir alcohol/drogas, por salud, por no gastar dinero y por su familia. Y pensaba que su papá, abuela y todos sus amigos, serían quienes le ayudarían a cambiar su consumo.

La adolescente se encontraba en la etapa de cambio de contemplación, es decir, reconoció que hay un problema con su consumo de sustancias, sin embargo, presentó una ambivalencia, en donde consideraba que era importante realizar un cambio, pero al mismo tiempo lo rechazaba. En su discurso, dio importantes razones para cambiar pero al mismo tiempo se trató de justificar o simplemente se mostró resistente, en especial, en presencia de su abuela.

En su familia, su papá antes consumía alcohol y marihuana; al momento de la entrevista relató que su mamá consumía alcohol, sin saber si esto es un problema, su medio hermano consumía cocaína, metanfetaminas, marihuana, alucinógenos; uno de sus tíos (hermano de su papá) que vivía con ella, consumía alcohol y tabaco; en su círculo social, su ex-novio consumía de manera excesiva alcohol y la mayoría de sus amigos consumían alcohol, tabaco y marihuana.

En torno a la dinámica familiar, describió la relación con su papá como muy buena, y con su mamá regular, ya que la veía muy poco, debido a que su mamá la dejó con su papá desde que ella era niña. La relación con sus hermanos es buena. En relación a la tolerancia social hacia el consumo por parte de sus padres y su mejor amigo, considera que ellos ven mal el que ella consuma alcohol y drogas.

Al momento de la entrevista, no tenía novio, sin embargo, señaló haber tenido problemas con dos ex-novios, que se pelearon frente de ella, cuando estaban bajo efectos del alcohol y constantemente la

molestaban, incluso la familia de uno de ellos, la amenazo, por ser la aparente responsable de la riña.

La adolescente inició su vida sexual a los 16 años, en ocasiones no utilizó condón y usó pastillas anticonceptivas de emergencia, para prevenir un embarazo no deseado, sin embargo, no se ha hecho una prueba para detectar Enfermedades de Transmisión Sexual.

A los 4 años le diagnosticaron asma y desde entonces toma salbutamol; mencionó que en las temporadas de frío los síntomas aumentan y tiene constantemente infecciones de garganta y resfriados.

Desde los 7 años de edad sufre de gastritis y colitis nerviosa, tiene sobrepeso de aproximadamente 6 kilos; después de consumir ha tenido lagunas mentales, golpes y caídas (se raspo la cara), también problemas de atención y para tomar decisiones, mentiras y rupturas de relaciones de pareja; finalmente, ha presentado irritabilidad y cambios drásticos de estado de ánimo previos a su periodo menstrual.

En cuanto a su desempeño escolar lo consideró regular, tenía tres materias reprobadas y retardos constantes, en ese momento pensaba en tener que quedarse otro año en la preparatoria para cursar las materias reprobadas.

La adolescente nunca antes había estado en un tratamiento relacionado al consumo de alcohol y drogas. El resultado del ASSIST indicó la necesidad de una intervención breve, tanto para alcohol (13 puntos) y mariguana (8 puntos), aunque en el último año también refirió consumo de medio cuadro de LSD en tres ocasiones, no puntúo para una intervención.

Por último se aplicó la prueba de antidoping, previo a la autorización, tanto de la usuaria como de su abuela, explicándoles a ambas, que la prueba se puede aplicar en varios momentos del tratamiento y que los resultados de esta y otras pruebas, así como toda la información es de absoluta confidencialidad, la información que brinde la usuaria, no se le puede compartir a la familia, a menos que la vida de la adolescente, estuviera en riesgo. Se les informó también que sus datos podían ser usados para fines de investigación, resguardando siempre el anonimato; ambas aceptan. Los resultados del antidoping son negativos para todas las sustancias consideradas, la usuaria le comentó los resultados a su abuela, quien reaccionó satisfactoriamente.

Evaluación.

El objetivo de la evaluación fue identificar algunos factores relacionados a su consumo de drogas como: la habilidad percibida por ella misma de controlar su consumo, además de su forma de actuar en diversas situaciones o eventos ante los que podría tener problemas asociados con el consumo de drogas.

En la pre-evaluación, la post-evaluación y los seguimientos, se aplicaron instrumento incluidos en el PIBA y añadiendo otros con el fin de brindarle más información sobre su consumo y otros aspectos de su vida, como los síntomas de ansiedad y depresión.

Impresión Diagnóstica.

Debido a que la usuaria, adolescente, consumía alcohol y mariguana, fue necesario evaluar en estos dos sentidos. En cuanto al primero se aplicó la Escala de Dependencia al Alcohol, en el cual resultó una

dependencia baja. Al igual que en los indicadores de dependencia del DSM IV, en este caso de la marihuana, puntuando para: no experimentas los mismos efectos con la droga que los que experimentabas la primera vez que la usaste y estás consciente de que el consumir droga te hace daño y aun así no dejar de tomarla.

Recursos disponibles.

La adolescente, estaba motivada a acudir al tratamiento y aunque en ocasiones se mostraba poco ambivalente, era más el tiempo en el que quería cambiar su consumo de alcohol y drogas.

Contaba con apoyo familiar principalmente de su abuela paterna para dejar de consumir y asistir a tratamiento y en general contaba con el apoyo de su padre.

Déficit.

La principal desventaja que presentaba la usuaria era su edad, ya que su propia inmadurez le llevaba a tomar decisiones de manera impulsiva, lo cual perjudicaba a las metas trazadas. Aunado a lo anterior, se encontraba en un círculo social donde siempre era invitada por los amigos a fiestas o simplemente a consumir.

Un punto importante era la poca comunicación que tenía con su familia y la casi nula relación con su progenitora, lo cual le afectaba directamente.

Intervención.

Componente 1. Balance decisional y establecimiento de metas.

A partir de este momento en todas las sesiones se revisó el autoregistro, reportándolo al inicio de cada una de ellas; en este caso el autoregistro se mantuvo en “0” consumo.

El objetivo fue que la adolescente analizara su consumo, elaborara su balance decisional (ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo, ver tabla 3.2.1), para que, pudiera establecer una meta de reducción de consumo.

Tabla 3.2.1. Balanza decisional de la adolescente.

Cosas positivas de tomar en exceso	Cosas negativas de tomar en exceso
Divertirme Conocer gente Sentirme mejor Estar feliz Disfrutar más la situación Me distraigo más Hablo con más confianza Se me olvidan los problemas Me siento más seguro de mi	Problemas con la familia “cruda” Dolores de cabeza Problemas de salud Problemas en la escuela
Cosas positivas de cambiar	Cosas negativas de cambiar
Evitar posibles accidentes Mejoría en la escuela Evitaría “cruda” Tener buena salud	No conocería más gente

A partir del análisis de la balanza, se redujo su ambivalencia y decidió tomar menos, solo los lunes, miércoles y sábado, dos copas o cervezas,

lo mismo en el caso de la mariguana, de uno a dos toques; solo cuando estuviera con amigos en casa de alguno o en un bar; además, no iba a consumir en las mañanas o cuando estuviera en la calle. Consideró esta meta tan importante como otras en su vida, con un 50%, siendo el mismo porcentaje de confianza para lograrla.

Componente 2. Situaciones de riesgo.

El objetivo fue que la adolescente identificará las principales situaciones de riesgo de consumo. Al revisar el autoregistro, la usuaria se mantuvo sin consumir, reforzándole su conducta.

A continuación la usuaria describió tres situaciones, en las cuales tuvo consecuencias negativas debido a su consumo de drogas:

Situaciones de consumo 1

“Fue una situación desagradable con un amigo, consumí 5 o 6 tragos estándar de antillano ($\frac{1}{4}$), como consecuencias negativas, terminar en el hospital, disgustos con mi familia, preocupación, problemas en la escuela, me sentí peor, no resolví nada de lo esperado; como consecuencias positivas, aprendí a no sobrepasarme”.

Situaciones de consumo 2

“Fue una situación de consumo inesperada en la que fumaban unos compañeros y me invitaron, aunque desde que los ves sabes que terminarás fumando, fueron 2 toques, me sentí relajada, sin embargo no puse mucha atención en clase y me atrase, no entendí”.

Situaciones de consumo 3

“Situación agradable. Reunión con amigos. 3 o 4 tragos estándar de mezcal. Me sentí desinhibida. Me sentía alegre. Conviví con mis

amigos. Como consecuencia negativa hubo sospecha de mis familiares y hacer del baño en vía pública”.

Componente 3. Planes de acción.

Se inició la sesión revisando el auto-registro, en donde se mantuvo en abstinencia.

El objetivo fue que la adolescente elaborará planes de acción para enfrentar las principales situaciones de consumo.

A partir de la identificación de las situaciones de mayor consumo, se le explicó la importancia de enfrentar esas situaciones realizando acciones planeadas por ella, basadas en las experiencias exitosas de abstinencia o moderación que ha tenido. Se enfatizó que los planes de acción para enfrentar las situaciones deberían ayudar al logro de la meta y deberían ser acciones que pudiera controlar, realistas y fáciles de llevar a cabo, por lo que la adolescente planteó lo siguiente, valorando también las ventajas y desventajas de cada plan:

Situación 1

Primera opción. No tomar.

Plan: “No comprar alcohol. Así no gasto dinero y no hay consecuencias negativas”.

Segunda opción. No tomar.

Plan: “Si compran alcohol no tomar, ignorar que están tomando. Así no terminaría en el hospital ni poniéndome en riesgo, sin embargo se me puede antojar”.

Situación 2

Primera opción. Irme de ahí, alejarse.

Plan: "Primero observarlos desde antes, si están consumiendo o no. Y si están consumiendo, me iría. No fumaría y me concentraría en la escuela pero sé que mis amigos se molestarían".

Segunda opción. Decidir no consumir y decir NO.

Plan: "Llegar con la mentalidad de no fumar y cumplirlo y decir que NO. Como consecuencias positivas: concentrarme en la escuela y no fumar; y como negativas: que el antojo se puede incrementar y arriesgarme más a fumar y no cumplir con la meta".

Situación 3

Primera opción. Decidir NO tomar.

Plan: "No comprar alcohol. Así no estaría bajo los efectos del alcohol y no me pondría en riesgo; sin embargo ya no me sentiría desinhibida".

Segunda opción. Cambiar el consumo por dulces.

Plan: "Comprar muchos dulces y comerlos mientras están cerca las personas que consumiendo. Las consecuencias positivas serían: sentirse bien, no estaría ansiosa, no tendría los efectos por el alcohol. Y las consecuencias negativas serían: se me picarían los dientes, se me puede antojar y hay riesgo, entonces consumir".

Es importante señalar que para el momento de esta sesión, la adolescente ya había aplicado varios de los planes descritos, con el objetivo de no consumir, por lo que ya sabía que le funcionaban.

Componente 4. Metas de vida.

Se inició la sesión revisando el autoregistro y nuevamente la adolescente se mantuvo sin consumo.

El objetivo fue que la adolescente analizará el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida.

Se solicitó a la adolescente que estableciera sus metas, a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.), siendo realistas y factibles, considerando los diferentes recursos con los que cuenta y analizando los obstáculos con los que se pueda encontrar y formas o estrategias para resolverlos. Las principales metas fueron:

Meta 1

Tener la licenciatura y continuar desarrollando sus estudios.

Plan:

A un mes: Subir promedio.

A seis meses: Organizar las materias y otros cursos.

Meta 2

Bajar de peso y tener buena salud. Saber muchos trucos de hula.

Plan:

A un mes: Hacer ejercicio.

A seis meses: Practicar hula.

Meta 3

Tener un coche.

Plan:

A un mes: Organizarse, priorizar gastos.

A seis meses: Ahorrar el dinero para el coche (no todo, una parte considerable, teniendo en cuenta que no genera ingresos y tiene que cubrir otras necesidades prioritarias).

La adolescente refirió como obstáculos en el camino, tener una adicción y su flojera. Consideró que si continuaba consumiendo no cumpliría o atrasaría sus metas y como parte de las consecuencias, tendría una expulsión o suspensión de la escuela, aparte de no tener la misma capacidad de estudiar.

Componente 5. Cruzando la meta.

En esta sesión se presentó un consumo de 1 toque de mariguana, sin consecuencias adversas, y manteniéndose en su meta de consumo.

El objetivo esta vez fue que la adolescente revisará el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y la realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y establecer una nueva, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo.

La meta para los próximos seis meses fue consumir menos, con un máximo de dos copas o toques (en caso de mariguana), y en no más de dos días por semana. Señaló que va a consumir cuando no esté en alguna situación de riesgo, por ejemplo: en la calle; y no va a consumir cuando vaya a salir con la familia y esté en riesgo (que haya más hombres o sean mayores).

Los beneficios que reportó la usuaria de cambiar su consumo son:

- ✓ Que ya no se hace tanto daño (salud).
- ✓ Ocupa su tiempo en cosas positivas (escuela y recreación).

- ✓ Esta más tranquila con su familia.
- ✓ Que puede convivir sanamente.
- ✓ Que cambia su perspectiva sobre el consumo y sobre quienes consumen, ya no se identifica tanto con ellos. Busca relaciones interpersonales más sanas.

En esta sesión terminó la intervención y se programó el primer seguimiento, enfatizando la importancia del mismo.

Seguimientos.

Durante los seguimientos se buscó obtener información relativa al patrón de consumo de la usuaria, los planes de acción utilizados para enfrentar las situaciones de riesgo para el consumo, la presencia de recaídas y la respuesta ante ellas; así como información relacionada con los síntomas, problemas y consecuencias asociadas al consumo. La información se obtuvo mediante una entrevista y el uso de instrumentos de evaluación junto a la prueba de antidoping.

Primer seguimiento.

En este primer seguimiento la usuaria reportó en su auto-registro tres días de consumo durante el mes: el 8 de abril del 2013, tomó 2 tragos estándar de pulque, el 19, 2 tragos estándar de cerveza, y el día 22, tomó un trago estándar, también de cerveza.

A pesar de que el consumo, estuvo dentro de la meta que estableció, su papá en uno de esos días de le dijo, que olía a alcohol y por esa razón estuvo a punto de no dejarla asistir a la fiesta de graduación. A pesar de que hay consumo, la usuaria se mantuvo en una fase de acción, donde continua aplicando estrategias para no consumir en

exceso. No se presentó consumo de mariguana, siendo el antidoping negativo para cualquier sustancia.

En la fiesta de graduación, se sintió muy bien porque a pesar de que había disponibilidad de alcohol, decidió no consumir y disfrutó la fiesta. Las actividades que hizo para no consumir, fueron, bailar, platicar con sus amigos y beber jugos o refresco.

En cuanto al avance de sus metas, la usuaria reportó que en el ámbito escolar, logró terminar la preparatoria, sin necesidad de quedarse otro año, como lo tenía previsto, también planeaba meterse a una carrera alterna por el momento, que es para la que le alcanza el promedio y el pase directo de la UNAM, para prepararse para el otro año hacer el examen a la carrera que realmente quiere.

Para cumplir con sus metas sobre salud, ha estado asistiendo a una nutrióloga y siguiendo el régimen nutricional, ha realizado ejercicio y ha logrado bajar de peso. También ha asistido con el otorrinolaringólogo para controlar los problemas relacionados con el asma y planeó, junto con su papá, juntar dinero para una posible cirugía de nariz, la cual le beneficiaría mucho.

La usuaria concluyó la sesión señalando que se sentía bien y satisfecha con los logros y avances que había logrado en los diferentes aspectos de su vida.

Segundo seguimiento.

Para el segundo seguimiento, y por petición de la usuaria, se realizó en dos sesiones ya que solicitó apoyo para manejar algunos problemas familiares, que si bien no la involucraban directamente, si le producían preocupación. Dada esta situación, se retomaron las habilidades de control de la tristeza.

En el auto-registro se presentó una recaída en el consumo de drogas sin presentar aparentemente consecuencias directas de estos consumos y resultando negativo el antidoping; se mantuvo sin consumir alcohol.

En la primera ocasión, consumió $\frac{3}{4}$ de LSD, 4 toques a un cigarro de mariguana y tomo aproximadamente 250 ml de agua disuelta con 2 MDMA; un mes después presentó tres consumos: el primero, 2 toques de mariguana, el segundo, 8 toques de mezcla de hashis, mariguana y mariguana morada, y el último, solo fue 1 toque.

Asoció esta recaída con las emociones desagradables que experimentó al no pasar directamente a la Universidad, ya que reprobó los extraordinarios y tiene que quedarse otro año en la preparatoria. Otras razones de consumo fueron sentirse bien con sus amigos y hermano, con el cual logró establecer una relación, aunque se resaltó que esta relación se da en el consumo, lo cual implica un riesgo. Debido a todo esto se retomaron muchas de las habilidades aprendidas durante todo el tratamiento.

Tercer seguimiento.

En el último seguimiento, consumió en una ocasión, $\frac{1}{4}$ LSD, 5 toques de mariguana y $\frac{1}{4}$ de pastilla de éxtasis. Un mes después, consumió en tres ocasiones, la primera, 2 toques de mariguana, y en las otras dos ocasiones, un trago estándar por ocasión, cerveza y pulque. A pesar de ello, el antidoping resultó negativo y de una recaída pasó a una fase de acción, debido a que en el último mes se había propuesto reducir el consumo, lográndolo, lo que demuestra a sí misma que era posible.

En este seguimiento se resaltó la importancia de lograr sus metas de vida, y la relación que tienen las mismas con su consumo de drogas. Se le hizo notar que su consumo había aumentado de manera paulatina, además de haber probado nuevas drogas; del mismo modo se resaltó

que contaba con herramientas para disminuir el consumo como lo había demostrado en el último mes. Es importante resaltar que a pesar de reportar consumo, el antidoping resultó negativo para todas las sustancias.

Además de lo anterior, se analizaron todos los logros que ha tenido en sus metas de vida, principalmente en el área escolar, familiar y emocional.

Resultados

Como se mencionó anteriormente se aplicó una batería de instrumentos, a lo largo de la intervención, a continuación se presentan los resultados de los mismos.

En la *Línea Base Retrospectiva* (figura 3.2.1): Con objetivo de identificar el patrón de consumo, la cantidad consumida en un día típico y observar los periodos de abstinencia de cada sustancia se registraron los consumos anteriores a la intervención, durante y posterior a la misma. Desde el inicio de la intervención, fue indispensable que la adolescente conociera el concepto de trago o copa estándar; en el caso de la mariguana, se decidió medirlo por “toques”, es decir fumadas al cigarro de mariguana, ya que nunca consumió un cigarro entero. El consumo durante el tratamiento y posterior a él, se midió a través de los auto-registros. Como ya se había mencionado, en el segundo seguimiento se presentó el mayor consumo de mariguana e incluso de otras drogas. Se muestra un resumen en la tabla 3.2.2.

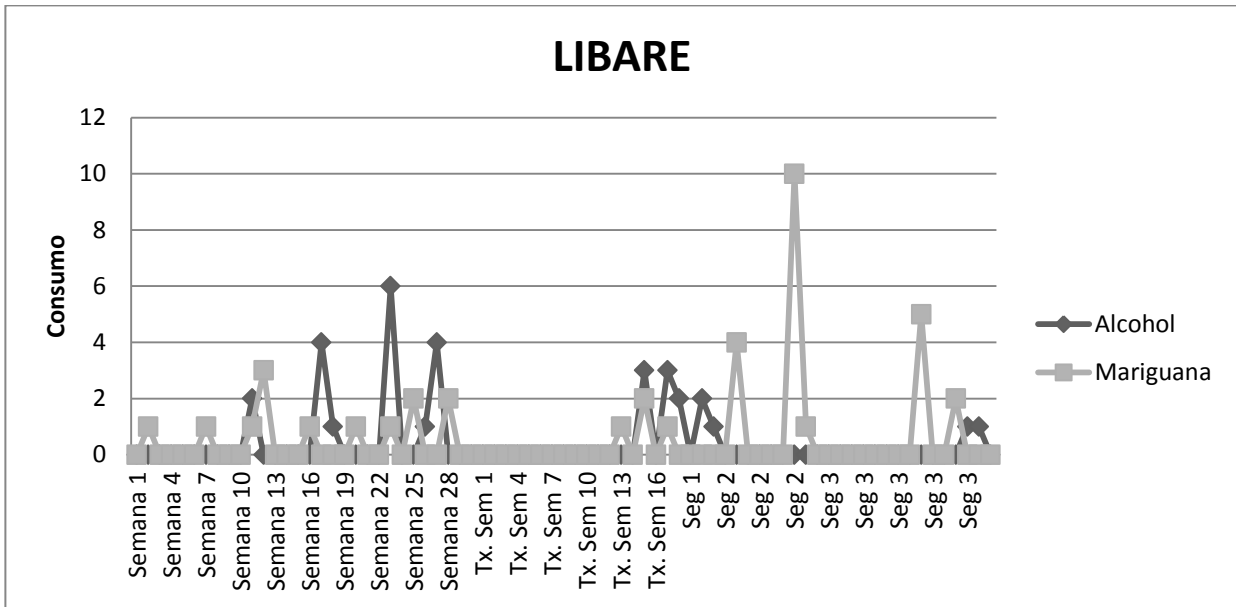


Figura 3.2.1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), muestra el consumo de alcohol en tragos estándar y de marihuana en “toques” o “fumadas”, de siete meses previos al inicio del tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos.

Tabla 3.2.2. Muestra el patrón consumo de alcohol en tragos estándar y de Mariguana en “toques” o “fumadas”.

	ANTES DEL TX.	DURANTE	Seg. 1	Seg. 2	Seg. 3	ANTES DEL TX.	DURANTE	Seg. 1	Seg. 2	Seg. 3
	ALCOHOL					Mariguana				
SUMA TOTAL	18 copas	6	5	0	2	13 fumadas	4 fumadas	0	15	7
PROMEDIO POR OCASIÓN	3 copas	3	2	0	1	1 fumada	1	0	5	3
DÍAS DE CONSUMO	7	2	3	0	2	8	3	0	4	2
DÍA DE MAYOR CONSUMO	Vierne s	Viernes	Lun	N/ p	Vier	Viernes	Vier y Lun	N/ p	Dist.	Vier
PERIODO DE ABTINEN- CIA	67	98	105	128	7	30	87	115	120	25

Para medir la dependencia a las drogas, se decidió aplicar dos instrumentos: la *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)*, (ver figura 3.2.2) y, los *Indicadores de Dependencia del DSM IV* (ver figura 3.2.3), pudiendo observar, en ambos instrumentos que no existe dependencia al alcohol y a las drogas. Sin embargo, es importante resaltar que los indicadores que presentan puntuaciones importantes al inicio de la intervención, se redujeron de manera importante al concluirla y en los seguimientos. En el caso de los indicadores del consumo de drogas, fueron aumentando, aun manteniéndose en bajos, debido a las recaídas presentadas en los seguimientos.

También se aplicó solo en el pre y en el post el cuestionario de tamizaje (POSIT) obteniendo en la pre-evaluación 7 puntos y en la post-evaluación 2; observándose una reducción, que resulta de cualquier forma sin riesgo.

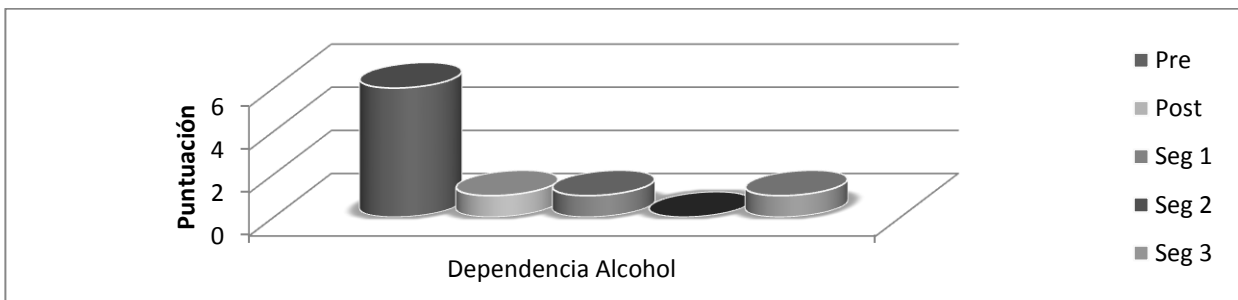


Figura 3.2.2 Resultados de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), en sus diferentes mediciones.

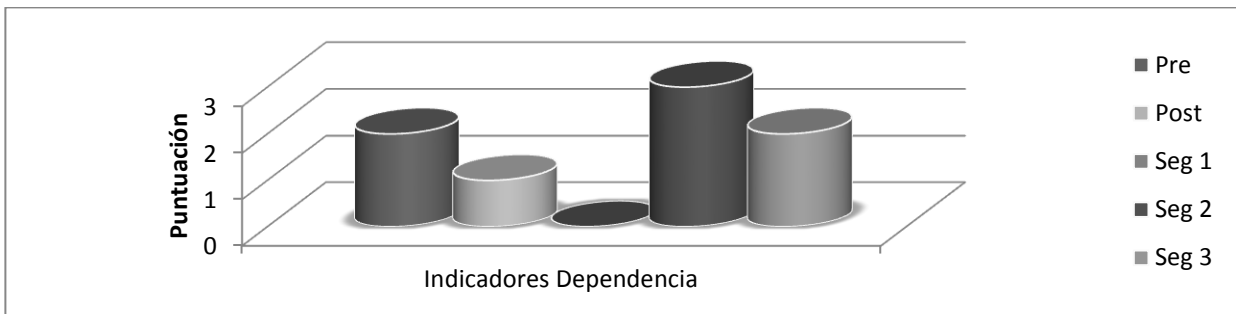


Figura 3.2.3. Indicadores de Dependencia del DSM IV, a lo largo de la intervención.

También se aplicaron, el *Inventario Situacional del Consumo de Alcohol (ISCA)*, (ver figura 3.2.4), aunque el PIBA no lo considera, se aplica para retroalimentar a la usuaria sobre sus áreas de riesgo, y el *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, (ver figura 3.2.5).

Los resultados del primer instrumento permitieron observar que en la pre-evaluación las principales situaciones de riesgo eran: probando autocontrol (23%), momentos agradables con otros (23%) y presión social (20%); en la post-evaluación fueron también, momentos agradables con otros (37%), emociones agradables (33%), probando autocontrol y presión social (ambas 17%). En los seguimientos continuaron apareciendo, momentos agradables con otros (37%), emociones agradables (33%) y necesidad o tentación de consumir (27%).

Las situaciones de menor confianza, en la pre-evaluación fueron: emociones desagradables (30%), momentos agradables con otros (20%) y probando autocontrol (50%) y en la post-evaluación: emociones agradables (50%) y momentos agradables con otros (50%). En los seguimientos, fueron: momentos agradables con otros (50%, 25% y 20%) y emociones agradables (80%, 25% y 50%), principalmente.

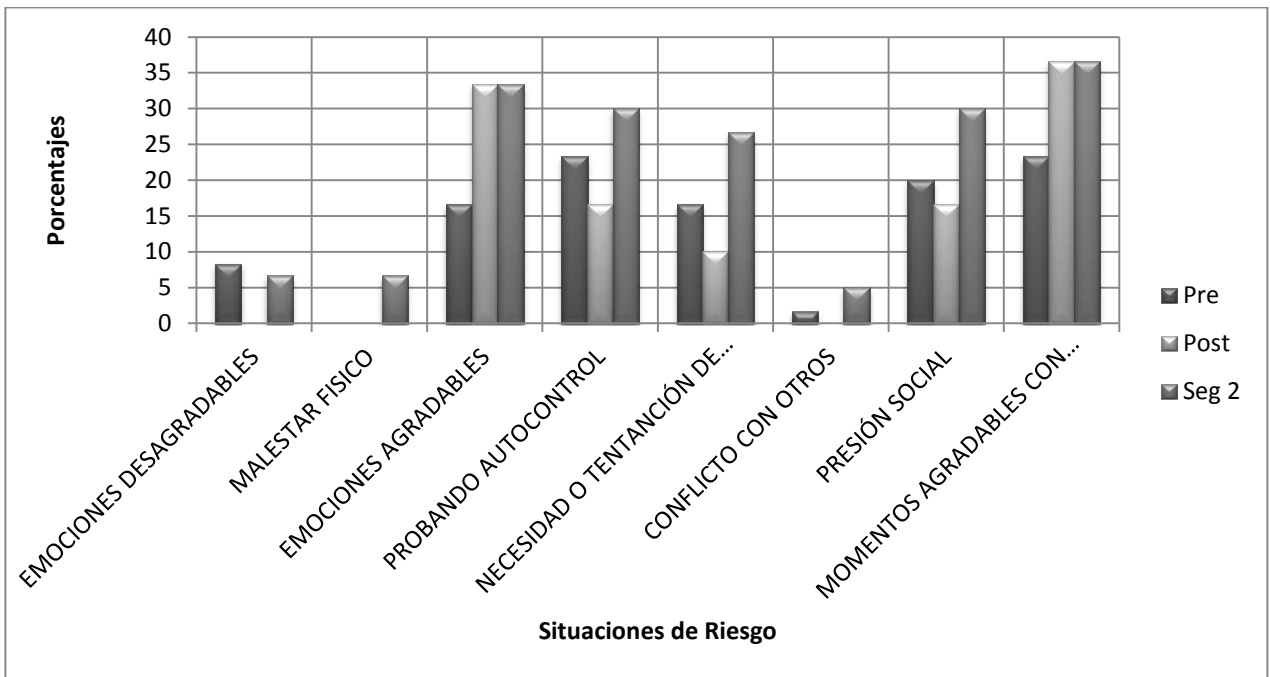


Figura 3.2.4. Muestra los porcentajes de la Situaciones de riesgo en sus ocho subescalas, en las diferentes mediciones.

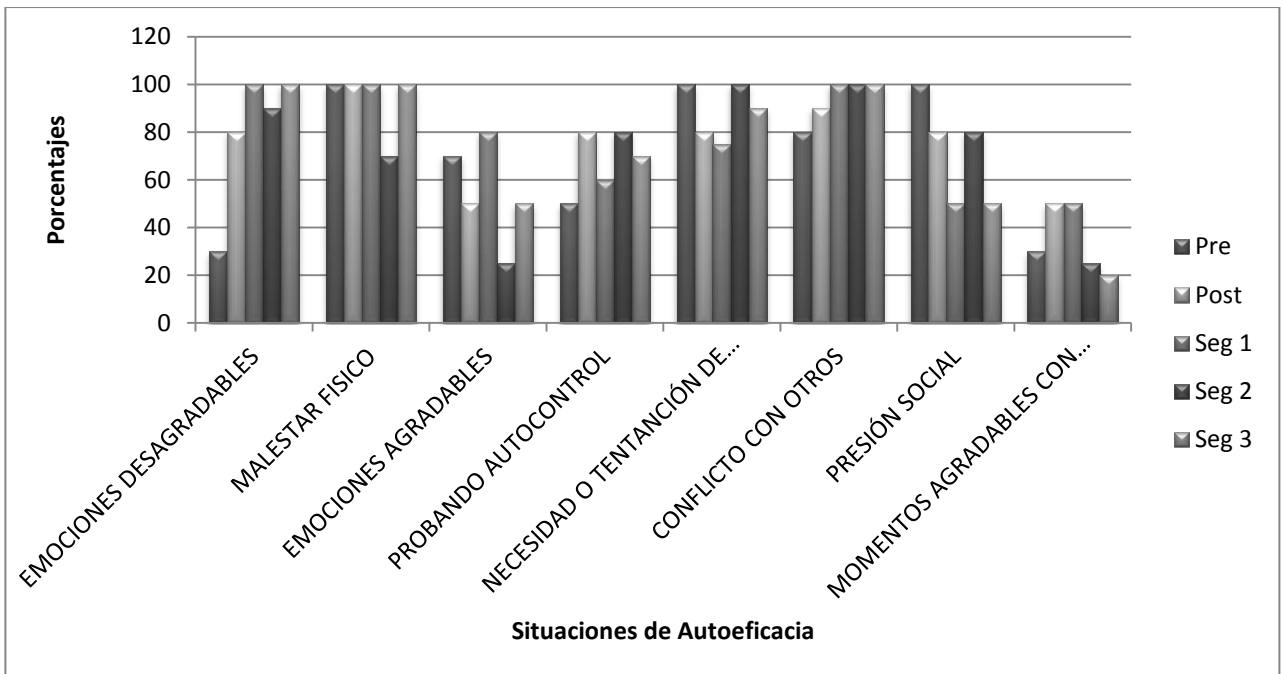


Figura 3.2.5. Muestra los porcentajes de la Autoeficacia ante el consumo, durante las diferentes mediciones.

Finalmente se monitorearon los síntomas de ansiedad y depresión, por lo que se aplicó el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, (ver Figura 3.2.6) y, el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, (ver Figura 3.2.7); resultando que los puntajes siempre se mantuvieron en un nivel bajo.

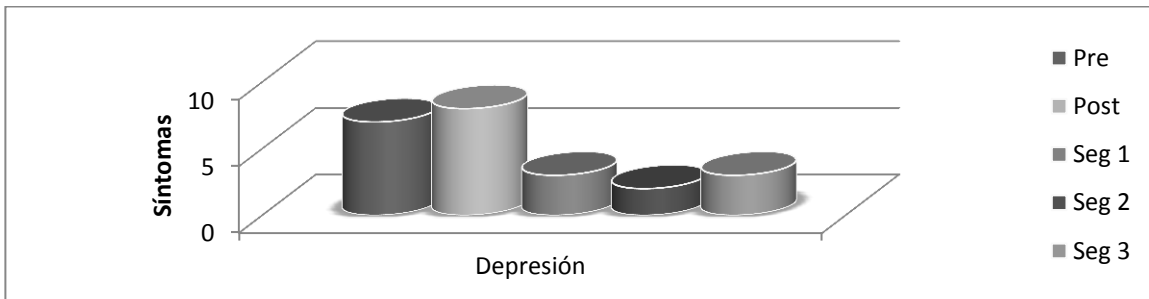


Figura 3.2.6. Indicadores de los síntomas de depresión antes y después del tratamiento, al igual que los seguimientos.

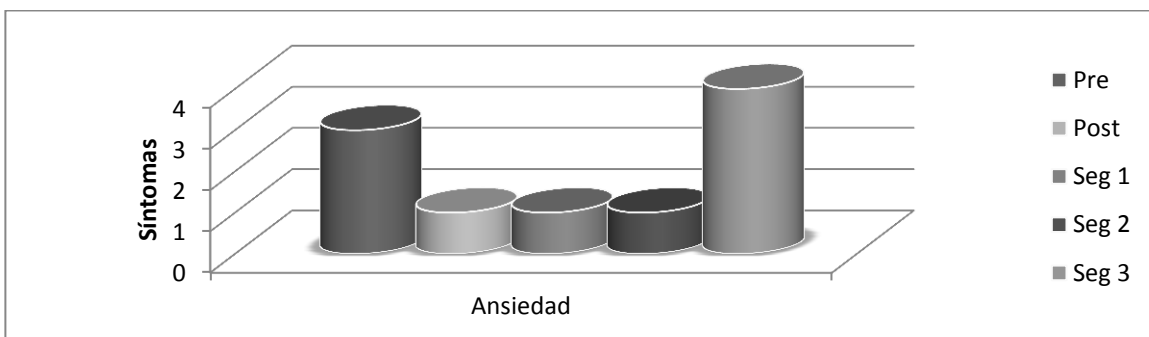


Figura 3.2.7. Indicadores de los síntomas de ansiedad en las diferentes mediciones durante el tratamiento.

Para finalizar, en la figura 3.2.8, se observan los niveles de satisfacción que tuvo en los últimos dos seguimientos, para que en las últimas barras se observe la satisfacción general de vida; notando que la usuaria fue aumentando su nivel de satisfacción en las diferentes áreas.

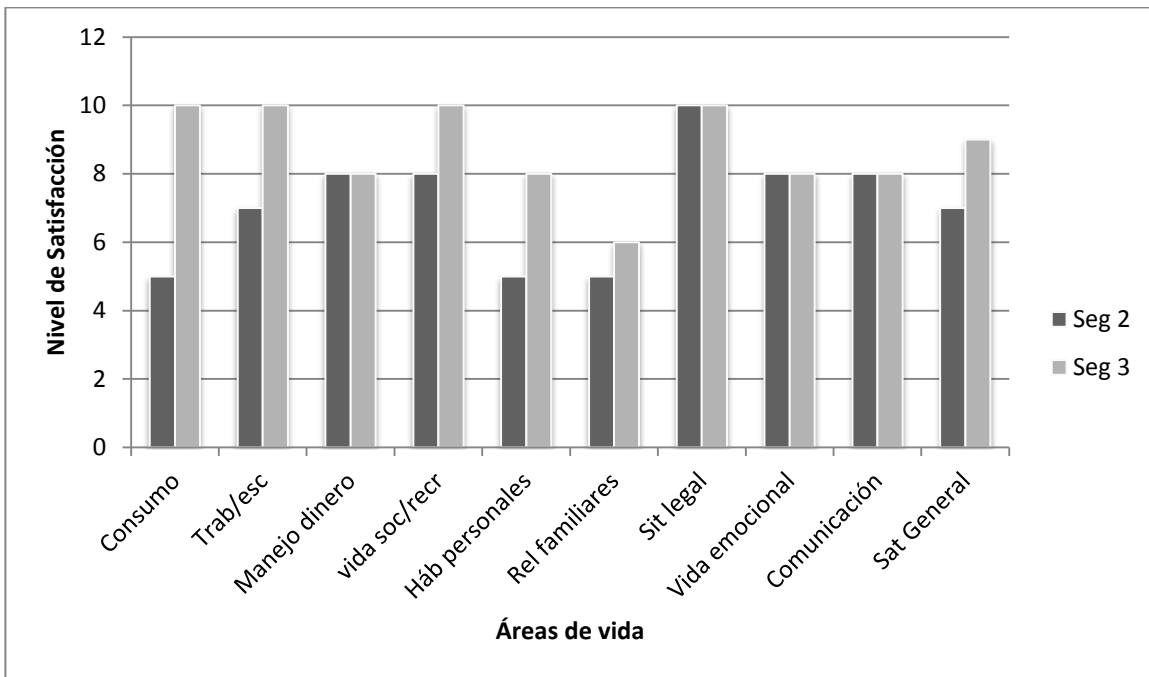


Figura 3.2.8. Resultados de la Escala de Satisfacción General, a lo largo del tratamiento.

Conclusión

A pesar de que en los últimos seguimientos, se presentaron recaídas en las drogas, la adolescente logró mantener sus metas de consumo, lo que le demostró que puede mantenerse sin riesgo en un consumo moderado de alcohol y mantenerse en abstinencia de las drogas.

A lo largo de la intervención fue necesario el manejo de las emociones, debido a las diferentes circunstancias que se fueron presentando, como los problemas familiares y escolares, para ello se utilizaron las herramientas presentadas en los componentes de mejorando las emociones.

En cuanto a los resultados cualitativos, se observó una madurez en la adolescente, tenía claro lo que quería estudiar, tenía una mejor relación

con su familia y logró establecer una mejor relación con la madre. Tenía planes claros para ganar dinero por su cuenta, para estudiar más y así pasar las materias que le faltaban; de la misma forma buscó cursos extras. Logró terminar relaciones sentimentales violentas, de manera asertiva y sin conflictos y estableció relaciones sanas de amistad, entre otras cosas.

A pesar de que se pueden visualizar algunas recaídas de acuerdo a su comportamiento en la LIBARE, se contempló un buen pronóstico, acorde con las metas alcanzadas por la usuaria y por su proceso de maduración.

3.3 Caso 3: Usuario de Cocaína.

En el siguiente apartado se describe detalladamente la aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC).

Participante.

Usuario masculino de 44 años de edad, soltero, con Licenciatura trunca en Administración de empresas, se encuentra desempleado y es consumidor de cocaína. Dicho usuario asistió a tratamiento desde finales de octubre del 2012 hasta febrero del 2013, en un aproximado de cuatro meses de tratamiento, y con tres seguimientos hasta el momento en que se realizó este reporte.

Procedimiento:

Admisión.

La primera sesión, tuvo como objetivo principal precisar las características del consumo del usuario, así como explorar y

comprender la problemática; posteriormente se estableció cuál era la mejor opción de intervención para el usuario, se explicó el modo de trabajo y se realizó una prueba de antidoping.

El usuario refirió como motivo de consulta el consumo de cocaína. Acudió al centro motivado por su prometida y su mamá, debido a que su futura esposa (se casó durante el tratamiento), se enteró que el consumía cocaína y su mamá supo que nuevamente consumía, por lo que le aplicaron un antidoping, que resultó positivo a cocaína, surgiendo una problemática con ambas; además de esto, el usuario estaba sumamente motivado por el rol paternal que ha adquirido con las dos hijas de su esposa, que él acepta como suyas y quiere darles una buena imagen y educación, y no desea que se enteren de su consumo de drogas. Todo lo anterior permitió que buscara la alternativa de tratamiento, por lo que llamo al Centro de Orientación Telefónica (COT), donde le brindaron los datos del Centro.

Los siguientes datos fueron recolectados durante la entrevista inicial:

La droga de impacto para el usuario era la cocaína, ya que la ha consumido por 27 años, con solo un periodo de abstinencia de dos años (2008-2010), debido a que cambio de residencia (fuera de la ciudad), y se mantenía distraído. Sin embargo, a lo largo de su vida, ha consumido diversas drogas, inició su consumo de sustancias con el alcohol a los 14 años, después consumió tabaco a los 15 años, después paso a la mariguana a los 16 años, cocaína a los 17 años, y entre los 22 y 25 años, probó las anfetaminas, metanfetaminas, los inhalables, benzodiacepinas, alucinógenos, anestésicos, crack, incluso veneno para gatos. Solo mantuvo de manera regular el consumo de cocaína y en menor medida de alcohol y nicotina.

Las consecuencias asociadas al consumo de cocaína que el usuario ha presentado son:

- Alteraciones cardiovasculares: había presentado arritmias cardiacas, hipertensión (tratada con losartán 50mg al día), refirió que durante el consumo de cocaína se le dormían los brazos.
- Alteraciones digestivas: presentaba gastritis y colitis, intolerancia a la lactosa, picante y comino, así como sangre en heces fecales y aumento de apetito.
- Alteraciones del Sistema Nervioso Central: había tenido alucinaciones (auditivas, visuales, sensitivas), insomnio, en ocasionales, lagunas mentales y delirios, así como problemas visuales, temblor y problemas en la coordinación motora.
- Alteraciones cognitivas: había presentado confusión mental, problemas de atención, concentración, memoria y para tomar decisiones.
- Alteraciones emocionales: ansiedad, celos, culpa, depresión, desesperación, inseguridad, irritabilidad, cambios drásticos del estado de ánimo y temor. No refirió sentimientos o deseos para dañar a otros.
- Alteraciones en relaciones interpersonales: a consecuencia de que mentía mucho, tuvo pérdida de confianza, de comunicación, y de amigos.
- Alteraciones de conducta agresiva: ha agredido físicamente a otras personas; ha participado en riñas o peleas, y ha sufrido de lesiones, gritos e insultos.
- En el ámbito legal ha manejado armas, ha robado, y vendido o transportado sustancias adictivas.
- Alteraciones económicas: deudas, gasto excesivo, ha tenido que empeñar o pedir prestado.
- Alteraciones laborales: al momento de la primera entrevista se encuentra desempleado, y cuando ha trabajado, ha tenido ausentismo, retardos, cambio de puesto, suspensiones laborales,

problemas con los compañeros o con el jefe, y finalmente el despido.

- Alteraciones escolares: cuando acudía a la escuela presentaba retardos, inasistencias, reprobación de materias y de ciclo escolar, suspendió la universidad a causa del consumo excesivo de drogas.

Es importante señalar que a pesar de dichas consecuencias el usuario nunca había asistido a otro tratamiento. Se mostró en una etapa de contemplación (Prochaska y Di Clemente, 1983, citado en Miller & Rollnick, 1999), en donde, consideraba su consumo de drogas como un gran problema, no obstante, nunca había hecho un intento serio por dejar de consumir. Durante el primer acercamiento al tratamiento, consideraba muy importante dejar de consumir, debido a que quería estar bien, llegar a viejo con su esposa e hijas y para tranquilizar a su madre; mismas personas que apoyaban al usuario a dejar de consumir; por lo que pasa a una fase de determinación, es decir, está listo para cambiar.

En su familia, su padre (fallecido) consumió alcohol y cocaína, pero tuvo problemas principalmente con el alcohol, ya que se iba de casa por meses, con el fin de continuar consumiéndolo. Su mamá solo ha consumido antidepresivos, al parecer bajo control. Su hermano menor por dos años también consumió alcohol y cocaína, teniendo problemas con la última; su esposa consume alcohol y tabaco; un tío consume marihuana, finalmente la mayoría de sus amigos e incluso su mejor amigo consumía cocaína.

Además los datos arrojados en la entrevista inicial y el *ASSIST* sugirieron que: no requiere intervención (10 puntos) para el consumo de alcohol, requería una intervención breve (9 puntos) para el

consumo de tabaco y un tratamiento más intensivo (32 puntos) para el consumo de cocaína.

Asimismo se aplicó la prueba antidopaje, previa autorización, bajo la firma del consentimiento informado, mismo que resalta la confidencialidad de los datos, informando que, pueden ser utilizados para fines de investigación. Los resultados del antidoping son negativos para todas las sustancias, refiriendo como último consumo dos días antes de la aplicación.

Evaluación

Durante la pre-evaluación y la post-evaluación, se aplicó una batería de instrumentos, enfocada principalmente a evaluar el consumo de drogas, no obstante, a fin de determinar el plan de tratamiento y monitorear los nivel de dependencia, también se aplicó para el consumo de alcohol y nicotina, para finalizar, se evaluaron síntomas asociados a la ansiedad y la depresión y la satisfacción en diferentes áreas de vida.

Impresión Diagnóstica.

Por una parte, el usuario presentó abuso grave de cocaína, manifestado a través del CAD-20, en donde refirió que en los últimos 12 meses, no pudo transcurrir una semana sin que utilizara drogas. Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones, conflictos familiares, peleas, ha perdido empleos y ha tenido problemas laborales y escolares; se ha involucrado en actividades ilegales y lo han arrestado por posesión de drogas, todo como resultado de su abuso.

Por otra parte, a través de los parámetros que estipula en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR),

para el diagnóstico de dependencia a la cocaína, se consideró que el usuario había experimentado los síntomas físicos de la abstinencia y ha tenido que incrementar la cantidad y frecuencia de consumo de drogas, es decir, presentó aparentemente tolerancia; tuvo un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlarla, y empleó mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, al mismo tiempo que redujo importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a su consumo. Finalmente, el usuario continuó tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecían causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Recursos disponibles.

A través de lo observado desde el momento de la admisión y durante la evaluación, se pudo determinar que el usuario tenía valiosos recursos, que dieron un buen pronóstico al tratamiento.

Principalmente, estaba motivado a realizar el cambio, enfatizado hacia su propio bienestar, y teniendo absoluta confianza en que lo lograría.

En cuanto a los recursos personales, es un individuo que le agradan actividades como la lectura y escritura, lo que permitió la participación activa de los ejercicios del tratamiento; cuenta con una gran capacidad de análisis, lo cual resultó útil en el análisis funcional de su propia conducta y en todo lo aprendido dentro del programa.

Aunado a ello, cuenta con apoyos familiares y sociales, especialmente su mamá y esposa, también el usuario ha considerado que el apoyo de algunos de sus amigos le da ánimos a seguir adelante. Refiere como un apoyo emocional importante a sus hijas, ya que él se siente querido, cómodo y confortable en su presencia, y le brindaron muchos de los reforzadores en su abstinencia.

Déficit.

Es importante resaltar que los factores de riesgo que se presentaron eran externos al usuario. Ya que su lugar de residencia, es en una unidad habitacional, la mayoría de sus vecinos eran consumidores de alcohol y drogas, y estas personas, casi todo el tiempo, estaban reunidas en las áreas públicas de dicho lugar, por lo que el usuario estaba en una constante situación de riesgo, aunado a que cada que pasaba por el lugar era invitado a consumir, aunque él fuera con su familia. Otro factor de riesgo era que tanto su mejor amigo como otras personas que eran importantes para él, eran consumidores, por lo que constantemente lo invitaban a consumir.

Plan de tratamiento.

Tomando en cuenta los criterios de inclusión del TBUC, este usuario fue candidato, por lo que se inició con los tópicos fijos del programa: balanza decisional y establecimiento de metas, y el manejo del consumo de cocaína; posteriormente se aplicaron los temas y estrategias de acuerdo a las necesidades del usuario, incluso agregándose otros dos componentes que fueron: control de enojo y control de ansiedad.

En la mayoría de los tópicos solo fue necesario una sesión para cubrirlo, solo control de ansiedad, solución de problemas y control de enojo se utilizaron dos sesiones.

Tratamiento. Descripción por Tópicos.

Tópico 1. Balance decisional y establecimiento de metas.

El objetivo fue motivar al usuario para que lograra establecer una meta de cambio en su consumo de cocaína, a través de la balanza decisional (ver tabla 3.3.1), que permite analizar las ventajas y desventajas de

continuar consumiendo y de modificarlo, para llegar, como lo fue en este caso, a la meta de abstinencia.

Tabla 3.3.1. Balanza decisional del usuario.

	Modificar el consumo	% importancia	Continuar con el consumo	% importancia
Ventajas	Salud. Tranquilidad del entorno familiar. Focalizar atención en otras cosas.	100% 100% 100%	Continuar frecuentando a algunas amistades.	10%
Desventajas	Perder algunas amistades.	10%	Poner en riesgo mi salud física y mental. Perder a mi familia. Tener problemas legales.	100% 100% 100%

En el ejercicio de la balanza decisional, el usuario logró asegurarse de que su decisión se inclina a dejar de consumir cocaína, incluso le fue difícil identificar las desventajas de dejar de consumir y las ventajas de continuar con el consumo, siendo evidente que los porcentajes de importancia son bajos; contrario a lo observado en los porcentajes altos de las ventajas de dejar de consumir y las desventajas que tendría de continuar haciéndolo.

Además del análisis anterior el usuario refirió que las razones para cambiar eran:

- a) Reconocimiento de que él mismo vale la pena.
- b) Su familia (niñas, pareja y mamá).
- c) Salud y estado actual (físico, mental, espiritual).

Llegando así a la conclusión de establecer una meta de abstinencia, con el 100% de importancia, así como la confianza que tenía para cumplirla, aunque tuviera enfrente la cocaína.

Posteriormente se establecieron otras metas en diferentes áreas de su vida, descritas en tabla 3.3.2.

Tabla 3.3.2. Metas vitales a alcanzar durante el tratamiento.

Áreas	Metas	Razones	Plan de acción	Obstáculos	Apoyo social
Social	Establecer relaciones sanas (sin riesgo de consumir).	Mantenerme en abstinencia. Evitar a consumidores.	Salir a pasear con mi familia.	Entorno y cercanía de la casa.	Esposa, niñas y mamá.
Familiar	Construir cosas juntos y hablarles con la verdad.	Produce satisfacción. Mantener abstinencia.	Ser honesto y asertivo. Hacer miércoles especiales.	Podría ser yo, si consumo.	Esposa, niñas y mamá.
Escolar/ Laboral	Acabar la carrera. Diplomado de cocina.	Satisfacción personal. Especialización.	Inscribirme en carrera. Comenzar a buscar curso.	Carga de trabajo.	Esposa.
Personal	Cuidar y mejorar mi salud. Bajar de peso.	Sentirme bien.	Hacer dieta. Inscribirme a club.	Pretextos.	Esposa.

Finalmente, se establecieron los planes de acción, ante tres posibles situaciones de riesgo, proponiendo el usuario, los siguientes:

Situación de riesgo 1. Euforia por la boda.

Plan de acción. “Estar con mi esposa e invitados que no consumen, para concentrarme y disfrutar el momento”.

Situación de riesgo 2. Despedida de soltero.

Plan de acción. “Decir NO asertivo, irme, en caso de no sentirme a gusto y recordar mi balanza decisional”.

Situación de riesgo 3. Desvelada el Domingo.

Plan de acción. “Distraerme en actividades, como: ver juegos, etc., para no salir a las canchas”.

Es importante resaltar que esta sesión se dio el Martes 04 de Diciembre del 2012 y su boda por el civil, fue el jueves 06, y la despedida de soltero para la boda religiosa fue el sábado 08 de Diciembre del mismo año; situaciones que debido a la importancia para el usuario, y brindando emociones agradables, fueron un factor de riesgo.

Tópico 2. Manejo del consumo de cocaína.

En la revisión del autoregistro, a pesar de las situaciones de riesgo, en las que se presentó, el usuario se mantuvo en abstinencia, debido a su propio reporte, “porque lo valgo y merezco cosas mejores que la droga”.

El objetivo principal de este tópico fue enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de cocaína, además de identificar las consecuencias, positivas y negativas del consumo; realizando así el análisis funcional de la conducta de consumo.

Para iniciar se retomaron los resultados del ISCD, junto a la percepción que tenía el usuario de las situaciones que lo ponen en riesgo, mismas que coincidieron en que dichas situaciones eran:

emociones agradables con otros, probando autocontrol y necesidad o tentación de consumir.

El usuario logró identificar algunos disparadores del consumo de cocaína, desde el momento en que quería consumir, por ejemplo: porque estaba contento o necesitaba consumir, así que llamaba a los amigos consumidores y/o pasaba por la unidad habitacional en donde estaban y se iban a casa de alguno de ellos, para finalmente consumir.

Con el fin de enseñar al usuario a tomar en cuenta las consecuencias (positivas y negativas) tanto a corto, mediano y largo plazo, así como reconocer que en muchas situaciones existen riesgos potenciales de consumo. Se analizó una situación de consumo: estaba en una fiesta, el tipo de disparador fue externo, ya que llegó el "Dealer"; las consecuencias positivas fueron cubrir el deseo y cambiar el estado emocional; las consecuencias negativas: llegar a lugares aislados y terminar sintiéndose peor; así como los riesgos de estar en un lugar peligroso y aislado; finalmente se evaluó la situación, en donde determinó que se aisló y no la pasó bien.

Debido a que los planes de acción son una tarea central para promover la autoeficacia del usuario y continuar motivándolo para ejecutar lo aprendido, se ejemplificó un plan de acción del usuario, en la tabla 3.3.3.

Tabla 3.3.3. Planes de acción del tópico manejo del consumo de cocaína.

Situación	Actividades alternativas al consumo.	Jerarquía de esas actividades.	Opción más efectiva.	Plan de acción.
Me enoje con mi esposa y me salí.	Regresar a resolver el conflicto con mi esposa. Leer con las niñas. Platicar con mamá.	1. Leer con las niñas. 2. Regresar a resolver el conflicto con mi esposa. 3. Platicar con mamá.	Resolver el conflicto con mi esposa.	Distraerme con las niñas, para calmarme y después hablar con mi esposa.
Vi a mis amigos en la unidad.	Trabajar. Ejercicio.	1. Ejercicio. 2. Trabajar.	Ejercicio.	Saludarlos, irme al parque a trotar.

Tópico 3. Habilidades asertivas de rechazo.

El objetivo fue enseñar al usuario habilidades para evaluar la disponibilidad de la cocaína, aprender a romper el contacto con distribuidores, y rechazar los ofrecimientos de droga.

La primera actividad del tópico facilita al usuario recordar quién le provee la sustancia, cuándo, dónde y de qué forma lo hacía, en este caso, era su mejor amigo u otro amigo, cuando el amigo se sentía triste, especialmente los lunes, en casa de otro amigo o la invitación era por teléfono, diciéndole -vamos a echar unas...-, o -metete unas líneas conmigo, porque discutí con mi novia-.

Posteriormente, el usuario estableció opciones de respuestas asertivas, aclarando previamente, que éstas respuestas se caracterizan por ser claras, contundentes, adecuadas y oportunas a cada situación y persona, lo cual es indispensable para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de cocaína.

La evaluación de las respuestas asertivas son las siguientes:

- a) No gracias, ya no consumo.
- b) Tengo que ir a hacer cosas con mi familia.
- c) Deje de consumir y estoy acudiendo a terapia.
- d) Estoy ocupado, tengo trabajo que hacer.
- e) No puedo, tengo que ir con mi familia al súper.
- f) Estoy con mis niñas y no sé a qué hora me desocupe.
- g) Estoy tratando de dejarla y me gustaría que me apoyaras.

Las opciones que consideró el usuario como las más efectivas para su entorno, son:

1. Opción c), porque mucha gente en mi entorno va a terapia y se respeta.
2. Opción a), porque es claro, y me reafirma mi posición y mantenerla.
3. Opción g), porque involucra al otro en el proceso, lo hace sentir importante.
4. Opción b), porque involucra a la familia es bueno, todo el mundo respeta eso.

Tópico 4. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína.

El objetivo fue enseñar al usuario a identificar disparadores que le hacían desear consumir cocaína y a manejar, tanto los disparadores como el deseo, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento.

El ejercicio de la tabla 3.3.4 tuvo como finalidad identificar los disparadores del deseo para poder reducir su exposición.

Tabla 3.3.4. Identificación de disparadores del deseo.

Fecha y hora	Viernes Dic 12:00-3:00 horas.	Lunes Dic 20:00 horas	Lunes Dic 23:00 horas
Disparador del deseo	Me case y estaba eufórico y con amigos.	Blanca navidad.	Año nuevo.
Deseo	Se me antojo por ver a amigos que consumen.	Antojo, recuerdo con amistades.	Asociación del día con el consumo.
Pensamientos	Pensé que lo arruinaría todo.	Pensé en mi familia.	Pensé en mi familia.
Sentimientos	Culpa, remordimiento.	Frustración.	Me sentí bien porque en navidad no lo hice y supe que no lo haría.
Conducta	No lo hice.	Estar con la familia.	Estar con la familia.

Con el fin de modificar los hábitos del usuario en función de sus actividades, fue importante planear actividades positivas y atractivas con la finalidad de llenar el tiempo libre, por lo que a continuación se logró identificar algunas actividades que le interesaban al usuario y que realmente pudiera realizar, por ejemplo: trotar por las mañanas, con 90% de probabilidad de hacerlo, al pararse temprano y curarse una uña enterrada, lo hizo en el campo de soccer que está afuera de su casa. Otra actividad fue estudiar, con 95% de probabilidad de hacerlo, y solo necesitaba decidirse, estaba buscando cursos por internet; por último disfrutaba de leer y escribir, con un 95% de probabilidad de realizarlo, al concentrarse en su casa.

Una estrategia para enfrentar el deseo fue platicar sobre los pensamientos y estímulos relacionados al mismo, con el objetivo de que fueran disminuyendo al hablar sobre ello, por lo que se establecieron contactos: Alejandro, que le va decir “ya hemos platicado

del deseo, y por ahora me siento así...”; y a Andrés, le va decir “tú y yo sabemos lo que es la ansiedad, por el momento me siento así...”.

Otra herramienta importante fue la auto-plática constructiva en donde el objetivo fue modificar las auto-frases negativas por positivas, ya que estas se vuelven automáticas y se creen como ciertas si se repiten con frecuencia. La autoplática constructiva del usuario fue “yo sé que no la necesito y que no me hace bien, estoy mil veces mejor sin ella”, o “quiero cosas buenas para mí y la droga no lo es”.

Por último se volvió a establecer las ventajas de no consumir y las desventajas de hacerlo, ya que fue fundamental tenerlas presente, así que el usuario refirió que las ventajas a corto plazo eran sentirse bien consigo mismo y con su familia; a mediano plazo, estabilidad emocional y económica, y a largo plazo, concretar planes, como terminar la carrera. Por otra parte las desventajas de consumir, a corto plazo eran el distanciamiento de su madre y pérdida de su familia, a mediano, depresión, angustia, mentiras y crisis emocional y económica, finalmente a largo plazo sentir que se estancaría.

Tópico 5. Control de la ansiedad.

Previo a la sesión el usuario se comunicó conmigo para informarme que se sentía mal, y tenía duda si era por la abstinencia, ya que sentía dolor focalizado principalmente en la nuca, escalofríos repentinos, oído izquierdo tapado y con una presión arterial de 130/100, tomando en cuenta que es hipertenso; por lo que se recomendó acudir a un médico, sin embargo por otra urgencia de salud de su esposa no pudo asistir.

Al inicio de la sesión refirió que los síntomas se han mantenido por lo que se valoró nuevamente la sintomatología ansiosa y depresiva resultando, leve (8 puntos) y mínima (4 puntos), respectivamente,

aumentando ligeramente la ansiedad comparada con la valoración del pre-tratamiento, que no tenía síntomas ansiosos. Por lo que se tomó la decisión entrenar en el control de ansiedad; en esta misma sesión se aplicó la evaluación neuropsicológica, misma que se realizó por una neuropsicóloga.

El objetivo general, de este tópico, fue enseñar al usuario las estrategias necesarias para recuperarse, al controlar la intensidad y duración de las emociones desagradables de la ansiedad, para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

Se enseñaron las técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva o de tensión-distensión, relajación mental o por imaginación guiada, para que finalmente el usuario lo pusiera en práctica, haciéndolo parte de su vida. A través del autorregistro (tabla 3.3.5), podemos observar que el usuario realizó las técnicas y le resultaron eficientes para reducir la percepción de la ansiedad.

Tabla 3.3.5. Autoregistro de control de ansiedad.

Situación	Del 1 al 10 que tanta ansiedad sentiste.	Técnica aplicada	Del 1 al 10 que tanta ansiedad sentiste.	¿Hay algo que necesites mejorar?
He notado que estoy ansioso sin motivo aparente.	8	Respiración profunda.	2	Necesito ocuparme de mí.
Estoy en casa.	10	Relajación muscular.	3	Necesito ocuparme en alguna actividad de la casa.

Tópico 6. Solución de problemas.

El objetivo fue que el usuario aprendiera, desarrollara y aplicara una estrategia efectiva ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan solucionarlas, controlar su ambiente, disminuir tensión, mejorar la competencia social, disminuir el malestar psicológico (ser autosuficiente) y consecuentemente mantenerse abstinentes.

Aprender a solucionar problemas ayuda a reducir o eliminar los pensamientos negativos tales como: “No puedo hacer nada”, “Esto no tiene solución”, “No soporto más esta situación”, “Nada mejorará”, etc.

Fue importante que el usuario aprendiera los pasos para llegar a la solución de un problema relacionado al consumo de cocaína, debido a que en el pasado, la solución más concurrida era consumir. Los pasos para llegar a la solución del problema fueron:

- Reconocer que hay un problema.
- Definir el problema.
- Hacer una lista de posibles soluciones.
- Analizar ventajas y desventajas de cada solución.
- Elegir una de las soluciones.
- Hacer planes de acción para llevarla a cabo.
- Evaluar los resultados.
- Y evaluar la satisfacción con los resultados.

Visto lo anterior, se analizó la siguiente situación: el lunes por la tarde, sale de trabajar y va a casa de su mejor amigo (consumidor) y él lo

invitaba a consumir cocaína. La solución antes usada era tratar de negarse a la invitación pero él insistía.

Al aplicar las estrategias de solución de problemas, el usuario reconoció que hay un problema: busco un compañero para platicar y pasarla bien y él insiste en consumir cocaína. Se identificó y especificó el problema: riesgo de consumir cocaína. Las alternativas generadas: dejar de ver al amigo, buscar una distracción los lunes, dejar de consumir. Al tomar la decisión, el usuario determinó dejar de ver al amigo los lunes y la solución fue acudir a terapia y/o estar con la familia ese día. Al evaluar la solución se dio cuenta de que eso ha contribuido a mantenerse en abstinencia.

Debido a que el procedimiento de solución de problemas se aplica y es generalizable a cualquier tipo de problemas o dilemas, no solo para los relacionados al consumo, se realizó el ejercicio con otros problemas del usuario.

La situación en ese momento era que debía de localizar al abogado que le llevaba un caso a su mamá de un dinero y pedirle que le devolviera unos documentos importantes para la solución del caso. La solución que ha usado antes es que le ha llamado por teléfono y sólo recibe evasivas.

Al reconocer que había un problema, el usuario refirió molestia por no obtener respuesta del abogado. Al especificarlo, fue la preocupación, angustia y enojo por no recibir los papeles. Se generaron alternativas de solución: acudir a su domicilio, enfrentarlo y solicitarle los documentos, dejarle recados. Al tomar la decisión y aplicar la solución, fue acudir al domicilio del abogado y pedirle de manera asertiva los documentos. Al evaluar la solución, el abogado le entregó los documentos a la mamá y no fue necesario tomar medidas más fuertes o agresivas; con esta solución, el usuario se sintió más tranquilo.

Tópico 7. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína.

El objetivo fue enseñar a identificar y manejar, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína.

Con la técnica de evitación se impidió que aparecieran pensamientos sobre la sustancia, y se buscó involucrar en otras actividades sanas y productivas. El enfrentamiento conductual consistió en cambiar los pensamientos sobre cocaína por algunos no relacionados con la droga, estableció actividades prioritarias, hizo un balance desicional y/o hablo con alguien sobre los pensamientos en torno a la cocaína.

Se inició con el diario de pensamientos, en donde se le pidió al usuario que recordara una situación de consumo e identificara los pensamientos asociados, lo importante fue evaluar la veracidad del pensamiento antes y después de experimentarlo; los ejemplos fueron: después de comer en el trabajo, se piensa automáticamente en un digestivo, con un 80% de verdad en ese momento, reduciendo 0% después de analizarlo; llegando a casa, piensa “voy a ver a mi mejor amigo, ya me lo gane”, con un 90% de verdad en ese momento y 0 después de repensarlo; “voy acabar la semana bien”, 90% de veracidad al momento, y después de examinarlo, 0%.

En una situación (estando con amigos), el usuario identificó pensamientos como: “necesito premiarme, quiero festejar, tengo el control”. Utilizó la estrategia de: distracción del pensamiento.

Con el fin de desarrollar un plan de enfrentamiento para los pensamientos relacionados al consumo, se ejemplificó que cuando estaba en la escuela de la hija, surgió un pensamiento de “¿por qué no consumo?”, se cambió el pensamiento a “y ¿Por qué sí?”, posteriormente pensó en su hija, en su familia y su vida con ellas,

finalmente realizó otras actividades como leer y escribir, en lo que la niña salía.

Finalmente, se establecieron actividades prioritarias para hacer frente a dichos pensamientos: controlar el enojo, ya que no le gusta explotar y menos con las niñas; platicar con su esposa, porque considera que la comunicación es crucial; ocuparse en leer, escribir, estudiar y hacer ejercicio.

Tópico 8. Decisiones aparentemente irrelevantes.

El objetivo general fue enseñarlo a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo. Específicamente a identificar e interrumpir aquellas decisiones que aparentemente no tienen importancia o relación con el consumo de cocaína, pero al final lo conducen inevitablemente.

Se revisaron todos los ejercicios que incluyen este tópico e incluso el usuario, logró identificar las decisiones aparentemente irrelevantes de un ejemplo que viene dentro de los ejercicios, no obstante, él concluye que en todas las ocasiones en las que consumía, estaba consciente de su decisión y a pesar de que la mayoría de los “dealers” que le distribuían vivían por donde está su casa, él sabe cuándo va a pasar por ahí y está seguro de que no va a consumir y de lo que les va a decir. Incluso antes de esta sesión un “dealer” le pidió que vendiera unos gramos de cocaína a sus conocidos, rechazando la oferta, para evitar ponerse en riesgo de consumir o de tener problemas legales.

Tópico 9. Control del enojo.

Desde el inicio del tratamiento el usuario reconocía que le era difícil controlar su enojo, provocándole diversas problemáticas, en especial con su familia, por lo que se toma la decisión de incluir este tópico, y aunque desde las primeras sesiones, se explicaban las herramientas

para controlar el enojo, fue hasta este momento donde se brindó el tópico completo.

El objetivo general fue enseñarle las estrategias necesarias para recuperarse al controlar la intensidad y duración de las emociones desagradables del enojo, para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.

Se enseñaron las siguientes técnicas de control de enojo, con el fin de que el usuario las pusiera en práctica:

- Auto-instrucciones positivas. Son expresiones ajenas al conflicto, que uno piensa, dice y repite constantemente, que influyen en nuestra conducta.
- Distracción del pensamiento. Es hacer cualquier cosa diferente que no se relacione a la situación estresante.
- Tiempo fuera. Retirarse de la situación que ha originado la intensificación del enojo, o simplemente detener la discusión que lo está provocando; respirar profundamente y pensar, en lugar de reaccionar; posteriormente realizar actividades para distraerse.

El usuario logró realizar de manera adecuada el ejercicio de pensamientos realistas del enojo, en donde se busca que cambie sus pensamientos calientes, es decir las ideas, que hacen más intensa la situación molesta, por pensamientos positivos. Posteriormente se le solicitó que registrara al menos tres aplicaciones de las técnicas aprendidas para evaluar los resultados (ver tabla 3.3.6).

Tabla 3.3.6. Autoregistro de enojo.

Situación	Personas, hora, lugar.	Estrategia utilizada.	Resultados obtenidos.
El miércoles me enoje mucho al hablar por teléfono para cobrar un dinero.	Con el deudor, 2:30 pm, por teléfono, estando en casa.	Distracción del pensamiento.	De 10 en nivel de enojo, desvaneció a 0.
Miércoles por la tarde al recoger a mi hija.	Mi hija de 4 años, en su escuela a las 4:15 pm.	Autoinstrucciones positivas, para hablar con ella.	Tranquilidad total.
Miércoles por la noche, me enoje con mi otra hija y con mi esposa.	Mi hija y mi esposa, por la noche en casa.	Tomamos tiempo fuera.	Hoy todo está bien.

Tópico 10. Entrenamiento en Habilidades de Comunicación.

El objetivo fue que el usuario mejorara la comunicación con las personas que convive para obtener mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y propiciarse un ambiente más favorable.

Se tomó la decisión de tomar este tópico como complemento al control de enojo, ya que cuando tenía lo que el mismo llamaba “explosiones”, o descargas de enojo, agredía verbalmente o decía cosas que le molestaban previamente y no las había comentado.

También se tomó como complemento al tópico de habilidades asertivas de rechazo, en donde el usuario comprendió las maneras de responder, asertiva, pasiva y agresiva, y aunque lo pudo hacer de manera asertiva a sus amigos y/o dealers, con el fin de rechazar el consumo, no logro poner en práctica ese tipo de respuesta en otras circunstancias. Por lo que fue necesario retomar otras habilidades de comunicación.

Primero se enseñaron las tres habilidades básicas: expresar entendimiento, asumir o compartir responsabilidad y ofrecer ayuda; para posteriormente modelar con el usuario otras habilidades, desde iniciar una conversación, enfatizando en dar y recibir críticas, expresar desacuerdos, y compartir sentimientos; ya que reconocía que cuando se daba cuenta de que había afectado verbalmente a alguien, le costaba trabajo pedir una disculpa, después de lo practicado, logró aplicar algunas de las habilidades.

Tópico 11. Re-establecimiento de metas.

Los objetivos fueron la evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas en el TBUC, para alcanzar o mantener la abstinencia.

Con este tópico se concluyó el tratamiento, por lo que la evaluación de los avances y establecimiento de metas motivan al usuario a mantener la abstinencia en un período más largo.

A partir del 08 de Febrero del 2013, se comprometió y propuso no consumir cocaína, con el 100% de importancia, viabilidad, motivación, confianza, probabilidad y satisfacción de lograrla. No olvidando lo ganado hasta la fecha (personal/familiar), evadiendo a quien no propone algo positivo (seguir sin contactos de Dealers) y reafirmando continuar con el círculo social que ya no consume.

El usuario refirió que además de lograr mantenerse en abstinencia durante el tratamiento, obtuvo otros cambios, en el área social, mayor seguridad y confianza con el medio, en lo familiar, su mamá y esposa han recuperado la confianza, obtuvo un trabajo estable y se encamino a reincorporarse en el estudio, finalmente a nivel personal, señaló

quererse más, tener confianza en sí mismo, le gustaba más como era y sabía que todavía podía mejorar más.

Finalmente, estableció metas vitales por áreas para alcanzar en los próximos seis meses. En el área social, quiso mantener estable las relaciones sanas con amigos, sin buscar conflictos; en lo familiar, deseó consolidar la relación con su mamá, para retribuir el apoyo que ha recibido de ella, dedicándole un tiempo a estar con ella; en lo escolar/laboral quiere iniciar el primer trimestre de la escuela (por internet) y consolidar su negocio, capacitándose en el producto; finalmente a nivel personal, seguir haciendo ejercicio, inscribiéndose en un gimnasio.

Seguimientos

El objetivo de las sesiones de seguimiento fue conocer qué efectos ha tenido el tratamiento en la vida del usuario y qué ha pasado con su consumo, una vez que ha concluido con el tratamiento.

Se realizaron tres seguimientos, después de concluir el tratamiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses), con el fin de explorar el mantenimiento de la abstinencia y de los cambios realizados durante el tratamiento se realizó una entrevistas general en cada seguimiento, así como los instrumentos de evaluación, mismo que se describe a continuación.

Primer Seguimiento.

Durante esta entrevista el usuario reportó que se había mantenido en abstinencia de cocaína, ya que se dio cuenta del daño que le causa a él y a su alrededor y tomó la decisión de mejorar; también reportó que no había tenido deseos ni ansiedad por consumir. En la prueba antidopaje resultó negativo a cualquier sustancia.

En cuanto al cumplimiento de sus metas, ya se había inscrito a la universidad en línea, sin embargo quería inscribirse a otra carrera a distancia para realizar dos simultáneamente; la realización de esta meta le da un nivel de satisfacción del 100%.

En la percepción del usuario, mantenerse en abstinencia le ha repercutido de manera positiva en la relación con su familia, en la estabilidad laboral y en sentirse bien consigo mismo.

Al referirnos a la salud y a pesar de que a lo largo del tratamiento, logró mantener su presión arterial estable, en esta entrevista, reportó triglicéridos y colesterol altos, comprometiéndose a cuidar su alimentación y seguir con el ejercicio (trotar por las mañanas); sin embargo, ha notado mejoría en sus vías respiratorias, ya que puede respirar mejor al realizar cualquier esfuerzo, incluso al caminar y las enfermedades relacionadas con estas vías, han disminuido en frecuencia y severidad.

Reportó que tiene que seguir trabajando en el control de enojo, ya que tuvo discusiones con su esposa y en ocasiones le grito de manera explosiva a sus hijas; por lo que se le recordaron las técnicas del control de enojo y se hizo el análisis de las situaciones y la aplicación correcta de las técnicas, mismas que se seguirán monitoreando.

Segundo Seguimiento.

A los tres meses después de determinar el tratamiento, el usuario reportó en sus autoregistros que continuo en abstinencia, obteniendo beneficios en su entorno familiar, y consideró que ya no piensa en las drogas, calificando a las estrategias para mantenerse en abstinencia, aprendidas durante el tratamiento como muy útiles, en especial el análisis de las situaciones (Análisis Funcional), solucionando al 100%

el problema por el cual asistió a tratamiento. Su autoreporte coincidió con la prueba de antidoping que resulta negativa.

En cuanto a los avances que tuvo en otras áreas de su vida, destacan el establecimiento de relaciones y convivencia con gente “sana” (que no consume drogas); también ha mantenido una mayor organización en sus actividades laborales y escolares; y ha resuelto aspectos de salud que le estaban aquejando desde hacía 5 meses.

En los aspectos que le gustaría mejorar es la relación con sus hijas, ya que refiere que su mamá está angustiada por el trato que él tiene hacia las niñas. Un aspecto fundamental para seguir trabajando es el control de su peso, ya que en el último año, ha incrementado aproximadamente 5 kilogramos, lo que le repercute en otros aspectos de salud. En el área educativa, refirió que se confió de saber algunas cosas y reprobó 3 materias, mismas que repuso en los finales, sin embargo, aprendió que ya no se debe confiar y estudiar.

Por último, se evaluó la necesidad de tener otras sesiones, en donde se retoma la práctica de las habilidades de comunicación y las técnicas del control del enojo.

Tercer seguimiento.

En este seguimiento el usuario reportó mantenerse en abstinencia, coincidiendo con el antidoping, que resulta negativo. Por lo que se reforzó el logro y compromiso, ya que incluso le ofrecen nuevamente vender cocaína a sus conocidos y él se niega, debido a que sabe que tener la droga cerca es un gran riesgo para volver a consumir. Incluso se había sentido ansioso, hubo dos días que estuvo presentando opresión en el pecho, bochorno, mareo, sensación de ahogo y/o dificultad para respirar; lo que le recordó cuando estaba bajo los efectos de la cocaína.

A pesar de lo anterior, logró bajar 4 kilogramos, que se había propuesto, disciplinándose, haciendo ejercicio y dejando algunos alimentos que le perjudicaban. Asimismo ha progresado en el trabajo y en la escuela, ya que ha pasado todas las materias, que había reprobado.

Un cambio muy importante se dio en la relación marital y familiar, mejorando su comunicación, haciéndola más asertiva.

Por último, manifestó un gran deseo de ser padre biológico, sin embargo, en esta sesión se analizó que hay pocas posibilidades de lograrlo, considerando de qué manera, esto puede afectarlo, incluso refiere que hubo un periodo de 15 días en el que pensaba, junto a su esposa, que ya estaba embarazada, para finalmente descartarlo. No obstante, después del análisis, determina que si no es posible, lo aceptará, ya que está feliz con sus dos hijas de crianza.

Resultados

Anteriormente se describió todo el proceso por el cual el usuario fue desarrollando habilidades que le permitieron mantenerse en abstinencia y modificar su conducta con el fin de obtener mayor satisfacción en la vida.

Con el objetivo de evaluar los cambios obtenidos a lo largo del tratamiento se presentan los resultados de los instrumentos, mismos que se aplicaron al inicio del tratamiento, al final y durante los seguimientos.

En la *Línea Base Retrospectiva (LIBARE)*, dentro de la figura 3.3.1, se muestra el consumo de un año previo a la entrevista, en donde la mayor parte del tiempo se mantuvo un consumo constante, con un alza en el mes de Diciembre del 2011, llegando así en todo un año a un consumo total de 35.1 gramos de cocaína (ver tabla 3.3.7), lo que para

el usuario represento un gasto de \$17,550 y como vimos desde la entrevista inicial, un cumulo de problemas asociados. Posteriormente se observó una reducción significativa del consumo de cocaína durante el tratamiento y posterior a él, logrando una abstinencia de 308 días.

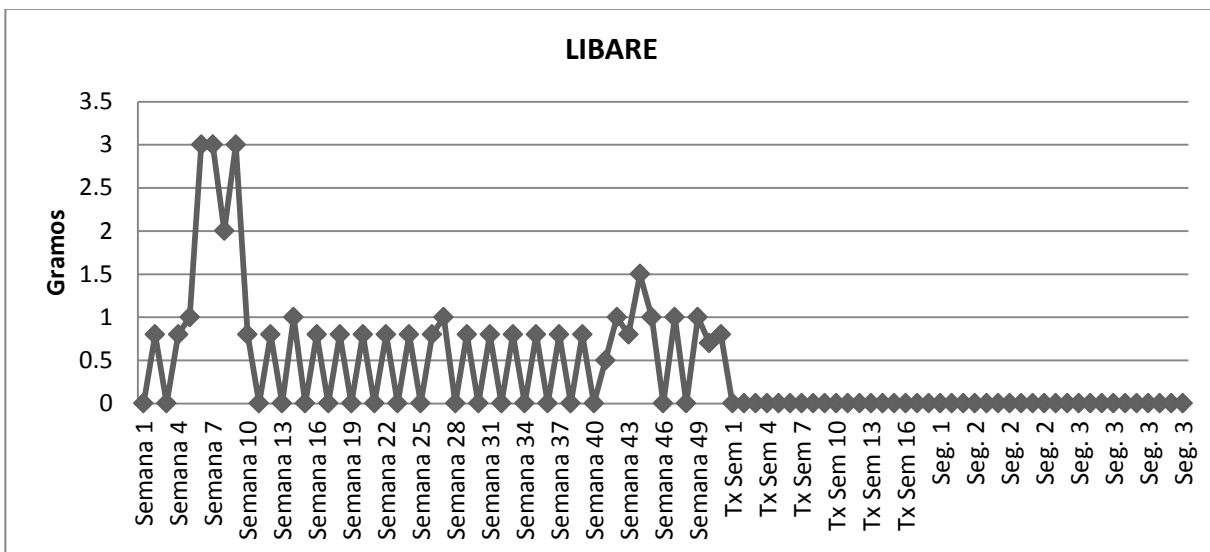


Figura 3.3.1. Línea Base Retrospectiva, muestra el consumo de cocaína en gramos de un año previo al inicio del tratamiento, durante el tratamiento y en los seguimientos.

Tabla 3.3.7. Muestra el patrón consumo de cocaína en gramos.

	Cocaína (gr.) Previo al Tx.	Durante el Tx.	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3
SUMA TOTAL	35.1	0	0	0	0
PROMEDIO SEMANAL	1	0	0	0	0
PROMEDIO POR OCASIÓN	.9	0	0	0	0
DÍAS DE CONSUMO	46	0	0	0	0
DÍA DE MAYOR CONSUMO	LUNES	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
PERIODO DE ABTINENCIA	6	141 días	165 días	221 días	308 días

A través del *Autoregistro* de consumo y deseo de drogas, podemos observar que el usuario durante todo el tratamiento reportó sus autoregistros en “0” consumo de cocaína, es decir se mantuvo en abstinencia; al observar los episodios de los deseos que tuvo por consumir, se presentó un deseo fuerte por consumir cocaína, que duró aproximadamente 30 minutos, y otros 4 episodios, que oscilaron entre 5 y 15 minutos.

En las escalas de dependencia se aplicó el *Test de Fagerström de dependencia a la nicotina* (ver figura 3.3.2), que aunque al inicio tiene dependencia baja, se muestra una reducción en los síntomas; la *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)*, (ver figura 3.3.3), al comienzo reporta una dependencia baja, para posteriormente no presentar dependencia; y, el *Cuestionario de Dependencia a las Drogas (CAD-20)*, (ver figura 3.3.4)

que de un involucramiento fuerte al consumo, se logra una reducción significativa de los índices.

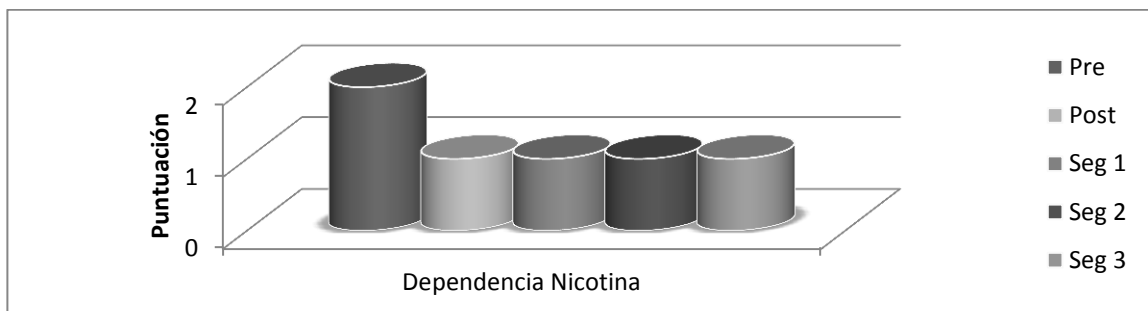


Figura 3.3.2 Resultados del Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina, en sus diferentes mediciones.

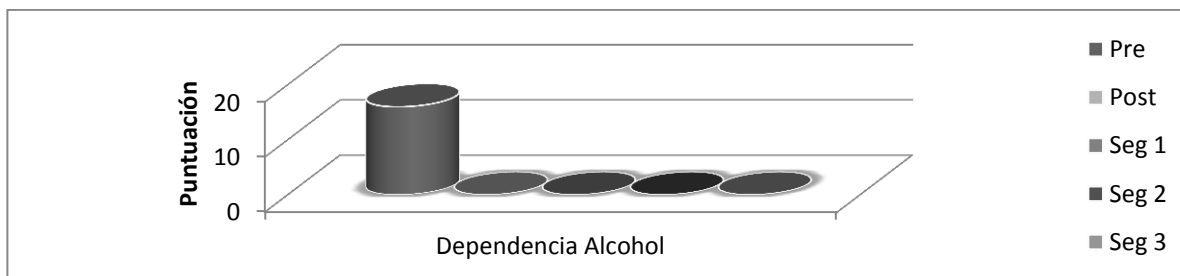


Figura 3.3.3 Resultados de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), en sus diferentes mediciones.

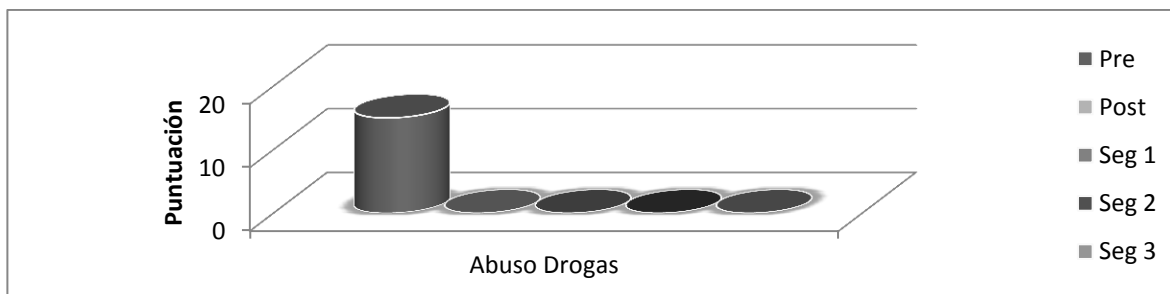


Figura 3.3.4 Resultados del Cuestionario de Abuso a las Drogas (CAD-20), en sus diferentes mediciones.

En los instrumentos de las situaciones de riesgo de consumo de cocaína y la autoeficacia para dejar de consumir, se aplicó el *Inventario*

Situacional del Consumo de Drogas (ISCD), (ver figura 3.3.5), y el *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, (ver figura 3.3.6); en donde podemos observar que en la pre-evaluación las principales situaciones de riesgo del usuario eran: probando autocontrol (60%), momentos agradables con otros (47%) y necesidad o tentación de consumo (28%), y que a partir de las post-evaluación las situaciones de riesgo disminuyeron significativamente; en cuanto a la autoeficacia, el usuario siempre tuvo gran confianza de no consumir en cualquier circunstancia.

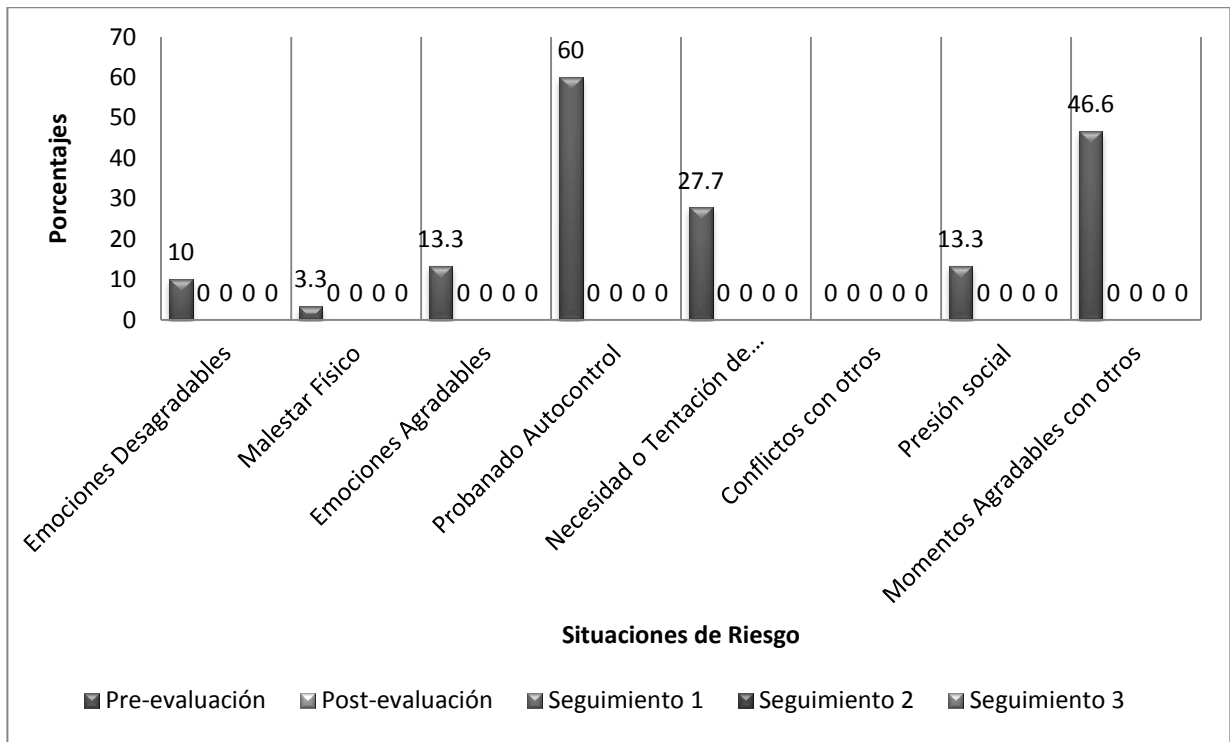


Figura 3.3.5 Muestra los porcentajes de la Situaciones de riesgo en sus ocho subescalas, en las diferentes mediciones.

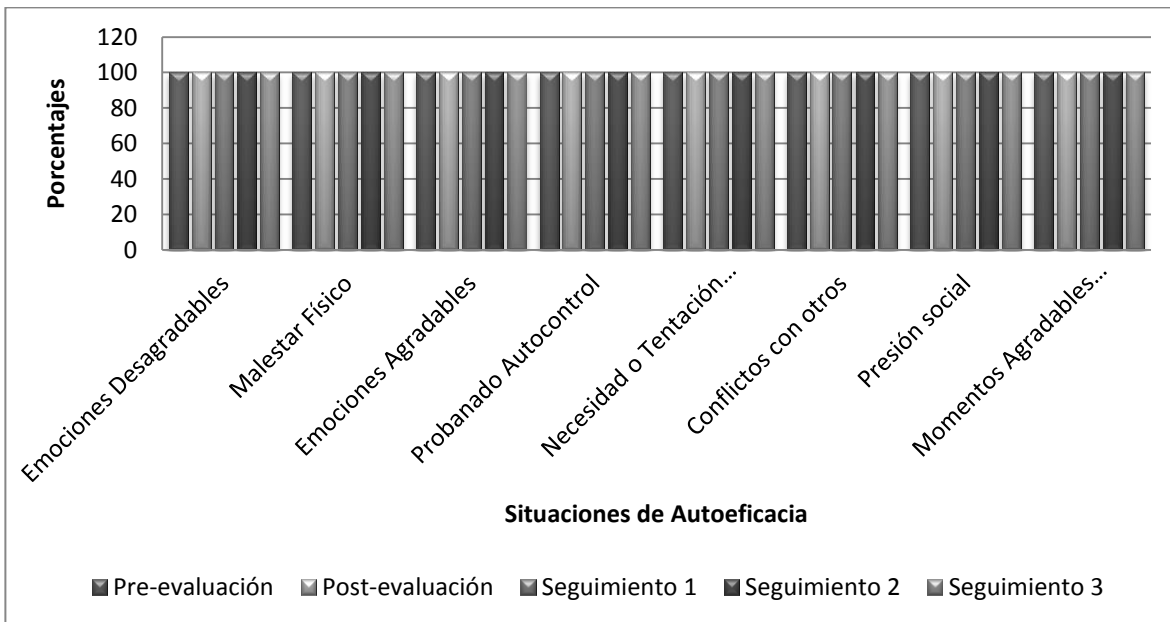


Figura 3.3.6 Muestra los porcentajes de la Autoeficacia ante el consumo, durante las diferentes mediciones.

En la evaluación también se tomó en cuenta el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, (ver Figura 3.3.7) y, el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, (ver Figura 3.3.8). Donde podemos observar que los síntomas asociados a la ansiedad y la depresión, en ningún momento se consideraron altos, sin embargo fue importante monitorearlos, con el objetivo de que se mantuvieran controlados, debido a su asociación con el riesgo de una caída o incluso una recaída, especialmente la ansiedad que en los últimos dos seguimientos se fue incrementando por motivos ajenos al consumo.

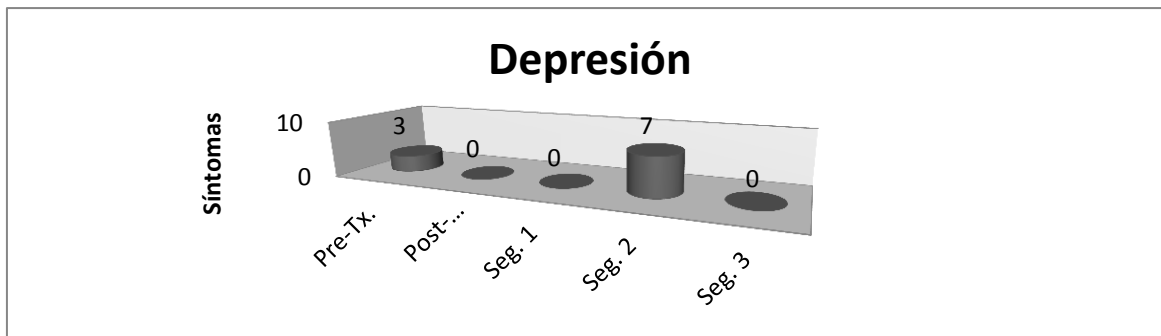


Figura 3.3.7 Evaluaciones de los síntomas de depresión antes y después del tratamiento, al igual que los seguimientos.

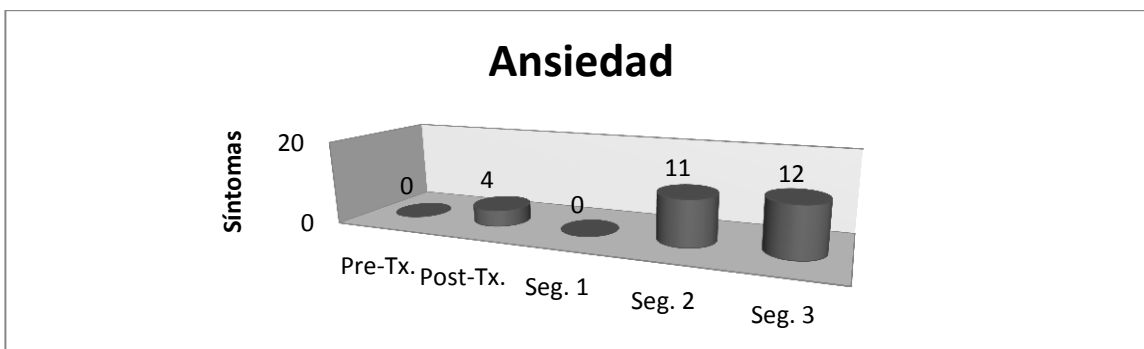


Figura 3.3.8 Evaluaciones de los síntomas de ansiedad en las diferentes mediciones durante el tratamiento.

Finalmente, la *Escala de Satisfacción General*, mostró que la satisfacción en diferentes áreas de vida del usuario, se incrementó, y a pesar de que en el segundo seguimiento se redujo en algunas áreas, mismo seguimiento en el que aumento la depresión y la ansiedad; la satisfacción no cayó a como estaba al iniciar el tratamiento (ver figura 3.3.9).

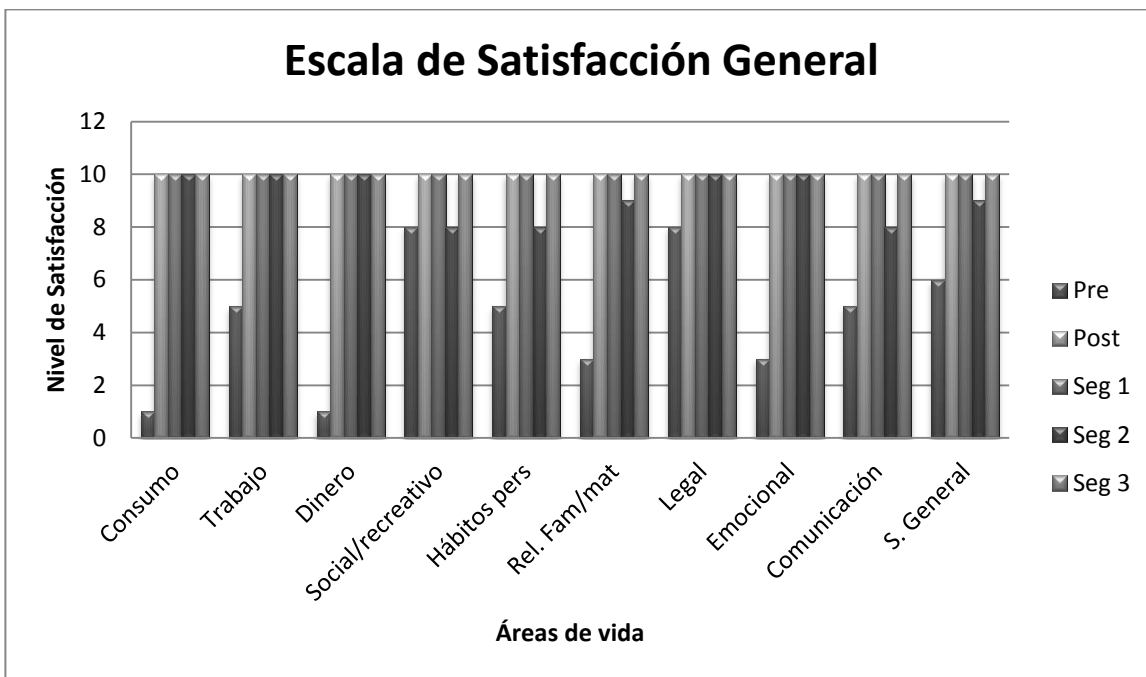


Figura 3.3.9. Resultados de la Escala de Satisfacción General, a lo largo del tratamiento.

Por último, se muestran las conclusiones a las que llegó la neuropsicóloga, al realizar una evaluación neuropsicológica; con el objetivo de medir orientación, atención, lenguaje, habilidad constructiva, memoria, cálculo y razonamiento, signos neurológicos blandos y funciones ejecutivas y lóbulos frontales.

Las conclusiones fueron que a pesar del extenso periodo que el usuario ha consumido drogas, su desempeño cognitivo general se encuentra dentro del rango normal, lo cual podría deberse a las actividades culturales que realiza desde los 15 años. Se encontraron ligeras dificultades en la memoria auditivo-verbal, principalmente en la evocación de la información, esto podía estar asociado con estrategias de recuperación de información poco eficientes. Si bien no se evidenció la presencia de signos que hicieran sospechar de daño neurológico, el usuario presenta alteraciones motrices debido a que el

sitio de acción de la cocaína está vinculado con el sistema motor piramidal y extrapiramidal.

Conclusiones

El usuario logró desde el inicio mantenerse en abstinencia, lo que permitió cumplir con el objetivo general del tratamiento, y se debió principalmente a la motivación y alta autoeficacia que siempre mantuvo. No obstante, en los momentos en donde se le antojaba consumir y/o estuvo en una situación de riesgo, se valió de los recursos aprendidos en las diferentes sesiones.

Durante los ejercicios, mencionó a su mejor amigo, con él cual llevaba una buena relación y estima; sin embargo representaba una situación de riesgo debido a la asociación que tenía su amistad con el consumo. Al principio del tratamiento, tomo la decisión de evitarlo, no obstante, cuando él mismo se sintió seguro de haber adquirido las herramientas necesarias para enfrentarlo, en una reunión hablo con él, siempre siendo asertivo, dejándole en claro que él era una persona importante en su vida, en términos sociales, pero que ya no iba a consumir cocaína, asistiendo a tratamiento para lograrlo; al parecer el amigo se mostró impactado e incierto.

El amigo en ese momento, estaba consumiendo alcohol y cocaína (no pudo encontrarlo en un momento de no consumo) y se puso necio y agresivo, por lo que se visualizó en esa imagen, cuando él también consumía y actuaba así, concluyendo que no le gustó y no le gustaría regresar a ello.

Por otra parte, el usuario contaba con amigos que lo apoyaban, reforzaban su conducta de asistir a tratamiento y de mantenerse en abstinencia. Cabe señalar que en el ambiente social del usuario existían personas que respetaban el hecho de que estuviera en tratamiento

psicológico, comparado a otros ámbitos sociales, que aceptan justificaciones como “estoy jurado o estoy tomando medicamento”.

Como ya se mencionó la motivación del usuario fue alta durante todo el tratamiento, lo cual influyó en que logrará establecer una relación matrimonial sana y de apoyo. Es importante resaltar que durante la intervención, asistió con su esposa al taller de crianza positiva que también ofrece el CEPREA.

A lo largo de las sesiones siempre reportó que obtenía recompensas de su abstinencia, participando en ellas, principalmente sus hijas, que siempre fungieron un papel distractor para momentos de deseo o de “ansias fuertes” por consumir, y a su vez, le hacían notar al usuario sus cambios, diciéndole frases como “Papito te ves bien, te quiero mucho”; “papito estoy feliz porque ya no me gritaste hoy”; y por supuesto que al usuario lo motivaban a seguir adelante.

Otros objetivos específicos fueron reducir las situaciones de riesgo, los criterios de dependencia y los síntomas de ansiedad y depresión, para así aumentar, la autoeficacia ante el consumo y la satisfacción general de vida.

En cuanto a los criterios de dependencia al alcohol, la nicotina y las drogas se observó una reducción significativa en los tres tipos de sustancias, de niveles bajos en nicotina, moderados en alcohol y graves en cocaína, llegando al final del tratamiento a no presentar ningún síntoma de dependencia a ninguna de las sustancias. Es importante mencionar que no se buscó la abstinencia en alcohol ni tabaco, debido que este último no generaba ningún problema para el usuario y la frecuencia de consumo era de uno al mes, máximo cada quince días, cuando no consumía cocaína; y del alcohol, a pesar de presentar una dependencia moderada, se evaluó que al igual que la nicotina, incrementaba con el consumo de cocaína, sin embargo al mantenerse

en abstinencia de esta, el consumo de las otras disminuyó. No obstante, el consumo de alcohol se presentó en festividades como su boda, navidad y año nuevo, sin embargo no fue de manera excesiva.

En las situaciones de riesgo, también mostró una reducción significativa, en especial, en aquellas que fueron altas, en un principio (probando autocontrol, momentos agradables con otros y necesidad o tentación de consumir), lo que significa que ha podido enfrentarse a ellas, aumentando también así, su autoeficacia.

Es importante señalar que en las últimas sesiones, presentó un ligero incremento de los síntomas relacionados con la ansiedad, como sudoración no debida al calor e indigestión o malestar estomacal y aumento en la presión arterial, aparentemente, por cuestiones económicas de su mamá y problemas de salud de su esposa. No obstante, aplicó habilidades de solución de problemas y control de ansiedad para que estos síntomas siguieran siendo mínimos y no se provocará una recaída. La satisfacción en diferentes áreas de vida del usuario, se incrementó, lo cual fue positivo, para ayudarlo a mantenerse en abstinencia.

Después de lo observado se consideró que ya estaba en una fase de mantenimiento, en donde ha podido incorporar habilidades y estrategias, que le han permitido, llevar un periodo de tiempo sin consumir.

Lo más importante fue que el cambio se centró en el usuario, ya que él visualizó los beneficios asociados a dejar de consumir cocaína, tanto a su salud, logrando regular su presión arterial, mantenerse mejor alimentado, hacer ejercicio, mejora en sus vías respiratorias (percibidas por el usuario y reducción de infecciones respiratorias); como a nivel familiar y social, estableciendo relaciones sanas; laboral, obteniendo

un negocio más consolidado; en lo escolar, ingreso a la licenciatura y por supuesto económico, que por una parte se eliminó el gasto excesivo en alcohol, tabaco y cocaína, versus estabilidad laboral, con mayores ganancias.

Un avance importante en el tratamiento, fue que después de terminar con el TBUC, se comenzó una intervención neuropsicológica, debido a que la comprobación de alteraciones neuropsicológicas de los consumidores de cocaína permite explicar en parte el fracaso terapéutico que con frecuencia se da. Aunado a los déficits en funciones de planificación y ejecutivas, que simulan adecuadamente la realidad del día a día. Estos déficits ayudan a explicar mejor el comportamiento paradigmático del sujeto consumidor, con frecuentes recaídas, tendencia a la pergraveción, a la elección de premios inmediatos desechando beneficios a medio y largo plazo y con fallos en actividades que requieran un cierto nivel de planificación (Madoz-Gúrpide, et al. 2012).

DISCUSIÓN

Desde el inicio de este trabajo, se puede resaltar la importancia que tiene el abordaje del tema del consumo de drogas, ya que cada vez son más personas las que las consumen, y sufren las consecuencias asociadas. Por tal motivo es importante ofrecer tratamientos adecuados, como los que se llevan a cabo en el CEPREA, que muestren claramente resultados en la reducción del consumo y en mejorar la calidad de vida de los consumidores de drogas.

En general, se pudo observar que los tratamientos aplicados, tuvieron éxito en cada caso, ya que el objetivo principal se cumplió, es decir, la cantidad y frecuencia con la que consumían alcohol y otras drogas, se redujo significativamente, e incluso en algunos casos llegando a la abstinencia. También se observó una reducción importante de síntomas de ansiedad y depresión, que frecuentemente se asocian con el consumo de drogas y un aumento en la satisfacción personal y con su vida en general, al cumplir sus metas.

Considero como puntos cruciales para el éxito del tratamiento: el mantener la motivación del usuario en todo momento, respecto a su meta de consumo, con la adecuada aplicación de las herramientas de la entrevista motivacional, debido a que la rueda de cambio es muy fácil de moverse en los usuarios; la reestructuración cognoscitiva y el cambio conductual, con el fin de promover la reestructuración de pensamientos respecto a la droga, y sobre su estilo de vida, ya que (tengan dependencia física o no) el consumo de drogas, está totalmente vinculado a su estilo de vida y es necesario encontrar actividades que compita con las del consumo.

Un punto importante, que logre ver en los tres casos, fue la necesidad de añadir tópicos o temas nuevos a trabajar en el tratamiento. En este sentido, los programas mantienen una estructura dirigida y establecida para cubrir objetivos principales, sin embargo, en el trabajo clínico, es responsabilidad del terapeuta, personalizar dichos tratamientos para dar respuesta a las necesidades de los usuarios. Los tópicos agregados a cada caso fueron de corte cognitivo conductual y tomados de otros tratamientos ya estudiados.

Del mismo modo, es importante incorporar otros temas que pueden aportar mayor información a los participantes de los programas, en especial a los adolescentes que están interesados en temas como: la violencia de género, la violencia escolar, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, entre otros. Si se abordan estas cuestiones dentro de los programas, se podría disminuir el que la busquen en lugares donde no necesariamente les otorgan información adecuada.

Si bien es cierto que la maestría en Psicología de las Adicciones, te da las herramientas necesarias para atender a las personas que tienen problemas con su consumo de drogas, sería importante incorporar cada vez más otras estrategias que faciliten la atención de personas resistentes al tratamiento y/o personas que ya acudieron a otro u otros tratamientos que no le brindaron la ayuda necesaria para solucionar su problemática.

También es válido reconocer que en ocasiones todas las herramientas que se buscan para el usuario, no le alcanzan al abordaje de una problemática en específica, por ejemplo, en uno de los casos el control de enojo, se reducía por etapas y con las técnicas que se buscaban para dicho fin, sin embargo, a pesar de que se le brindaba nuevo material o

nuevas herramientas, volvían las explosiones de enojo. Por lo que sugiero, en estos casos una canalización adecuada, en tiempo y forma, junto a un seguimiento, con el fin de que el usuario se vea totalmente beneficiado.

La adecuada canalización de los usuarios que así lo requieran, ya sea de manera interna, a otro tipo de modalidad de tratamiento u otra especialista, por ejemplo: taller de familia o intervención (como fue el caso del usuario de cocaína, posterior a que terminó la intervención para el consumo de drogas, comenzó con la intervención neurológica y terminando esta acudió a una intervención específica para el control de enojo. O bien, externa, a un lugar donde se cuente con internamiento, que este más cercano a su domicilio y le brinde el mismo servicio, y/o un apoyo psiquiátrico.

Otro punto importante fue darle siempre sentido a cada instrumento que se aplicaba, ya que son muchos, y de lo contrario puede generar resistencia al tratamiento en los usuarios, y por lo tanto dejar de asistir; aunado a esto y debido a que en el CEPREA se realizan protocolos de investigación con frecuencia, principalmente con los usuarios, es necesario explicarles primero a los usuarios dichas investigaciones para que así muestre sentido para ellos y decidan dar su consentimiento de participación. Ya que en ocasiones los investigadores abordaban a los usuarios sin antes iniciar su primera sesión con el terapeuta, situación que fue mejorando a través de la comunicación del terapeuta con el investigador.

Asimismo, es importante valorar la importancia de la aplicación de cada uno de los instrumentos, investigar si siguen vigentes o existen algunos más actuales e igual de confiables y que claramente nos den apoyo al trabajo clínico.

Por ejemplo, en los últimos años se han apuntado distintas limitaciones al test de Fageström; Moolchan et al. (2002) encuentran poca concordancia entre el FTND y la dependencia de la nicotina evaluada con los criterios del DSM-III-R. Lo mismo ocurre en adolescentes (Cohen et al., 2002). Otros estudios, especialmente el de Heatherton et al. (1991), sugieren utilizar sólo dos ítems del cuestionario: el que evalúa la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos por día (Becoña y Lorenzo, 2004). Aun así, su utilización en la clínica es habitual, siendo el cuestionario de referencia en la evaluación de los fumadores.

Algo similar sucede con la Lista Cotejable de las Etapas del Cambio, además de que al terapeuta que se está desarrollando en la maestría con adicciones, te preparan para identificar de manera, casi inmediata, la etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto, sin afán de minimizar el uso de dicho instrumento, que bien sirve como confirmación de la sospecha del terapeuta, sugiero mayor practicidad, y mejor uso de los recursos materiales y de tiempo en cada sesión con el usuario.

Se sugiere seguir investigando para llegar a instrumentos de fácil aplicación y con significativa validez y confiabilidad.

Para concluir, externo mi propia satisfacción de realizar este proyecto, en el cual aprendí a trabajar con los usuarios de drogas, además de generalizar algunos otros conocimientos.

REFERENCIAS

- Annis, H.M., Graham, J.M., Martin J., (1988). *Situational confidence questionnaire (SCQ): User's guide*. Toronto: Addition Research Foundation.
- Ayala, V. H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L., (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental* 5 (1), 71-93.
- Ayala, V. H., Cárdenas, G., Echeverría, L., Gutiérrez, M. (1998). *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México: Porrúa-UNAM.
- Ayala, V. H., Pedroza, C. F., Morales, Ch. S., Chaparro, C. L. y Barragán, T. N., (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Babor, T., Fischer, B., Obot, I., Room, R., Caulkins, J., Foxcroft, D., Rehm, J., Rossow, I., Edwards, G., Humphreys, K., Reuter, P. y Strang, J., (2010). *La política de drogas y el bien público*. Estados Unidos Americanos: Organización Panamericana de la Salud.
- Barragán, L., (2005). *Modelos de Intervención Cognitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano J., y Aguilar-Gaxiola, S., (2009). *La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Estados Unidos Americanos: Organización Panamericana de la Salud, (632), 90- 98.
- Brailowsky, S., (1995). *Las sustancias de los Sueños: Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/lassusta.html>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. United States of America: (26), 17-31. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com>
- Carrillo, J. J., (2004). *Consumo de drogas ¿Qué hacer?* México: Trillas.
- Cruz, M.D.C., (2007). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- De Las Fuentes, V. y Villalpando, U.J., (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- De León, B. L. y Pérez, F. L., (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Echeverría, L., Ayala, H., (1997). *Auto Registro del Consumo de Alcohol y otras Drogas: Traducción y Adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría L., Ayala H., (1997). *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. En Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L., Gutiérrez, L. M., (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de psicología.
- Echeverría, L., Oviedo, P., Ayala, H. (1998). *Inventario situacional de consumo de alcohol*. En Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L., Gutiérrez, L. M., (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México. Porrúa y Facultad de psicología.
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M., Tiburcio, M., Ayala, H., (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, CONADIC/ SSA, INP, INEGI, 2008). *Informe Ejecutivo, México, 2010*.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, CENADIC, CONADIC, INP, INSP, 2012). *Reporte de Alcohol, México, 2012*.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, CENADIC, CONADIC, INP, INSP, 2012). *Reporte de Tabaco, México, 2012*.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, CENADIC, CONADIC, INP, INSP, 2012). *Reporte de Drogas, México, 2012*.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M. (2007). *Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas en población mexicana, un estudio de cohortes*. *Salud Mental*, 30 (5), 63-73.
- Fukushima, E. (2003). *Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gil-Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J. A., Maniega, M. A., Rami-González, L., Cañizares-Alejs, S., (2003). *Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso*. *Revista Neurologica*, 36 (4), 361-365.
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R., y Fagerström, K., (1991). *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire*. *British Journal of Addictions*, (86), 1119-1127.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Lopenera, V., Varela, R., (1998). La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Lira-Mandujano, J. (2009). Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF). Recuperado de: <http://www.cic.umich.mx/documento/divulgacion/tabakismo.pdf>
- Madoz-Gúrpide, A. y Ochoa-Mangado, E., (2012). Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. *Revista de Neurología*, (54), 199-208.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR, (2007). España: MASSON.
- Mariño, M.C. (1997). *Validación del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mariño, M.C. González-Forteza, C. Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, (21), 27-36.
- Marllat, G., Gordon, J., (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Estados Unidos de América: Guilford Press.
- Martínez, M. K., Salazar, G. M., Jiménez, P. A., Ruiz, T. G., y Ayala, V. H. (2012). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA)*. Manual del Terapeuta. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Martínez, M. K., Salazar, G. M., Pedroza, C. F., Ruiz, T. G., y Ayala, V. H., (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, (31), 119-127.
- Mayers, J. R., Miller, W. R. (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. United States of America: Cambridge.
- Medina, G. M., Chávez, A. M., López, C. F., Félix, R. V., Gordillo, M. T., Morales, Ch. S., (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana*. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L., y Aguilar-Gaxiola, S., (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Berglund, P., (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, (190), 521-528.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M. C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., y Aguilar-Gaxiola, S., (2009). *Estudio de los Trastornos Mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. United States of America: Organización Panamericana de la Salud*, (632) 79-89.
- Méndez, D. M., Ruiz, C. A., Prieto, G. B., Romano, A., Caynas, S., Prospéro, G. O., (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, (33), 451-456.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- National Institute of Drug Abuse (2014). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. *NIDA*, 1-36. Recuperado de: www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf
- Oropeza, T. R., Fukushima, T. E., y García, Q. L., (2008). *Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, tercera versión (TBUC-III)*. CEAA ANUARIO DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES, 9 (1).
- Oropeza, T. R., Fukushima, T. E., García, Q. L. y Escobedo, A. J. (2012). *Manual de Aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)*. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Oropeza, T. R., Medina-Mora, I. M. y Sánchez- Sosa, J., (2007). Evaluación de un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 219-231.
- Pérez, D.R., (2011). *Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. España.
- Perotto, P. y Baldivieso, L., (1994). *El riesgo de ser joven. La paz/CESE: Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"*.
- Secades, V. R., Fernández, H. J., (2003). *Modelos de adicción*. En García, U. E., Mendieta, C. S., Cervera, M. G., Fernández, H. J., Manual SET de Alcoholismo. España: Panamericana, 19-48.
- Ramos-Zúñiga, R., Hasslacher-Arellano, F., González-Jara, D., Gómez-Ríos, J., Vázquez-Moreno y Camarena-Pérez, H., (2009). Apoplejía pituitaria tumoral y consumo de cocaína. *Revista de Neurología*, 48 (2), 107-108.

- Robertson, E. B., David, S. L., Rao, S. A., (2004). *Cómo prevenir el uso de Drogas en los niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Estados Unidos de América: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F., (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, (2), 211-218.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., Medina-Mora, M. E., (2012). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, (34) 351-365.
- Ruiz, C. A., Méndez D. M., Prieto, G. B., Romano, A., Caynas, S., Prospéro, G. O., (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*, (33) 535-542.
- Tiburcio, S. M. y Natera R. G., (2003). Evaluación de un Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Droga. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 25 (4), 33-42.
- Valverde, O., (2008). *Una aproximación de la investigación básica y clínica sobre salud y género*. España: Universitat Pompeu Fabra.
- Vanistendael, S., (1991). *Un enfoque posible en el trabajo con los niños y sus familias*. Ponencia presentada en la Asamblea General de Caritas Internationalis, Roma: Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida".
- Velasco, F. R., (1997). *Las Adicciones, Manual para maestros y padres*. México: Trillas.
- Villatoro, V. J., Gaytán, F. F., Moreno, L. M., Gutiérrez, L.M., Robles, M., Bretón, C. M., López, B. M., Bustos G. M., Medina-Mora, I., Blanco, O. C., (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, (34), 81-94.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, B., Medina-Mora, I., (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(4), 287-297.
- WHO ASSIST Working Group Addiction, (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, (97), 1183-1194.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D., Hirky, A., (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, (105), 166-180.