

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**“PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA EL
TRATAMIENTO DEL CONSUMO DEPENDIENTE DE MARIHUANA”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MIGUEL ALEJANDRO GONZÁLEZ SOTO

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
COMITÉ TUTORIAL: DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES
MTRO. LEONARDO REYNOSO TORRES
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ

MÉXICO CD. MX.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“El tiempo lo cambia todo”... eso es lo que la gente dice, pero no es verdad. Hacer cosas cambia las cosas. No hacer nada deja las cosas exactamente como están.

Dr. House.

“Clara a veces me pregunta si sueño... -Por supuesto que sueño- le digo, todo el mundo sueña... entonces ella me pregunta, ¿Pero qué sueñas? -Lo mismo que todo el mundo- le digo. Sueño acerca de dónde voy... -ella se ríe de eso- Pero tú no vas a ningún sitio, me dice, solo vagabundeas... -Eso no es cierto, ya no, tengo un nuevo destino. Mi viaje es el mismo que el tuyo, el mismo que el de cualquiera, me ha llevado muchos años y muchas vidas pero ahora sé dónde voy; el hogar, es el camino más largo”.

The day of the Doctor

DEDICATORIA

A mi Madre por todo su amor

A mi Padre por su trabajo

A mi Hermana por su ejemplo

A mi Abuelita por su consuelo

A mi Tía Gloria, a Sergio y Amaury y

A Mary por ser mi corazón

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, es un orgullo y una
responsabilidad ser egresado de tus aulas

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Al Doctor Horacio Quiroga Anaya, por enseñarme tanto y ser un excelente mentor

A la Doctora Lydia Barragán, al Maestro Leonardo Reynoso, a la Doctora Sara Cruz
y la Maestra María José Martínez, por revisar este trabajo

A la Doctora Silvia Morales Chainé, a los profesores, investigadores y académicos
que logran que la Residencia en Adicciones sea una de las mejores

A todos pacientes, todo mi esfuerzo y trabajo es por y para ustedes

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
	5
Capítulo 1. Marco Teórico.....	5
I.1 Panorama Epidemiológico Del Consumo de Sustancias Adictivas en México.....	
I.1.2. Epidemiología de Consumo de Alcohol.....	5
I.1.3. Epidemiología del Consumo de Drogas Ilícitas.....	6
I.1.4. Características del Consumo de Marihuana.....	7
I.1.5. Adolescencia y Consumo de Cannabis.....	9
I.1.6. Efectos y Daños Asociados al Consumo de Marihuana.....	12
I.2. Modelo Cognitivo-Conductual- Motivacional para el Cambio en el Consumo de Sustancias.....	19
I.2.1. Paradigmas que Componen el Modelo Cognitivo-Conductual- Motivacional.....	19
I.2.1.1. Teoría Conductual.....	20
I.2.1.2. Teoría Cognitiva.....	21
I.2.1.3. Teoría del Aprendizaje Social (TAS).....	23
I.2.1.4. Teoría Motivacional.....	30
I.2.2. Programas Cognitivo-Conductuales-Motivacionales Para La Atención Al Consumo De Sustancias Adictivas.....	34
I.2.2.1. Programas de Incremento Motivacional/ Retroalimentación	35
I.2.2.2. Intervenciones Breves.....	35
I.2.2.3. Entrenamiento en Destrezas.....	36
I.2.2.4. Prevención de Recaídas.....	37
I.2.2.5. Reducción del Daño	39
Capítulo II. Formulación De Programas.....	41
II.1. Detección e Intervención Breve de Alcohol, tabaco y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).....	41
II.2. Tratamiento de Auto-Cambio Guiado para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y Otras Drogas (TAGEU).....	49
II.3. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU).....	57
II.4. Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).....	62
II.5. Programa De Satisfactores Cotidianos (PSC).....	70
Capitulo III. Reporte de Caso: Aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas en un Usuario con Dependencia Severa a la Marihuana.	77
III.1 Admisión	77
III.2 Desarrollo por Sesiones.....	80
III.2.1 Sesión 1 Evaluación Inicial	80

III.2.1.1 Resultados de la Evaluación Inicial	81
III.2.2 Sesión 2 Retroalimentación.....	87
III.2.3 Sesión 3 Retroalimentación y Balance Decisional	89
III.2.4 Sesión 4 Plan De Tratamiento Individualizado.....	93
III.2.5 Iniciación Al Cambio.....	97
III.2.5.1 Sesión 5 Análisis Funcional y Estrategias Iniciales de Enfrentamiento.....	97
III.2.5.2 Sesión 6 Enfrentamiento de los Deseos Intensos.....	102
III.2.5.3 Sesión 7 Asertividad.....	107
III.2.5.4 Sesión 8 Rechazo De Las Drogas.....	112
III.2.6 Mantenimiento del Cambio.....	118
III.2.6.1 Sesión 9 Relaciones Saludables.....	118
III.2.6.2 Sesión 10: Enfrentamiento del Aburrimiento.....	123
III.2.6.3 Sesión 11. Preparación del Cierre de Tratamiento.....	127
III.2.6.4. Sesión 12 Cierre Del Tratamiento	132
III.2.7. Resultados.....	136
III.3. Fase de Seguimiento	139
III.3.1. Seguimiento a Un Mes	139
III.3.2. Seguimiento a Tres Meses	142
III.3.3. Seguimiento a Seis Meses.....	143
III.3.4. Seguimiento a Doce Meses	144
III.3.5. Resultados Finales.....	146
III.3.6. Conclusiones	149
IV. Conclusión General	152
V. Sugerencias al Programa de la Residencia en Psicología de las Adicciones.....	154
Referencias	156
Anexo 1	164

RESUMEN

El presente reporte tiene, como objetivo, recuperar mi experiencia profesional, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en la aplicación de diversos programas cognitivo-conductuales-motivacionales para la atención de diversos patrones de consumo de sustancias psicoactivas, instrumentados durante mi estancia en la Residencia en Psicología de las Adicciones del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, vinculando los elementos teórico-metodológicos y las competencias adquiridas durante la práctica clínica.

En primer lugar, se presenta el sustento teórico de los problemas asociados al consumo de marihuana, así como a los programas que se presentan, cuyo referente se encuentra en un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional para el tratamiento de conductas adictivas. Posteriormente, se describe la instrumentación de los programas aplicados durante la residencia, a partir de los cuales se obtuvieron resultados favorables en cuanto a la abstinencia o reducción del consumo de los participantes.

Finalmente, se describe la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU, Quiroga & Vital, 2003), con base en la metodología de investigación de diseño de caso único (diseño de pre-prueba/pos-prueba con un solo caso), a un paciente con dependencia severa a la marihuana, en donde a partir de la aplicación de dicho programa en combinación con tratamiento médico/psiquiátrico, el paciente logró un cambio en su forma de fumar marihuana, alcanzando un periodo de abstinencia de 2 meses, periodo que se mantuvo después de 12 meses de haber terminado el tratamiento, además de un aumento de confianza para abordar las 8 categorías de situaciones de consumo consideradas en el CCCD-50, de acuerdo con los puntajes siguientes: Emociones Desagradables (82%), Malestar Físico (52%), Emociones Agradables (24%), Probando el Control Personal (52%), Impulsos y Tentaciones (80%), Conflictos con Otros (47%), Presión Social (76%) y Momentos Agradables con Otros (76%), Así, como una reducción en el número de problemas asociados al consumo.

Palabras clave: Prevención de recaídas, Marihuana, Modelo Cognitivo Conductual Motivacional, Autoeficacia, Consumo crónico de marihuana.

SUMMARY

The present report has, the propose, to recover my work experience, from a systematical and reflective analysis of the results obtained in the application of diverse cognitive – behavioral -motivacional programs for the attention of diverse bosses of consumption of addictive substances, arranged during my stay in Psychology of the Addictions Residence of the Program of Master in Psychology of the UNAM, linking the theoretical-methodological elements and the competitions acquired during the clinical practice.

First of all, there appears the theoretical sustenance of the problems associated with the consumption of marijuana, as well as to the programs that appear, whose modality is in a Behavioral Cognitive Motivacional Model for the treatment of addictive conducts. Later, there is described the instrumentation of the programs applied during the residence, from which favorable results were obtained as for the abstinence or reduction of the consumption of the participants.

Finally, there is described the application of the Program of Structured Relapsing Prevention for University students (PEREU, Quiroga and Vital, 2003), with base in the methodology of investigation of design of the only case (pre-test/pos-test design with only one case), to a patient with severe dependence on the marijuana, where from the application of the above mentioned program in combination with medical / psychiatric treatment, the patient achieved a change in its way of smoking marijuana, reaching a period of abstinence of 2 months, period that was supported after 12 months of having finished the treatment, in addition to a confidence increase to tackle 8 categories of situations of consumption considered in the CCCD-50, in accordance with the following scores: Unpleasant emotions (82 %), Physical Discomfort (52 %), Agreeable Emotions (24 %), Proving the Personal Control (52 %), Impulses and Temptations (80 %), Conflicts with Others (47 %), Social Pressure (76 %) and Pleasent Moments with Others (76 %), This way, like a reduction in the number of problems associated with the consumption.

Key words: Relapsing Prevention, Marijuana, Behavioral Cognitive Motivacional Model, Autoefficacy, Chronic Consumption of Marijuana.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas representa en la actualidad, uno de los problemas con más relevancia a los que se enfrentan muchos países, no sólo por la magnitud del problema sino por la gravedad y complejidad de las consecuencias personales y sociales derivados del mismo (Organización Panamericana de Salud (OPS; 2009) y en México se ha convertido en un severo problema de salud pública.

De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito de la Organización de Naciones Unidas (UNODC), en su Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2016), un total de 246 millones de personas de entre los 15 a los 64 años de edad consumieron alguna droga en el año 2014, lo que representa un aumento de 3 millones de personas respecto a lo encontrado en el año 2012. La magnitud del problema del consumo de drogas se entiende de mejor forma al identificar que 1 de cada 10 consumidores de drogas, presenta un consumo problemático o sufre de algún trastorno relacionado con el consumo de drogas, concluyendo que 27 millones de personas, la totalidad de un país mediano, son consumidores problemáticos.

Ello supone una pesada carga para los sistemas de salud pública, en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. Únicamente 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento, dado que en muchos países hay un déficit considerable en la prestación de servicios, además la UNDOC (2016) menciona que en el año 2014, un total de 207,400 muertes estuvieron directamente relacionadas con el consumo de alguna droga.

En México los datos epidemiológicos más recientes, reportados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) realizada en 2016, señaló que, en el caso del consumo de alcohol, casi el 35.9% de la población entre 12 y 65 años bebe grandes cantidades por ocasión de consumo, y el 19.8% de las personas entre 18 y 65 años de edad reportó posible dependencia a dicha sustancia, de los cuales, el 48.1% fueron hombres y 24.4% mujeres.

En el caso del consumo de otras sustancias, en la encuesta referida se reportó que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, del total de la población (de 12 a 65 años de edad) para el consumo de cualquier droga tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2011 y 2016, de 7.8% a 10.3%, además de que, el 0.6% de la población de 12 a 65 años de edad reportó indicadores de posible dependencia, en el último año.

Por lo que, la necesidad de atención a dicha problemática constituye un elemento clave en la respuesta al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. Ya que a pesar de que en el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de

drogas, a su vez, reporta un incremento si se consideran las tendencias epidemiológicas más recientes (Villatoro et al., 2012).

Al respecto, una de las disciplinas que en los últimos años ha adquirido un papel fundamental en la atención a los problemas surgidos de la adicción, es la Psicología, que ha extendido sus acciones, por un lado, a estudiar aquellos factores psicológicos involucrados en dicha condición y, por el otro, ha puesto mayor énfasis en la elaboración de acciones dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad. Es en este contexto que la UNAM ha desarrollado el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicología de las Adicciones, a través del cual pretende que sus estudiantes adquieran y desarrollen competencias profesionales y comportamientos éticos, así como conciencia social y actitud de compromiso.

De esta forma, los estudiantes reciben una educación integral que promueve la calidad de servicio, en el trabajo y en el desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo que se requiere en nuestro país y cubrir la demanda curricular en el campo de la atención en adicciones.

Por lo que el presente informe tiene como objetivo recuperar mi experiencia profesional a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante mi formación, vinculando los elementos teórico-metodológicos y las competencias adquiridas durante la práctica profesional.

El presente informe está dividido en tres partes: la primera es una revisión de los datos teóricos y de investigaciones recientes relacionadas a diversas formas de abordar este tema, profundizado en una revisión de las características del consumo crónico de marihuana; la segunda parte se refiere a la revisión de los resultados obtenidos en la aplicación de los diversos programas de intervención que se realizan durante la residencia y la tercera parte, contiene el reporte de un caso relacionado con el consumo excesivo y una dependencia severa a la marihuana en un adolescente.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

I.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN MÉXICO

Datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), reportaron que al menos en la última década se presentó un aumento considerable de la prevalencia en el consumo de drogas a nivel nacional. De acuerdo a la ENCODAT (2016), entre las sustancias legales más consumidas se encuentran el alcohol y el tabaco. Con respecto a las drogas ilegales, las más consumidas son la marihuana, la cocaína y los inhalables. Los resultados de esta encuesta indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 2.5%, aumentando del 7.8% para 2011 a 10.3% en el 2016. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 7.2% a 9.9% ; Por grupos de población se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 5 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres, entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 2.3% en 2011 a 4.3% en 2016, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó pasando de 12.5% a 15.8% . La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población, el consumo de la primera aumentó de 6.5% a 12.8%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 3.6% en 2011 a 5.2% en 2016, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

I.1.2. EPIDEMIOLOGIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

Respecto al consumo de alcohol, como se había observado en datos anteriores de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), el patrón de consumo típico de la población mexicana (ENA, 2011) es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi el 33% de la población de mexicanos entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un fenómeno estable y menos frecuente (20%). También lo reportaron 17% de los hombres y 11% de las mujeres adolescentes, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una mujer por cada 1.5 hombres) que la que se observa en la población adulta (2.68 hombres por cada mujer). Con respecto a la dependencia 6% de la población la desarrolló. Lo que equivale a 4.9 millones de personas. Aqueja al 10.8% de los hombres entre 12 y 17 años y al 1.8% de las mujeres. Afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa 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%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente.

Los resultados de diversos estudios clínicos y encuestas en la población en general sugieren que los problemas por el consumo de alcohol se explican por las características particulares del patrón de consumo, éste se presenta en forma episódica y con grandes cantidades de alcohol por ocasión de ingesta (abuso), ya que dicho patrón representa un problema de salud y la mortalidad prematura. Se ha estimado que el abuso de alcohol, por sí solo, representa nueve por ciento del peso total de la enfermedad (años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad).

I.1.3. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS.

A nivel mundial, se calcula que, en 2014 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3.5% al 7.0% de la población de entre 15 y 64 años de edad, consumieron por lo menos una vez, alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. Por otro lado, el consumo de drogas problemático (por consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia) se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas (UNODC, 2016).

En México, de acuerdo a la ENA de 2011, la prevalencia alguna vez en la vida, del total de la población (de 12 a 65 años de edad) para el consumo de cualquier droga y cualquier droga ilegal, tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2002 y 2011. En el primer caso, la prevalencia pasó de 5.0% a 7.8%, y en el segundo, de 4.1% a 7.2%. Así mismo, el 0.7% de la población de 12 a 65 años de edad reportó indicadores de posible dependencia, en el último año.

Las diferencias entre hombres y mujeres en dicho período, indicaron que en los hombres, el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13%. En las mujeres, la prevalencia de consumo de cualquier droga pasó de 2.1% a 3.0%. Siendo la droga de preferencia para ambos la marihuana, con un 6.0% y la cocaína con 3.3%. Y en cuanto a la edad de inicio del consumo, ésta se mantuvo en los últimos tres años en 20.1 años de edad para los hombres y 18.5 años para las mujeres (Villatoro et al., 2012).

En el caso de la población adolescente (12 a 17 años de edad) el consumo de cualquier droga creció significativamente, de 1.6% en 2002 a 3.3% en 2011. Mientras que el consumo de cualquier droga ilegal aumentó significativamente de 1.3% a 2.9%. Manteniéndose la marihuana, como la droga de mayor consumo (2.4%), seguida de los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%) (Villatoro et al., 2012).

Por otro lado, la población adulta (de 18 a 34 años de edad) reportó las prevalencias más altas de consumo. El consumo de cualquier droga pasó de 6.5% en 2002 a 11.3% en 2011. En tanto, la prevalencia de cualquier droga ilegal casi se duplicó de 5.7% a 10.6%. Asimismo, el resto de las drogas ilegales presentan crecimientos importantes entre 2002 y 2011. Tal es el caso del consumo de marihuana que pasó de 4.6% a 8.7%, el de cocaína se incrementó de 2.4% a 5.2%, el crack pasó de 0.2% a 1.9%, los alucinógenos de 0.4% a 1.3% y los estimulantes tipo anfetamínico de 0.1% a 1.5% (Villatoro et al., 2012).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, con un incremento significativo de 11.5% en 2002 a 18.5% en 2011. Asimismo, el consumo de cualquier droga ilegal creció de 11.0% a 17.8%. En el caso de las mujeres, se registró un incremento importante ya que el consumo de cualquier droga pasó de 2.8% a 4.6% y de drogas ilegales de 1.7% a 3.9% (Villatoro et al., 2012).

I.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE MARIHUANA

En México, igual que en el mundo, la droga ilícita más consumida es la marihuana, en el 2014 se estimó que, en todo el mundo, 183 millones de personas usaron marihuana y otras formas de cannabis de forma recurrente, de las cuales, 50 millones de personas residen en América del Norte (UNDOC, 2008), similarmente, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2015), estimó que, en el 2012, 5.7 millones de mexicanos habían consumido marihuana de forma frecuente

Además, la ONU (UNDOC, 2016) indica que en los últimos diez años, el número de personas que necesitan tratamiento por consumo de cannabis se ha incrementado de manera progresiva en la mayoría de las regiones del mundo, los datos indican, que ha aumentado el número de consumidores de drogas que padecen trastornos relacionados con el consumo de cannabis, los cuales son en su mayoría jóvenes, concluyendo que el cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial. De igual forma, la ONU señaló que los países que más consumen cannabis son: Estados Unidos de Norteamérica, Canadá (de los cuales México es su principal distribuidor y segundo productor a nivel mundial), Australia y la mayoría de los países que forman parte de la Unión Europea, no obstante, el consumo de cannabis está aumentando en todas las regiones del mundo, aun en áreas geográficas donde no se presentaba el consumo, como Asia.

La ENCODAT (2016) señala a la marihuana como la droga con aumento de consumo en todas las regiones del país. En lo que corresponde a la población general, se observó que 9 millones de mexicanos la consumen de manera frecuente (2.2%). En la población masculina, se identificó que el consumo de marihuana incremento de 2.2% en el 2011 a 3.5% en el 2016, en cuanto al consumo en mujeres, este se ha triplicado, de 0.3% en el 2011 a 0.9% en el 2016, sin embargo, se ha observado que las regiones del norte del país, el porcentaje de

mujeres que consumen marihuana ha aumentado del 0.8% en el 2009 a 1.7% en el 2011 (ENCODAT, 2016).

Esto concuerda con un informe reciente publicado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones del país, (Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología, 2013) en el cual se menciona que la tercera droga de inicio más reportada por los centros de tratamiento federales, es la marihuana. De igual forma, el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID) (Ortiz, Martínez & Meza, 2010), que se realiza sólo en la Ciudad de México, indica que la marihuana fue la sustancia que presentó el porcentaje más elevado en el consumo de alguna vez en la vida (61%), en los usuarios que acudieron a solicitar tratamiento.

Una de las variables a las que la ONU (UNDOC, 2016) le atribuye este incremento de consumidores, es a los avances en las técnicas de cultivo de la planta de cannabis y el uso de determinadas cepas seleccionadas genéticamente, las cuales han producido un aumento en el número de cosechas, un mayor rendimiento y potencia del cannabis. La potencia del cannabis, que suele medirse por el grado de concentración de THC (delta-9-tetrahidrocannabinol, el principal ingrediente psicoactivo del cannabis), ha ido aumentando en muchos mercados durante la última década. Además, los datos correspondientes a 2013 ponen de manifiesto un aumento del 75% en la cantidad de hierba de cannabis y resina de cannabis incautada en todo el mundo, lo cual pone en evidencia el aumento de la producción mundial de esta droga.

En cuanto a la realización de actos delictivos bajo la influencia de alguna droga, la marihuana es la sustancia más reportada (35%) ubicándose por arriba del alcohol (29.88%), siendo la droga más asociada con eventos delictivos donde se ejerció algún tipo violencia (Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología, 2013). Esto es similar a lo reportado por el Centro de Investigaciones y Docencia Económica (CIDE, (2012), donde se señaló que de la población penitenciaria en la Ciudad de México, el 60% de los que cometieron delitos contra la salud, están en proceso legal por posesión y consumo de marihuana.

En nuestro país y de manera similar al resto del mundo, los jóvenes de 18 a 24 años de edad son los que presentan una mayor prevalencia de consumo de marihuana, ya que el 1.8% de esta población reporta consumirla de manera regular, siendo la principal sustancia ilegal por la cual tanto hombres como mujeres buscan tratamiento en instituciones gubernamentales o privadas en todo el país (ENA, 2011).

Un dato preocupante surge al examinar el consumo en la población estudiantil de nivel medio superior y superior, en el que se observó un porcentaje de prevalencia que rebasa significativamente el encontrado en la población general (1.2%), encontrando que el 14% de los varones y el 6.4% de las mujeres de estos niveles educativos consumen esta sustancia,

tanto en zonas rurales como urbanas (ENA, 2011), dicha prevalencia de consumo es parecida a la observada en población penitenciaria donde el 14.6% de los hombres y 3.2% de las mujeres la consumen de forma regular (CIDE, 2012).

De manera similar, la Encuesta de Estudiantes del 2012 (Villatoro, et al., 2014), encontró que la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en estudiantes de bachillerato y de bachillerato técnico, con un 15.9 % de prevalencia, incrementando un 5% respecto a la Encuesta de Estudiantes del 2009 (Villatoro, et al., 2011). Además, se encontró que fue la droga ilegal más usada por hombres (14.4%) y mujeres (9.9%), en cuanto a la edad se identificó que los inhalables y la marihuana son las principales sustancias consumidas a los 14 años de edad o antes, en tanto que el porcentaje de usuarios de marihuana se triplica entre los 14 y los 15 años de edad.

Al observar los datos señalados en las encuestas, se puede concluir que la marihuana es la droga ilegal más usada en el mundo, cuyo uso se ha extendido principalmente a población adolescente, causando que sea la principal droga ilegal por la cual se solicita tratamiento a nivel nacional, tanto en hombres como en mujeres. Para entender la dimensión del problema del consumo de marihuana en los adolescentes, se deben conocer las características del consumo de marihuana comprendiendo los efectos y consecuencias del consumo de esta sustancia.

I.1.5. ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE CANNABIS

La experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los jóvenes de las sociedades capitalistas, mostrando un escalonamiento en el uso y abuso del consumo de drogas (González, 2011). Anteriormente, el alcohol y el tabaco eran consideradas las drogas de iniciación por excelencia, sin embargo, las cifras encontradas en los últimos años, indican que la marihuana, puede ser considerada una droga de iniciación en los adolescentes a nivel mundial.

De acuerdo a Blackman (1996), la adolescencia es un largo período de tiempo cuyas decisiones tendrán efecto en la vida adulta, esta etapa es clave en el desarrollo integral del individuo. Así mismo Becoña (2007) establece a la adolescencia como una etapa crítica para la formación de la persona que puede verse alterada e incluso interrumpida por el uso sistemático de alguna droga.

En nuestra sociedad, el consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar un adolescente. En esta etapa, la mayoría de las personas tienen su primer acercamiento con las drogas y es donde se establecerán sus patrones de consumo, los cuales se pueden consolidar en la vida adulta, esto en función de variables como su medio sociocultural, su entorno familiar, sus valores, sus aspiraciones y sus creencias, por esta razón, adquiere relevancia la etapa adolescente, respecto al inicio en el consumo de drogas.

Al estudiar el consumo de drogas en la adolescencia, una forma de explicar dicha conducta es a través de la presencia de factores de riesgo y factores protectores, los cuales pueden pertenecer a diversos ámbitos, tales como; biológicos; psicológicos; de escuela; la familia y los pares. Mientras más factores de riesgo posea un individuo, mayor la probabilidad de consumir, y mientras más factores protectores presentes, se reduce la probabilidad (Sanhueza, 2015).

Con respecto al ámbito familiar, Hawkins, Arthur y Catalano (2002) señalan que el riesgo de abuso de drogas se incrementa por conductas permisivas o extremadamente autoritarias de parte de los padres o cuidadores. También mencionan que el conflicto familiar está relacionado con el uso de drogas, ya que las conductas antisociales en los adolescentes se ven fomentadas con este tipo de comportamientos. El consumo de drogas en los padres o cuidadores y la actitud favorable al consumo son las variables que incrementan aún más el riesgo de que el adolescente se involucre en el abuso de sustancias, por último, el abuso físico por parte de los cuidadores es un predictor del involucramiento con las drogas (Becoña, 2007).

Por otra parte, en el ámbito escolar se hace referencia a que el bajo rendimiento académico predice un nivel y frecuencia de consumo de drogas más alto que otros estudiantes, en lo que corresponde a las políticas escolares, señalan que las escuelas con un mayor control sobre la oferta de drogas, dentro y fuera del colegio, presentan un nivel de consumo más bajo (Hawkins, Arthur & Catalano, 2002).

En lo que concierne a los pares, la actitud y creencias respecto al consumo de drogas es la principal variable de riesgo ya que facilita una actitud positiva hacia al consumo en el adolescente, esto se debe a que el papel de los padres tiende a tener menor influencia a medida que los niños llegan a la adolescencia, pues, en esta etapa, la presión social y el deseo de pertenecer al grupo de referencia promueve el uso y abuso de las sustancias (Echebúria, 2001).

En cuanto a las variables psicológicas, los factores que parecen mantener el consumo de drogas se deben a que existen ciertos déficits en destrezas de afrontamiento a los problemas o circunstancias difíciles, por ejemplo, ante una situación estresante el alivio del estímulo emocional desagradable parece obtenerse mediante una sustancia química, esta respuesta se aprende con facilidad, sobre todo cuando dicha respuesta recibe la aprobación social del grupo al que desea integrarse o ha existido un aprendizaje anterior (Becoña, 2007).

Así mismo, una explicación ampliamente extendida del uso de drogas en los adolescentes, es que estos llevan a cabo conductas de riesgo que ellos ignoran o que subestiman pero que, probablemente, tengan consecuencias negativas, un ejemplo de esto, es la creencia que existe entre los adolescentes de que no tienen que utilizar anticonceptivos

porque las relaciones sexuales no van a producir el embarazo, adquirir el VIH o alguna otra enfermedad de transmisión sexual (González, 2011).

La percepción de riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva, las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas, si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo (Becoña, 2007). El consumo de marihuana es percibido por los jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas, espirituales y como una droga que puede mejorar su desempeño en varias actividades.

De acuerdo a las observaciones encontradas en el panorama mundial, la marihuana es la droga que tiene la percepción de riesgo más baja (UNDOC, 2016). En una década, la percepción de riesgo asociada al consumo entre estudiantes de secundaria cayó de 60% en 1994 a 36.9% en 2004. Su uso ocasional es considerado como inocuo, interpretando su uso como símbolo de “ser buena onda” y de “ser relajado” por la mayoría de los jóvenes, lo que sustenta la relación entre alto consumo y baja percepción de riesgo. La percepción de peligro asociada al consumo frecuente es menor para la marihuana que para el consumo frecuente de algún sedante. En la zona de las Américas, el riesgo percibido se mantiene bajo y con tendencia a descender, diversos fenómenos sociales han hecho que aminorase toda la alarma social vinculada al uso del cannabis, consiguiendo una imagen social de droga que no causa problemas (OPS, 2009).

Cabe añadir, que en los últimos treinta años se ha producido un cambio respecto al consumo de marihuana en nuestro país, ya que si bien en las décadas de los 60s y 70s el consumo era relativamente habitual entre jóvenes universitarios que se autodefinían como rebeldes o vanguardistas, los adolescentes generalmente no la usaban; Se podría decir que el ámbito del consumo ha variado, pasando de un uso restringido a un uso masivo. Si antes la marihuana estaba asociada a un subgrupo de la sociedad, ya sea con fines artísticos o religiosos, hoy en día su uso se ha masificado e intensificado. De este modo, la marihuana ha traspasado el ámbito ritual, llegando a formar parte de la vida cotidiana de muchos jóvenes.

Es por ello, que se observa un cambio respecto a la actitud que tiene la sociedad en la actualidad frente a la marihuana, en los sondeos hechos en Estados Unidos se realizó una encuesta (Angus Reid Public Opinión) publicada a finales de 2009, que mostró que un 53% de los norteamericanos apoyaba la legalización de la marihuana, mientras otro estudio (Zogby Internacional), publicado en enero de 2010 decía que un 58% de la población de la Costa Oeste creía que esta droga debería tener el mismo trato que el alcohol y los cigarrillos. El sondeo mostró que sólo un 36% estaba en contra de su legalización. Respecto a la Costa Este, se vio que el 48% apoyaba la legalización, mientras que, en el centro y sur de Estados

Unidos, sólo un 37% estima que debe ser legal. En el caso de México, la Encuesta Telefónica sobre la Legislación de la Marihuana (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2014) el 73% de la población indicó que estaba de acuerdo en que la marihuana fuera legalizada para su uso medicinal, sin embargo, al preguntar sobre el uso recreativo de esta droga, el 73% se mostró en desacuerdo a su legalización.

Debido a las características de la adolescencia y al ser una etapa crucial para el establecimiento de consumo, es importante conocer los beneficios y daños que siguen al consumo del cannabis.

1.1.6. EFECTOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE MARIHUANA

La marihuana proviene de una planta de cáñamo conocida como *Cannabis Sativa*, es una mezcla café verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas picadas de dicha planta. A menudo se la conoce en Latinoamérica como "hierba", "pasto", "mota", o "porro". Su forma más concentrada y resinosa se llama hachís y a la forma de líquido negro y pegajoso se conoce como aceite de hachís. La principal sustancia psicoactiva en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC. Cuando se fuma la marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, que lo transporta al cerebro y a otros órganos del cuerpo, siendo su absorción más lenta si se ingiere en bebidas o alimentos. El THC actúa sobre sitios moleculares específicos en las células del cerebro llamados receptores de cannabinoides, estos receptores son activados por sustancias químicas similares al THC llamadas endocannabinoides (Quiroga, 2002).

Estas sustancias se producen naturalmente en el cuerpo y son parte de una red de comunicación neural (el sistema endocannabinoide). La mayor densidad de receptores de cannabinoides se hallan en las zonas del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales, la percepción del tiempo y el movimiento coordinado, La marihuana activa el sistema endocannabinoide de manera exagerada, causando los efectos del "high" o euforia, distorsiones en las percepciones, deterioro de la coordinación, dificultad para pensar y resolver problemas, perturbaciones en la memoria y el aprendizaje (Iversen, 2008).

La principal motivación de la mayoría de los jóvenes para su consumo es poder experimentar un supuesto estado de Nirvana: euforia suave, con gran sosiego, alteraciones de la percepción y de la apreciación del transcurso del tiempo. Sus consumidores describen que también les provoca una acentuación de las experiencias cotidianas como comer, ver películas, escuchar música, y entregarse a la actividad sexual (Green, 2003). Cuando se consume en un contexto social, el estado eufórico puede estar acompañado de risa contagiosa, locuacidad, y una mayor sociabilidad. Estos efectos se presentan por lo general alrededor de treinta minutos después de consumir la droga y duran una o dos horas (Iversen, 2008).

Sin embargo, los estudios señalan que el consumo de marihuana produce un efecto bifásico, compuesto por una fase inicial de estimulación (euforia, aumento de la percepción y bienestar), la cual es seguida por una etapa en que predomina la sedación, y en que se produce somnolencia y relajación, así como una agudización de percepciones visuales, auditivas y táctiles, también se genera una distorsión de la sensación espacio-tiempo e incoordinación motora. Es probable que, en la primera etapa del episodio de consumo, la fase de euforia, el joven sienta que incrementan sus capacidades y desempeños, aunque esto constituye solo una percepción subjetiva, ya que está comprobado que disminuyen la memoria reciente, la capacidad de concentración y la coordinación motora (Comisión Clínica para plan Nacional de Drogas, 2006). Además, el efecto depende de la forma de administración (por vía oral, inhalación de humo, ingerido), del peso del cigarro, (dosis), del nivel de concentración de THC de la planta, de la frecuencia de inhalación, la profundidad del soplo e incluso de la capacidad pulmonar (Ranganathan, 2006). Hall (2009) indica que también influye la experiencia previa con la droga, el entorno, las expectativas del consumidor, su estado de ánimo y la sensibilidad biológica a la sustancia.

A inicios del siglo XXI surgieron hallazgos que apuntaban a ciertos beneficios del consumo de marihuana en casos de enfermedades como; la esclerosis múltiple, ya que el THC disminuye los espasmos y mejora la movilidad (Lakham, 2009), además, alivia las náuseas y aumenta el apetito en pacientes que recibieron quimioterapia o que sufren del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), también puede tener ciertos beneficios en el Síndrome de Tourette y en el glaucoma por su efecto antiinflamatorio (Ben Amar, 2006). Sin embargo, también existe evidencia bien documentada de que el THC, se asocia a problemas tales como: memoria a corto plazo, memoria de trabajo, atención, manejo de emociones, toma de decisiones, síndrome de dependencia, mayor riesgo de chocar con vehículos, compromiso del aparato respiratorio, enfermedad cardíaca, y efectos adversos sobre la salud mental y el desarrollo psicosocial (Hall, 2009; Fried, 2005; Jager, 2007; Kelleher, 2004; Pattij, 2008).

Anteriormente, se informaba que el consumo de cannabis solía empezar a mediados de la adolescencia o a fines de dicha etapa, alcanzando su auge a principios y mediados de los 20 años, además, se pensaba que el consumo disminuía generalmente a los 30 años, una vez que los jóvenes ingresaban a trabajar a tiempo completo, se casaban o tenían hijos (Hall, 2009). Sin embargo, Rojas, Otiniano y Zereceda (2011), señalan sobre la base de una investigación cualitativa e interpretativa, los principales perfiles de las trayectorias de consumo de marihuana, encontrando que cuánto más tiempo se mantiene una persona en el consumo de marihuana, contrariamente a lo propuesto, la frecuencia no disminuye, más bien se observa que hay un cierto incremento de consumo.

La ciencia nos habla de los daños y también de los eventuales beneficios que podría tener el consumo de esta sustancia, lo cual ha ocasionado el debate moderno acerca del uso y legislación de la marihuana, este hecho ha generado una desinformación en la mayoría de

la población, que percibe el consumo del THC como algo beneficioso, ignorando u obviando los problemas asociados al consumo.

Como se ha mencionado, el THC estimula artificialmente a los receptores de cannabinoides, alterando la función de los cannabinoides naturales o endocannabinoides. La sobre estimulación de estos receptores en áreas clave del cerebro produce un efecto sobre el sistema cerebral de gratificación y sobre los procesos mentales. De tal forma, el consumo de marihuana altera el funcionamiento adecuado del sistema cannabinoide endógeno, cuyo rol principal es la regulación emocional y la respuesta al estrés (Hill, 2012). A su vez el THC, modifica la captación y procesamiento de información que realiza el hipocampo, componente del sistema límbico, crucial para el aprendizaje, memoria, integración de las experiencias sensoriales, de las emociones y las motivaciones.

El efecto del THC sobre el sistema cerebral de gratificación consiste en producir lo mismo que hacen casi todas las drogas, es decir, estimulan las células cerebrales para que liberen dopamina, (Volkow, 2011). Por tal razón, Quiroga (2002) señala que la administración continua de cannabinoides induce neuroadaptaciones en el circuito de recompensa que son idénticas a las inducidas por las principales drogas de abuso y que se pueden poner de manifiesto al generarse síntomas del síndrome de abstinencia después de discontinuar el consumo de esta droga.

Respecto a esto, diversas investigaciones demuestran que el consumo elevado de esta droga puede producir, tras su abandono, la aparición de síntomas de abstinencia, entre los que se encuentran irritabilidad, dificultades para dormir, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos intestinales, ansiedad, comportamiento agresivo, depresión, nerviosismo y deseo de volver a consumir (Ramos, 2004). Volver a consumir alivia estos síntomas, que suelen aparecer al cabo de uno o dos días de abstinencia y alcanzan su máxima intensidad entre dos y seis días después del abandono del consumo. El que la marihuana pueda crear dependencia en sus consumidores ha sido objeto de controversia durante mucho tiempo, pero cada vez es mayor el número de personas que solicitan tratamiento al comprobar que son incapaces de abandonar su consumo (UNDOC, 2016). El uso de la marihuana, de hecho, coincide con los criterios para la dependencia de sustancias establecidos por la American Psychiatric Association (APA) en el DSM-IV-TR (APA, 2003).

Aunado a esto, el THC es una molécula lipofílica por lo que atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica y la placentaria. Por esta afinidad a los lípidos se une a la grasa corporal, lo que provoca una prolongación de sus efectos y de su acumulación en el organismo, aumentando la exposición a sus efectos crónicos. Es así como, tras el consumo de un cigarrillo, puede detectarse el metabolito de THC en orina (orina positiva) durante una semana. En consumidores crónicos la orina puede ser positiva hasta más de un mes después de dejar de consumir (Comisión Clínica de la Delegación de Gobierno, 2006).

El efecto más reconocido de la marihuana es una sensación de euforia y a la vez una sensación de relajación, sin embargo, se han reportado síntomas tales como ansiedad, temor, desconfianza o pánico después de haber consumido marihuana. De esta manera, existen varios estudios que reportan una asociación entre el consumo de la marihuana y enfermedades mentales (Hall & Degenhardt, 2009, Schimmelmann et, al. 2011, Dragt, 2012). Un estudio retrospectivo hecho por Large (2011) llegó a la conclusión que el uso de cannabis adelanta la edad de inicio de la psicosis. Por su parte, estudios realizados en adolescentes, mostraron un 62% de trastornos mentales comórbidos en adictos a cannabis, asociando los trastornos del humor, depresión, trastorno bipolar, de ansiedad, pero especialmente el trastorno de pánico con el uso crónico de marihuana (Arias, 2013).

Respecto al uso de cannabis y su impacto en el Coeficiente Intelectual (CI), según resultados de un extenso estudio realizado por investigadores de Estados Unidos y Gran Bretaña (Meier et al. 2012), dicha investigación involucró un seguimiento de 1000 personas durante 40 años, los investigadores concluyeron que los adolescentes que se vuelven adictos al cannabis antes de los 18 años podrían sufrir daños permanentes en su inteligencia, memoria y atención. Se concluyó que el uso continuo y en forma dependiente del cannabis antes de los 18 años podría tener un efecto neurotóxico, ya que antes de esa edad, el cerebro aun está en desarrollo y es más vulnerable al daño por las drogas, Los autores plantearon que la disminución observada en el CI, no podía ser explicada por el uso del alcohol u otras drogas o por tener menos educación, siendo la variable clave la edad en que las personas habían comenzado a consumir marihuana, además, lograron establecer que las condiciones neuropsicológicas observadas en los usuarios de cannabis no se revirtieron después de discontinuar su uso durante un año. A su vez, hay acuerdo en que el daño es inversamente proporcional a la edad de inicio del consumo, esto es, a menor edad de comienzo, mayor es el daño que esta sustancia produce en el cerebro. Consumir antes de los 17 años provocaría cambios neurobiológicos más determinantes que si el inicio fuera más tardío (Pope et al., 2003).

De igual manera, la bibliografía señala alteraciones en la memoria, la atención y concentración, en la organización de la información y en las estrategias de procesamiento en usuarios crónicos de marihuana, estas alteraciones neuropsicológicas pueden relacionarse con cambios funcionales del flujo sanguíneo y metabólicos en regiones prefrontales y cerebelares observados en neuroimágenes de usuarios crónicos (Door, 2009). Específicamente, en el área de investigación de la memoria, se sabe que el THC altera la manera en la que la información es procesada por el hipocampo, el área del cerebro responsable de la formación de recuerdos, la exposición crónica al THC puede acelerar la pérdida de las neuronas del hipocampo normalmente asociada al envejecimiento (Volkow, 2011).

En cuanto al estudio de las alteraciones neuropsicológicas, Batalla y colaboradores (2013) desarrollaron un estudio de metaanálisis en más de 100 investigaciones que utilizaron imágenes cerebrales para explorar los efectos del uso de la marihuana en la estructura y funcionamiento del cerebro. Se determinó que el uso de marihuana estuvo relacionado con la alteración de capacidades cognitivas, y que esas alteraciones podrían aparecer poco después de iniciar el uso de marihuana. La revisión sugiere que el uso crónico de marihuana altera el funcionamiento y la estructura del cerebro.

Los daños reportados concernientes a la corteza prefrontal, se refieren sobre todo a la zona lateral basal (Block, 2002), afectándose funciones como: la capacidad ejecutiva, de planificación, trabajo con propósito y control e inhibición de respuestas, lo cual se asocia al síndrome amotivacional, cuya sintomatología ha sido exclusivamente asociada al consumo de marihuana, el cual aparece como un trastorno derivado del consumo de marihuana en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA; 2003).

Las características clínicas de dicho síndrome son de índole depresiva: apatía, desinterés, incapacidad de desarrollar planes para el futuro, empobrecimiento afectivo, indiferencia predominante, tristeza, abandono del cuidado personal, inhibición o disminución del impulso sexual. También, se observa afectación psicomotora con disminución de los reflejos, lentitud de desplazamiento y reducción de los movimientos. Todo esto puede llegar a afectar a la vida ocupacional de la persona, o producir cierto deterioro de las habilidades comunicativas y retraimiento social. La diferencia entre este estado y un cuadro de depresión es la falta de introspección (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

El volumen de la investigación científica sobre las características y consecuencias del consumo crónico de cannabis va esclareciendo cada vez más el tema de su peligrosidad como droga de abuso. Tomando como base las evidencias clínicas y experimentales disponibles, se ha actualizado la información sobre los mecanismos de acción de la droga y se ha modificado la definición del trastorno de dependencia de cannabis en el DSM-IV-TR, señalando que en el consumidor crónico se puede crear cierto grado de dependencia fisiológica y que ésta puede conducir a problemas relacionados con la sustancia o incluso con otras sustancias.

Revisiones sistemáticas coinciden en su conclusión acerca de la influencia perjudicial del THC en el funcionamiento del sistema nervioso central que, en lo que respecta al comportamiento, se puede expresar con síntomas psicóticos, afectivos y de ansiedad (Tzriaki, 2012), precisando que, el uso crónico de la marihuana compromete las principales funciones cognitivas asociadas con el aprendizaje, afecta los circuitos neurológicos asociados a la motivación, involucran el mecanismo de recompensa cerebral el cual tiene un rol primordial en el desarrollo de la adicción, señalando que estos daños suelen ser más severos si se inicia el consumo de esta droga antes de los 17 años de edad y en algunos estudios se ha encontrado una correlación entre el consumo de marihuana y el inicio a edades más tempranas de varios trastornos mentales, además, sugieren la posibilidad de que estos daños no sean reversibles en más de un año al abandonar el consumo y, finalmente, contrariamente a lo que se pensaba, el consumo de marihuana no disminuye con el transcurso de los años, manteniéndose estable en los consumidores crónicos. Esto ocasiona que los consumidores crónicos de marihuana, presenten bajo rendimiento académico y laboral, una deficiencia en habilidades lo cual dificulta su adaptación, ocasionando un aislamiento y una dificultad para superar diversos obstáculos de la era moderna.

Respecto a los efectos y daños en otros sistemas biológicos, debido a que la vía de administración más frecuente, es fumada, los efectos pulmonares se han estudiado ampliamente. En primer lugar, es importante señalar que el humo del cannabis tiene un 50% más de carcinógenos que una cantidad equiparable de humo de tabaco, además, el humo de la marihuana, produce una considerablemente mayor carga respiratoria de monóxido de carbono y de brea que fumando una cantidad similar de tabaco (Quiroga, 2002). El fumador habitual de marihuana puede tener muchos de los problemas respiratorios que acompañan a los fumadores de tabaco, tales como tos frecuente, producción de flemas, mayor frecuencia de enfermedades agudas del pecho, un riesgo más alto de infección pulmonar y obstrucción de vías respiratorias, siendo más propensos a padecer cáncer del aparato respiratorio y de pulmones (Netzahualcoyotzi-Piedra, 2009).

A nivel cardíaco, se sugiere que el riesgo de que una persona sufra un ataque al corazón en la primera hora después de haber fumado marihuana es cuatro veces mayor, debido a que el consumo de marihuana eleva la presión arterial y el ritmo cardíaco, además de reducir la capacidad de la sangre para transportar oxígeno (Quiroga, 2002). En adolescentes y adultos jóvenes, grupo de mayor prevalencia de consumo, los efectos cardiovasculares agudos del THC son poco frecuentes, pero se han presentado casos de fibrilación ventricular en jóvenes sin antecedentes de problemas cardíacos (Netzahualcoyotzi-Piedra, 2009).

Respecto al sistema reproductor, en un estudio realizado en 20 varones consumidores crónicos de marihuana, se reportó que los niveles en sangre de la hormona testosterona estaban 56% por debajo de los niveles normales. Además, se reportó en algunos sujetos cuentas bajas de espermatozoides. Por esto, se considera que la marihuana daña la función sexual masculina y, posiblemente, lleve hasta la impotencia sexual (Kolodny, Masters, Kolodner & Toro, 1974).

En mujeres, se han demostrado anomalías en el ciclo menstrual y disminución transitoria de los niveles de prolactina; sin embargo, no existen datos que relacionen el uso de marihuana con la infertilidad (Zimmer & Morgan, 1997). En los casos donde las mujeres están gestando y han consumido frecuentemente marihuana no se han observado síntomas de abstinencia neonatal, sin embargo, se ha reportado que la exposición al cannabis durante la gestación se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, así como restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer (Álvarez & Devouche, 2012)

Por último, es necesario mencionar que a pesar de que se enlistaron varios daños negativos asociados al abuso de la marihuana, varias investigaciones se concentran en las bondades farmacológicas de la marihuana, como su efecto antimimético, su efecto analgésico, su efecto antiinflamatorio y uso como apoyo para el tratamiento de trastornos alimenticios y de dolor crónico, es necesario aclarar que ninguna de esas bondades farmacológicas son beneficiosas para el desarrollo y adaptación del adolescente (Netzahualcoyotzi-Piedra, 2009).

Debido a que los adolescentes presentan una alta demanda de tratamiento, y a que es necesario tratar las consecuencias relacionadas al consumo de marihuana, es necesario explorar las características de los tratamientos cognitivos conductuales motivacionales para el manejo de una persona con dependencia a alguna droga.

I.2. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL- MOTIVACIONAL PARA EL CAMBIO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

I.2.1. PARADIGMAS QUE COMPONEN EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL- MOTIVACIONAL

La naturaleza de los trastornos adictivos es un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico que logre explicarlo en su totalidad. West (2006 citado en Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008) identificó hasta un total de 98 teorías y modelos de la adicción. Agrupar o clasificar este conjunto de teorías y modelos se ha convertido en una tarea difícil, pero todas ellas confluyen en sus componentes principales: lo biológico, lo comportamental y lo social. Hay, por tanto, un acuerdo generalizado en entender la adicción como un fenómeno biopsicosocial (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

Uno de los modelos que se sustenta en el marco biopsicosocial del estudio de la adicción, es el cognitivo-conductual-motivacional, el cual ha involucrado una variedad de protocolos que se caracterizan por su eficacia y eficiencia, es decir, el cambio en la conducta se da rápidamente y no representa una alta inversión. Dicho modelo se caracteriza por su brevedad, porque se centra en el presente, en el problema y en su solución, por carácter preventivo de futuros problemas, por su estilo de cooperación entre el paciente y terapeutas y por la importancia de la asignación de tareas entre sesiones (Barry, 1999).

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

Dicho enfoque se basa en un modelo que combina los déficits en destrezas y los aspectos motivacionales, asumiendo que los individuos con problemas de consumo de alcohol u otras drogas, carecen de información y de destrezas que le faciliten el consumo moderado o la abstinencia, así como, un déficit motivacional para hacer uso de la información y los recursos con que cuentan (Quiroga, 2008; Sobell, Sobell & Agrawal, 2009).

I.2.1.1. TEORIA CONDUCTUAL

Respecto a la Teoría del Comportamiento, esta propone que la conducta, en general, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos entre el organismo y el ambiente, de tal forma, es posible modificar estos comportamientos y reaprender otros, empleando los mismos principios que se ocuparon en su adquisición. La terapia conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante. El condicionamiento clásico proporciona una explicación sobre la adquisición, mantenimiento, tratamiento y recaída en las adicciones (Llorente del Pozo et al., 2008).

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

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

Otro principio de la teoría conductual es el condicionamiento operante o instrumental, que establece la adquisición de asociaciones entre conductas y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Chance, 2001).

En la actualidad, la terapia conductual para el tratamiento de los trastornos de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas se basa, principalmente, aunque no exclusivamente, en métodos derivados tanto de las teorías del aprendizaje clásico como operante. Una premisa fundamental de la terapia conductual es que, debido a que el abuso y la dependencia son patrones de conducta, principalmente aprendidos, un cambio en las contingencias de reforzamiento que gobiernan estas conductas pueden modificarlas. Esta meta puede lograrse, ya sea enfocándose en las respuestas de “cravings” (deseos intensos) condicionadas clásicamente, o en los patrones de reforzamiento operante que mantienen el consumo de la

sustancia. Más específicamente, la respuesta condicionada clásicamente puede abordarse, ya sea por medio de procedimientos de extinción o de contracondicionamiento respondientes; mientras que la respuesta, condicionada operantemente, puede ser abordada por medio de procedimientos de reforzamiento instrumental o por el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento (Quiroga, Rev. 2013).

De acuerdo a Rotgers (1996), las premisas de la terapia conductual son:

- La conducta humana es en gran parte aprendida, más que determinada por factores genéticos.
- Los mismos procesos de aprendizaje que originan las conductas problema pueden emplearse para cambiarlas.
- La conducta es en gran parte determinada por factores contextuales y ambientales.
- La conducta encubierta, tal como los pensamientos y sentimientos se encuentra sujeta a cambio por medio de la aplicación de los principios del aprendizaje.
- El involucrarse en nuevas conductas dentro de los contextos donde se ejecutan resulta una parte crítica del cambio de conducta.
- Cada cliente es único y debe ser evaluado individualmente dentro de un contexto particular.
- La piedra angular de un tratamiento adecuado es una evaluación conductual completa.

La terapia conductual se centra más en la identificación y cambio de conductas observables y medibles que otros enfoques terapéuticos. El tratamiento se vincula con la alteración de la conducta, y el éxito es el cambio, eliminación o incremento de conductas particulares.

I.2.1.2. TEORIA COGNITIVA

La teoría cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido, principalmente, a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al consumo de sustancias y a explorar las atribuciones y creencias básicas que tiene el paciente con respecto a su consumo de sustancias (Beck, 1995). En consecuencia, el tratamiento se dirige, principalmente, en el cambio de los pensamientos distorsionados o desadaptados y a la disfunción conductual relacionada. La reestructuración cognitiva, es el término general dado al proceso de cambiar los patrones de pensamiento del cliente.

A diferencia de los modelos conductuales que se enfocan, principalmente, en conductas observables, la teoría cognitiva considera a los eventos antecedentes, cogniciones y conductas de manera interactiva y dinámica. Cada uno de estos componentes es capaz de afectar a los otros, aun cuando el énfasis principal es puesto sobre la cognición. La manera en cómo actuamos y sentimos, a menudo, es más afectada por nuestras creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos, y atribuciones. Estos factores cognitivos funcionan, a manera de templete, a través de los cuales los eventos activadores se ven filtrados y valorados. Según el grado en que nuestro proceso de pensamiento resulta defectuoso y sesgado, nuestras respuestas emocionales y conductuales serán problemáticas. De acuerdo con esta teoría, el cambiar la manera en que el cliente piensa puede cambiar la manera en que siente y se comporta (Quiroga, Rev. 2013).

Beck et al., (1999) mencionaron que existen, al menos, tres tipos de creencias “adictivas” pertinentes en las personas con abuso de sustancias: a) creencias anticipadoras, comprenden expectativas de recompensa, b) creencias orientadas hacia el alivio, suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, c) y creencias facilitadoras o permisivas, consideran que tomar drogas es aceptable.

Desde este modelo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción (Beck, 1995).

La terapia cognitiva puede ser útil, de muchas maneras, en el tratamiento de los trastornos de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Cuando las formas de pensamiento distorsionado o improductivo acerca de los eventos de la vida diaria llevan a estados emocionales negativos que luego promueven el consumo de sustancias, se puede emplear la terapia cognitiva para alterar la secuencia, al dirigirse y modificar los pensamientos del cliente. Cuando los clientes limitan sus opciones para enfrentarse al estrés por medio de pensamientos rígidos o del todo o nada (p. ej., “nada me ayudará a tratar este problema, excepto una bebida con alcohol”), la terapia cognitiva les puede ayudar a explorar conductas y actitudes alternativas que no involucren el consumo de sustancias. Además, la terapia cognitiva puede ayudar a los clientes a desarrollar maneras más saludables de considerar, tanto su historia de abuso y dependencia a sustancias como el significado de un “resbalón” o “recaída” reciente, de tal forma que no lo lleve, de manera inevitable, a más abuso de la sustancia (Quiroga, Rev. 2013).

Al respecto, Gálvez y Guerrero (2008) proponen un proceso en seis fases: a) evaluar las creencias; b) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva;

c) examinar y probar las creencias adictivas; d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia; e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas; f) y asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

I.2.1.3. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (TAS)

Por su parte, la Teoría del Aprendizaje Social plantea que tanto los factores sociales cognoscitivos (expectativas y observacionales) como la conducta tienen papeles importantes en el aprendizaje. Dentro de esta Teoría se explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognoscitivos, comportamentales y los ambientales; es decir, las personas y el medio se determinan en forma recíproca pues existe una mutua relación entre los factores (Bandura, 1987).

Dicha teoría define la naturaleza de la persona a partir de cinco capacidades básicas: 1) simbolización, 2) anticipación, 3) aprendizaje vicario, 4) auto-regulación, y 5) capacidad auto-reflexiva (Stajkovic & Luthans, 1998).

1) Simbolización

Sugiere que los seres humanos tienen una capacidad de simbolización que les permite reaccionar con éxito, cambiar y adaptarse a sus respectivos entornos, mediante el uso de los símbolos. Es decir, las personas procesan y transforman las experiencias visuales inmediatas en modelos cognitivos internos que a su vez sirven como guías para sus acciones futuras.

A través de la simbolización, las personas también pueden atribuir un significado, forma, y duración a sus experiencias pasadas. Por lo tanto, en lugar de aprender las respuestas de comportamientos adecuados únicamente mediante conductas (como la teoría del reforzamiento sugeriría) y posiblemente sufrir errores dolorosos, pueden probar posibles soluciones (simbólicamente) primero, y luego eliminarlas o aceptarlas sobre la base de éstos procesos de pensamiento.

2) Anticipación

Bandura afirma que las personas no sólo reaccionan de inmediato a su entorno a través de un proceso simbólico, sino que también anticipan su conducta futura. Es decir, las personas no reaccionan simplemente a su ambiente inmediato, la mayor parte de su conducta, que es propositiva, es regulada por la anticipación. Es decir, anticipan las posibles consecuencias de sus actos, se proponen metas, y planean cursos de acción futuros.

La capacidad para la acción intencional y propositiva se ancla a la actividad simbólica. Y aunque los eventos futuros no pueden servir como determinantes de la conducta, su representación cognitiva tiene un fuerte impacto causal en la acción presente. Al anticipar resultados simbólicos, las personas pueden convertir las consecuencias futuras en

motivadores actuales y reguladores de la conducta futura. En ese sentido, el pensamiento anticipatorio es traducido en acción a través de la ayuda de los mecanismos auto-reguladores.

3) Aprendizaje vicario

De acuerdo con la TAS, casi todas las formas de aprendizaje pueden ocurrir de manera vicaria, mediante la observación del comportamiento de los demás y sus consecuencias posteriores. La capacidad para aprender por observación, capacita a las personas para adquirir reglas, generar y regular patrones conductuales, sin tener que aprenderlos por ensayo y error. La abreviación del proceso de adquisición a través del aprendizaje observacional es vital tanto para el desarrollo como para la supervivencia.

4) Autorregulación

Bandura señala que gran parte de la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones auto-evaluativas de las propias acciones. Es decir, después de que se han adoptado criterios personales, las discrepancias entre una ejecución y el criterio contra el que se mide, activan reacciones auto-evaluativas, que influyen en la conducta subsecuente. Así, un acto incluye entre sus determinantes, influencias auto-producidas.

5) Capacidad auto-reflexiva

También llamada conciencia auto-reflexiva, permite a las personas, pensar y analizar sus experiencias y procesos de pensamiento. Al reflexionar sobre sus diferentes experiencias, las personas pueden generar un conocimiento específico sobre su entorno y sobre sí mismos. Entre los tipos de conocimiento que las personas derivan de la auto-reflexión, ninguno es más central que el juicio de sus capacidades para hacer frente eficazmente a las diferentes situaciones ambientales. Es parcialmente sobre la base de las autopercepciones de autoeficacia, que eligen qué hacer, o qué tanto esfuerzo invertir en las actividades, y cuanto perseverar ante resultados adversos.

En ese sentido, la TAS explica la forma en que las personas tratan de controlar diversos aspectos o eventos de su vida, mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos, la evaluación de los progresos hacia sus objetivos y la regulación de sus pensamientos, emociones, y sus propias acciones. Es decir, la conducta de la persona está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos. Y una vez adoptadas las normas personales, las discrepancias entre la realización de una conducta y el criterio con el que se evalúan, propician actos de autoevaluación que influyen en el comportamiento posterior, así cada acción está integrada influenciada por sus determinantes.

Sin embargo, dicha teoría no sólo proporciona los conocimientos para predecir el comportamiento, sino que también plantea una teoría del aprendizaje y el cambio. La porción

de aprendizaje de la teoría, que es una característica clave del modelo de cambio, especifica cómo los individuos adquieren estructuras de conocimiento; inclinaciones cognitivas, sociales y emocionales; y competencias conductuales. Por lo que, este cuerpo de conocimientos, para llevar a cabo el cambio personal y social, es una de las señas de identidad de la teoría cognitiva social (Bandura, 2012).

Desde esta perspectiva, el aprendizaje es visto como la adquisición de conocimientos a través del procesamiento cognitivo de la información, se reconocen los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y la acción humana (lo que los individuos aprenden por ser parte de una sociedad), mientras que la parte cognitiva reconoce la contribución influyente de los procesos de pensamiento de la motivación humana, actitudes y acciones. Es decir, los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales, se adquieren predominantemente, mediante la observación de un modelo, pudiendo favorecerse de esta forma el aprendizaje de determinadas conductas. Sin embargo, es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, por medio de la exposición a modelos que presenten conductas apropiadas (Quiroga, 2008; Stajkovic & Luthans, 1998).

Por otro lado, la TAS también postula la autoeficacia y expectativas (relacionados con la situación y la acción) como determinantes centrales del comportamiento. Las expectativas cobran importancia, ya que influyen en la percepción de que algunas consecuencias están determinadas por el medio ambiente, y por lo tanto, están separadas del control personal. Y por su parte, la autoeficacia se constituye como elemento central, ya que afecta el comportamiento directamente, e influye en los otros determinantes (Armitage & Conner, 2000; Bandura, 1998; Bandura, 2012).

Con el concepto de autoeficacia, Bandura hace referencia a la confianza en la propia capacidad para llevar a cabo una determinada conducta. Aunque, puede implicar también la regulación de la propia motivación, los estados afectivos, los recursos cognitivos, las condiciones ambientales, y los cursos de acción necesarios para ejecutar con éxito una tarea específica dentro de un contexto dado (Bandura, 1998; Stajkovic & Luthans, 1998).

La autoeficacia no es un acto determinado, o simplemente una cuestión de saber qué hacer. Más bien, se trata de una capacidad generativa, en la que las habilidades cognitivas, sociales y de comportamiento, deben ser organizadas en cursos integrados de acción para servir a propósitos innumerables. Lo cual, requiere de un despliegue e improvisación continua de sub-destrezas para manejar las múltiples situaciones (que se encuentran en constante cambio) que se presentan. Así mismo, los juicios de autoeficacia determinan, cómo las personas distribuirán su esfuerzo, cuánto se extenderá, y cuánto tiempo van a persistir de cara a los obstáculos o experiencias aversivas (Bandura, 1982, 2012).

Aquellas personas con menor sentido de autoeficacia, tendrán dudas sobre sus capacidades, disminuirán sus esfuerzos o renunciarán por completo, mientras que, aquellos

que tengan un mayor sentido de autoeficacia ejercerán más esfuerzo y confianza para superar los retos u obstáculos presentes en diversas situaciones (Bandura, 1982).

La TAS, por lo tanto, predice que los comportamientos se realizan si se percibe control sobre el resultado, pocas barreras externas, y la confianza en la propia capacidad para realizarlo (Armitage & Conner, 2000).

En el caso de las conductas adictivas, la TAS asume una serie de supuestos que difieren de las teorías biológicas, que se enfocan en un modelo de enfermedad médica y que hace énfasis en un proceso bioquímico incontrolable. Aunque esto no implica que el involucramiento excesivo en un hábito adictivo esté libre de consecuencias físicas negativas. Dichos supuestos son los siguientes (Collins & Marlatt, como se citó en Quiroga, 2008; Pedrero, 2002).

a) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.

b) Dichas cogniciones se acumulan a través de la interacción social en el curso del desarrollo del individuo, por una parte, a través de las experiencias con los efectos directos de la sustancia, e interpersonales indirectos de la conducta de consumo de otros.

c) Los determinantes principales de la conducta de consumo son los significados funcionales que se le atribuyen, en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.

d) Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio puede contribuir posteriormente a la formación del hábito, por su significado funcional o por limitar las opciones de conductas alternativas.

Por lo tanto, las conductas adictivas representan una categoría de “hábitos no saludables”, incluyendo conductas tales como beber de manera problemática, fumar, o abusar de otras sustancias psicoactivas. En términos de la frecuencia de ocurrencia, las conductas adictivas van en un continuo de uso, más que ocurrir en términos de categorías fijas o discretas, tales como uso excesivo (pérdida de control) o abstinencia total. Y todos los puntos del continuo de frecuencia de ocurrencia, desde el muy infrecuente, pasando por el uso normal, hasta el uso excesivo, están gobernados por procesos de aprendizaje similares (Marlatt, 1985; Pedrero, 2002)

De este modo, se considera que las conductas adictivas pueden ser analizadas y modificadas de la misma manera que otros hábitos. Y la evaluación de la auto-eficacia permite identificar las áreas de vulnerabilidad, lo cual proporciona guías para el tratamiento (Bandura, 1999).

En ese sentido, la TAS señala que la conducta adictiva, opera dentro de una estructura causal, que involucra la relación del determinismo recíproco triádico. Desde dicha perspectiva los factores personales internos (cognitivos, afectivos y biológicos), los patrones de comportamiento, y los eventos ambientales, funcionan como determinantes que influyen entre sí. Además, de la amplia red de influencias socio-estructurales dentro de las que operan los individuos (Bandura, 1999).

Las diversas formas en las que estos factores afectan el comportamiento, se da, en gran medida a través de auto-procesos, en lugar de hacerlo directamente. Sin embargo, el sistema de auto-procesos no es meramente un conducto para las influencias externas, como una perspectiva reduccionista. Ya que la mente humana es generativa, creativa, aspirante, y proactiva, y no sólo reactiva. Por lo tanto, las personas son los productores y los productos de sus condiciones de vida (Bandura, 1999).

De acuerdo con Abrams y Niaura (1987), la Teoría del Aprendizaje Social considera que:

1. El aprender a consumir alcohol y otras drogas es una parte integral del desarrollo psicosocial y de la socialización dentro de ciertas culturas. Las conductas, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el consumo se forman, principalmente, por medio de las influencias sociales de la cultura, la familia y los pares. Gran parte del aprendizaje tiene lugar aún antes de que el niño o el adolescente pruebe la sustancia psicoactiva. Esta influencia se ejerce, de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias, y de forma directa, por el modelamiento del consumo, por los medios que describen el consumo y por el reforzamiento social del consumo. La influencia de los agentes socializadores puede ser necesaria, pero no es suficiente, para explicar el desarrollo del abuso y la dependencia a la sustancia psicoactiva.
2. Existen factores predisposicionales, a nivel de diferencias individuales, que pueden interactuar con la influencia de los agentes socializadores y de las situaciones, y así, determinar los patrones iniciales del consumo de la sustancia psicoactiva. Estas diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica y pueden ser heredadas y/o aprendidas. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo de abuso o dependencia en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen los déficits o excesos en destrezas, tales como la incompetencia social o la dificultad en el manejo de emociones negativas. La ausencia de modelos de consumo normal o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden, también, resultar en alto riesgo de abuso o dependencia en el consumo.
3. Las experiencias directas con la sustancia psicoactiva se tornan incrementadamente importantes, en la medida en que continúa el desarrollo y experimentación con la misma. Se considera que el uso continuo de la sustancia se ve reforzado, negativamente, por factores tales como pueden ser la reducción de la tensión, y positivamente, por factores tales como las propiedades eufóricas de la misma al incrementar la interacción social. Estos efectos son

mediados, importantemente, por las expectativas socialmente aprendidas que pueden ser las determinantes predominantes de los efectos, especialmente a bajas dosis.

4. Como resultado de que cualquier factor predisposicional de diferencia individual (o combinación de factores) interactúa con una demanda situacional actual y mina la capacidad de un individuo para el enfrentamiento efectivo, la percepción de eficacia personal se ve disminuida y es más probable que ocurra un abuso de la sustancia psicoactiva en cuestión, en lugar de un consumo normal. Como resultado de que el individuo ha aprendido (expectativas de resultados positivos) que el consumo proporciona un método, a corto plazo, para enfrentar las demandas de una situación o produce alivio de una consecuencia aversiva, seleccionará, por consiguiente, el consumo de la sustancia. La probabilidad de que continúe el consumo es alta, si un individuo es incapaz de aprender a desarrollar destrezas de enfrentamiento alternativas más adaptativas. De esta manera, un déficit en destrezas de enfrentamiento psicosocial (predisposición), a la luz de un desafío externo, puede contribuir a la percepción de eficacia que lleve a un decremento en la fuerza y duración de los esfuerzos de enfrentamiento alternativos. Y si, debido a estas expectativas aprendidas vicariamente, o por experiencia directa (o por ambas), el individuo espera que la sustancia produzca un resultado deseado, entonces el consumo se llevará a cabo. En esencia, el principal determinante proximal del consumo se caracteriza por un alto grado de tensión, debido a que: (a) los estresores ambientales exceden la capacidad de enfrentamiento, (b) existe una baja autoeficacia para ejecutar conductas de enfrentamiento alternativas, y (c) existen expectativas de resultados de que la sustancia producirá los resultados deseados, en tanto que, (d) hay una minimización de las consecuencias negativas a largo plazo. De esta manera, los episodios de consumo abusivo de la sustancia ocurrirán, dependiendo de la severidad de las demandas ambientales, de la disponibilidad de la sustancia y de los repertorios de destrezas de enfrentamiento alternativos. Se asume que, en el consumo normal, el individuo posee un autocontrol adecuado y una capacidad para demorar la gratificación de tal suerte que puede elegir, fácilmente, formas alternativas de enfrentamiento, a pesar de que sean menos inmediatas, menos poderosas y que no produzcan un efecto tan rápido como lo hace la sustancia.
5. Si se mantiene el consumo de la sustancia psicoactiva, las propiedades reforzantes de la tolerancia adquirida (p. ej. efectos de eliminación del estrés) actuarán para promover la ingestión de mayores cantidades con el fin de alcanzar los mismos efectos que anteriormente se conseguían con cantidades menores. De esta manera, la tolerancia adquirida a los efectos directos reforzantes de la sustancia pueden actuar como un mediador secundario de los consumos posteriores y pueden, en parte, ser también determinados por factores heredados biológicamente.
6. Si se incrementa el nivel de consumo de la sustancia psicoactiva, y el consumo se mantiene a lo largo del tiempo, se aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. En este momento, el consumo de la sustancia puede ser reforzado, negativamente, al evitarse los síntomas asociados con los periodos agudos de abstinencia de la sustancia. La dependencia psicológica puede también motivar el abuso de la sustancia. El individuo emplea

la sustancia, incrementadamente, como el único método para enfrentar los problemas psicosociales, tales como los severos cambios de humor, la ansiedad social y los déficits en destrezas sociales. Las señales ambientales, tales como la vista y olor de la sustancia pueden, en sí mismas, producir “demandas ambientales” (p. ej. tornarse en estímulos que producen una forma de “cravings” cognitivos, experimentados como fuertes deseos o urgencias por consumir la sustancia).

7. Sin embargo, el abuso de la sustancia psicoactiva no es sólo el resultado de variables biológicas, ambientales proximales y psicológicas (enlistadas en los puntos 4, 5 y 6). Cualquier episodio de abuso de la sustancia tiene consecuencias individuales y sociales recíprocas que pueden exacerbar el consumo posterior, al poner tensión y estrés en las interacciones persona-ambiente sub-secuentes. Por un lado, el individuo se torna incrementadamente dependiente de la sustancia para alcanzar los resultados positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, alivio de la tensión). Por otro lado, la conducta del individuo produce consecuencias personales y ambientales devastadoras a largo plazo. La repetición de la conducta psicoactiva produce, a menudo, consecuencias sociales indeseables, tales como el comportarse agresivamente, cambios de humor, pérdida del empleo, divorcio y una espiral descendente hacia el aislamiento de la sociedad y de sus reforzadores alternos. El consumidor problema severo o adicto se encuentra abandonado o con personas que constituyen modelos pobres (otros compañeros adictos como él) y con un muy limitado e inflexible conjunto de métodos alternativos de enfrentamiento. Este determinismo recíproco predice que las reacciones de los demás (para evitar al adicto) también producirán un aumento en el estrés, pérdida de apoyo social y un decremento posterior en la autoeficacia y en la capacidad de enfrentamiento, siendo así, que la pérdida de apoyo social lleve a una incrementada dificultad de enfrentamiento con los estresores ambientales, que a su vez, produzcan un consumo posterior que traiga como resultado un alivio a corto plazo, pero una pérdida de apoyo social a futuro, y así consecutivamente. Se produce un círculo vicioso negativo de interacción persona-ambiente; las consecuencias negativas se mantienen recíprocamente, hasta que se alcanza un punto crítico, como cuando la adicción es tan severa que tienen que intervenir las agencias sociales (policía, sistema médico, rehabilitación). Resulta importante señalar que el determinismo recíproco puede explicar el poderoso proceso de “pérdida de control”, sin tener que recurrir a un proceso de enfermedad biológica subyacente y a la consideración de un individuo “alérgico a la sustancia”.
8. La influencia de estos variados factores sociales, situacionales e intraindividuales sobre el consumo de la sustancia psicoactiva variaran, tanto entre los individuos como en los mismos individuos, a lo largo del tiempo. Se considera que la influencia de cualquier factor o combinación de factores, es aplicable a lo largo del rango del consumo de la sustancia, desde la abstinencia, consumo social controlado y consumo episódico problemático, hasta la dependencia a la sustancia. De esta manera, se asume que no hay una sola combinación de factores requeridos para producir un consumidor problema o un adicto (i.e., no hay una personalidad adictiva, un solo marcador genético o estresor ambiental) y no hay una progresión inexorable hacia “etapas” de la adicción claramente definidas. Por el contrario, lo

que se asume es que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación, sujetas a los mismos principios del aprendizaje social.

La recuperación dependerá de la capacidad del individuo para elegir la exploración de formas alternativas de enfrentamiento. Se requiere tanto de las destrezas generales de enfrentamiento que exige la vida diaria como de las destrezas específicas de autocontrol necesarias para abordar el consumo. Por medio de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y las rutas fisiológicas, el individuo debe adquirir y practicar, de manera exitosa, las destrezas intrapersonales e interpersonales alternativas para el desarrollo de altos niveles de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes. El individuo deberá ser tan auto-reflexivo que le permita identificar riesgos ambientales potenciales (p. ej. una fiesta) o personales (p. ej. estados de humor negativos) antecedentes del consumo de la sustancia. El individuo debe adquirir las destrezas auto-regulatorias y de demora de la gratificación que le permitan una mejor toma de decisiones sobre el consumo de la sustancia. Las expectativas positivas excesivas acerca de las consecuencias del consumo de la sustancia deberán ser reemplazadas por un conjunto más balanceado de expectativas que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos que presenten problemas de consumo particularmente severos y factores de predisposición al riesgo, tendrán mejores resultados si eligen la abstinencia total del consumo de la sustancia. Algunos podrán ser capaces de recurrir al consumo controlado, pero deberán de establecerse, de manera clara, los perfiles y conductas para estos sub-grupos (Heather & Robertson, 1983).

I.2.1.4. TEORIA MOTIVACIONAL

En el enfoque postulado, inicialmente, dentro del campo de las adicciones por Miller & Rollnick (1991) la motivación es vista dentro de un proceso de cambio que es influido por variable biológicas, psicológicas y sociales, de tal suerte que la capacidad que cada individuo trae al proceso de cambio se encuentra afectada por estas variables. Específicamente, la motivación es vista como un estado dinámico y cambiante más que un rasgo estático que la gente posee o no posee (Miller, 1999).

Se asume que, en general, los individuos que abusan o dependen del alcohol u otras sustancias psicoactivas: (1) presentan déficits motivacionales para hacer uso de los recursos y de las destrezas con que cuentan; y (2) carecen de retroalimentación personal relevante sobre cómo, el nivel de consumo de una persona, se compara con normas de consumo nacional o regional y se encuentra relacionado con posibles daños a la salud. De manera particular, considera que las personas que abusan de las sustancias psicoactivas, en raras ocasiones identifican el consumo de las mismas como riesgoso o problemático. También, en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda, por voluntad propia. Por esta razón, este enfoque introduce un programa de retroalimentación y de ilicitación o desarrollo de la motivación, dentro de un formato de intervención o tratamiento breve.

Este enfoque contempla estrategias de incremento motivacional entre las que destaca, de manera especial, un estilo de consejo no confrontacional desarrollado originalmente por William R. Miller de la Universidad de Nuevo México denominado entrevista motivacional (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991, 2002).

La entrevista motivacional es un estilo terapéutico directivo, centrado en el cliente para elicitación un cambio de conducta que ayude a los clientes a explorar y resolver la ambivalencia, con una clara meta de elicitación declaraciones automotivacionales y cambio conductual en el cliente, buscando crear discrepancia para incrementar la motivación para un cambio positivo. La entrevista motivacional se basa en la premisa de que la motivación es un estado y no un rasgo; esto es, la motivación es dinámica y siempre cambiante y, por lo tanto, puede ser un objeto de tratamiento, y no un rasgo de personalidad que una persona posee o carece. Cuando se conceptualiza a la motivación como un estado, el rol del terapeuta resulta claro: ayudar a reencender la chispa original de la motivación que proporcione el impulso que aliente el esfuerzo continuado hacia el logro de la meta y que le ayude al individuo a que mantenga, de manera óptima, su motivación para el cambio.

La entrevista motivacional iguala la intervención con la disposición del cambio de una persona y evita el que se presenten, de manera “prematura”, intervenciones dirigidas a la acción (p. ej., antes que el cliente se encuentre listo para cambiar) que pueden producir rechazo psicológico (Brehm & Brehm, 1981). Tal rechazo incrementa las defensas para el cambio, decrementando así, la efectividad general de la intervención, al tiempo que el cliente busca mantener la autonomía psicológica o libertad personal. Por el contrario, en la entrevista motivacional se estimula a que el terapeuta explore el conflicto con aquellos individuos ambivalentes y a que expresen sus motivos de preocupación y razones propias para cambiar (Rollnick, Heather & Bell, 1992). La tarea de más alcance del terapeuta en la entrevista motivacional, consiste en desarrollar y reforzar el interés y motivación para cambiar la conducta del individuo en una dirección particular.

El estilo de la entrevista motivacional facilita la exploración de los conflictos motivacionales específicos de cada etapa de cambio que pueden potencialmente obstaculizar el avance. Se reconoce que una entrevista motivacional exitosa es aquella en la que el clínico es capaz de:

- Expresar empatía por medio de la escucha reflexiva.
- Comunicar respeto y aceptación al cliente y a sus sentimientos.
- Establecer una relación de colaboración que no enjuicia al cliente.
- Apoyar y presentarse ante el cliente como un consultante informado.
- Elogiar al cliente en lugar de denigrarlo.
- Escucharle más que hablarle.

- Persuadirlo amablemente, comprendiendo que el cambio depende del cliente.
- Proporcionar apoyo al cliente a lo largo del proceso de recuperación.
- Desarrollar discrepancia entre las metas y valores del cliente y su conducta actual, ayudándole a los clientes a que reconozcan la discrepancia entre dónde se encuentran actualmente y dónde esperan estar en un futuro.
- Evitar la argumentación y confrontación directa que puede derivar en una lucha de poder.
- Ajustarse, más que oponerse, con la resistencia del cliente.
- Apoyar la autoeficacia y el optimismo: esto es, centrarse en las fortalezas del cliente para apoyar la esperanza y el optimismo requeridos para efectuar un cambio.

De igual forma Quiroga (Rev. 2013) enlista las cinco estrategias que resultan particularmente útiles en las etapas iniciales del tratamiento:

- 1) Realizar preguntas abiertas. Las preguntas abiertas no pueden contestarse con una sola palabra o frase.
- 2) Escuchar de manera reflexiva. Demostrar que ha escuchado y comprendido al cliente reflejando lo que ha dicho.
- 3) Efectuar resúmenes. Resulta útil efectuar resúmenes periódicos de lo acontecido, a lo largo de la sesión.
- 4) Afirmar. Apoyar al cliente, comentándole sobre sus fortalezas, motivaciones, intenciones y progresos.
- 5) Elicitar declaraciones automotivacionales. Haga que el cliente manifieste verbalmente preocupaciones e intenciones personales, más que tratar de persuadirlo de que el cambio es necesario.

Miller y Rollnick (1991, 2002) suelen emplear la entrevista motivacional conjuntamente con el modelo transteórico de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1994). Este modelo emergió a partir de un examen de 18 teorías psicológicas y conductuales acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo componentes que conforman el marco de referencia biopsicosocial para la comprensión de la adicción. Este modelo de cambio proporciona el fundamento de la terapia motivacional. Las cinco etapas o estadios de cambio son: (Prochaska et al., 1994): precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento. Estas etapas no pueden considerarse de manera lineal como si los clientes entraran en una etapa y luego directamente avanzaran a la siguiente.

Este modelo también toma en cuenta que para la mayoría de las personas con problemas de abuso y dependencia a sustancias, la recurrencia en el consumo es la regla más

que la excepción. Después de un retorno al consumo de la sustancia generalmente los clientes regresan a una etapa inicial de cambio y no siempre a las etapas de mantenimiento o acción y muchas veces a algún nivel de contemplación. Dentro de este modelo, la recurrencia en el consumo no es equivalente al fracaso y no significa que el cliente ha abandonado el compromiso de cambio. De esta forma, la recurrencia es considerada como un evento que puede ocurrir en cualquier punto a lo largo de un ciclo de recuperación.

El estadio de Precontemplación, es aquel en el que la persona se encuentra inconsciente (o baja conciencia) de los riesgos o problemas relacionados con una conducta en particular, en este caso, el consumo peligroso. Las personas en este estadio no tienen intención de cambiar su conducta seriamente en un futuro inmediato (en los próximos seis meses), ya que la conducta no es vista como un problema. Los consumidores de alto riesgo se encuentran, a menudo, en este estadio. La experiencia indica que los individuos que son requeridos para una evaluación sobre su consumo de sustancias psicoactivas, como resultado de una acción disciplinaria, se encuentran comúnmente en un estadio de precontemplación. Aun cuando reconocen que consumen sustancias de manera excesiva, en comparación con otras personas consumidores que conocen, no consideran su consumo como algo que requiera de cambio. El hecho de que se les requiera para que busquen una valoración profesional, a menudo lo interpretan como “mala suerte” y no como un indicador de consumo peligroso o problemático.

El estadio de Contemplación, es aquel en el que la persona empieza a reconocer que existen ciertos riesgos y/o problemas y empieza a considerar hacer algún cambio en su conducta seriamente dentro de los próximos seis meses, pero no ha hecho, todavía, un compromiso firme para cambiar. Este estadio se caracteriza, fundamentalmente, por la ambivalencia acerca del cambio. Aun cuando la persona reconoce la existencia de algunos aspectos desadaptativos del consumo de sustancias psicoactivas, vacila entre el interés en efectuar cambios conductuales y el deseo de seguir igual. Las personas luchan, frecuentemente, con sus experiencias positivas cuando emplean la sustancia, así como con la cantidad de esfuerzo, energía y con la pérdida que tomará superar el problema (Prochaska et al., 1992).

El estadio de Preparación para la acción combina la intención con la conducta y comúnmente se presenta una vez que la ambivalencia es resuelta o disminuida. Las personas que se encuentran en este estadio normalmente ya han tomado alguna acción en la dirección del cambio (p. ej., reducción en el número de dosis consumidas) pero sin una meta específica o criterio de acción efectiva (p. ej., abstenerse de intoxicarse o abusar). De manera importante, las personas que se encuentran en la fase de preparación tienen la intención de tomar acción deliberada en hacer un cambio en su conducta en un futuro cercano (próximos 30 días). Durante esta etapa es común escuchar declaraciones tales como “Estoy listo para intentar algo más para cambiar lo que estoy haciendo”, o “No me di cuenta que las cosas habían llegado tan lejos, fuera de control”, ¿Qué sugiere usted?.

El estado de Acción es aquel en el que los clientes modifican su conducta y/o el medio ambiente con el fin de superar el problema. Por definición, aquellos clientes que han alterado de manera exitosa su conducta adictiva, desde 1 día hasta 6 meses, son clasificados en este estadio. El traslado al siguiente estadio implica un periodo de seis meses de permanencia en este estadio. Este intervalo coincide con la fase de mayor riesgo de recaída. Prochaska et al. (1992) alertan a los clínicos en contra de un énfasis de miopía del estadio de acción, sin reconocer el proceso que las personas siguen para alcanzar y mantener una meta conductual.

El estadio de Mantenimiento, es aquel en el que los esfuerzos se realizan para apoyar y mantener las ganancias conductuales que se han conseguido. Este periodo se define como aquel que se extiende desde los 6 meses, después de haberse iniciado el estadio de acción, hacia adelante. La consolidación de las ganancias, la estabilización de los cambios conductuales y la prevención de la recaída, son considerados puntos relevantes de este estadio.

I.2.2. PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES-MOTIVACIONALES PARA LA ATENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Diversos estudios empíricos realizados a lo largo de los años, han dado cuenta de un vasto soporte científico acerca de la eficacia de diversos programas de tratamiento que han abordado el fenómeno del consumo nocivo de sustancias adictivas, principalmente aquellos de corte cognitivo-conductual-motivacional (Brown, 2004; Carroll & Onken, 2005; Hoffman et al., 2012; Kingdon & Dimech, 2008; Lefio et al., 2013; Magill & Ray, 2009; Miller & Wilbourne, 2001; Quiroga, 2008; Secades et al., 2007).

Los elementos que subyacen a este enfoque incluyen: (a) la aplicación de estrategias de automanejo cognitivo-conductual (técnicas conductuales de establecimiento de metas, automonitoreo, manejo del consumo, recompensa al logro de la meta, aprendizaje de destrezas alternas de enfrentamiento); (b) el análisis funcional del consumo de sustancias psicoactivas, es decir, entender el consumo en el contexto de sus antecedentes y consecuencias; (c) las habilidades, a través de las cuales el individuo aprende a reconocer las situaciones o estados en los que él o ella, es más vulnerable al consumo, y evitar esas situaciones de alto riesgo, cuando que sea necesario y/o posible, y utilizar una serie de estrategias conductuales y cognitivas para hacer frente eficazmente a esas situaciones; (d) el empleo de estrategias de incremento motivacional, entre las que destaca, la entrevista motivacional; y el empleo del método de reducción del daño (Carroll & Onken, 2005; Quiroga, 2008; Sobell et al., 2009).

Cabe señalar que este enfoque se caracteriza por el énfasis en el desarrollo de habilidades que pueden ser utilizadas inicialmente para fomentar la abstinencia o la moderación en el consumo, pero que también se puede aplicar a una amplia gama de problemas concurrentes. Lo cual constituye un factor importante en la evidencia para la

durabilidad a largo plazo de los efectos de la terapia cognitivo-conductual y motivacional (Carroll & Onken, 2005).

A continuación, se describirán los programas desarrollados con base en el Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional para el tratamiento de farmacodependencias.

I.2.2.1. PROGRAMAS DE INCREMENTO MOTIVACIONAL/ RETROALIMENTACIÓN

En los programas de incremento motivacional o retroalimentación, se asume en general, que los individuos que presentan abuso de sustancias psicoactivas, tienen déficits motivacionales para hacer uso de los recursos y las destrezas con que cuentan; y que carecen de información y/o retroalimentación personal relevante sobre su consumo, su relación con las normas de la población y los posibles daños a la salud. De manera particular, se considera que los estudiantes universitarios que beben alcohol y/o consumen otras drogas, de manera peligrosa, o que han experimentado problemas, en raras ocasiones identifican su consumo como riesgoso o problemático. También, en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda, por voluntad propia. Por esta razón, este enfoque introduce un programa de información, retroalimentación o desarrollo de la motivación, dentro de un formato de intervención o tratamiento breve (Quiroga & Cabrera, 2003d; Quiroga, 2008).

Así mismo, las estrategias de incremento motivacional que integran dichos programas, se caracterizan por, un estilo de consejo no confrontativo, que privilegia los aspectos de índole motivacional sobre los conductuales (Quiroga & Cabrera, 2003d; Quiroga, 2008).

I.2.2.2. INTERVENCIONES BREVES

Las intervenciones breves han evolucionado y proliferado como una herramienta clave en la salud pública en los últimos años, especialmente para el consumo de sustancias psicoactivas. Ya que, son cortas concisas y fáciles de administrar, utilizando técnicas prácticas y costo-efectivas que pueden ser empleadas como un enfoque inicial de atención a la salud, en este caso, hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Dichas intervenciones consisten principalmente en la sensibilización o motivación de los individuos; y en proporcionar información relevante acerca de la problemática de consumo (Brown, 2004; Quiroga, 2008).

Típicamente se define a la intervención breve como la interacción mínima con un médico o profesional de la salud, que se centra en los riesgos a la salud asociados con el consumo, y cuya duración va de varios minutos hasta varias sesiones, incluyendo una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios,

especialistas involucrados, etc. Y cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol u otras drogas, real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto (Brown, 2004; Quiroga, 2003).

Por otro lado, la definición proporcionada por la OMS, señala que las intervenciones breves constituyen una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol y/o drogas que las pone en riesgo; y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos, incluso, antes de que adviertan que su estilo de consumo puede causarles problemas (Heather, 2004; OMS, 2001; Quiroga, 2003; 2008).

En ese sentido, Miller y Rollnick (1991) emplearon el acrónimo “FRAMES” con el fin de capturar los ingredientes activos de las intervenciones breves con efectividad demostrada: (1) Feedback: información-retroalimentación sobre el estado actual de salud, riesgos y conducta normativa; (2) Responsibility: énfasis depositado en la responsabilidad del cliente para el cambio; (3) Advice: consejo sencillo en qué cambiar, y sugerencias para la moderación; (4) Menu: provisión de un rango de opciones de atención del cual seleccionar; (5) Empathy: habilidad para ver la situación desde la perspectiva del cliente, al tiempo que se mantiene un pie fuera de su realidad; (6) Self-efficacy: creencia del cliente en su habilidad en lograr cambios exitosos. Por lo tanto, las intervenciones incluyen el reconocimiento del problema, el compromiso de la persona hacia el cambio, y un breve entrenamiento en habilidades, en un ambiente que promueve la reducción de daños, lo cual ofrece una alternativa importante en el abordaje de los problemas de consumo de alcohol y drogas (Heather, 2004).

Cabe señalar que, en diversos estudios se han reportado resultados favorables a partir de la aplicación de intervenciones breves basadas en un enfoque cognitivo-conductual-motivacional, tanto para el uso alcohol como de otras drogas, especialmente la marihuana. En los cuales, de manera general, se identificó en los participantes: una disminución en la cantidad y frecuencia de consumo; periodos de abstinencia posteriores a las intervención; disminución de los problemas asociados al consumo; e identificación de los riesgos asociados al consumo (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Bien, Miller & Tonigan, 1993, Brown, 2004; Copeland et al, 2001; Fisher et al., 2013; Martínez, Pedroza, Salazar, Ruíz & Ayala, 2008; Poikalainen & Med, 1999; Quiroga, 2003, 2008; Seppa, Pekuri, Kaariainen & Aalto, 2004).

I.2.2.3. ENTRENAMIENTO EN DESTREZAS

El enfoque de entrenamiento en destrezas proporciona estrategias cognitivo-conductuales con la finalidad de cambiar la conducta de consumo y los hábitos de estilo de vida asociados al mismo, a través del incremento de la efectividad de las respuestas de enfrentamiento, del desarrollo y fortalecimiento de destrezas y del incremento en la auto-

eficacia de las personas. Ya que la consideración que subyace a dicho enfoque, es que el individuo carece de las destrezas para efectuar el cambio deseado, por lo que el terapeuta debe enseñarle formas o maneras para cambiar su conducta. Por lo que suele emplearse, el juego de roles, la práctica y sesiones de retroalimentación, modelamiento o sesiones de solución de problemas, etc. (Parks, Marlatt & Anderson, 2004, Quiroga, 2003; Secades et al., 2007).

Es decir, las personas con antecedentes de problemas de consumo pueden ser deficientes en habilidades (como pensamiento racional, solución de problemas, asertividad, etc.). Por lo que, generalmente, a partir de un análisis funcional se identifican los déficits en destrezas, que la persona presente, para que posteriormente se realice el entrenamiento y desarrolle las destrezas de enfrentamiento necesarias (Parks et al., 2004; Quiroga, 2003, 2008; Secades et al., 2007).

Otros programas también incorporan los componentes de información, clarificación de valores y a la reeducación normativa, pero lo hacen dentro del contexto de la enseñanza de destrezas para modificar creencias o conductas asociadas con el consumo de alcohol de alto riesgo. Los programas cognitivo-conductuales y motivacionales, cubren un rango que va desde: programas de entrenamiento en destrezas específicas (en los que se incluyen procedimientos que desafían las expectativas, el automonitoreo/autoevaluación del consumo o problemas relacionados con el consumo); programas de entrenamiento en destrezas genéricas de la vida, relacionadas de manera indirecta con el consumo (tales como el entrenamiento en habilidades sociales, en el manejo del estrés, en la solución de problemas, en combinación con entrenamiento en destrezas específicas focalizadas en el consumo (como autocontrol del consumo); y programas de entrenamiento en destrezas de balance en el estilo de vida, con poca o ninguna relación directa con consumo (tales como destrezas genéricas de entrenamiento en el manejo del estrés, de entrenamiento en el manejo del tiempo libre o de entrenamiento en habilidades sociales) (Quiroga, 2008).

I.2.2.4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El enfoque de prevención de recaídas, desarrollado originalmente por Marlatt y Gordon (1985), se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales y motivacionales, que actualmente se ha posicionado como uno de los enfoques con mayor influencia en el tratamiento del consumo nocivo de sustancias adictivas. Ya que lo que se ha reportado en diversos estudios, ha consolidado una importante evidencia científica acerca de su eficacia. Dicho modelo integra de una serie de estrategias para reducir la probabilidad y severidad de una recaída después de la cesación o reducción del consumo de alcohol u otras drogas (DiClemente, Holmgren & Rounsaville, 2011; Farabee et al., 2013; Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Secades et al, 2007; Quiroga, 2008).

Basado en el modelo biopsicosocial, el enfoque de prevención de recaídas, se encuentra estrechamente relacionado con el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, dado que incorpora elementos interpersonales e intrapersonales de entrenamiento en destrezas, con la finalidad de incrementar la habilidad de las personas para responder efectivamente a situaciones que disparan su consumo, y que tienen una alta probabilidad de provocarles deseos intensos de consumir o de iniciar una recaída (Larimer et al., 1999; Hendershot et al., 2011; Quiroga, 2008).

El supuesto básico que subyace a este enfoque es que tanto los determinantes inmediatos, es decir, las situaciones de alto riesgo, destrezas de enfrentamiento, expectativas de resultados, así como el efecto de violación de la abstinencia; y los antecedentes encubiertos, como los factores del estilo de vida y los impulsos y deseos intensos de beber, pueden contribuir a que se presente una recaída (DiClemente et al., 2011; Hendershot et al., 2011; Larimer et al., 1999).

Por lo que, este enfoque incorpora numerosas estrategias de tratamiento, específicas y globales. Las estrategias específicas, incluyen la identificación de situaciones de riesgo “específicas” para cada paciente, y la mejora de sus destrezas para hacer frente a dichas situaciones, lo que aumenta la autoeficacia y elimina los mitos con respecto a los efectos de las sustancias, su función en la vida de la persona, y la reestructuración de las percepciones del paciente hacia el proceso de recaída. Por otro lado, las estrategias globales hacen énfasis en el desarrollo de un estilo de vida más balanceado y saludable para el paciente (DiClemente et al., 2011; Larimer et al., 1999; Parks et al., 2004).

En general, bajo el enfoque de prevención de recaídas, el tratamiento comienza con una evaluación de las características ambientales y emocionales de las situaciones que son potencialmente asociados con la recaída (es decir, situaciones de alto riesgo). Y después de identificar esas características, se trabaja mediante el análisis funcional de las situaciones de alto riesgo, es decir, en el análisis de sus antecedentes y consecuencias para examinar los factores del estilo de vida de la persona que aumentan el involucramiento en situaciones de alto riesgo. Sobre la base de dicho análisis, se diseñan estrategias para trabajar en las debilidades del repertorio cognitivo y conductual del paciente para reducir el riesgo de recaída (DiClemente et al., 2011; Larimer et al., 1999; Parks et al., 2004).

En ese sentido, cabe destacar, el factor de la motivación en la prevención de recaídas, ya que constituye elemento importante para su desarrollo exitoso. Existe amplia evidencia de que el aspecto motivacional para realizar un cambio, así como la “esperanza” en los resultados del tratamiento y los objetivos de los pacientes, relacionados con los resultados de éxito en el tratamiento (DiClemente et al., 2011).

DiClemente, Holmgren & Rounsaville (2011), señalaron que, al inicio del tratamiento, la motivación, las actitudes e intenciones, que los individuos ponen en

tratamiento están relacionadas con la interrupción temprana del consumo de alcohol y otras drogas, así como con el éxito a largo plazo.

Por otro lado, aquellas personas que ingresan a tratamiento después de tomar la decisión de cambiar y dar pasos hacia el cambio tienen un mejor pronóstico en comparación con aquellos que al entrar en el tratamiento aún no ha tomado una decisión y/o algunas medidas para realizar el cambio. Y aquellos que se ven más comprometidos con el cambio y lo demuestran en las sesiones de tratamiento por las declaraciones verbales que indican una determinación para cambiar, también tienen mejores resultados.

1.2.2.5. REDUCCIÓN DEL DAÑO

Este método se basa en la consideración de que las conductas adictivas, pueden ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. Donde, la meta principal consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Marlatt, Tucker, Donovan & Vuchinich, 1997; Quiroga, 2003, 2008).

La reducción del daño establece una jerarquía de metas, en la que las más inmediatas y realistas a alcanzar son, el consumo libre de riesgos, o en caso de que resulta apropiado, y la abstinencia. Las conductas de ingesta de drogas traen como resultado ya bien sea, efectos que son benéficos (como es el caso de los medicamentos que salvan la vida), neutrales, o dañinos. La asignación de un valor positivo o negativo (un beneficio o un daño) a tales efectos resulta subjetiva y abierta a la controversia, pero un marco de referencia de reducción del daño ofrece al menos un medio pragmático por medio del cual las consecuencias pueden ser evaluadas de manera objetiva (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Quiroga, 2008).

En ese sentido, la reducción del daño es un buen método para hacer coincidir a los individuos, que no están interesados en cambiar su conducta de consumo de alcohol u otras drogas y proporcionar incentivos de motivación (por ejemplo, hablando de las consecuencias negativas que la persona está experimentando) para motivar a su deseo para el cambio positivo (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

Así, un enfoque de atención escalonada para la atención del consumo de sustancias psicoactivas, constituye un elemento apropiado, ya que puede iniciar en la prevención universal (como la psicoeducación y entrenamiento en habilidades sobre el consumo) como la primera línea de defensa contra el desarrollo de problemas. Posteriormente, para las personas que desarrollan problemas, el tratamiento sería ofrecido con el aumento de los niveles de intensidad. Es decir, un individuo que está experimentando problemas menores relacionados con el consumo puede beneficiarse de una intervención breve, tal vez en un centro de atención primaria. Y si la intervención breve no fuera eficaz, o si el problema

avanza, a continuación, se haría el escalamiento a una intervención de tratamiento más intensa (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

En pocas palabras, la reducción del daño es un modelo continuo de cambio. Al reconocer que los cambios en los estilos de vida ocurren normalmente de manera gradual a lo largo del tiempo, los practicantes de la reducción del daño hacen hincapié y alientan al logro de cambios graduales (p. ej., metas próximas versus distantes), y visualizando como éxito los pasos en la dirección de reducir conductas dañinas o peligrosas (Quiroga, 2003).

Por otro lado, con los programas de reducción de daños se busca también qué, a las personas afectadas directamente por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, tengan facilidad en la búsqueda de ayuda y acceso al tratamiento. En lugar de dictar los requisitos y procedimientos para acceder a los servicios (Marlatt et al., 1997).

CAPÍTULO II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

II.1. Detección e Intervención Breve de Alcohol, tabaco y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).

Descripción

Es una Intervención breve cognitivo-conductual y motivacional de consulta externa desarrollada originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999), y traducido y adaptado en la Facultad de Psicología de la UNAM por Quiroga y Cabrera (2008).

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional; (b) el balance decisional para el cambio en el consumo; (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el paciente; (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio; (e) la retroalimentación gráfica y personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; (f) el aconsejar al paciente estrategias para el cambio, (g) el proveerle al paciente un menú de opciones de procedimientos para el cambio; y (h) el auto-monitoreo del consumo.

Está basado en el método de reducción del daño y busca motivar al paciente a moderar o dejar su consumo de alcohol y/o otras drogas. Consta de 1 sesión de evaluación (con 50 minutos adicionales, después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); y una sesión de Retroalimentación y Consejo; las cuales se describen, brevemente, a continuación:

1. Sesión de Evaluación: El objetivo de esta sesión es hacer una evaluación de los patrones de consumo del paciente, de las consecuencias negativas relacionadas del consumo, del índice de dependencia, de la historia familiar de consumo y problemas de psicopatología, así como, indagar acerca de las actitudes que tiene sobre la sustancia y la motivación que presenta para cambiar su patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se le aplica una batería de instrumentos específicos a las áreas de evaluación.

2. Sesión de Retroalimentación y Consejo: En esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre su patrón de consumo, problemas asociados, índice de dependencia e historia familiar, al tiempo que se le proporciona información psicoeducativa sobre el alcohol y/o otras drogas. Como parte final de la sesión, se le proporciona consejo al paciente sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar o abstenerse de su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al paciente material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. Seguimiento-mantenimiento: Estas sesiones se realizan al 1er, 3ro, 6to y 12vo mes, de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo, con el fin de revisar el progreso

de las metas del paciente y reforzar los logros obtenidos. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

Perfil del usuario

El programa DIBADEU está dirigido a estudiantes universitarios que presentan consumo excesivo, abuso o dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas, con base en los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV; que ya han experimentado problemas debido a su consumo, o bien, que se encuentran en alto riesgo de experimentarlos. Y sin deterioro cognitivo severo. En el caso de la marihuana, consumidores con dependencia leve a la marihuana, es decir hasta 5 puntos en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), con una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) y de consumo problemático (menos de 3 años), un consumo frecuente de más de 1 dosis, tanto en hombres como en mujeres, con menos de 4 dosis a la semana, en no más de 3 días a la semana, con problemas relacionados (no más de 10 en el Índice de Problemas de drogas Rutgers), y sin deterioro cognitivo leve.

Escenario

El programa DIBADEU se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), que pertenece a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y proporciona servicios psicológicos (individual y grupal) a la comunidad universitaria y a público en general que solicite el servicio.

Instrumentos

- a) Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Alcohol/Otras Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ACC-A, ACC-OD).

Dichos instrumentos desarrollados por Shoerber y sus colaboradores (1995) y adaptados por Quiroga y Vital (2003a) son utilizados para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambios basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente (1984). Dichos estadios son: 1) precontemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 3) preparación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua para dejarlo(as) en los últimos 30 días); 4) acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos); y 5) mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más).

b) Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D).

Desarrollado originalmente por Collins, Parks y Marlatt (1985), para evaluar el consumo diario de alcohol, fue traducido y adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol por Quiroga y Cabrera (2008). Es un cuestionario auto-administrado que evalúa el consumo de otras drogas, consta de 7 recuadros que señalan el patrón de consumo para cada día, de una semana típica de consumo durante el último mes. El paciente indica su consumo típico para cada día de esa semana y el número típico de horas que dedica al consumo en cada día.

Además, incluye una segunda serie de preguntas en las cuales se indaga el lugar de residencia y si el paciente contó con un empleo remunerado durante los 3 meses previos

c) Cuestionario de Efectos Comprensivos de las Drogas (CEC-D).

El cuestionario de los Efectos Comprensivos de la Drogas, fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, por Quiroga y Cabrera (2008), a partir del cuestionario de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA), desarrollado originalmente por Fromme, Stroor y Kaplan (1993).

Es un cuestionario auto administrado de 38 reactivos que evalúa tanto las expectativas positivas como las negativas del consumo de otras drogas distintas al alcohol. Los factores de expectativa positiva incluyen a la sociabilidad, reducción de tensión, y a la sexualidad. Los factores negativos incluyen el deterioro cognitivo y conductual, el riesgo y la agresión, y la auto-percepción.

Los reactivos se centran en los efectos específicos discretos de otras drogas. En primer lugar, los usuarios indican en una escala de 4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular. Se contesta en una escala de 5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido. Las expectativas de resultados positivos del consumo de drogas son aquellas evaluadas con probabilidad de ocurrencia y percibidas como deseables. Los factores positivos y negativos del CEC-D demuestran adecuada consistencia interna, confiabilidad test – retest en un periodo de dos meses (0.66 – 0.72 para la expectativa positiva y 0.75 – 0.81 para la expectativa negativa) y validez de constructo. La alfa de Crombach para la expectativa positiva fue de 0.87; en tanto que la expectativa negativa fue de 0.82. El tiempo requerido para la aplicación del CEC-D va de 5 a 10 min (Quiroga & Cabrera, 2008).

d) Cuestionarios del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de drogas y alcohol (CAF-D/ CAF-A).

El Cuestionario del Árbol Familiar fue traducido y adaptado por Quiroga (2003b) del Family Tree Questionnaire for the Assessment of Family History of Alcohol Problems

(Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). Proporciona a los examinados un conjunto consistente de claves para que identifiquen a sus parientes consanguíneos que tienen problemas de otras drogas distintas al alcohol, empleando un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y maternos a nivel de primer (hermanos y padres) y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados adictos y no-adictos y los resultados han señalado que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como adictos o consumidores problema en un test-retest de dos semanas de intervalo (Mann et al., 1985; Vogel-sprott, Chipperfield & Hart, 1985; Quiroga, 2008).

e) Cuestionario frecuencia-cantidad de droga.

Desarrollado originalmente por Miller, Kivlahan, Dimeff y Baer (1999), y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera en 2008, es un cuestionario auto-administrable de 3 reactivos que evalúan el consumo del usuario, durante el último mes. Toma en cuenta, la mayor cantidad consumida en ese periodo, la cantidad consumida en una tarde típica de fin de semana y qué tan a menudo consumió durante el último mes.

f) Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS).

La Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS) fue desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y en 2003 fue traducida y adaptada por Quiroga y Cabrera. Evalúa conductas sexuales en adolescentes, indagando acerca del número y género de parejas sexuales, uso del condón, y otras (seguras o riesgosas) prácticas sexuales. La encuesta también incluye preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas durante la relación sexual. El tiempo requerido para su administración es de 3 minutos.

g) Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Drogas (ERPC-D).

El ERPC-D fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (APRA) por Quiroga y Cabrera (2003a), desarrollado originalmente por Duthie et al. (1991). Es un instrumento auto-administrable de 16 reactivos que evalúan la probabilidad percibida de estudiantes universitarios para experimentar problemas del consumo excesivo a través del curso de sus años en la universidad. Los estudiantes emplean una escala de 7 puntos para evaluar qué tan probable es que experimenten una consecuencia negativa particular (e.j. crudas, peleas, etc.) como consecuencia del consumo de drogas. Los datos del ERPC-D también pueden ser considerados en contra de la motivación del cambio del estudiante (e.j., baja percepción de riesgo y baja motivación para cambiar, percepción real del riesgo con base en la experiencia actual de las consecuencias negativas y una alta motivación a cambiar, etc.). Se requiere de 4 minutos aproximadamente para su administración.

h) Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas (FENC-D).

El FENC-D, fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, de la Forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol (DNRF) por Quiroga y Cabrera, 2008. Dicho instrumento fue desarrollado originalmente por Baer et. al. (1991). El instrumento indaga sobre qué tanto y qué tan a menudo consume un estudiante típico universitario y qué tanto y qué tan a menudo consumen los estudiantes que residen en diferentes contextos (Ej. que viven con su familia, con otros parientes, solo o con amigos). Si las percepciones de las normas de ingesta universitaria que tiene el estudiante son significativamente imprecisas pueden ser confrontadas durante las sesiones de la retroalimentación, con base en los datos normativos existentes. La administración del FENC-D requiere de 5 minutos aproximadamente (Quiroga & Cabrera, 2008).

i) Índice de Problemas de Alcohol/Otras Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR).

El IPAR/IPDR son cuestionarios auto-administrables que constan de 23 reactivos que permiten evaluar el problema de ingesta de alcohol u otras drogas en adolescentes y jóvenes. El dominio que mide lo constituyen las consecuencias negativas del beber/consumir. El tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente, presenta una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años, de 0.40. Dicho instrumento fue traducido y adaptado del Rutgers Alcohol Problem Index de White y Labouvier, 1989 y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera, 2003b y 2008 respectivamente.

j) Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D).

El ICC-D fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008a) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, a partir del desarrollado originalmente por Miller, Toningan y Longabaugh (1994) para el consumo de alcohol. Es un cuestionario auto-administrable de 50 reactivos que evalúan las consecuencias adversas del abuso de otras drogas durante los últimos 12 meses, en 5 áreas: física, interpersonal, intrapersonal, control de impulsos, responsabilidad social y una escala de control. También se les solicita a los examinados que contesten qué tan a menudo experimentaron una experiencia en particular en los últimos 3 meses. El tiempo de administración requerido es de 10 minutos.

k) Perfil breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP).

Es un método de entrevista desarrollado originalmente por Miller y Marlatt (1984) y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol. Permite evaluar el consumo de otras drogas, incluye medidas para el patrón de consumo constante y episódico.

- l) Prueba breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST).

El SMAST, fue adaptado por Quiroga y Cabrera (2003a), a partir del instrumento desarrollado por Crews y Sher en 1992. Dicha prueba es autoadministrable y evalúa la historia parental de consumo de otras drogas distintas al alcohol de ambos padres. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos.

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

Elaborada por Skinner (1982), y traducida y adaptada por Quiroga & Vital (2003d) para su uso en población universitaria, consta de 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de otras drogas distintas al alcohol. La prueba presenta una confiabilidad de 0.86.

Participante

Usuaría del sexo femenino, que a partir de ahora se nombrará como E.S. era una adolescente de 16 años de edad, estudiante de primer año de bachillerato, soltera, vivía con sus padres y tenía un hermano mayor con diagnóstico de esquizofrenia que en ese momento se encontraba internado. Acudió a tratamiento por recomendación de las autoridades de su escuela, debido a que la encontraron fumando marihuana dentro de las instalaciones, E.S. refirió que deseaba evitar problemas relacionados a su consumo.

E.S. comentó que había iniciado el consumo de marihuana hacía 7 meses, por curiosidad acerca del efecto, y mencionó que a partir de ese momento empezó a consumir todos los viernes durante los últimos 3 meses. De acuerdo al Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D), Perfil Breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP), y al Cuestionario de frecuencia-cantidad de drogas, D.M., reportó un patrón de consumo de 1/2 de cigarro por ocasión, una vez la semana, aproximadamente. Dicho patrón de consumo, se mantuvo constante durante tres meses. Cabe señalar que, de acuerdo los criterios de dependencia establecidos en el DSM-IV, el paciente no presentó dependencia a la marihuana.

E.S. señaló que generalmente fumaba con su grupo de amigos, y que disfrutaba de la parte inicial del efecto, porque sentía que disfrutaba socializar con sus amigos, que era más “abierto” en ese momento y que se podía “relajar” de la escuela y de sus ocupaciones. Aunque después se sentía “culpable” y “ansiosa” ante la posibilidad de ser descubierta. De acuerdo al Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CEC-D), D.M. consideraba que fumar marihuana sería, divertido, facilitaría la expresión de sus sentimientos, estaría más creativo, se le facilitaría comunicarse con los demás, su cuerpo estaría relajado, y que sería parlanchín.

En cuanto al consumo de otras sustancias, no reportó ninguna otra sustancia, ya que no le gustaba el sabor del alcohol ni el efecto del tabaco. Durante la entrevista, E.S. mencionó que principal problema asociado a su consumo de marihuana, era que la hubieran fichado en la escuela lo que, a su vez, le ocasionó diversos problemas con sus padres. La usuaria mencionó que después de lo ocurrido, sus padres le prohibieron salir con amigos, iban a recogerla a la escuela, lo cual la avergonzaba y tenía discusiones con ellos constantemente. Por lo cual, se sentía culpable y avergonzada.

A partir del Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR) y del Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D), E.S. reportó que 1 o 2 veces, fue evitada por parte de sus familiares, se sintió mal consigo mismo debido al consumo, su familia se preocupó debido a su consumo, se sintió avergonzada o culpable a causa de su consumo, dijo o hizo cosas embarazosas, se metió en problemas por su consumo, y fue suspendida de la escuela debido a su consumo; y de 3 a 5 veces, asistió a clases intoxicada.

Por otro lado, los datos obtenidos con la Prueba Breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST) y el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar problemas de historia familiar de consumo de drogas (CAF-D), E.S. presentó antecedentes familiares de problemas de psicopatología, de consumo de drogas o adicción.

Cabe señalar que E.S., se presentó en un estadio de cambio de preparación (de acuerdo al Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Otras Drogas) (ACC-OD)), mostrándose indecisa para participar en la intervención.

Procedimiento

a) La paciente fue asignada por parte de las autoridades del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente. La aplicación del programa DIBADEU inició una vez que la paciente fue asignada al terapeuta.

b) La intervención se llevó a cabo en 3 sesiones que consistieron en lo siguiente:

- Sesión 1: Entrevista de evaluación.

La sesión estuvo enfocada en establecer el rapport con la usuaria, obtener un compromiso inicial de su parte para participar en la intervención, y orientarla acerca del propósito y estructura de las sesiones. Así como, indagar el motivo de consulta; evaluar su patrón de consumo; identificar las consecuencias negativas asociadas al consumo, evaluar su índice de dependencia a la sustancia; indagar acerca de su historia familiar de consumo de alcohol, drogas y problemas de psicopatología; y evaluar su motivación al cambio, y su actitud hacia la sustancia. También se entregó el formato de auto-monitoreo, explicando la importancia y finalidad de llevarlo a

cabo. Durante el desarrollo de la sesión, E.S. mostró disposición para proporcionar la información necesaria.

- Sesión 2: Aplicación de la batería de instrumentos correspondientes.

A partir de los instrumentos correspondientes, se exploraron los siguientes aspectos: el patrón de consumo de marihuana constante y episódico; frecuencia y cantidad de consumo; problemas asociados al consumo; nivel de dependencia; conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo; riesgo percibido y expectativas asociadas al consumo.

- Sesión 3: Sesión de Retroalimentación y Consejo.

En primer lugar, se revisaron las tarjetas de auto-monitoreo. Sin embargo, E.S. no reportó ningún episodio de consumo, por lo que únicamente se le reforzó que haya permanecido en abstinencia y se identificaron las consecuencias positivas al respecto. Posteriormente, se le proporcionó al paciente una retroalimentación gráfica y personalizada, donde se abordaron los siguientes aspectos: su patrón de consumo de marihuana; estimación del consumo del paciente, comparado con su grupo de referencia (frecuencia y cantidad con base a la norma de consumo estudiantil); riesgos y consecuencias asociadas al consumo; los factores de riesgo individuales (expectativas positivas de resultados del consumo marihuana, creencias acerca de la droga y sus efectos, historia familiar de problemas de consumo, historia personal de consecuencias negativas del consumo de marihuana); situaciones de consumo; y nivel de dependencia y síntomas reportados.

Durante la revisión de los resultados, E.S. mostró preocupación ante la historia familiar positiva de psicopatología, ya que se le explicaron los efectos psiquiátricos que puede desencadenar el consumo de marihuana, hacia el riesgo de desarrollar dependencia, y hacia los problemas que le ocasionó el consumo (sentirse mal consigo misma por el consumo; queja de sus padres por consumo de marihuana; acudir a clases bajo el efecto de la droga; problemas familiares), los cuales consideró graves para ella. Así mismo, E.S. se mostró interesada al comentar las creencias que tenía acerca de la marihuana y sus efectos, lo cual facilitó la discusión, permitiendo abordar los mitos al respecto, como el supuesto mejoramiento de los procesos mentales, el supuesto consumo saludable al ser una “droga natural” y los supuestos efectos beneficiosos en el estado de ánimo, además de proporcionarle a la paciente información precisa acerca de los efectos de consumo de marihuana.

De igual manera se realizó un ejercicio de balance decisional, donde la usuaria, identificó las ventajas y desventajas del consumo de marihuana, señalando de mayor importancia para favorecer su decisión de cambiar, prevenir el desarrollo de algún trastorno psiquiátrico, mejorar la relación con su familia y evitar problemas escolares, al finalizar este ejercicio expresó su decisión de cambiar su consumo de marihuana. En seguida, se le proporcionó consejo a la paciente, sobre estrategias

específicas (resistencia al consumo) que le ayudaran a mantenerse sin consumir, así como para reducir los riesgos relacionados con el consumo. Para finalizar la sesión se realizó un resumen de la sesión, la usuaria manifestó su decisión de mantenerse en abstinencia a la sustancia, principalmente a partir de la discusión de los resultados obtenidos en la evaluación y la realización del ejercicio de balance decisional.

- **Sesión 4: Seguimiento**

No fue posible realizar el seguimiento ya que no se logró contactar a la usuaria ni con los padres. Sin embargo, al mes de haber finalizado el consejo se pudo contactar con las autoridades de la escuela, las cuales reportaron que no había reportes de consumo de marihuana o de otras sustancias dentro de las instalaciones.

Resultados

A partir de la intervención realizada, E.S. logró identificar las consecuencias negativas asociadas a su consumo de marihuana; el riesgo de desarrollar dependencia y algún trastorno psiquiátrico; el papel que juegan las expectativas y creencias en el consumo de la sustancia; los factores situacionales asociados al consumo; los aspectos positivos y negativos, del consumo y de dejar de consumir. A partir de lo cual, se mantuvo en abstinencia a la sustancia dentro de las instalaciones de su escuela.

II.2. TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO GUIADO PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (TAGEU).

Descripción

Es un tratamiento breve cognitivo-conductual y motivacional que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado, desarrollado por Sobell y Sobell (1993) en la Addiction Research Foundation de Toronto, Canadá, el cual fue adaptado en la Ciudad de México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998) para su aplicación en población general y por Quiroga y Montes para aplicarlo en Estudiantes Universitarios con problemas de alcohol y por Quiroga (2008) a otras drogas. Su objetivo es ayudar a los pacientes a comprometerse en la modificación de su conducta, a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol y/o de otras (Quiroga y Montes, 2003; Quiroga 2008).

El tratamiento incorpora los siguientes componentes: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos

por parte del paciente, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del paciente durante la terapia, (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (j) el empleo de los apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, (k) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo (Quiroga & Montes, 2003).

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

El programa está integrado de la siguiente manera:

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

Perfil de usuario

El TAGEU está dirigido a estudiantes universitarios y público en general, con dependencia moderada al alcohol y otras drogas. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia moderada (entre 14-21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), con una historia moderada de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de 5 años), un consumo excesivo frecuente de más de 4 copas estándar por ocasión en el hombre y más de 3 en la mujer, de 13-30 copas estándar a la semana en el hombre y de 10 a 24 copas a la semana en la mujer, en no más de tres días a la semana, con problemas relacionados (no más de 20 en el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers), siendo alguno de ellos grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga & Montes, 2004). En el caso de la marihuana, consumidores con dependencia moderada a la marihuana, es decir hasta 15 puntos en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), con una historia moderada de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de

5 años), un consumo frecuente de más de 1 dosis, tanto en hombres como en mujeres, con menos de 8 dosis a la semana, en no más de 4 días a la semana, con problemas relacionados (no más de 20 en el Índice de Problemas de Otras drogas Rutgers), siendo alguno de ellos grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga, 2008).

Escenario

El TAGEU se administró a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), cuyas características fueron señaladas en párrafos anteriores.

Instrumentos

Además del Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A), el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol (CAF-A), y el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR) (cuyas características fueron descritas en la sección 2.1.2 del presente trabajo). Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (CCCD-A-50, CCCD-OD-50).

Traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; Annis, Herie y Watkin-Merek (1996a) por Quiroga y Vital (2003e) es un cuestionario de autoreporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol/drogas. Se le pide al cliente que se imagine en una variedad de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980), y que indique para cada situación, con base en una escala de seis puntos (cuyo rango va de 0 = sin confianza; 20 = 20% confiado; 40 = 40% confiado; 60 = 60% confiado; 80 = 80% confiado; a 100 = muy confiado) qué tan confiado se siente de ser capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en esa situación. Las respuestas del cliente le permiten al terapeuta monitorear el desarrollo de la autoeficacia del cliente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo. Requiere de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems (Quiroga, 2008).

- b) Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP).

La entrevista diagnóstico prescriptiva fue desarrollada por Quiroga (2008) contiene diferentes apartados que permiten obtener información sobre diversos indicadores. Las áreas que la integran son: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, y consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancias, observaciones conductuales y examen del estatus mental, e instrumentos de tamizaje y

diagnóstico sobre abuso y dependencia al alcohol y otras drogas, historia familiar de problemas de alcohol y otras drogas, problemas asociados al consumo, deterioro neuropsicológico, depresión, ansiedad, y sobre los criterios de inclusión/exclusión a los programas específicos de tratamiento (Quiroga, 2003a).

La aplicación de la EDP tiene una duración aproximada de una hora 30 minutos. La información que se obtiene con este instrumento es útil para decidir qué tipo de modalidad o programa de atención es más recomendable. También nos indica algunos cambios relacionados con estilos de vida de los usuarios y las consecuencias del consumo.

c) Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25).

Desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982) y adaptada por Quiroga y Vital (2003b), la Escala de Dependencia al Alcohol se compone de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubren síntomas de abstinencia, deterioro en el control del consumo de alcohol, consciencia de compulsión en el consumo de alcohol, la tolerancia al alcohol, persistencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Mide la ausencia de dependencia hasta la dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest de 0.92, consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Requiere de 10 minutos para ser contestada (Quiroga, 2003).

d) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ISCD-50).

Instrumento traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) del Inventory of Drug Taking Situacion-Alcohol, desarrollado por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996b). Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 ítems, fue diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante el año pasado. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y Gordon (1980, 1985), en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo, que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, deseos intensos de consumir, conflictos con otros, presión social para el consumo y momentos agradables con los demás. Cada uno de los ítems tiene una escala de 4 puntos, en donde 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = frecuentemente, 4 = casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada. Es un instrumento breve y fácil de administrar, requiere de 15 minutos para ser contestado. Cuenta con una confiabilidad test-retest de 0.92.

e) Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE-A-D).

La Línea Base Retrospectiva fue traducida y adaptada por Quiroga (2003c) de la versión Alcohol Timeline Followback desarrollada por Sobell y Sobell (1992). Es un

instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol u otras drogas durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar o dosis de droga consumida cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses. Puede ser aplicada por el entrevistador o en forma de autoporeporte, requiere de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91. Proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se consume en diferentes niveles, o el patrón de consumo entre semana o fines de semana. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como la base para sondear las causas de la ésta (Quiroga & Vital, 2004).

f) Prueba de Pistas.

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Tests) de la Batería Halstead-Reitan (Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleado para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol. La aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea (Quiroga, 2003; 2008).

Participantes

El TAGEU se aplicó a 4 pacientes, todos ellos del sexo masculino, con un promedio de edad de 23.5 años. El estado civil del 100% de los participantes era soltero, todos ellos tenían una licenciatura y una fuente de ingreso estable (véase tabla 1).

Como se muestra en la tabla 1, la sustancia a tratar en el 50% de los participantes, fue el alcohol y en el otro 50% la sustancia fue la marihuana y la meta de tratamiento establecida para los cuatro casos fue la moderación. De acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), el 100% de los pacientes consumidores de alcohol presentaba un nivel de dependencia leve, así mismo, de acuerdo a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20) el 100% de los usuarios consumidores de marihuana presentaban una dependencia moderada. Y a partir del Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia

familiar de problemas de alcohol y drogas (CAF-A-D), se identificó que el 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo excesivo de alcohol. En cuanto al estadio de cambio en el que se encontraban los participantes, se identificó a partir del Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A-D) que el 50% se encontraba en acción, mientras que el 50% se ubicaba en contemplación. Finalmente, de acuerdo a la prueba de pistas, en ningún caso se encontró presencia de un posible deterioro cognitivo ocasionado por el consumo.

En cuanto a las características del patrón de consumo de los usuarios consumidores de alcohol atendidos, durante el año previo al tratamiento, en promedio, reportaron lo siguiente en la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A-D): un consumo de 8 copas estándar por ocasión; 120 unidades totales de consumo; 22 días de consumo y 343 de abstinencia. Y cabe mencionar, que el número de problemas asociados al consumo que los pacientes señalaron en el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR), en promedio fue de 5.5 problemas asociados (véase tabla 1).

En lo correspondiente del patrón de consumo de los usuarios consumidores de marihuana atendidos, durante el año previo al tratamiento, en promedio, reportaron lo siguiente en la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A-D): un consumo de 2 dosis por ocasión; 60 dosis totales de consumo; 30 días de consumo y 325 de abstinencia, con un promedio de 7.5 problemas asociados al consumo de acuerdo a lo encontrado en el IPAR.

Tabla 1. Características de los participantes atendidos con el TAGEU.				
	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Edad	22	25	20	27
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero
Escolaridad	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Ocupación	Asistente de Profesor	Estudiante de Doctorado	Estudiante Universitario	Economista
Sustancia tratar	Alcohol	Marihuana	Marihuana	Alcohol
Meta terapéutica	Moderación	Moderación	Moderación	Moderación
Nivel de dependencia	Leve	Media	Media	Leve
Etapas de cambio	Acción	Acción	Contemplación	Contemplación

Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	6	10	5	5
Avance en el tratamiento.	Alta	Alta	Alta	Alta
Componentes adicionales al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Emociones desagradables, Asertividad, 	<ul style="list-style-type: none"> Emociones desagradables, Relaciones saludables Asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Emociones agradables, Asertividad
Número de sesiones	9	10	6	9

Así mismo, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas y en el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas se muestran a continuación:

		Tabla 2. <i>Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el TAGEU, antes y después del tratamiento.</i>															
		Participante 1				Participante 2				Participante 3				Participante 4			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	73.3	26	34	88	33.3	13.3	76	100	73	16	24	88	37	16.6	56	88
	Malestar físico	0	0	100	100	33.3	0	100	100	0	0	100	100	60	0	76	100
	Conflicto con otros	0	0	98	100	86.6	20	34	88	76	20	34	98	33	0	64	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	53.3	13.33	52	100	86.6	13.3	20.6	98	36.6	16	20	88	33	0	52	100
	Emociones agradables	36.6	0	82	100	66.6	26	42	98	83.3	26	30	92	13	0	84	100
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	36.6	13	76	98	0	0	100	100	0	0	100	100	33	0	68	70
	Presión social	73.3	26	34	88	13.3	0	100	100	84	13	26	98	26	0	72	100
	Probando el control personal	20.6	6.6	88	100	16	0	92	100	0	0	92	100	20	0	64	92

Procedimiento

a) Los pacientes fueron asignados por parte de las autoridades del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente.

b) La aplicación del programa TAGEU inició una vez que los pacientes fueron asignados al terapeuta; se programaron sesiones semanales para cada uno, donde el avance y evolución del paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales. El tratamiento estuvo integrado por las 5 sesiones correspondientes al programa y la post-evaluación ((1) evaluación y admisión; (2) paso 1: decidir cambiar y establecimiento de metas; (3) paso 2: analizar las situaciones que ponen en riesgo de consumir en exceso; (4) paso 3: enfrentar los problemas relacionados con la sustancia psicoactiva; (5) paso 4: nuevo establecimiento de metas; (6) post-evaluación). Cabe señalar que tres de los participantes (paciente 1, 2 y 4) recibieron componentes adicionales al TAGEU, que fueron los siguientes: emociones desagradables, asertividad, y relaciones saludables (véase tabla 1).

c) Una vez que el tratamiento fue concluido, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

Resultados

Respecto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, cabe señalar que el 100% de ellos concluyó el tratamiento y alcanzó la meta terapéutica (véase tabla 1).

Al finalizar el tratamiento, ningún participante reportó evidencia de dependencia, de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20). Así mismo, se observó un decremento en la frecuencia y cantidad de consumo en el 100% de los participantes tanto de alcohol como de marihuana, en el caso de los consumidores de alcohol reportaron un promedio de consumo por ocasión de 3.9 copas estándar, y un promedio de 3.3 días de consumo durante el tratamiento, y los de marihuana una dosis por ocasión, y un promedio de 3 días de consumo durante el tratamiento. Los participantes (consumidores de alcohol y consumidores de marihuana) también reportaron una disminución en el número de problemas asociados al consumo, en promedio experimentaron 3 problemas, una vez. Por otro lado, se encontró una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo que reportaron los participantes, así como un incremento en la confianza situacional para enfrentar situaciones de riesgo sin el consumo de alcohol. En la tabla 2, se muestran los datos reportados al respecto del 66.6% (2 pacientes) de los participantes, ya que el 33% (1 paciente), no concluyó la post-evaluación correspondiente.

Por lo tanto, a partir de la aplicación del TAGEU a los participantes mencionados, se puede concluir que dicho tratamiento fue efectivo para que los pacientes pudieran identificar las consecuencias negativas que les ocasionaba su consumo excesivo de alcohol y el abuso de marihuana y poder establecer una meta para cambiar su forma de consumo de estas drogas, así como, para identificar sus situaciones de consumo y los disparadores presentes en ellas, desarrollar estrategias alternas para enfrentarlas, e incrementar así su autoeficacia. Lo cual, en este caso, les permitió moderar su consumo de alcohol y de marihuana, así como reducir los problemas asociados al mismo, que reportaron en un inicio.

II.3. PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (PEREU).

Descripción

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

El programa se centra en involucrar a los pacientes a:

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

Dicho programa incluye 5 componentes principales que se instrumentan a lo largo de 8 a 12 sesiones:

- 1) La evaluación clínica del paciente, contiene el establecimiento de la línea base del consumo, identificación del nivel de dependencia, valoración de la disposición al cambio e identificación de las situaciones de riesgo. Posteriormente se devuelven los resultados de las evaluaciones a través de la retroalimentación personalizada.

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

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

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios y público en general, que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco u otras drogas. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia sustancial a severa (más de 21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV), con historia sustancial de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o más de 30 copas a la semana en el hombre y más de 24 en la mujer, hasta 5 días a la semana), con problemas relacionados al consumo (más de 20 en el Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR)), siendo uno de ellos un problema muy grave y sin deterioro cognitivo severo. En el caso de la marihuana, consumidores con dependencia severa a la marihuana, es decir

más 15 puntos en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), con una historia excesiva de consumo excesivo (más de 10 años) y de consumo problemático (más de 5 años), un consumo frecuente de más de 1 dosis, tanto en hombres como en mujeres, con hasta 35 dosis a la semana, en no más de 5 días a la semana, con problemas relacionados (más de 20 en el Índice de Problemas de Rutgers), siendo alguno de ellos un problema muy grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga & Vital, 2003d).

Escenario

El PEREU, se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, cuyas características fueron descritas en la sección 2.1.1 del presente trabajo.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la aplicación del programa incluyen: el Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol/Otras Drogas) (ACC-A, ACC-OD); Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (CCCD-A-50, CCCD-OD-50); Cuestionario del Árbol Familiar (CAF); Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP); Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25); Índice de Problemas de Alcohol/Drogas Rutgers (IPAR/IPDR); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ISCD-50-A/ ISCD-50-D); Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE); Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD) y la Prueba de pistas. Las características de dichos instrumentos fueron descritas en las secciones 2.1.2 y 2.2.2 de este trabajo.

Participantes

Los pacientes atendidos con el PEREU fueron 3 hombres (75%) y una mujer (25%), con un promedio de edad de 30 años de edad. El 75% de los participantes eran solteros y el 25% era casado. Con respecto a su escolaridad, el 75% contaba con bachillerato, y el 25% con licenciatura. Cabe señalar que el 100% contaba con un trabajo fijo (véase tabla 3).

La sustancia a tratar en el 75% de los participantes fue la marihuana, mientras que para el 25% fue el alcohol. En cuanto a la meta de tratamiento, en el 50% de los casos fue la abstinencia, mientras que para el otro 50% fue la reducción del consumo (véase tabla 3).

De acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20), el 50% de los pacientes presentaba una dependencia sustancial, mientras que el 50% presentó una dependencia media. Por otro lado, el 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas. Cabe señalar que el estadio de cambio en el que se encontraban los participantes al inicio del tratamiento, el 50% se encontraba en contemplación, el 25% en precontemplación y el 25% en preparación (véase tabla 3).

Con respecto al patrón de consumo, en la Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE), la participante 3 reportó un promedio de consumo por ocasión de 10 copas estándar; un total de consumo de 600 copas en un promedio de 52 días de consumo; y 313 días de abstinencia en promedio. Por otro lado, los participantes 2, 3 y 4, cuya sustancia de consumo era la marihuana, reportaron un promedio de consumo por ocasión de 8 cigarros (estableció como unidad de consumo, un cigarro de aproximadamente 2.5gr); un total de consumo de 1612 cigarros en un promedio de 240 días; y 121 días de abstinencia en promedio. Cabe señalar, que el número de problemas asociados al consumo que los pacientes señalaron en el Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR), en promedio, fue de 13 problemas asociados al consumo (véase tabla 3).

Y cabe señalar que, de acuerdo a la prueba de pistas, en ningún caso se encontró presencia de un posible deterioro cognitivo ocasionado por el consumo.

Tabla 3. Características de los participantes atendidos con el PEREU.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre
Edad	30	29	28	33
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltera	Casado
Escolaridad	Licenciatura	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato
Ocupación	Empleado de Gobierno	Gerente de Comercio	Mesera	Enfermero Técnico
Sustancia a tratar	Marihuana	Marihuana	Alcohol	Marihuana
Meta terapéutica	Abstinencia	Moderación	Moderación	Abstinencia
Nivel de dependencia	Sustancial	Sustancial	Media	Media
Etapa de cambio	Contemplación	Preparación	Contemplación	Precontemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	14	15	13	10
Avance en el tratamiento.	Alta	Fase de Iniciación	Alta	Alta
Número de sesiones	16	7	14	18

Por otro lado, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCD-50-A CCCD-A-50, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PEREU, antes y después del tratamiento.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3				Participante 4			
		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia	
		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
		pre	post	pre	post	Pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	66.6	23	32	62	73.3	20	16	88	23	--	60	--	37	66.6	22	32
	Malestar físico	33.3	20	28	92	20	60	56	100	6.6	--	76	--	60	40	56	64
	Conflicto con otros	93.3	20	70	84	93.3	16	68	98	26.6	--	80	--	67	13.3	64	92
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	33.3	13.3	32	64	46.6	56	36	88	0	--	40	--	0	13.3	100	96
	Emociones agradables	93.3	56	36	72	40	26.6	36	88	56	--	56	--	53	26.6	48	88
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	33.3	13.3	80	88	83.3	13.3	2	76	6.6	--	72	--	27	13.3	40	82
	Presión social	73.3	60	80	52	60	73.3	4	80	26.6	--	52	--	13	20	84	72
	Probando el control personal	73.3	53.3	48	48	93.3	0	4	76	33.3	--	36	--	40	53.3	72	64

Procedimiento

a) Los pacientes fueron asignados por parte de las autoridades del CSPGD, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente.

b) La aplicación del PEREU inició una vez que el paciente fue asignado al terapeuta, se programaron sesiones semanales para cada uno, donde el avance y evolución del paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales. El tratamiento estuvo integrado por los 5 componentes correspondientes al programa y la post-evaluación ((1) evaluación; (2) entrevista motivacional; (3) plan de tratamiento individualizado; (4) fase de iniciación del cambio; (5) fase de mantenimiento del cambio; (6) post-evaluación).

c) Una vez que el tratamiento fue concluido, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

Resultados

Acerca del avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 50% de ellos lo concluyó y alcanzó la meta terapéutica, mientras que el 50% dejó de asistir durante el segundo componente del programa (evaluación) (véase tabla 3).

Cabe señalar que, a pesar de que los participantes 1 y 2 no concluyeron el tratamiento, durante las sesiones en las que se trabajó, se les proporcionó información psicoeducativa, sobre el consumo de alcohol y marihuana, respectivamente. Así mismo, se identificó conjuntamente con los pacientes, las razones que tenían para cambiar y los principales problemas asociados a su consumo en las diferentes áreas de su vida.

Con respecto a los participantes 3 y 4, que finalizaron el programa, a partir de la post-evaluación realizada, se encontró lo siguiente: de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), no reportaron evidencia de dependencia a la sustancia; así mismo, se observó un decremento en la frecuencia y cantidad de consumo de ambos participantes, con un promedio de consumo por ocasión de 1.1 unidades, y un promedio de 21.5 días de consumo durante el tratamiento. Los participantes también reportaron una disminución en el número de problemas asociados al consumo, en promedio experimentaron 7.5 problemas, de acuerdo al Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR).

Por otro lado, se encontró una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un incremento en la confianza situacional. En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos al respecto.

Por lo tanto, a partir de los resultados mencionados, se puede concluir que el PEREU fue efectivo para que los participantes que finalizaron el programa identificaran eficazmente sus disparadores para el consumo y las consecuencias asociadas al mismo, lo que les permitió anticiparse poniendo en práctica las destrezas necesarias en cada caso. Lo que se reflejó en el incremento de su autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo sin el consumo de la sustancia, y en la reducción de la cantidad y frecuencia de su consumo.

II.4. INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA (IBBP).

Descripción

Dicha intervención se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los Dr. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y adaptado por el Héctor Ayala y colaboradores (1998), para ser utilizado en nuestro país. Este

tratamiento es cognitivo, conductual, motivacional y breve, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el programa-modelo, desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas (Echeverría, et al., 2012).

Las características principales de esta aproximación son:

1. Evita calificar o etiquetar a las personas.
2. No confronta a la persona, sino escucha en forma reflexiva y analiza la información, a fin de que el usuario haga conciencia sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de beber alcohol.
3. Proporciona retroalimentación objetiva no amenazante a los usuarios para evitar la resistencia.
4. Informa y orienta a las personas acerca de cómo el cambio de sus hábitos es posible.
5. Permite a las personas intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento.

El programa-modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones (Echeverría, et al., 2012).

En las 6 sesiones del programa-modelo se consideran los siguientes aspectos:

- a) Admisión: Se trabaja en la identificación de la etapa para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.
- b) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.
- c) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.
- d) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.
- e) Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol.
- f) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio; registra su consumo diario de alcohol; elige metas de consumo (abstinencia o moderación); identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas (Echeverría, et al., 2012).

Perfil de Usuario

La IBBP está dirigida a personas mayores de 18 años y menores de 70 años; saber leer y escribir; contar con un domicilio permanente; tener trabajo; vivir con la familia; no presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana); acudir a tratamiento por voluntad propia; no consumir heroína; que la droga principal de abuso no sea inyectada; no acudir a otro programa de tratamiento; no existir alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol; y estar dispuesto a participar en el programa-modelo (Echeverría, et al., 2012).

Sin embargo, existen algunas condiciones que merecen ser consideradas para no excluir al usuario del programa-modelo, entre las que tenemos:

- 1) Cuando el usuario es menor de edad, puede ser aceptado en el programa-modelo con el debido consentimiento de los padres o tutores.
- 2) La falta de un domicilio permanente, el no contar con un trabajo estable y no vivir con su familia por problemas con el alcohol, son criterio de exclusión solo si se acompañan de síntomas que sugieran dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, etc.)
- 3) Si el usuario asiste al tratamiento porque otros lo presionan, es aceptado en el programa-modelo, si éste durante la entrevista reconoce la presencia de algunas consecuencias negativas y, tiene disposición para ingresar al tratamiento.
- 4) Si el usuario asiste a otro tipo de tratamiento, se acepta su ingreso al programa-modelo únicamente si los principios o postulados del tratamiento alternativo no se contraponen con los del programa-modelo. Para esto, es importante explicar al usuario las características del programa-modelo y, promover la toma de decisiones en el usuario, para que elija la alternativa que más le convenga de acuerdo a su situación.
- 5) Cuando se detecta alguna contraindicación médica para el consumo (diabetes, embarazo, etc.), el usuario puede ingresar al programa-modelo si acepta la abstinencia como la meta de su tratamiento. En estos casos se sugiere esta meta de consumo, debido a las posibles consecuencias que se puedan presentar si la persona continúa bebiendo alcohol bajo estas condiciones.
- 6) En caso de que un usuario no lea ni escriba, el terapeuta puede adaptar el material para trabajar con el usuario, o él mismo puede identificar a un familiar o amigo del usuario, que esté dispuesto a ayudarlo para la lectura y comprensión del material.
- 7) Los criterios más importantes para excluir a un usuario del programa son: la presencia de síntomas que sugieran dependencia severa acompañados de la falta de apoyo y recursos sociales, que la droga principal de consumo sea la heroína, o que la droga principal de consumo sea inyectada.

Escenario

La IBBP se llevó a cabo en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV), que brinda atención de consulta externa al público en general, proporcionando tratamiento psicológico a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación. Dicho centro es perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM.

Instrumentos

a) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Elaborado originalmente por Beck (1990) y estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostró consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de $r=0.75$. El cuestionario consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, el tiempo de aplicación varía de cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: “poco o nada” (se califica con 0 puntos), “más o menos” (se califica con un punto), “moderadamente” (se califica con dos puntos), “severamente” (se califica con tres puntos). Se hace la sumatoria total de los reactivos y se obtiene un puntaje del nivel de ansiedad que puede ser mínima, leve, moderada y severa.

b) Inventario de Depresión de Beck (IDB).

El inventario consta de 21 ítems para evaluar el de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En estudios realizados con población mexicana, dicho instrumento presentó confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. Así como, validez concurrente con una correlación estadística de $r = 0.70$, $p < .000$ (Jurado et al., 1998).

c) Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).

Elaborado por Annis y Graham (1987), y adaptado por Echeverría y Ayala, para población mexicana, evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo, ante ocho categorías situacionales. El objetivo de dicho instrumento es obtener una medida que sea sensible al grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo desarrolladas por Marlatt (1980), relacionadas con el consumo. El usuario debe señalar en un rango de 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de consumir en dicha situación (Barragán, et al., 2006).

d) Entrevista Inicial (EI).

Entrevista que permite conocer aspectos socioeconómicos y características generales del consumo del paciente (historia de consumo, problemas asociados, antecedentes de tratamientos previos, situación laboral, entre otros aspectos) (Barragán et al., 2006).

e) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).

Fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio (Inventario de Consumo de Alcohol) desarrollado por Horn y Wanberg (1969). Mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad en 0.92. En cuanto a los resultados de validez del EDA este instrumento se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. Dicha escala puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada (Barragán et al., 2006).

f) Escala de Satisfacción General (ESG).

Es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana, fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana (consumo, progreso en el trabajo o escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional y comunicación) y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Dicho instrumento proporciona el nivel de satisfacción que identifica tener el usuario en cada área y en general en su vida cotidiana. El tiempo de aplicación es de aproximadamente cinco a diez minutos. El instrumento muestra una confiabilidad de .76, su validez de criterio es adecuada ya que correlaciona el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general (Barragán et al., 2006).

g) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA-100).

Elaborado por Annis, Graham y Davis (1982), consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron

confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema (Barragán, et al., 2006).

h) Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES).

Adaptada por Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez (1998), del desarrollado originalmente por Sobell & Sobell en 1992. Es un registro retrospectivo de la cantidad del consumo del paciente los seis meses previos al tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. En este registro, se identifica la frecuencia (en días) y cantidad (en gramos) de cocaína consumida. Se ha encontrado que este instrumento es confiable y válido para conocer el patrón de consumo antes de iniciar un tratamiento. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91

i) Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos.

Subescalas de ejecución la Prueba de inteligencia de Wechsler. Evalúa memoria. Su finalidad es evaluar el funcionamiento cognitivo. Se obtiene un promedio entre los puntajes estandarizados de cada subescala (Barragán et al., 2006).

Participantes

Las características generales de los participantes atendidos con la IBBP, fueron las siguientes: el 100% de los participantes fueron hombres, con una edad promedio de 48 años; en cuanto a su estado civil, el 100% era casado, la escolaridad con la que contaba el 50% de los participantes era de secundaria, mientras que el otro 40% contaba con bachillerato; el 100% contaba con una ocupación estable desde hace más de seis meses; la sustancia a tratar en el 100% de los participantes fue el alcohol, con una meta terapéutica de abstinencia, para el 100%. Cabe mencionar que el 50 % reportó un nivel de ansiedad y depresión moderada (véase tabla 5).

En cuanto a las características del patrón de consumo de los participantes, evaluado a partir de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES), se encontró lo siguiente: un promedio de consumo por ocasión de 11.7 copas estándar, y consumo total en promedio de 694.9 copas en 135 días de consumo. Entre los principales problemas asociados al mismo, se encontraban aquellos que afectaban el área familiar, económica y de pareja. Al indagar respecto a su nivel de satisfacción general, en las diversas áreas de su vida, a partir de la Escala de Satisfacción General (ESG), los participantes reportaron en promedio un nivel de 6.6 de satisfacción en general.

Por otro lado, en cuanto a la dependencia al alcohol que presentaban los participantes, se encontró, de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), que el 100% tenía

una dependencia moderada. Así mismo el 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo excesivo de alcohol (véase tabla 5).

Tabla 5.

Características de los participantes atendidos con la IBBP.

	Participante 1	Participante 2
Sexo	Hombre	Hombre
Edad	50	46
Edo. Civil	Casado	Casado
Escolaridad	Secundaria	Bachillerato
Ocupación	Empleado del IMSS	Empleado de Telmex
Nivel de ansiedad	Leve	Moderada
Nivel de depresión	Moderada	Mínima
Sustancia a tratar	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Moderada	Moderada
Etapas de cambio	Acción	Preparación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos
Puntaje en sub-escala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Alta
Número de sesiones	8	7

Acerca del estadio de cambio en el que se encontraban los pacientes al inicio del tratamiento, se identificó que el 50% se encontraba en Acción y el 50% en preparación. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 5).

Así mismo, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCA y CBCS, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6.
Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el IBBP, antes y después de la intervención.

		Participante 1				Participante 2			
		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia	
		(%)		(%)		(%)		(%)	
		Pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	63.3	0	40	95	0	0	90	100
	Malestar físico	76	13	30	100	0	0	100	100
	Conflicto con otros	0	0	90	100	98	20	35	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	70	16.6	20	80	98	0	0	85
	Emociones agradables	30	0	50	80	66	0	50	100
Situaciones de tentación	Necesidad Física y tentación por Consumir	76	13	10	85	50	0	60	100
	Presión social	0	0	95	100	50	0	100	100
	Probando el control personal	30	0	60	80	63	0	100	100

Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV), proporcionando todos los datos correspondientes del paciente al terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación de la IBBP y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por 4 pasos y la post-evaluación ((1) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas; (2) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo

para el Consumo Excesivo de Alcohol; (3) Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol; (4) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

Resultados

Con respecto al avance que tuvieron los participantes en la intervención, el 100% la concluyó, alcanzando su meta terapéutica de abstinencia (véase tabla 5), cabe señalar que ambos usuarios lograron la abstinencia a partir del Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol.

Los participantes también reportaron una disminución en los problemas asociados al consumo, en comparación con los reportados durante la entrevista inicial. Cabe señalar que la satisfacción general que reportaron al final incrementó, con un nivel promedio de 8 puntos. Por otro lado, se encontró un decremento en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un aumento en su autoeficacia. Los datos reportados por los participantes en relación a dichos factores, se muestran en la tabla 6.

A partir de los resultados mencionados, se puede concluir que la IBBP fue efectiva, y sirvió para que los participantes pudieran identificar las consecuencias asociadas a su consumo de alcohol y las razones que tenían para modificar su forma de beber. Así mismo, a partir de la intervención los participantes pudieron identificar los disparadores de su consumo, lo que les permitió anticiparse al consumo, y poner en práctica las estrategias de enfrentamiento correspondientes a las situaciones de riesgo que se les presentaron. Lo cual se vio reflejado en el incremento de su autoeficacia logrando la abstinencia. Cabe señalar que los participantes se mostraron satisfechos con los resultados obtenidos con la intervención, y destacaron el enfrentamiento de los problemas ocasionados por el alcohol, como uno de los elementos de mayor utilidad para ellos.

II.5. PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS (PSC).

Descripción

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un modelo de tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas adaptado a población mexicana, del Community Reinforcement Approach (CRA) desarrollado por Hunt y Azrin (1973), dicho tratamiento fue desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Tiene como objetivo que el paciente modifique su conducta de consumo, alcance la abstinencia y propicie un estilo de vida más satisfactorio (Barragán et al., 2006).

El PSC se está integrado de la siguiente manera:

- a) Admisión
- b) Evaluación
- c) 12 Componentes de Intervención: 1) Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo; 2) Muestra de Abstinencia; 3) Metas de Vida Cotidiana; 4) Rehusarse al Consumo; 5) Solución de Problemas; 6) Habilidades de Comunicación; 7) Control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); 8) Búsqueda de empleo; 9) Consejo Marital; 10) Habilidades Sociales y Recreativas; 11) Prevención de Recaídas; 12) Entrenamiento al otro significativo.
- d) Dichos componentes, giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el paciente se proponga, teniendo como finalidad que desarrolle conductas eficientes que le permitan enfrentar eventos y/o estímulos problemas que generalmente lo hacían recurrir al consumo para enfrentarlos, por lo que se espera que con dicho tratamiento el paciente decida enfrentar estos problemas, favoreciendo el aprendizaje y aplicación de las estrategias revisadas (Barragán, et al., 2006).
- e) Seguimientos

Perfil de usuario

El PSC está dirigido a pacientes de 18 años o más; que sepan leer y escribir; con una escolaridad preferentemente de preparatoria en adelante; con un funcionamiento cognitivo de 6 puntos o superior; con un nivel de dependencia medio o severo al alcohol (22-30/ 31-47 puntos en la EDA), o en su caso, un nivel de dependencia sustancial o severo a las drogas (11-15/16-20 puntos en el CAD); que presenten pérdidas/daños/alteraciones en al menos 3 áreas de su vida cotidiana (Barragán et al., 2006).

Escenario

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV), cuyas características fueron descritas en la sección 2.4.1.

Instrumentos

Para llevar a cabo la aplicación del PSC, se utilizaron los siguientes instrumentos: ASSIST; Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20); Cuestionario Breve de confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de depresión de Beck (BDI); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES); Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, Escala de Dependencia al Alcohol (EDA); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), cuyas características ya fueron descritas.

Participantes

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó a 4 participantes 66.6% hombres (2 pacientes) y 33.3% mujeres (1 paciente), con una media de edad de 43 años; el estado civil del 50% era casado, el 25% era soltero y el 25% era divorciado; el 66.6% de ellos tenía escolaridad de secundaria, mientras el 33.3% contaba con licenciatura; el 100% contaba con una ocupación; la sustancia a tratar en el 66.6% fue la cocaína y el 33.3% fue el alcohol y la meta que se estableció para los 4 casos fue la abstinencia (véase tabla 16).

Cabe señalar que al inicio de la intervención, se identificó que el 50% de los participantes se encontraba en estadio de cambio de preparación, y el 50% se encontraba en acción.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, se identificó que los participantes cuya sustancia a tratar era la cocaína, presentaban un promedio de consumo por ocasión de 6 gramos, con un promedio total de consumo de 300 gramos en un promedio de 63 días de consumo. Y se encontró a partir de la CAD-20, que el 66.6% presentaba una dependencia moderada y el 33.3% presentaba una dependencia severa (véase tabla 16).

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, se identificó que el participante cuya sustancia a tratar era el alcohol, presentaba un promedio de 10 copas estándar, con un promedio total de consumo de 639 copas en un promedio de 70 días de consumo. Y se encontró a partir de la EDA, que presentaba una dependencia moderada, (véase tabla 16).

Por otro lado, el nivel de ansiedad que reportó el 100% fue moderado. Y en cuanto al nivel de depresión, el 50% presentaba un nivel moderado y el 50% mínimo. Además, los datos obtenidos durante la entrevista, permitieron identificar que el 100% de los participantes presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol y/o drogas (véase tabla 16).

En cuanto, al nivel de satisfacción que reportaron hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 3.6 puntos, en una escala del 1 al 10. Cabe mencionar, que el 100% de los participantes presentaba al menos un problema grave asociado al consumo, entre ellos se encontraban: problemas de salud (diagnosticados por un médico), malestar emocional, problemas de empleo, y problemas familiares y económicos. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 16).

Tabla 16.				
<i>Características de los participantes atendidos con el PSC.</i>				
	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Edad	40	27	40	29
Edo. Civil	Casado	Soltera	Casado	Divorciado
Escolaridad	Secundaria	Licenciatura	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Empleado	Abogada	Panadero	Conductor de camión
Nivel de ansiedad	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
Nivel de depresión	Mínima	Moderada	Mínima	Moderada
Sustancia a tratar	Alcohol	Cocaína	Cocaína	Cocaína
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Moderada	Severa	Severa	Moderada
Etapas de cambio	Preparación	Preparación	Acción	Acción
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Positivos	Positivos
Puntaje en subescala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Alta	Referencia	Referencia
Número de sesiones	18	20	9	9

En cuanto a las situaciones de consumo, y la autoconfianza asociadas a las mismas, los participantes reportaron lo siguiente:

Tabla 17. Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PSC, antes y después del programa.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3				Participante 4			
		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia		Situaciones		Autoeficacia	
		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
		pre	post	Pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	Post	pre	post	pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	40	10	50	90	53	23	10	80	70	--	10	--	67	--	0	--
	Malestar físico	47	10	70	100	20	0	100	100	90	--	0	--	50	--	50	--
	Conflicto con otros	28	10	70	100	35	0	30	70	35	--	60	--	42	--	50	--
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	33	10	70	100	10	0	100	100	53	--	50	--	90	--	30	--
	Emociones agradables	63	15	80	100	53	0	50	90	33	--	60	--	73	--	80	--
Situaciones de tentación	Necesidad Física y tentación por Consumir	40	9	40	80	23	23	10	70	10	--	80	--	73	--	30	--
	Presión social	53	15	50	90	10	0	100	100	60	--	20	--	70	--	10	--
	Probando el control personal	60	15	50	90	33	0	0	80	40	--	50	--	83	--	0	--

Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CPAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente al terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación del PSC y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por los distintos componentes que integran el programa (análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo; muestra de abstinencia; metas de vida cotidiana; rehusarse al consumo; solución de problemas; habilidades de comunicación; control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); búsqueda de empleo; consejo marital; habilidades sociales y recreativas; prevención de recaídas; entrenamiento al otro significativo), mismos que fueron seleccionados para cada paciente, de acuerdo a sus necesidades de tratamiento.

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

Resultados

Respecto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 50% (paciente 1 y 2) de ellos finalizó el tratamiento, el otro 50% (paciente 3 y 4) fue canalizado a un tratamiento de internamiento.

El paciente 1 reportó un promedio de consumo por ocasión de 10 copas por ocasión, en 3 episodios de consumo, durante la etapa inicial del programa. Sin embargo, posteriormente alcanzó la abstinencia. Cabe señalar que, al realizar el seguimiento a un mes, reportó que se había mantenido. Además, reportó una disminución de los problemas asociados a al mismo, principalmente en el área de la salud y familiar.

La paciente 2, logró una reducción en la cantidad y frecuencia de su consumo, con un promedio de consumo por ocasión de aproximadamente 4 gramos al inicio del tratamiento, alcanzando la abstinencia al mes del tratamiento, además reportó una disminución de los problemas asociados a al mismo, principalmente en el área familiar y laboral.

Ambos pacientes (paciente 1 y 2) reportaron un decremento en sus situaciones de consumo, y un incremento en su autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo de consumo de alcohol y drogas. En la tabla 17, se presentan los datos correspondientes

El paciente 3 y el paciente 4 fueron referidos a un tratamiento residencial, debido a constantes episodios de consumo, en el caso del paciente 3 el mismo solicitó la referencia y en el caso del paciente 4 fue la familia quien solicitó la referencia. Sin embargo, durante las sesiones que asistieron al programa, lograron principalmente identificar las consecuencias asociadas a su consumo y sus efectos a corto y largo plazo, así como identificar los principales disparadores para su consumo, y las consecuencias asociadas al mismo.

De acuerdo a los resultados mencionados, es posible concluir que el PSC fue efectivo para apoyar a los pacientes en el establecimiento de una meta terapéutica y un compromiso para cambiar su forma de beber. Así como para identificar los principales disparadores de su

consumo, para así poder anticiparse a ellos con planes de acción que incluyeran estrategias alternativas al consumo, lo cual se vio reflejado en la abstinencia, así como en el incremento de su autoconfianza.

CAPITULO III. REPORTE DE CASO: APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS EN UN USUARIO CON DEPENDENCIA SEVERA A LA MARIHUANA.

III.1 ADMISIÓN

Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino de 17 años de edad, ingresó el 25 de Abril del 2014 al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología después de que su madre solicitara tratamiento, a este paciente que en lo sucesivo llamaremos R.G. se presentó a consulta, estaba desubicado en el tiempo-espacio, presentaba descuido en su higiene y aliño personal, su discurso se mostraba en ocasiones incongruente y cambiaba de tema constantemente, además de que realizaba un esfuerzo en recordar información, mencionando en varias ocasiones no recordar algunas cosas, la información fue validada con su madre y con su hermana con la intención de obtener información de mayor calidad.

R.G. tenía un nivel escolar de secundaria, estudiaba el bachillerato en modalidad abierta, soltero y en una relación amorosa por un año. El usuario era desempleado y dependía económicamente de su madre, su principal interés era la música, formaba parte de una banda, además manifestaba su interés de estudiar composición y dedicarse de manera profesional a la música. R.G. mencionó acudir a tratamiento debido a que su madre consideraba que tenía un problema de consumo de Marihuana. Su madre le había removido algunos beneficios los cuales se le devolverían al terminar su tratamiento, estos beneficios eran; el uso del coche, dinero mensual y permisos para acudir a fiestas y reuniones. Al preguntarle las razones para el cambio, el usuario manifestó las siguientes: mejorar la relación con su madre, ya que cada vez las peleas con ella incrementaban en frecuencia e intensidad, mencionó tener algunos problemas físicos que le preocupaban como disfunción eréctil por los últimos 4 meses, tos con flemas e insomnio leve por el último año.

Los motivos que R.G. manifestó para consumir eran: experimentar los efectos psicodélicos de la marihuana, obtener un estado de relajación, desinhibición, obtener una mayor estimulación al escuchar o componer música, aumentar su creatividad, obtener mayor “placer” de alguna situación agradable, o bien, cuando quería sentirse mejor ante una situación de “estrés o de ansiedad”, además mencionó disfrutar “mucho” el sabor que le dejaba en la boca después de fumar.

En cuanto a la historia de consumo, inició el consumo de marihuana a los 12 años de edad, empezó a consumir con sus amigos, en esos momentos fumaba 1 cigarro de manera ocasional, los efectos que sentía eran: desinhibición, euforia, alegría, mayor sociabilización e intimidad con sus amigos. R.G. mencionó haber consumido alcohol, sin embargo, consumía de 2 a 3 copas por ocasión y lo hacía esporádicamente, actualmente no consume alcohol ya que le son desagradables los efectos. Al explorar otras sustancias R.G. señaló haber

consumido LSD, empezando a ingerir esta sustancia a los 14 años de edad, actualmente consume esta droga de 2 a 3 veces al año, cuando acude a algún festival musical (Rave), o cuando sus amigos y él organizan alguna fiesta, la cantidad consumida en esas ocasiones es de una dosis (cuadro) por ocasión logrando obtener los efectos psicodélicos por 7 horas.

El paciente informó que antes de ser expulsado de la escuela su consumo lo realizaba en la escuela, donde fumaba 2 cigarros de las 7 A.M a las 2 P.M. posteriormente consumía 3 cigarros en la casa de algún amigo o en su casa, en la noches esperaba a que su familia se durmiera para consumir otro cigarro antes de dormirse, consumiendo de 5 a 7 cigarros al día. R.G. se preocupó por primera vez por su consumo en el 2014, debido a que fue expulsado de la Preparatoria 5 por las constantes faltas y materias reprobadas, además de que por segundo año reprobaba el primer año de preparatoria, en ese mismo año sus problemas familiares se exacerbaron por lo que en los últimos 3 meses había disminuido su consumo de marihuana de 4 a 5 cigarros al día, el usuario refiere que por más de dos años ha consumido marihuana diariamente. En los últimos 6 meses solo ha consumido la marihuana que sus amigos le compran, estos le llevan la sustancia a casa diariamente ya que por las tardes ensayan, en ocasiones toma dinero de su madre sin que se dé cuenta para comprar marihuana.

El paciente consideraba que durante 2 años ha consumido de forma excesiva, el patrón de consumo frecuente de R.G., cuando solicitó tratamiento, era de 5 a 7 cigarros de marihuana de 0.75 gm. a 1 gm. al día, todos los días durante el último año, además, reportó que su consumo esporádico era de 7 a 10 cigarros de marihuana en días inusuales, el tipo de marihuana que principalmente consumía era la “AK-47” un cultivo de marihuana que contiene un 20% de concentración de THC. Además el usuario fuma diariamente 4 cigarros de tabaco y consumió 3 veces LSD en el último año, el usuario señaló que el tabaco y el LSD no le habían ocasionado algún problema, siendo la marihuana la droga de impacto, presentando un nivel de dependencia severa a esta sustancia.

Con respecto, a los problemas asociados al consumo de marihuana, R.G. manifestó tener dificultades en la esfera social, ya que tenía problemas con sus amigos los cuales eran los miembros de su banda, estos problemas incluían peleas, infidelidades y conflictos creativos. A nivel personal experimentaba enojo, tristeza y una baja motivación para realizar cualquier actividad. A nivel cognitivo R.G. manifestó, tener problemas para concentrarse en cualquier tipo de tarea, pérdida de memoria a corto plazo, confusión y desorientación.

En el ámbito escolar R.G. mencionó que se sentía frustrado ya que había sido expulsado de la Preparatoria 5 de la UNAM lo cual le hubiera permitido ingresar a la Escuela Nacional de Música de una manera más sencilla, además lamenta haber perdido 2 años de educación ya que tuvo que iniciar nuevamente el bachillerato, actualmente estudia la preparatoria en modalidad abierta, ante lo cual el usuario manifiesta sentirse poco estimulado y motivado, indica que extraña ir a la escuela y ver a sus amigos. Por tal motivo, R.G. manifestó sentirse “fracasado” escolarmente. También dijo sentir insatisfacción por su

situación económica, ya que dependía totalmente de su madre y actualmente sus ingresos han sido restringidos en su totalidad. De igual manera, R. G. informó que su madre y su hermana, lo apoyarían a cambiar su manera de consumo.

Al examinar las actividades que estaban relacionadas con su consumo de marihuana, R.G. informó que éstas eran: componer música, practicar con su banda y estar solo en su casa la mayor parte del día. En contraste, las actividades que no estaban relacionadas con el consumo de marihuana eran realizar actividades con su familia y pasar tiempo con su novia.

En lo referente al apoyo familiar, el usuario mencionó que sus padres están separados, R.G. vive con su madre la cual es la que le brinda el sustento económico, menciona que la relación con su madre se ha deteriorado debido a los problemas que ha tenido en la escuela, al consumo de marihuana y a que ella piensa que sus amigos son una mala influencia, sin embargo, el considera que su madre es su principal apoyo y lamenta darle problemas, también vive con su hermana, la cual es mayor que él, R.G. refirió que su hermana es una fuente de apoyo importante para él, sin embargo, desde que ella entró a la universidad tiene poco tiempo para convivir con él, ya que solo la ve por las noches, además señaló, que desde que lo ha encontrado varias veces fumando en la casa, su relación ha cambiado, ya que ahora ella es distante y cada vez hablan menos. R.G. mencionó que con su padre no mantiene una relación cercana, lo visita ocasionalmente, su padre no sabe de los problemas escolares que presenta ni del consumo de marihuana. En cuanto a otras personas significativas el usuario señala que su novia lo apoyaría a realizar un cambio, ya que ella le ha manifestado estar en desacuerdo con el consumo diario de marihuana. Así mismo, R.G. presentó historia familiar positiva de consumo de sustancias (ya que su padre es consumidor problemático de alcohol).

Materiales y Equipo

Durante el desarrollo de las sesiones, se aplicaron Pruebas de Detección de Drogas (conocidas como Antidopings), cuyas características consistían en ser un inmunoensayo cromatográfico para la detección de 5 drogas y sus metabolitos en la orina, con los siguientes umbrales de concentración; 50 ng/ml en Marihuana, 300 ng/ml en Cocaína, 500 ng/ml en Metanfetaminas, 1000 ng/ml en Benzodiazepinas y 300 ng/ml en Opiáceos, este test presenta una precisión del 98%, de igual manera la prueba tenía un indicador de la confiabilidad del resultado, en caso de que el antidoping señalase una baja confiabilidad se sugería realizar una Prueba de Detección de Drogas en una muestra de sangre.

III.2 DESARROLLO POR SESIONES

III.2.1 SESION 1 EVALUACIÓN INICIAL

La sesión de evaluación tuvo como finalidad, identificar aspectos relevantes de la historia de consumo de alcohol de R.G., tal como: el funcionamiento psicosocial, los problemas relacionados al consumo de la sustancia, el patrón de consumo (intensidad, frecuencia y cantidad), disposición al cambio para modificar el consumo de alcohol, las razones y compromiso para el cambio, las fortalezas y déficits de enfrentamiento; el nivel de dependencia a sustancias adictivas, la identificación de las situaciones de alto riesgo que pudieran disparar el consumo de sustancias y el nivel de autoeficacia para evitar el consumo de marihuana. De manera complementaria, se incluyó en el caso de R.G. una evaluación para medir el deterioro cognitivo debido a los síntomas reportados por el paciente (olvidos momentáneos, dificultad para terminar frases y dificultad para concentrarse en la realización de tareas).

Los instrumentos utilizados para dicha evaluación, cuyas características psicométricas fueron descritas en el Capítulo II del presente trabajo, fueron las siguientes: Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), Línea Base Retrospectiva – Alcohol (LIBARE - A), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD- A- 50), Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50), Algoritmo de Compromiso para el Cambio – Drogas (ACC – D, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Las pruebas usadas para evaluar el deterioro cognitivo fueron la Prueba de Pistas (PDP) y la Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler, cuyas características se enumeran a continuación.

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Test) de la Batería de Halstead – Reitan (HRB) (Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleados para evaluar deterioro cognitivo derivado del abuso crónico de sustancias, la aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos. Cuenta con dos partes, en la primera parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15 y se otorga un minuto para responder; en la segunda parte, se presenta una serie de números combinada con letras del abecedario y se tienen de 2 minutos de tiempo para responder. En caso de que el paciente no termine la ejecución de la prueba en el tiempo esperado, la persona que administre la prueba otorgará el tiempo necesario para que el paciente termine la tarea (Quiroga, 2003). Se considera daño cognitivo cuando el paciente realiza mal la unión de los números y cuando los trazos no son continuos.

La Subescala de Retención de Dígitos pertenece a la escala de ejecución de la escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS, 1973) y mide la memoria inmediata y atención. La tarea que se pide al paciente que realice es la de repetir una serie de números correctamente (serie directa), la máxima calificación que se puede obtener en esta serie es de

9 puntos y una serie de números que el paciente tiene que decir en orden inverso (serie inversa), la máxima calificación que se puede obtener en esta serie es de 8 puntos. Se califica tomando en cuenta la serie de números más larga que repita el paciente sin errores, ambos puntajes se suman al final y se obtiene una calificación, en la que puede obtener como máximo 17 puntos. La calificación que obtiene el paciente se convierte en puntuación escalar y esta es ubicada en los percentiles de calificación. Prueba de Pistas (PDP), Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler.

III.2.1.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL

A) NIVEL DE DEPENDENCIA

El puntaje obtenido por el paciente en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas fue de 18 puntos lo que indicó un nivel de dependencia severa (ver tabla 18).

Tabla 18. Nivel de dependencia de L.R.

Puntaje	Nivel de dependencia
0	No hay evidencia de dependencia
1-5	Nivel de dependencia leve o baja
6-10	Nivel de dependencia moderada
11-15	Nivel de dependencia media o sustancial
<u>16-20</u>	<u>Nivel de dependencia severa</u>

B) PATRÓN DE CONSUMO

El consumo de R.G. durante los últimos 12 meses fue de 1808 cigarros de marihuana, con un promedio de 42 cigarros a la semana, de igual manera el paciente consumió los 365 días del último año con un promedio de 123.3 cigarros por mes, teniendo un consumo mensual mínimo de 110 cigarros y un máximo de 175 cigarros (ver figura 1).

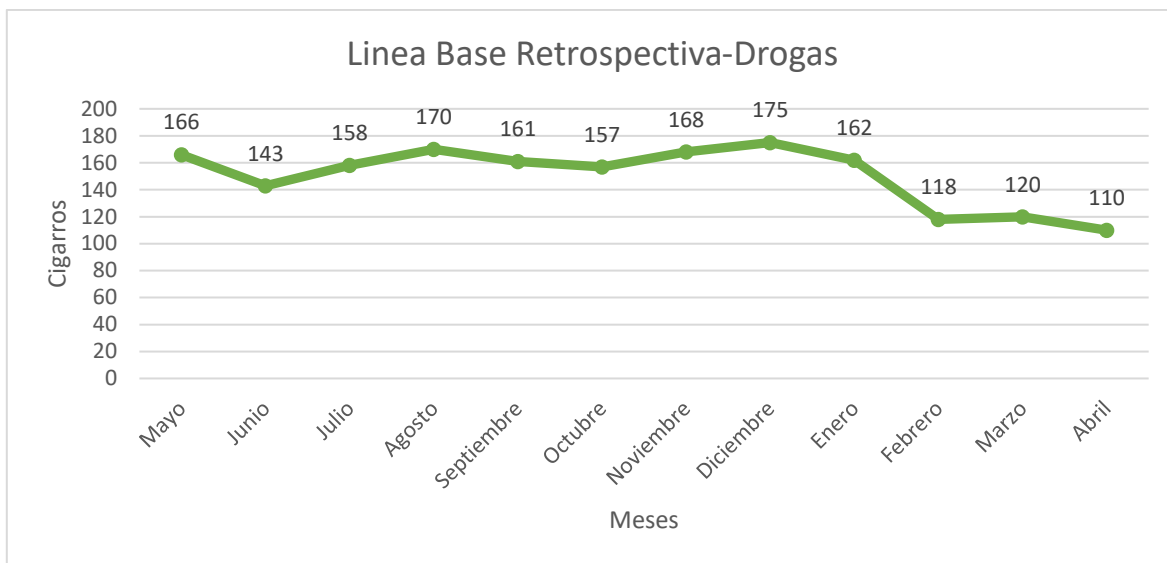


Figura 1. Número de cigarros consumidos por R.G. durante los últimos doce meses antes del tratamiento.

C) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50)

La Figura 2 muestra las situaciones con mayor porcentaje de consumo excesivo de marihuana para R.G. las cuales fueron: Impulsos y Tentaciones (IT) (80%); Emociones Desagradables (ED) (80%); Momentos Agradables con Otros (MAO) (60%) y Presión Social (PS) (60%). Por otro lado las situaciones de Malestar Físico (MF) (44%), Probando el Control Personal (PCP) (33%), Conflictos con Otros (CO) (30%) y Emociones Agradables (EA) (27%) son las situaciones con el porcentaje de riesgo más bajo del usuario.

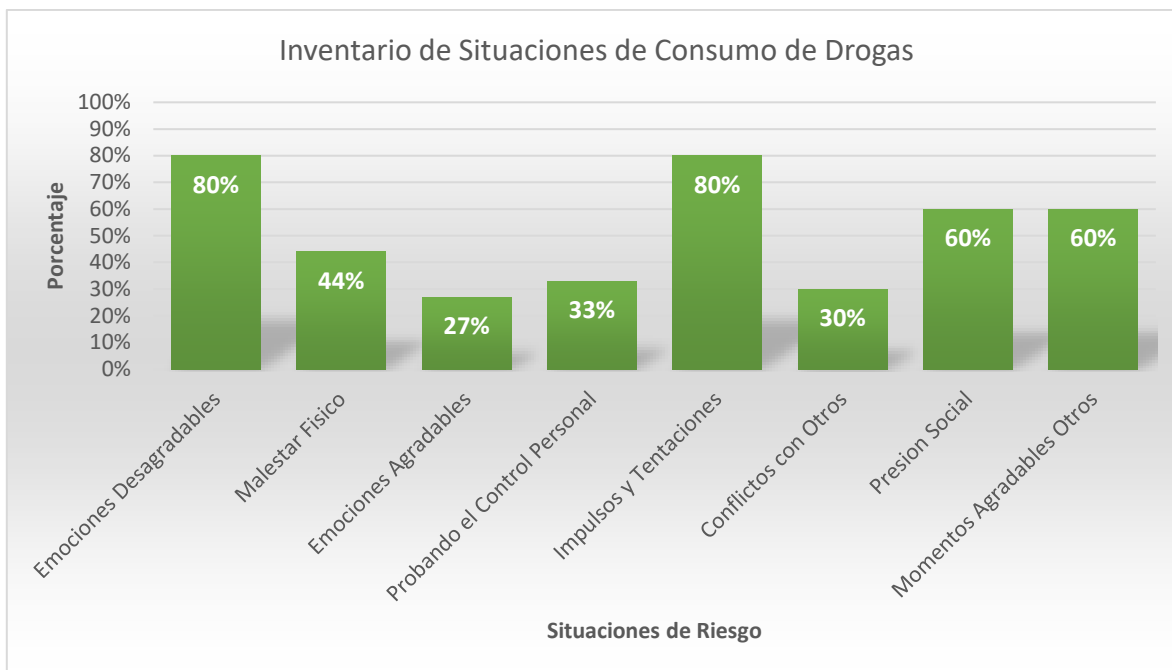


Figura 2. Situaciones con mayor porcentaje de riesgo para el consumo de alcohol de R.G.

D) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En cuanto a la confianza de R.G. para resistir el consumo de marihuana, las situaciones que presentaron un bajo porcentaje fueron: Impulsos y Tentaciones (IT) (16%); Emociones Desagradables (ED) (18%); Momentos Agradables con Otros (MAO) (24%) y Presión Social (24%). Por otro lado, las situaciones que presentaron un alto porcentaje fueron: Malestar Físico (MF) (58%), Probando el Control Personal (PCP) (58%), Conflictos con Otros (CO) (68%) y Emociones Agradables (EA) (78%) (véase Figura 3).

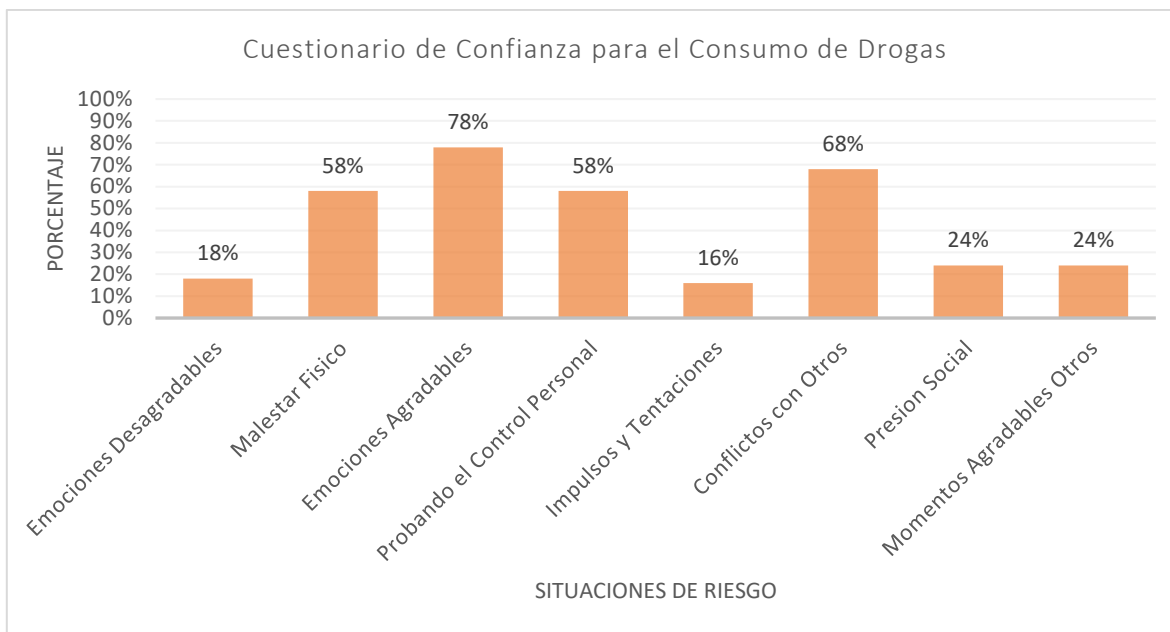


Figura 3. Porcentaje de confianza situacional de R.G. en las ocho situaciones de riesgo.

E) Algoritmo para el Compromiso al Cambio

El estadio de cambio en el que se encontraba el paciente era en el de **preparación** ya que había consumido durante los últimos 30 días antes de la evaluación, sin embargo, había llevado a cabo un intento para dejar o moderar su consumo, es importante señalar que esta reducción del consumo lo hizo porque su madre le había reducido sus privilegios económicos y de salida con sus amigos.

F) Prueba de Pistas

En la Prueba A, el paciente registro un tiempo de 1 minuto 15 segundos y en la Prueba B obtuvo un tiempo de 2 minutos 45 segundos (ver tabla 2), por lo que se puede considerar deterioro cognitivo asociado al consumo de marihuana.

Tiempo de Ejecución	
Esperado	Obtenido
Prueba A : 1 minutos	Prueba A: 1 Minuto 15 segundos
Prueba B: 2 minutos	Prueba B: 2 Minuto 45 segundos

Tabla 19. Tiempo obtenido por el usuario en la prueba de pistas

G) Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler

El paciente obtuvo un puntaje estandarizado de 5, por lo que su desempeño esta debajo de la norma, lo que puede sugerir existe un problema de memoria inmediata y atención en el paciente.

H) Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El puntaje obtenido en este inventario por el paciente, fue de 28 que corresponde a un nivel moderado de depresión.

Puntajes del Inventario de Depresión de Beck	
Puntaje	Nivel de Ansiedad
0-5	Mínima
6-15	Leve
<u>16-30</u>	<u>Moderada</u>
31-63	Severa

Tabla 20. Nivel de Depresión de R.G.

I) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El puntaje obtenido en este inventario por el paciente, fue de 30 que corresponde a un nivel moderado de ansiedad.

Puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck	
Puntaje	Nivel de Ansiedad
0-5	Mínima
6-15	Leve
<u>16-30</u>	<u>Moderada</u>
31-63	Severa

Tabla 21. Nivel de Ansiedad de R.G.

DEFICITS Y FORTALEZAS DEL PACIENTE

Las fortalezas que presentó R.G. al momento de solicitar tratamiento fueron: tener metas y objetivos establecidos respecto a lo que deseaba estudiar y la carrera profesional que quiere alcanzar, además se comportaba de manera respetuosa y participativa, R.G. señaló tener la habilidad de “oído absoluto” la cual es la capacidad de identificar y reproducir notas musicales con solo escucharlas lo que le permitía escuchar, componer y disfrutar la música de una forma más provechosa, además sabía tocar 6 instrumentos musicales (guitarra, bajo, batería, violín, teclado y saxofón).

Los déficits del paciente al momento de solicitar tratamiento fueron: comunicación agresiva, dificultad para identificar y expresar lo que sentía, mostraba una incoherencia entre sus metas y sus acciones, realizaba pocas actividades escolares y de esparcimiento lo que ocasionaba que tuviera mucho tiempo libre, de igual manera, tenía una baja percepción de riesgo de consumir marihuana y varias creencias acerca de los efectos beneficiosos de la

droga, así mismo, el usuario mostraba un déficit en su motivación y el consumo de marihuana era un elemento primordial en su estilo de vida

TRATAMIENTO

Con base en los resultados de la evaluación, el paciente fue asignado al Programa de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU) ya que presentaba una dependencia severa a la marihuana, un consumo semanal de 42 cigarros en promedio por semana y una frecuencia de consumo elevada debido a que consumió todos los días de los últimos dos años, además indicó la existencia de problemas en las áreas: emocional, social, familiar y personal de los cuales consideró tres como grave (problemas de salud, problemas escolares y problemas familiares), dichos problemas estaban relacionados con carencias en diversas destrezas de enfrentamiento. Es importante señalar que además se canalizó a un psiquiatra con la intención de ser evaluado y en caso de ser necesario recibir tratamiento médico.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación y el perfil del paciente se presenta la siguiente estructura de tratamiento:

Componente	Objetivo
Evaluación	Realizar una evaluación clínica con el objeto de diseñar un tratamiento personalizado con base a los siguientes aspectos evaluados: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia del uso/ abuso/ dependencia de la marihuana ➤ Funcionamiento psicosocial ➤ Exploración detallada de los disparadores del paciente para el uso de marihuana ➤ Patrón de consumo de marihuana (frecuencia, cantidad e intensidad) ➤ Razones y compromisos para el cambio ➤ Fortalezas y debilidades de enfrentamiento ➤ Posible Deterioro Cognitivo ➤ Historia Familiar de problemas de consumo de sustancias
Entrevista Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentar una retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación. ➤ Psicoeducación y realización de actividades que permitieran desafiar las expectativas o creencias que el usuario tiene respecto a los efectos que obtiene al consumir marihuana ➤ Explorar e incrementar las razones del paciente para cambiar su consumo de marihuana ➤ Identificar los pros y los contras para cambiar su consumo, a través del balance decisional.
Plan de Tratamiento Individualizado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar un plan de tratamiento basado en los resultados de la evaluación, involucrando al paciente sobre la asignación de tareas. ➤ Explicar el consejo PEREU y firmar el Contrato de tratamiento individualizado. ➤ Revisar y analizar las situaciones de riesgo para el consumo de marihuana del paciente, jerarquizándolos por orden de riesgo. ➤ Explicar el automonitoreo y la asignación de éste como una tarea a realizar.

Iniciación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anticipar y evitar los disparadores para el consumo de marihuana. ➤ Elaborar planes de anticipación ante las posibles situaciones de riesgo, considerando los datos de evaluación en situaciones de riesgo y/o confianza situacional. ➤ Explicar el análisis funcional del consumo de marihuana, para identificar, los antecedentes y consecuencias del consumo (funciones del consumo). ➤ Brindarle al usuario de las estrategias iniciales para evitar el consumo ➤ Modelar y moldear la destrezas de asertividad para el rechazo de marihuana ➤ Entrenamiento en el enfrentamiento de los deseos intensos y del aburrimiento. ➤ Apoyarlo en el establecimiento y mantenimiento de relaciones saludables
Mantenimiento del cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exponer al paciente a situaciones de riesgo, elaborando planes de acción. ➤ Motivar al paciente en el uso de las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas como la asertividad, rechazo de drogas y enfrentamiento de los deseos intensos en situaciones de riesgo ➤ Cierre terapéutico

Tabla 22. Plan de Tratamiento de R.G.

III.2.2 SESIÓN 2 RETROALIMENTACIÓN

La sesión comenzó con el rapport, continuó con el encuadre terapéutico, explicándole al paciente que se discutirían los resultados de la evaluación y se le brindaría información sobre la marihuana. En primer lugar, se le mostró al paciente los resultados de la evaluación en forma de retroalimentación personalizada. En el caso de R.G. los resultados de la LIBARE provocaron una reacción de sorpresa y preocupación ante los datos que se discutieron en términos de porcentajes y cifras, el usuario mencionó que las cantidades no podrían ser correctas, por lo cual se realizaron las operaciones junto con él, mencionó sentirse sorprendido y asustado, ya que jamás había calculado la cantidad de cigarros de marihuana que consumía, se le informó que había consumido 2 kilos de marihuana en un año y eso equivalía al contenido de 90.5 cajetillas de cigarros, en ese punto R.G. mencionó sentirse preocupado por las consecuencias en su salud; se le preguntó si alguna vez había pensado si sus problemas de salud estaban relacionados con su consumo de marihuana, respondiendo que no les prestaba mucha atención, se provocó reflexión sobre los efectos nocivos de la marihuana en su cuerpo, resaltando sus problemas respiratorios y su tos con flemas persistente por 6 meses, se brindó psicoeducación sobre los efectos de la marihuana en su aparato respiratorio, haciendo hincapié en la toxicidad del humo y la alta cantidad de cancerígenos que contiene de la marihuana.

R.G. discutió el tema mencionando que la marihuana es natural y que no es toxica ni tiene cancerígenos, se le mostraron en ese momento publicaciones de lenguaje sencillo y un video que mostraba la reacción química de los elementos tóxicos al entrar en los pulmones, se le comentó que esta información no tenía el propósito de asustarlo, si no de que conociera la información científica y no se dejara guiar por lo que se dice de la marihuana de manera popular. En este punto R.G. dijo que el investigaría por su cuenta, se le sugirió buscar

información proveniente de instituciones oficiales con prestigio además de que no confiara de todo lo que pudiera encontrar en internet, el usuario aceptó que desconocía si lo que él sabía de la marihuana está basado en alguna investigación científica, sin embargo, señaló que buscaría datos sobre los efectos crónicos de la marihuana, se acordó que para la próxima sesión se discutirían este tema.

Además, se le preguntó a R.G. si había pensado alguna vez que su impotencia sexual estaba relacionada con la cantidad de marihuana que consumía, manifestó que no lo pensaba, dijo que probablemente era algo pasajero, aunque mencionó que en los 5 meses que llevaba con este problema no había consultado a algún médico, se le señaló entonces que a su edad a menos de tener algún problema orgánico era atípico padecer disfunción eréctil y que existía una alta probabilidad de que este problema estuviera relacionado con el consumo excesivo de marihuana, en este momento se le explicaron los efectos cardiovasculares y hormonales de la marihuana, el paciente refirió que el problema era que no podía sostener una erección y además muy pocas veces tenía deseos sexuales, por lo que se le hizo hincapié en los efectos de la marihuana en el sistema reproductor y los efectos hormonales, teniendo impacto en el apetito y desempeño sexual, en ese momento el paciente mostró un semblante sombrío, mencionó sentirse impactado y refirió que creía que la marihuana mejoraba la actividad sexual, y por eso antes de tener relaciones fumaba más.

Posteriormente, se le indicó que su nivel de dependencia a la marihuana era severa, presentando algunos síntomas del síndrome amotivacional, se le explicaron las características de la dependencia severa y del síndrome amotivacional como una consecuencia probable de su consumo crónico de marihuana, el usuario se mostró de acuerdo ya que desde hacía 6 meses no tiene ninguna motivación y reconoce que su consumo de marihuana es un elemento primordial en su estilo de vida además, refirió sentirse angustiado al saber los cambios neurológicos que generan la aparición del síndrome amotivacional, fue en ese momento donde preguntó si los daños que le habían ocasionado la marihuana eran reversibles, se le comunicó que era posible una recuperación después de abandonar el consumo y que el tiempo de recuperación varía de persona a persona, en este punto el usuario se mantuvo callado por algunos minutos, después de los cuales comentó que no se había dado cuenta del estado grave en el que se encontraba y que aún le costaba trabajo pensar que su salud estuviera tan afectada por la marihuana, ante lo cual se le comentó que por su edad, el apoyo que tenía de su familia y sus diversas fortalezas de enfrentamiento, era un buen momento de recibir tratamiento con la intención de cambiar el comportamiento adictivo y de esa forma impactar en su salud.

Por último, se le dio a conocer que de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba de pistas y en la subescala de retención de dígitos, presentaba deficiencias en su capacidad de atención y de memoria, indicando un probable daño cognitivo, ante esta información R.G. comentó que se había dado cuenta que no pensaba de la misma forma que hace algunos años, que se le dificultaban realizar algunas actividades como; estudiar, recordar cosas, platicar y discutir de manera fluida con otras personas, mencionó sentirse menos “inteligente” que hace

algunos años, por esa razón también dejó de entrar a algunas clases ya que era incapaz de concentrarse en lo que tenía que hacer, lo que finalmente causó que reprobara el año escolar, R.G. preguntó si este daño cognitivo estaba asociado a su consumo de marihuana, ante lo cual se le brindó información sobre las estructuras cerebrales que son afectadas por el consumo, las cuales están relacionadas con las funciones cognitivas en las que presenta deficiencias, el usuario permaneció en silencio durante varios minutos, finalmente comentó que creía que la marihuana era beneficiosa para el cerebro, “relajándolo” y que aumentaba las capacidades cognitivas, argumentó que al consumir marihuana podía hacer lo que más le gustaba, lo cual era componer y tocar música, mencionó que la marihuana estimulaba la parte de su cerebro que le hacía ser “creativo musicalmente” y además podía entender, descomponer y estructurar la música de manera más sencilla, se le señaló que uno de los efectos de la marihuana era el aumento de la percepción sensorial, pero no mejoraba la capacidad de tocar y componer la música, la cual al ser un proceso global del cerebro se ve perjudicado por el consumo continuo de marihuana, además la sustancia afecta la coordinación y concentración, lo que impedía una correcta ejecución musical, ante este hecho, mencionó que para él, la marihuana era una herramienta que necesitaba para ser creativo y tocar mejor, sin embargo, señaló que investigaría los efectos de la marihuana en el proceso creativo. Se le sugirió nuevamente que antes de creer información sobre la marihuana la consultara, y además se le insistió en acudir a un médico psiquiatra, por lo cual al final de la sesión se le dio la información a él y a su Madre sobre instituciones médicas con el propósito de que recibiera una evaluación y consulta.

Debido a la cantidad de información dada en la sesión y al uso de esta como un aspecto para promover el cambio en el usuario, se dio por terminada la sesión, mencionándole a R.G. que en la siguiente sesión se seguiría con la retroalimentación de su evaluación y con la psicoeducación, ante lo cual estuvo de acuerdo, se le agradeció la cooperación mostrada y se le señalaron los avances logrados, se le asignó entonces la tarea de buscar información sobre la marihuana aunque no únicamente de los usos medicinales, si no de los efectos por su uso crónico, esto con el propósito de que el usuario encontrara datos que debatieran las ideas que tenía sobre los beneficios de la marihuana, además de que esta información sería usada en la siguiente sesión para cambiar la percepción de R.G. respecto a los beneficios y efectos de la marihuana. También se le sugirió la idea de grabarse mientras tocaba música bajo los efectos de la marihuana, ante esta sugerencia el paciente se mostró sorprendido, se le pidió que se grabara con su laptop o con su celular, pero que no viera el video hasta que los efectos de la marihuana pasaran, ante tal propuesta R.G. aceptó realizarla con gusto, por lo cual se le pidió que trajera el video para la próxima sesión, por último se agendó la siguiente cita para esa misma semana debido a la disponibilidad de tiempo del usuario.

III.2.3 SESIÓN 3 RETROALIMENTACIÓN Y BALANCE DECISIONAL

Se le dio la bienvenida al usuario agradeciendo su puntualidad y asistencia, se le preguntó sobre cómo se había sentido y que había pensado respecto a su consumo, ante esto

el usuario mencionó que se sintió angustiado, refirió que nunca pensó que su consumo estuviera asociado a sus problemas de salud, pensaba que el consumo de la marihuana era beneficioso para la salud y para la mente en muchos sentidos, pero que ahora no sabía muy bien que pensar, el usuario señaló haber reducido su consumo en los últimos tres días, consumiendo 3 cigarros al día por lo cual, se le felicitó haciéndole saber la importancia de su decisión al empezar a cambiar la forma de consumo y se le reconoció su gran esfuerzo al hacerlo, se reforzó la disminución de consumo haciéndole ver que desde hace 2 años no había reducido su consumo a esas cantidades, al profundizar en el tema el usuario señaló que había reducido su consumo ya que quería mejorar su salud, R.G. consumió un cigarro cuando se encontraba con sus amigos antes de ensayar, otro cigarro durante el ensayo, y el último lo fumó antes de irse a dormir, reportó que se sintió “raro” por no consumir la cantidad que normalmente consume, como si le hubiera faltado algo que hacer, en lo que corresponde a su estado de ánimo mencionó sentirse aburrido. Se prosiguió con el encuadre terapéutico, mencionándole que en esta sesión se seguirían revisando los resultados de su evaluación, se revisaría la realización de las tareas encomendadas y se realizaría un balance decisonal con el propósito de cambiar su disposición al cambio

Al continuar con la retroalimentación de su evaluación se le señaló que sus situaciones de riesgo eran: Impulsos y Tentaciones; Emociones Desagradables; Momentos Agradables con Otros y Presión Social, al darle esta información el usuario estuvo de acuerdo en que están eran sus situaciones de riesgo, y preguntó que cuál era la importancia de conocerlas, se le explicó entonces, que al conocer cuales eran sus situaciones de riesgo, se podía anticipar a ellas y evitar el consumo, además facilitaba identificar las destrezas de enfrentamiento en las cuales se tenía que entrenar para enfrentar en un futuro dichas situaciones.

Como último elemento de la retroalimentación se le comentó que su nivel de depresión y ansiedad eran moderadas, ante estos resultados el usuario mencionó que se sentía insatisfecho con su estilo de vida, no le gustaba sentirse triste o ansioso y por eso evitaba hablar de esos temas aunque constantemente se sentía solo, no sabiendo de qué forma manejar lo que sentía, ante estos comentarios se le mencionó que se le podría apoyar en el manejo de estas emociones, brindándole herramientas o estrategias de enfrentamiento que le ayudarían a gestionar sus emociones, ante lo cual el usuario se mostró de acuerdo.

Se concluyó la retroalimentación de la evaluación haciendo un resumen de los resultados obtenidos, preguntándole a R.G. si tenía alguna duda o comentario, como conclusión el usuario señaló que le preocupaban los efectos de la marihuana en su cerebro y su cuerpo, dijo que la cantidad que había consumido en el último año era demasiado alta y le inquietaba los posibles daños o repercusiones en sus funciones cognitivas, ante esta manifestación de preocupación se le ofreció la oportunidad de recibir apoyo y realizar un cambio en su vida.

Seguidamente, se revisó si había realizado la tarea de investigar información sobre la marihuana R.G. dijo que si lo había realizado y encontró información similar a la que se le había compartido la sesión anterior pero de igual forma busco información sobre los beneficios de la marihuana encontrando referencias sobre uso analgésico en el manejo de enfermedades donde se presenta dolor crónico, fue entonces cuando se le señaló que la marihuana se usa como una opción para el manejo del dolor y se prescribía cuando el medico determinaba que los beneficios de la sustancia eran mayores que los riesgos, además, se le recordó que él no presentaba ninguna de estos padecimientos y que el uso de la marihuana en vez de ser beneficioso le había generado diversas consecuencias negativas en varios aspectos de su vida, por lo cual se promovió la reflexión en el usuario logrando que concluyera que la marihuana se usa en situaciones medicas controladas, lo cual no es su caso, el usuario puntualizó que su consumo ha generado consecuencias negativas en su salud y en varias esferas de su vida, y estas consecuencias rebasan en número y en intensidad a los beneficios que obtiene del consumo, dicha reflexión fue de gran importancia para la posterior realización del balance decisional.

A continuación, se realizó la revisión de la tarea de grabarse en video mientras tocaba y se encontraba bajo los efectos de la marihuana, R.G. mencionó que antes de ver el video pensó que se vería como un músico profesional, que tocaría con precisión y la canción que intentaba componer tendría buenos elementos, fue en ese momento que se le pidió mostrar la grabación, se observó entonces la grabación en el celular, en el video se observaba a R.G. tocando su guitarra de manera descoordinada, tocando notas inconexas como cuando se está afinando una guitarra, por momentos dejaba de tocar y se mostraba pensativo, cuando volvió a tocar logro una melodía lenta y suave, siguió tocando la misma melodía por 10 minutos, terminando de observar el video R.G. dijo sentirse apenado, se quedó callado por unos minutos, se le preguntó su opinión como músico sobre ese video, respondió que había observado el video en dos ocasiones y que en ambas ocasiones había pensado que la forma en la que tocaba era mala, descoordinada, la melodía que había tocado era muy sencilla y no tenía emoción, después se le cuestionó sobre qué opinaba de él mismo al ver el video, respondió que se veía como “ido”, desconcentrado o perdido, se le pregunto si lo que veía en el video le agradaba, respondiendo que lo había visto en el video le era desagradable, se decepcionó al ver como tocaba mientras estaba bajo los efectos de la marihuana, mencionó finalmente que es mejor músico que lo que el video mostraba, además se le cuestionó si estaría dispuesto a tocar en vivo o en público bajo los efectos la marihuana, ante lo cual el usuario respondió que no lo haría ya que se sentiría avergonzado, además de que no le gustaría que nadie viera el video. En ese punto, el usuario concluyó que la marihuana no lo hacía tocar mejor ni estimulaba su creatividad, se utilizaron las conclusiones del usuario para promover el cambio en las expectativas del consumo del usuario.

Se realizó el balance decisional el cual estaba destinado a ayudar al paciente a tomar la decisión de continuar o cambiar su consumo, tomando en consideración las ventajas y

desventajas sobre cambiar o continuar su consumo de alcohol, **el ejercicio resulto en lo siguiente:**

BALANCE DECISIONAL DE R.G.	
CAMBIAR SU INGESTA DE DROGAS	
QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mejoraría mi estado de salud ❖ Mi vida sexual mejoraría ❖ Mi capacidad mental podría mejorar ❖ Tendría la confianza de mi Madre ❖ Recuperaría mis privilegios económicos ❖ Podría mejorar mi rendimiento académico ❖ Mi familia confiaría en mi ❖ Dejaría de estar “ido” ❖ Tendría energía y motivación de hacer nuevas cosas ❖ Podría dedicarme seriamente a la música 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perdería el placer que siento al fumar ❖ Me divertiría menos con mis amigos ❖ Mi placer de escuchar música disminuiría
CONTINUAR CON SU INGESTA DE DROGA	
QUE HAY DE BUENO en no cambiar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en no cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Seguiría sintiendo placer al fumar ❖ Me divertiría con mis amigos ❖ Disfrutaría estar “puesto” mientras escucho música 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mi salud seguiría empeorando ❖ No tendría vida sexual ❖ Mis capacidades mentales empeorarían ❖ Perdería la confianza y el apoyo de mi Madre ❖ Seguiría siendo dependiente de mi madre ❖ No tendría absolutamente nada de libertad ❖ Podría fracasar y no obtener mi certificado de bachillerato ❖ No me podría dedicar seriamente a la música ❖ Seguiría estando “ido” ❖ No haría cosas nuevas

Tabla 23. Balance decisional de R.G.

En la realización del balance decisional se retomó la información generada durante la retroalimentación personalizada, este ejercicio permitió que el usuario comparara las ventajas de cambiar su consumo con las desventajas de no hacer algún cambio, a través de este análisis R.G. tomó la decisión de cambiar su consumo. El paciente recalcó que los principales motivos al tomar esta decisión eran a corto y mediano plazo: mejorar su salud ya que sus problemas respiratorios y sus problemas sexuales le inquietaban; mejorar sus capacidades mentales ya que las afectaciones cognitivas y los síntomas del síndrome amotivacional eran un impedimento para lograr sus metas, ya que deseaba tener un funcionamiento normal a nivel académico y en mejorar sus habilidades musicales; recuperar sus beneficios económicos y mejorar la dinámica familiar ya que aspiraba a tener permisos y que su familia

confiara en él, a largo plazo: terminar la preparatoria ya que esto le permitiría estudiar un licenciatura en música; tener energía y motivación para iniciar nuevos proyectos.

Para darle cierre a la sesión, se realizó un resumen de los elementos vistos en la sesión y se le felicitó por haber tomado la decisión de realizar un cambio, además de haber logrado disminuir su consumo, se le agradeció la cooperación y la participación mostrada, por último se agendo cita para la siguiente semana.

III.2.4 SESIÓN 4 PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico. En esta sesión se llevó a cabo la firma del “contrato de tratamiento individualizado” (Ver Anexo 1), además se le ofreció, al paciente, una explicación del tratamiento que recibiría y, por último, se aplicó el “formato de identificación de situaciones de uso problemático de sustancias”.

Como primer punto R.G. comentó que en la semana del 6 al 12 de Mayo, no había consumido los días martes y miércoles, sin embargo los días jueves, viernes, sábado y domingo consumió un cigarro después de los ensayos, ya que quería divertirse y relajarse con sus amigos, además de que no quería que lo criticaran o juzgaran, agregó que el día domingo consumió un segundo cigarro antes de dormir ya que recordó la sensación que le genera la marihuana, lo que le provocó un fuerte deseo de consumir.

En seguida, al paciente se le proporcionó una explicación acerca del tratamiento, indicándole que era de corte cognitivo-conductual y motivacional, por lo tanto, dicho enfoque consideraba a los procesos básicos (emociones, pensamientos, percepción, etc.) y conductas como variables importantes en el aprendizaje y modificación de la conducta de consumo, además se le precisó el tiempo que duraría el tratamiento y las responsabilidades que implicarían para él, ante lo cual respondió que estaba de acuerdo, a continuación se le proporcionó el “contrato de tratamiento individualizado” el cual leyó y aceptó cada una de las cláusulas, firmándolo. Después, se involucró al paciente en la elaboración del plan de tratamiento, el cual quedó integrado, inicialmente, por las siguientes destrezas:

- ❖ Estrategias Iniciales de Enfrentamiento
- ❖ Asertividad
- ❖ Enfrentamiento de los Deseos Intensos
- ❖ Rechazo de las Drogas
- ❖ Enfrentamiento del Aburrimiento
- ❖ Relaciones Saludables

Las diversas destrezas fueron seleccionadas después de analizar funcionalmente la conducta de consumo de marihuana de R.G. Se le explicó que existe una triple contingencia conductual, en donde los antecedentes (A) preceden la conducta de consumo de alcohol (B) y esta tiene diversas consecuencias (C) que a su vez afectan el consumo futuro.

El paciente mencionó que una situación común para su consumo de alcohol era (A) tener pocas actividades lo que lo hacía sentirse aburrido (B) esta situación hacía que el paciente consumiera marihuana y (C) las consecuencias de su consumo eran obtener una sensación de relajamiento y lograr que su mente se distrajera con cualquier cosa después de dicho análisis se seleccionó la destreza de Enfrentamiento del Aburrimiento para que el usuario realizara actividades incompatibles con el consumo de sustancias.

Otra situación frecuente del consumo de alcohol en R.G. se originaba en su casa cuando sus amigos llegaban para ensayar, en esta situación R.G. (A) pensaba que podía aumentar su creatividad con el consumo de marihuana, (B) por lo que consumía marihuana y (C) las consecuencias que obtenía era la sensación de tocar y componer música fácilmente. Ante esta situación se seleccionó la destreza de Rechazo de Droga para lograr que el usuario rechazara el consumo ante esta situación.

Por otra parte, R.G. consumía marihuana cuando (A) algún elemento del ambiente le recordaba la marihuana, esto generaba que se visualizara preparando un cigarro de marihuana, lo que le generaba deseos intensos de consumir, (B) lo que ocasionaba que consumiera marihuana y (C) las consecuencias de su consumo eran calma y relajación, después de dicho análisis se seleccionó la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos para que el paciente aprendiera a manejar sus deseos intensos y evitar el consumo.

Se eligió la destreza de Estrategias Iniciales de Enfrentamiento para facilitar la iniciación del cambio del usuario y aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento, las destrezas restantes se eligieron debido a los déficit en habilidades que presentaba el usuario, se eligió la Asertividad para que el usuario pudiera comunicarse de manera efectiva con su familia y amigos y por último, la destreza de Relaciones Saludables fue seleccionada debido a que uno de los principales círculos sociales del usuario eran consumidores, tenían contacto con él todos los días y le facilitaban la droga.

A continuación, se le comentó que al comenzar el tratamiento sería conveniente evitar aquellas situaciones que pudieran disparar su consumo, a lo que el paciente se manifestó de acuerdo, comprometiéndose a evitar estar en su cuarto el mayor tiempo posible, o acercarse al cuarto de lavado donde regularmente fumaba marihuana, sin embargo se negó a evitar a sus amigos en su casa ya que sus amigos son importantes para él y ensayar con ellos es lo único que le agrada hacer, en ese punto se le cuestionó si habría alguna solución para evitar consumir mientras sus amigos estuvieran en su casa, ante lo cual el usuario respondió que podría hablar con su amigo más cercano, el cual podría evitar que los demás

llevaran marihuana, se evaluó esta posibilidad analizando sus ventajas y desventajas, el usuario concluyó que esta solución no sería funcional, ya que aunque hablara con su amigo, los demás seguirían llevando la droga, a continuación el usuario sugirió que les podía decir a sus amigos que no quería fumar, que se sentía enfermo o que ya había fumado para que no le ofrecieran, se evaluaron estas estrategias y el usuario eligió decirles a sus amigos que ya había consumido, en este punto se le recomendó observar a sus amigos ensayando mientras estaban bajo los efectos de la marihuana con la intención de que analizara su comportamiento, también se le sugirió tirar todos los objetos relacionados con el consumo y alejarse de sus amigos mientras consumían, ante lo cual señaló que lo intentaría, podría irse a su cuarto o salir al patio a caminar mientras fuman. Por lo tanto, el usuario estableció que evitaría las siguientes situaciones de riesgo: estar solo en su cuarto, estar solo en su casa, entrar al cuarto de lavado, acercarse a lugares donde acostumbraba comprar marihuana y decidió evitar el consumo en las situaciones donde sus amigos fueran a su casa a ensayar y le ofrecieran marihuana.

Posteriormente, R.G. jerarquizó las situaciones de uso problemático de sustancias a través del formato “identificación de situaciones de uso problemático de sustancias”, dicha jerarquización resultó de la siguiente manera: 1) Presión social; 2) Emociones Desagradables; 3) Impulsos y Tentaciones. De igual manera, en el formato identificó las tres situaciones disparadoras de la siguiente manera:

<p>1 El problema más frecuente: <u>Mis amigos llegan por las tardes para ensayar y tocar, por lo regular consumimos antes de ensayar, sé que ellos me llevaran la marihuana y me la ofrecerán.</u></p> <p>2 La siguiente más frecuente: <u>Estar solo en casa sin nada que hacer me hace sentir vacío.</u></p> <p>3 La siguiente más frecuente: <u>Recordar los efectos de la marihuana al olerla o verla, al imaginarme dando una fumada muy profunda.</u></p>

Tabla 24. Jerarquización de Situaciones de riesgo de R.G.

A continuación, el paciente identificó a detalle las situaciones que habían disparado su consumo de marihuana.

Presión Social: Mis amigos llegan por las tardes para ensayar y tocar, por lo regular consumimos antes de ensayar, sé que ellos me llevaran la marihuana y me la ofrecerán.

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa.*

¿Estaba alguien más presente? *Mis cuatro amigos miembros de la banda música.*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *Si.*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Alegre, Emocionado, Deseoso de consumir.*

¿Qué estaba pensando? *Es el momento de divertirme y mejorar la experiencia de la música con mis mejores amigos.*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Sacan la marihuana y me dan mi bolsa con lo que me trajeron.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *Pedirles que no me den marihuana o pedirles que no consuman en mi casa.*

Emociones Desagradables: *Estar solo en casa sin nada que hacer me hace sentir vacío.*

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa.*

¿Estaba alguien más presente? *No, mis amigos se habían ido y no hay nadie de familia.*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *No.*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Aburrido, Vacío.*

¿Qué estaba pensando? *Necesito hacer algo, sentirme mejor por un rato.*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Quería sentirme mejor.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *Hacer algo diferente, como salir de mi casa, ir a pasear, ponerme a componer o a tocar música.*

Impulsos y Tentaciones: *Recordar los efectos de la marihuana al olerla o verla, al imaginarme dando una fumada muy profunda.*

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa.*

¿Estaba alguien más presente? *No.*

¿Estaban otros bebiendo o usando drogas? *No.*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Ansioso por consumir.*

¿Qué estaba pensando? *En lo delicioso que es fumar, en lo placentero que es la marihuana, en el olor y sabor y en cómo me prepararía un cigarro.*

Describe lo que paso para que su uso se disparara: *Entre a mi cuarto con la bolsa de marihuana, abro la bolsa para que olerla y saco mi bolsa donde escondo mi encendedor y mi papel.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin usar drogas? *Tirar la marihuana, fumar mi tabaco, salirme de mi cuarto e irme a otro lugar.*

Tabla 25. Situaciones de riesgo de R.G

Al final de dicho ejercicio, se le recordó al paciente los motivos que había mencionado para cambiar su consumo, se le entregó una hoja donde se encontraban estos motivos para que los recordará, el usuario los guardo en su cartera, además se le pidió observar el comportamiento de sus amigos e identificara como se sentía mientras sus amigos estaban intoxicados y tocando música, a continuación se le mencionó que sus expectativas de que al consumir era un mejor músico y más creativo eran falsas, con el propósito de que lo recordará durante sus ensayos con sus amigos.

Finalmente, al cierre de la sesión, se le explicó al paciente en qué consiste el automonitoreo y su finalidad de identificar las situaciones de riesgo y el patrón de consumo actuales, este se le asignó como tarea para la siguiente sesión.

III.2.5 INICIACIÓN AL CAMBIO

III.2.5.1 SESIÓN 5 ANÁLISIS FUNCIONAL Y ESTRATEGIAS INICIALES DE ENFRENTAMIENTO

La sesión comenzó con el rapport seguido del encuadre terapéutico, mencionándole al paciente que se revisaría la forma de automonitoreo, se realizaría un análisis funcional de la conducta de consumo, posteriormente se le brindarían las estrategias iniciales de enfrentamiento y por último, se respondería el formato del plan semanal de la fase de iniciación.

El usuario refirió que durante la semana su Madre lo llevo a un centro médico donde recibió consulta por parte de un psiquiatra, el cual lo diagnostico con dependencia al cannabis, le prescribió 60 mg. de fluoxetina diariamente por 4 meses para apoyar el tratamiento psicológico, un antibiótico y desinflamante para las vías respiratoria, además de un exudado faríngeo para brindarle un tratamiento efectivo para la infección persistente en la garganta y esófago, una espirometria para verificar el nivel de funcionamiento pulmonar, análisis de orina, perfil hormonal y análisis de sangre para realizar una valoración general, por último le sugirió tomar viagra para sus problemas sexuales, el usuario se negó a tomar este medicamento, argumentando que solo necesitaba tiempo para volver a sentirse normal a nivel sexual. R.G. señaló que en el transcurso de esa semana acudiría al laboratorio para realizarse los estudios solicitados por el psiquiatra.

Se le cuestionó al usuario sobre que había pensado y sentido respecto a lo que el médico le prescribió, R.G. señaló que su Madre se asustó bastante comentándole que si no cambiaba lo iba a internar, discutieron y pelearon por lo cual no se hablan, el usuario se siente enojado por la reacción que tuvo su Madre ya que no desea ser internado, de igual manera se siente triste y culpable ya que sabe que su ella se siente mal y está preocupada, además comentó que aunque ya sabía que tenía varios problemas, el médico le confirmó que la marihuana le ha causado severos problemas de salud, al cuestionarle la decisión de no tomar viagra el usuario mencionó que no necesita esa medicina, ya que si se la toma se sentiría “menos hombre”, se le recomendó al usuario seguir las indicaciones del médico, tomando los fármacos recetados siguiendo sus instrucciones, se le informó que los medicamentos tienen el propósito de mejorar su estado de salud y restablecer su funcionamiento en algunas esferas de su vida, el usuario refirió que iba a realizarse todos los exámenes médicos solicitados e iba a seguir las instrucciones tomándose los fármacos indicados, además iba a hablar con su novia para averiguar qué opinaba del viagra, se le felicitó por tomar la decisión de seguir las indicaciones del médico y por tener la intención de hablar con su novia sobre un tema importante para la relación, ya que nunca había hablado con ella sobre este aspecto. Posteriormente, se le explicó al usuario la importancia de ser constante con el antidepresivo y no abandonar su uso sin que el psiquiatra lo haya recomendado pues le podría traer efectos adversos, el usuario se mostró de acuerdo.

Al revisar el automonitoreo, el paciente manifestó que en la semana del 13 al 20 de Mayo, consumió 2 días, en ambas ocasiones fumo 2 cigarros de marihuana, R.G. señaló que no consumió durante los ensayos con sus amigos, si no cuando estaba solo y tuvo fuertes deseos de hacerlo, los efectos que consiguió al fumar fue placer, relajación y, posteriormente, culpa y tristeza, el usuario refirió que le funcionó mentirle a sus amigos durante los primeros 3 días, sin embargo al cuarto día sus amigos le dijeron que sabía que les estaba mintiendo, pues se dieron cuenta que no estaba “puesto”, ante esta postura el usuario no les comento nada e intento comportarse como si nada hubiera pasado, por lo cual sus amigos le preguntaron si tenía algo malo o que le estaba pasando, el siguió sin hablarles del tema y les pidió que lo dejaran en paz y ensayaran con normalidad, R.G. mencionó que sus amigos no le dijeron nada pero él se sintió bien por haber evitado consumir, mientras ellos se intoxicaron, ya que quería mejorar su estado de salud y su estilo de vida. También, refirió que no se sentía cómodo mientras ellos estaban ensayando bajo los efectos del cannabis, desesperándose al ver que tocaban mal y que no se tomaban en serio el ensayo, además de que no sabía cómo relacionarse con ellos ya que lo que decían no tenía coherencia, riéndose de todo sin razón.

Posteriormente, se muestra el automonitoreo, el cual fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Ensayo con mis amigos.	Les mentí, les dije que ya había consumido.	Abstinencia.
Miércoles	Ensayo con mis amigos.	Les mentí, les dije que ya había consumido.	Abstinencia.
Jueves	Ensayo con mis amigos.	Les mentí, les dije que ya había consumido.	Abstinencia.
Viernes	Mis amigos me dejaron una bolsa de marihuana y estando solo se me antojo.	Intenté no consumir, pero realmente no hice nada.	Fume 2 cigarros de marihuana.
Sábado	Entre a mi cuarto y sentí deseos intensos por consumir.	Intenté enfocarme en los aspectos negativos de mi consumo, en todo lo que el doctor me dijo que tenía mal, pero no me pude detener.	Fume 2 cigarros de marihuana.
Domingo	Entre a mi cuarto y me imagine haciéndome un cigarro.	Me fui de mi cuarto, bajé a la sala y puse música a todo volumen.	Abstinencia.
Lunes	Me sentí triste ya que en la mañana que se fue mi mamá a trabajar no se despidió de mi como siempre lo hace.	Le mande un mensaje A mi novia y le pedí que se conectara para poder chatear.	Abstinencia.

Tabla 26. Automonitoreo del 13 al 20 de Mayo.

Paso seguido, se revisó a detalle las ocasiones de consumo de esa semana con el análisis funcional, explicándole al paciente que le ayudaría a identificar los disparadores del consumo de marihuana, y a partir de este análisis, poder formular nuevas estrategias para anticiparse a las situaciones de riesgo. Se prosiguió a explicarle en qué consistía el análisis funcional y cómo se realizaría el ejercicio, en el caso particular de R.G. el consumo de esa semana estuvo ocasionado por el deseo.

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIA
Entre a mi cuarto con la marihuana, abrí la bolsa para olerla y sentí muchas ganas por consumir, me imaginé haciéndome un cigarro y fumándolo profundamente.	Consumí 2 cigarros de marihuana.	Me sentí aliviado, estuve “puesto”, cuando se me empezó a bajar el efecto me sentí culpable por consumir.
Entre a mi cuarto y pensé que si ya había consumido ayer podría volver a consumir.	Consumí 2 cigarros de marihuana.	Me sentí “puesto”, me relajé y me divertí, cuando se me bajó el efecto pensé en todo lo malo que me ocasionaba la marihuana.

Tabla 27. Análisis Funcional de la Conducta de Consumo de R.G.

Se provocó la reflexión en el usuario, explicándole lo que son los estímulos condicionados y como disparan su consumo de sustancias, el usuario comprendió como es que algunas cosas como olores, personas, objetos y lugares pueden disparar su deseo de consumir, además se le explicó que es importante identificar estos estímulos para poder anticiparlos y de esa forma elaborar un plan para evitar las situaciones de riesgo y el consumo, remarcando la importancia del auto monitoreo y la realización de planes semanales de consumo.

A continuación se realizó la introducción a las estrategias iniciales de enfrentamiento, explicándole que al intentar hacer un cambio tenemos que tomar decisiones que nos faciliten alcanzar nuestras metas, ante lo cual se le brindaron las siguientes recomendaciones:

- ✓ Tirar las drogas y otra parafernalia. Si esto es difícil para usted, pida el apoyo de un amigo que no use drogas para que lo ayude con la tarea.
- ✓ Romper todo contacto con consumidores fuertes, usuarios y distribuidores. Esto puede hacerse diciéndoles claramente que no quiere ningún contacto con ellos.
- ✓ Pruebe una nueva actividad que no se relacione con las drogas.
- ✓ Pruebe ingresar a grupos de ayuda mutua. Esto significa que pruebe un número de tipos diferentes y situaciones de reuniones para que usted pueda tomar una decisión informada sobre si los grupos de ayuda mutua pueden ayudarlo.

- ✓ Hable con amigos que lo apoyen, familia o profesionales de la salud acerca de las situaciones que son difíciles para usted.
- ✓ Diga a los amigos que lo apoyan (aquellos quienes no lo motivan a usar alcohol y otras drogas) que usted ya no está usando sustancias.

Ante estas recomendaciones el usuario señaló, que alejarse de sus amigos sería algo que se le dificultaría, pero les pediría que no llevaran marihuana, les diría que su madre se había dado cuenta de que consumían en la casa y si lo seguían haciendo ya no les permitiría ensayar en su domicilio, además señaló que llevaría a cabo las demás recomendaciones, tiraría la caja donde guarda toda la parafernalia, evitaría estar en su cuarto hasta que se fuera a dormir, en cuanto a nuevas actividades se le sugirió realizar ejercicio físico, salir a parques, plazas o incorporarse a algún grupo o clase que le gustará, ante esta sugerencia el usuario comento que le gusta el ajedrez y que ha observado anuncios donde ofrecen clases de ajedrez para principiantes de manera gratuita en Ciudad Universitaria. Posteriormente se realizó un ejercicio práctico el cual fue contestado por el usuario de la siguiente manera:

1. Lista de las personas de alto riesgo que necesito evitar en este momento.	<i>Mis amigos: Mario y Francisco son los que siempre me llevan marihuana; Hugo y Eder quieren fumar todo el tiempo.</i>
2. Lista de los lugares de alto riesgo que necesito evitar en este momento.	<i>Mi cuarto y el cuarto de lavado donde por la noche salgo a fumar.</i>
3. Lista las cosas de alto riesgo (por ejemplo, parafernalia de la droga, botellas) que necesito evitar en este momento.	<i>Mi caja donde guardo la marihuana, el encendedor, mi papel y mis pinzas, mis gotas para los ojos, mi desodorante el cual uso para quitar el olor, dejar de guardar los cigarros que me preparo en las cajetillas de cigarros.</i>
4. ¿Cuáles son algunas actividades seguras en las que yo puedo involucrarme ahora?	<i>Podría salir más de casa, salir con mi novia, ir al parque Hidalgo a caminar, podría ir al gimnasio o ir a la Biblioteca Central a estudiar.</i>
5. ¿Dónde puedo buscar apoyo o quién me puede apoyar?.	<i>Me puede apoyar mi novia, mi mamá, hermana.</i>

Tabla 28. Ejercicio práctico de Estrategias Iniciales de Enfrentamiento

Al concluir este ejercicio se le cuestionó si tenía relación con otras personas que sean o hayan sido sus amigos aparte de los miembros de su banda, ante lo cual respondió que antes de ser expulsado de la preparatoria, conocía a algunas personas que lo consideraban su amigo, sin embargo después de ser expulsado no los ha contactado debido a la vergüenza que le generó su salida de la escuela, R.G. refirió que, aproximadamente, hacía un año su mejor amigo era alguien que no pertenecía a la banda pero había perdido su amistad debido a que tuvo relaciones sexuales con la novia de su mejor amigo, lo cual provocó que se pelearan llegando a los golpes, desde ese momento no ha hablado con él, R.G. señaló que extrañaba a esta persona ya que lo conocía desde la secundaria y vivía cerca de su casa, al preguntarle sobre las posibilidad de reestablecer su relación con esta persona, el usuario mencionó que

le gustaría aunque no creía que pudiera ser posible ya que no sabía qué hacer para recuperar su amistad. De igual manera, R.G. indicó que conocía a otros amigos que se dedicaban a la música, los cuales lo habían invitado hace algunos meses a incorporarse a su banda, pero debido a que no compartían los mismos intereses musicales, no había aceptado su invitación, además de que su banda lo vería como una traición. Se le invitó a considerar distintas opciones para lograr nuevas relaciones significativas.

Se elaboró a continuación una lista de actividades que R.G. podría realizar a lo largo de la semana, con la intención de evitar lugares, situaciones o personas, además de diversificar sus actividades y de esa forma evitar el aburrimiento, El usuario señaló que podría realizar las siguientes actividades:

- Ir al parque a caminar o a trotar
- Dar una vuelta por Ciudad Universitaria
- Realizar más labores domésticas
- Salir con su novia
- Buscar discos en los tianguis de pulgas
- Inscribirse a clases de ajedrez
- Buscar talleres artísticos de casas de arte
- Tocar música en la calle

Al finalizar este ejercicio se invitó al usuario a acercarse a las personas que apoyarían su cambio, se le recomendó hablar con su madre sobre la discusión que habían tenido y pedirle su apoyo para que pudiera realizar actividades fuera de la casa, también se le sugirió reestablecer el contacto con amigos no consumidores y evaluar la posibilidad de reestablecer su amistad con su antiguo amigo.

Se prosiguió a apoyar al usuario con el llenado del formato “plan semanal de la fase de iniciación” la información del ejercicio fue la siguiente:

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir marihuana, Abstinencia	
Confianza para lograr esta meta: 60%	
¿Por qué este porcentaje de confianza?: <i>Sé que puedo evitar consumir en los ensayos pero cuando me quede solo y vaya a mi cuarto tengo miedo de no controlarme</i>	
Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.

<p><i>Estaré solo en casa, sobretodo en la tarde cuando anochece, subiré a mi cuarto y empezare a pensar en consumir, buscare la forma de consumir.</i></p>	<p><i>Les pediré a mis amigos que si van no me lleven marihuana, si me llevan marihuana la mezclare con agua para no poderla fumar o la tirare por el inodoro, Saldré de mi casa en la tarde, tengo que realizar alguna actividad, iré al parque, caminaré o me saldré a escuchar música, Pensaré en todos los efectos y consecuencias negativos que me ha traído la marihuana, debo de tener presente que el placer que obtengo de fumar marihuana es momentáneo, pero las metas que quiero obtener son largo plazo. Le marcare a mi novia o le pediré platicar conmigo para decirle como me siento o para distraerme.</i></p>
<p><i>Probablemente mis amigos me insistan en consumir, ya que saben que les he mentado y me ofrecerán o querrán que consuma con ellos. Sacarán la marihuana, armarán los cigarros y me insistirán en que fume, me darán uno ya encendido.</i></p>	<p><i>Les diré que ya no pueden ir a mi casa todos los días, les pediré que no lleven marihuana diciéndoles que mi mamá ya se dio cuenta de que fumamos en la casa, si me ofrecen les diré que no puedo fumar ya que me he sentido mal de las vías respiratorias, si me insisten los confrontare, les diré que me dejen en paz y que no fumare, si me molestan o me atacan les pediré que se vayan de mi casa.</i></p>

Tabla 29. Primer plan semanal de R.G.

Durante la realización de dicho ejercicio, se asistió al usuario en la generación de diversas estrategias para evitar las situaciones de riesgo y el consumo, mencionado sentirse más preparado para no consumir ante el ofrecimiento por parte de sus amigos y para no consumir cuando se encontrara solo. De igual manera, durante el llenado del plan semanal se ensayaron las distintas alternativas para no consumir cannabis.

Al final de este ejercicio se realizó un resumen con los aspectos revisados y los avances obtenidos, se le recordó llevar a cabo el plan semanal para evitar el consumo de marihuana, de igual manera se le invitó a seguir completando el formato de automonitoreo y, además, se le asignó como tarea la “forma de análisis funcional”. Finalmente, se acordó la fecha de la próxima sesión.

III.2.5.2 SESION 6 ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS

Al comenzar la sesión se estableció el rapport, se le dio al paciente el encuadre terapéutico, se le comentó que se revisaría el monitoreo diario, de haber un consumo se analizaría por medio del análisis funcional, además, se abordaría una destreza: Enfrentamiento de los Deseos Intensos, por último, se contestaría conjuntamente, la forma del plan semanal de la fase de iniciación.

En primera instancia, se le preguntó al usuario si había acudido a realizarse los diversos estudios clínicos y si había seguido la prescripción de medicamentos, ante lo cual afirmó haber asistido a sus exámenes refiriendo que acudiría en la semana a la cita con el médico para que revisara los resultados de los estudios, además había seguido las

instrucciones del médico tomando los fármacos recetados, mencionó sentirse mejor de la garganta, presentando menos tos, al preguntarle sobre el uso del viagra R.G. señaló haber hablado con su novia del tema, señaló que fue incomodo hablar con su pareja, él le manifestó que estaba en un tratamiento para cambiar su consumo de marihuana, ante lo cual ella le ofreció su apoyo y ayuda, lo cual lo hizo sentir acompañado, sin embargo al hablar sobre los problemas que le ha generado el consumo de marihuana a nivel sexual y la recomendación del médico de tomar viagra, su novia le comentó que no era su decisión tomar el medicamento, sin embargo le hizo saber que se sentía insatisfecha en varios aspectos de la relación y uno de esos aspectos era en la vida sexual, R.G. se sintió culpable y enojado, sin embargo, aceptó que había descuidado esa relación y se comprometió a mejorarla.

Finalmente, R.G. señaló que había hablado con su Madre sobre cómo se sentía sobre la discusión que habían tenido la semana pasada, ante lo cual ella le mencionó estar muy preocupada por él y que quería que tuviera una vida sana, después, R.G. le pidió ayuda monetaria para poder realizar actividades fuera de la casa, a lo cual su madre le respondió que no confiaba en él, pero si mejoraba sus calificaciones y le probaba que ya no consumía le daría dinero, R.G. mencionó sentirse satisfecho de hablar con su madre y que entendía que le pidiera evidencia de que estaba mejorando, debido a todos los problemas que han tenido, pero al mismo tiempo creía que era injusto que no le diera algo de dinero por lo menos para salir a lugares cercanos.

Se felicitó al usuario por seguir las indicaciones médicas y realizarse los estudios pertinentes, ya que eso permitiría alcanzar su meta de mejorar su estado de salud, también se le señaló la importancia de hablar con las personas que nos brindan su apoyo y aunque a veces es difícil escuchar sus comentarios eso nos permite identificar qué aspectos podemos mejorar.

A continuación, se revisó el automonitoreo de la semana correspondiente del 21 al 28 de mayo del 2014, el cual fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Estaba solo, regrese de la consulta y pensé tendría que esforzarme mucho eso me hizo tener miedo de no poder cumplir mis metas.	Tire la marihuana que tenía por el inodoro, tire la caja donde guardo todo lo relacionado con el consumo, pensé en lo malo que me ha traído la marihuana y en lo bueno que me he perdido por consumir, pensé en que había gente que me apoyaría.	Abstinencia.
Miércoles	Mis amigos fueron a ensayar y me insistieron bastante en que consumiera, me prepararon un cigarro y me lo encendieron.	Les pedí que no me dieran, que no iba a fumar, me dieron el cigarro y se los devolví, me lo atoraron en la guitarra, entonces me enoje y se los avente, me fui a mi cuarto.	Abstinencia.

Jueves	Mis amigos me habían dejado una bolsa de marihuana el día anterior así que, al estar solo en mi cuarto, sentí muchas ganas de fumar.	Salí de la casa, tiré en un bote de basura de la calle la marihuana, me fui a caminar por la colonia y pensé en ir al parque hidalgo así que estuve caminando por 30 minutos.	Abstinencia.
Viernes	Regrese de hablar con mi novia, me sentía enojado, triste y muy cansado pensando en que muchas cosas iban mal, me dieron ganas de fumar para olvidarme por un momento de todo.	Pensé en que consumir sería peor ya que eso me tiene en el hoyo, le mande un mensaje de texto a mi novia y empezamos a comunicarnos por el celular, le dije como me sentía y su apoyo me hizo sentir mejor.	Abstinencia.
Sábado	Mis amigos fueron a ensayar a mi casa, me insistieron en fumar, me hicieron un cigarro y lo encendieron dándomelo, me sentí enojado con ellos.	Me negué al principio, les dije que no quería que ya estaba puesto, me insistieron me dijeron que no fuera idiota, que si ya no me gustaba, me pusieron el cigarro en la boca y le di 2 fumadas para estar en paz con ellos.	Consumí dos fumadas.
Domingo	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Lunes	Me sentía solo, estaba anocheciendo y no tenía nada que hacer me dieron ganas de consumir.	No tenía marihuana, pero de todos modos me salí ya que estaba aburrido, fui al metro a esperar a que llegara mi hermana.	Abstinencia.

Tabla 30. Automonitoreo de R.G. del 21 al 28 de Mayo

Se felicitó al paciente por el éxito alcanzado, reconociéndole la abstinencia lograda en 6 días de la semana, señalándole que no había logrado abstenerse desde hace 2 años, de igual manera se le felicitó por el uso de diversas estrategias para evitar el consumo y las situaciones de riesgo y por llevar a cabo diferentes planes de acción que le permitieron alcanzar su objetivo de no consumir, el usuario mencionó que se sintió orgulloso y hacía tiempo que no se sentía así, R.G. señaló que al principio de la semana tenía miedo de no poder cambiar pero conforme fueron avanzando los días se fue sintiendo más seguro y menos abrumado, al examinar las estrategias que llevo a cabo para no consumir, el paciente mencionó que no tener marihuana le facilitó no consumir, dijo que al mojarla o tirarla en lugares donde no la podía recuperar evitó que tuviera marihuana disponible y si tenía deseos no la podía consumir, también señaló que le funcionó realizar otras actividades como salir de su casa, caminar y platicar con su novia, las cuales le permitieron distraerse.

A continuación, se le preguntó sobre las estrategias que llevo a cabo para evitar el consumo al estar con sus amigos, en primer lugar señaló que les dijo que ya no podían ir a ensayar todos los días, ante esto sus amigos se molestaron diciéndole que podía convencer a su madre de que les siguiera permitiendo estar en su casa y que si no podían ensayar ahí perdería jerarquía para tomar decisiones de la banda ya que no les cooperaba con dinero, lo cual llevó a una discusión importante, donde el usuario les recriminó que solo quisieran estar en su casa porque podían hacer lo que quisieran no importándoles la música ya que no habían logrado nada en tres años, ante este comentario sus compañeros le recriminaron que ellos le

compraban la marihuana que necesitaba para poder componer, ante tal discusión R.G. les dijo que las cosas tenían que cambiar y que ya no podrían ensayar en su casa todos los días, pero si conseguían otro lugar podrían seguir ensayando diario, además les pidió que no le ofrecieran marihuana ya que no la necesitaba para componer, sus amigos le dijeron que si no podían ir a ensayar diario, tendría que aportar con dinero a la banda y tendría que componer mejores canciones, al finalizar la discusión se fueron de su casa, R.G. comentó que discutir con sus amigos fue complicado pero el resultado fue que durante la semana solo acudieron dos días, lo cual facilitó su no consumo, sin embargo esos días que acudieron a su casa fueron una situación de riesgo para el usuario, consumiendo en una ocasión durante la semana, el usuario señaló que consumió debido a que quería mantener la paz con sus amigos y como habían peleado y discutido prefirió consumir un poco para que las cosas no empeoraran.

Se continuó con la revisión del análisis funcional, el cual, ayudó al paciente a identificar los antecedentes de su conducta de consumo, las consecuencias que lo mantienen y las que hacen que quiera cambiar esta conducta. Al revisar este formato es de notarse que los antecedentes de la conducta de consumo en el paciente eran situaciones sociales donde existía una presión por consumir. Las consecuencias positivas fueron sentirse relajado y un poco eufórico y las consecuencias a mediano plazo fueron que empezó a dudar de sí mismo al no saber si podía lograr sus metas, además se sintió defraudado y pensó que en volver a consumir sería lo más sencillo.

A Antecedentes	B Conducta	C Consecuencias
Mis amigos fueron a ensayar a mi casa, me insistieron en fumar, me hicieron un cigarro y lo encendieron dándomelo, me sentí enojado con ellos pero pensé que era una buena forma de mantener la paz ya que nos habíamos peleado durante la semana y el que consumiera facilitaría las cosas.	Consumí dos fumadas de marihuana.	Me sentí relajado y un poco eufórico, me emocione al escuchar a mis amigos tocar, pero me duro muy poco el efecto y conforme se me fue bajando, escuche lo mal que tocábamos y vi como a ellos no les importaba, me sentí culpable por fumar y pensé que a lo mejor no podría cambiar, pensé en que volver a drogarme era lo más sencillo.

Tabla 31. Análisis Funcional de la Conducta de consumo de R.G. del 21 al 28 de Mayo

Después de haber revisado la forma de análisis funcional, el paciente mencionó que tras haber consumido pensó en que no podría cambiar y que esa idea le hacía sentir poca confianza, ante esto se le recordó que el periodo de iniciación puede ser complicado, pero que recordara las consecuencias que le había ocasionado el consumo y tuviera presente las metas que quería lograr, se le recordó a R.G. los avances que había mantenido y se le pidió que enumerara los logros desde que ingreso a tratamiento, al concluir este ejercicio se le repitió la importancia de realizar un plan de acción para poder anticiparse a esa situación y evitar el consumo.

Posteriormente, se abordó la destreza enfrentamiento de los deseos intensos, al paciente se le explicó que al dejar de consumir era probable que aparecieran deseos intensos, especialmente en las situaciones de riesgo, se recalcó el hecho de que es importante manejar los impulsos y tentaciones para lograr modificar la conducta de consumo de alcohol. A continuación, se le mencionó que los deseos son generados tanto por pensamientos, por respuestas fisiológicas y por aspectos del ambiente físico y/o sociales, sin embargo, los deseos no duran para siempre y disminuirán con el tiempo en frecuencia e intensidad, a continuación, se le explicaron las estrategias de enfrentamiento cognitivas y conductuales que podía usar. La siguiente tabla muestra cómo se completó el ejercicio:

ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS
<p>1. Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso</p> <p><i>R: Estaba en mi cuarto mis amigos me habían dejado marihuana, la había guardado en mi cajón, me sentía aburrido y encerrado, no tenía nada que hacer y quería sentirme mejor, me levante y saque del cajón la cajetilla donde guarde los cigarros, la olí, me imagine su sabor y la sensación de inhalar profundamente, lo cual me hizo sentir un gran deseo de consumir.</i></p> <p>2. Usando su ejemplo anterior, planee formas para enfrentar los impulsos y tentaciones para usar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Abandonare y cambiare de situación</i> • <i>Escribir mis pensamientos y sentimiento (Automonitoreo)</i> • <i>Buscar apoyo</i> • <i>Auto instrucciones positivas como “Yo puedo manejar mi consumo”, “yo puedo controlar mi consumo” “Yo puedo y quiero cambiar” “Quiero estar mejor en todos los sentidos”</i> • <i>Imaginar mi deseo como una ola que va a bajar en intensidad</i> <p>3. ¿En quién va a buscar apoyo?</p> <p><i>R: En mi hermana; le puedo mandar un mensaje, en mi novia; le puedo marcar, en mi madre; le puedo llamar por teléfono.</i></p> <p>4. ¿Qué hará para distraerse?</p> <p><i>R: Saldré de mi cuarto, puedo bajar a estudiar a la sala o puedo bajar con la guitarra a ensayar, me puedo ir a caminar o a darme una vuelta por el parque, puedo ir a esperar a mi hermana al metro o puedo prepararme algo de comer.</i></p> <p>5. ¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas se proporcionará?</p> <p><i>R: “Yo puedo manejar mi consumo”, “Soy capaz de cambiar”, “Yo puedo y quiero cambiar”</i></p> <p>¿Qué más puede hacer en esta situación?</p> <p><i>R: Puedo intentar componer alguna canción, me puedo poner a jugar en la computadora.</i></p>

Tabla 32. Ejercicio para el Enfrentamiento de los Deseos Intensos

A continuación, se realizó junto con el usuario el llenado del plan semanal

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir marihuana Abstinencia. Confianza para lograr esta meta: 80% ¿Por qué este porcentaje de confianza?: <i>Pienso que con esto que vimos del manejo de los deseos intensos y el que mis amigos no vayan diario a mi casa, tendré más confianza en no consumir, además sé que puedo hacer más cosas, como salirme de mi casa o verme con mi novia para no consumir.</i>	
Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<i>Mis amigos irán a mi casa y seguramente llevarán marihuana, me harán un cigarro y me lo prenderán y lo pondrán en mi guitarra, pensare que ellos esperan que consuma y que probablemente sería lo mejor para mantener a mis amigos calmados.</i>	<i>Primero les recordare que no me ofrezcan marihuana y que lo mejor sería no fumar para que ensayemos mejor, además les diré que si fuman mi mamá nos dejaría ensayar menos en la casa (aunque no sea cierto), si me pasan el cigarro creo que lo mejor es tirarlo, apagarlo o mojarlo para que vean que hablo en serio. Podría hablar a solas con Francisco que es con quien mejor platico y decirle que quiero bajarle al consumo y pedirle su apoyo para que no me lleve marihuana.</i>
<i>Probablemente mis amigos me reten, me ofendan o me insulten si no consumo, puede ser que me hagan sentir menos, me insulten o nos peleemos, me sentiré enojado y molesto y querré callarles la boca.</i>	<i>Debo de saber que no puedo caer en su juego, no debo de dejarme llevar por el enojo e insultarlos, si me empiezo a enojar me iré, me saldré o me encerraré en mi cuarto. Recordar las metas que quiero alcanzar, que debo de buscar lo que me conviene a mí, debo de tener presente todos los problemas que me ha ocasionado el consumo de marihuana.</i>

Tabla 33. Plan semanal de R.G.

Durante la realización de dicho ejercicio, se realizaron los ensayos de las opciones del plan semanal, también se le recordó la importancia de practicar la destreza vista en la sesión, señalándole que su uso permitiría evitar el consumo y manejar diversas situaciones problemáticas.

Para terminar la sesión se realizó un resumen de los aspectos revisados y de los planes hechos, se le agradeció la participación y compromiso mostrados y se le entregó el formato de automonitoreo, a continuación, se le recordó que anticipará los disparadores y las situaciones de riesgo, siguiendo el plan elaborado durante la sesión, por último, se acordó la fecha de la próxima sesión.

III.2.5.3 SESIÓN 7 ASERTIVIDAD

Al comenzar la sesión se estableció el rapport y se dio el encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que, en primer lugar, se revisaría el automonitoreo y en caso de consumo se realizaría el análisis funcional, además se abordaría la destreza de asertividad y por último, se contestaría el plan semanal.

A continuación, se le preguntó sobre los resultados de la visita al médico para la revisión de sus estudios, R.G. mencionó que el psiquiatra le dijo que estaba anémico, tenía sus electrolitos bajos, además le mencionó que su capacidad pulmonar estaba disminuida aunque esta no era significativa, que sus problemas de garganta y su tos eran causados por una infección bacteriana la cual le había causado inflamación desde la garganta hasta los pulmones, debido a estos resultados, le receto un multivitamínico, le ajusto la dosis del antibiótico el cual tenía que seguir tomando por otra semana, le prescribió la misma dosis de antidepresivo y le recomendó seguir una dieta rica en proteínas y vegetales. El usuario señaló que había seguido las indicaciones del médico y se había tomado los medicamentos de acuerdo a las instrucciones, además indicó que su madre lo había acompañado y le compró lo recetado, R.G. indicó que al conocer sus resultados confirmó las consecuencias de salud que le había generado el consumo de marihuana, pero al recibir apoyo médico se sintió aliviado y apoyado para mejorar su estado de salud.

Al preguntarle sobre cómo se había sentido durante la semana el usuario refirió sentirse diferente, notando que puede pensar de una manera más clara, sintiéndose motivado para salir o para estar con otras personas, mencionó haber cumplido con su meta de abstinencia sintiéndose satisfecho y orgulloso. Señaló que había tomado algunas decisiones que impactaron en su consumo, como primer punto indicó que tuvo una discusión importante con los miembros de su banda, por lo cual, acudieron a su casa solo un día de la semana, R.G. dijo que la discusión fue generada por la insistencia de que consumiera cannabis, se negó a hacerlo, tirando el cigarro lo que ocasionó que dos de sus amigos le recriminaran tirar la sustancia cuando no es él quien la consigue y la compra, todo esto concluyó con el usuario pidiéndoles que se fueran de su casa diciéndoles que no les importaba la música y solo querían tener un lugar donde fumar, sus amigos le recriminaron que no hacía aportaciones importantes para el proyecto y que era mejor terminarlo, el usuario señaló que no se había comunicado con ellos a lo largo de la semana y que se sentía molesto por cómo le recriminaron algunas cosas, sin embargo, el que no fueran a su casa le permitió hacer algunas actividades que había abandonado.

Al examinar que actividades había realizado en la semana, R.G. señaló que hablo con su Madre para llegar a un acuerdo, el cual consistió en preparar la comida de la casa a cambio de que le concediera 150 pesos a la semana, pensó en este acuerdo debido a que su madre no tiene tiempo para preparar comida, el consideró que era una buena oportunidad para demostrarle que podía confiar en él y al mismo tiempo tener dinero para salir o comprar algunas cosas, su Madre estuvo de acuerdo aceptando darle 150 pesos por realizar esta actividad. De esta forma R.G. tuvo que salir todos los días al mercado al mediodía, después le dedicaba una hora y media a cocinar, el usuario reportó que disfrutó cocinar, R.G. se sintió satisfecho ya que consiguió dinero y considera que es una buena forma de demostrarle a su madre que puede ser responsable, ante tal decisión se felicitó al usuario por llegar a ese arreglo, al preguntarle al usuario sobre el uso del dinero que se ganó, R.G. comentó que lo

utilizó para salir con su novia, la acompañó a su casa después de ir por ella a la escuela durante tres días, el usuario disfrutó estos momentos.

A continuación, se revisó el automonitoreo, se observó que en la semana del 29 de Mayo al 5 de Junio del 2014, R.G. se mantuvo abstinentes los 7 días de la semana utilizando diversas estrategias, las cuales se pueden observar en el siguiente formato:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Mis amigos me dejaron un cigarro de marihuana, estaba solo en mi cuarto, me sentía solo, aburrido y por un momento pensé en fumar para sentirme mejor.	Lo tire en el inodoro una vez que se fueron, me salí de mi cuarto, me fui a la computadora de la oficina de mi mamá y puse videos musicales, me dieron ganas de tocar la guitarra.	Abstinencia.
Miércoles	Había discutido con mis amigos, me sentía enojado, pero también no sabía que iba a pasar con la banda y eso me hacía sentir nervioso.	Le llame a mi novia, le platique lo que había pasado y vino a la casa, estuvimos la tarde juntos hasta que la acompañe a su casa.	Abstinencia.
Jueves	Estaba solo en mi casa y baje al estudio a tocar la guitarra y ver si podía componer algo de música, me imagine fumando un porro, sentí un gran deseo por consumir.	Escribí lo que sentía y pensaba, me imaginé mi deseo como una ola.	Abstinencia.
Viernes	Tenía dinero, estaba solo en mi casa, era por la tarde, me sentía aburrido sin nada que hacer y pensé que podría ir a buscar un poco de marihuana.	Me acosté un momento escuchando música en mis audífonos, espere unos diez minutos y analice que pasaba, me puse a escribir en mi libreta como me sentía, después le marque a mi novia y la invite a comer un helado.	Abstinencia.
Sábado	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Domingo	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Lunes	Me quede de ver con mi novia afuera de su escuela, cuando me llevo el olor de alguien que había fumado marihuana, se me antojo el sabor del humo y pensé que por los alrededores podría encontrar un poco de marihuana.	Le platique a mi novia lo que me estaba pasando, me dio una paleta y nos fuimos a su casa.	Abstinencia.

Tabla 34. Automonitoreo del 29 de Mayo al 5 de Junio

Se felicitó al usuario por haber alcanzado su meta semanal de abstinencia, resaltando la importancia que tuvieron las diversas estrategias que utilizó para evitar las situaciones de riesgo y evitar el consumo, el usuario mencionó sentirse orgulloso y satisfecho ya que piensa que está recuperando la confianza de su madre, tiene ingresos económicos lo cual le permite salir con su novia y se siente menos solo, además de que piensa que aunque los problemas

con los miembros de su banda se han salido de su control, se siente menos presionado a consumir y tiene más tiempo para realizar actividades con su novia y para cumplir con sus obligaciones como estudiar y ayudar a su madre con las labores domésticas.

Al analizar el automonitoreo de la semana, se observó que R.G. utilizó las estrategias de: buscar a alguien que lo apoyara, abandonar la situación y escribir lo que pensaba o sentía, el usuario señaló que estas estrategias fueron las que le facilitaron el manejo del deseo y las utilizó en todas las ocasiones que sintió impulsos por consumir, siendo de su preferencia el escribir lo que pensaba y sentía, ya que le permitió identificar y expresar fácilmente sus emociones, De la misma forma, el usuario identificó una nueva situación de riesgo la cual consiste en tener dinero disponible, R.G. refirió que al tener dinero piensa en ir a comprar marihuana cuando tiene deseos por consumir, el usuario dijo que le generaba miedo la idea de consumir si tenía dinero, sin embargo utilizó las estrategias del manejo del deseo para no consumir y, en esta caso, la que más le facilitó el no consumo fue solicitar apoyo a sus personas significativas, R.G. expresó que quería poder manejar esa situación ya que aspiraba a tener una vida normal, ante tal preocupación se le propuso crear algunos planes de acción que le permitieran evitar el consumo cuando tenga dinero, a lo cual R.G. accedió.

Posteriormente, se abordó la destreza de asertividad, explicándole que ésta, es una forma de comunicación en la cual el sujeto no agrede. R.G. se identificó con el estilo de comportamiento agresivo. Entonces se le explicó que una persona asertiva no se somete a la voluntad de otras personas; en cambio, expresa sus convicciones y defiende sus derechos, sin agredir. De igual forma, se le indicaron una serie de pasos para llevar a cabo la comunicación asertiva; para poner en práctica dicha destreza, se realizó un juego de roles, en los cuales él debía rechazar el ofrecimiento de marihuana, se manejaron algunas situaciones con amigos en donde había presión social y se trató de generalizar la asertividad hacia situaciones familiares en las cuales él podría hablar de lo que deseaba hacer y describir cómo se siente al respecto sin ofender a nadie, esta situación se ejemplificó en diferentes situaciones con su Madre. La siguiente tabla muestra las conclusiones obtenidas al realizar el ejercicio con el usuario:

ASERTIVIDAD
1. Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año dónde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.
Describe una de esas situaciones:
¿Dónde estaba? Estaba en mi casa.
¿Quién estaba presente? Estaba mis amigos
¿Qué estaba pensando? Que eran unos tontos por comportarse así, que no les interesaba la música solo les interesa estar puestos, que estaba perdiendo mi tiempo con ellos que lo único que quieren es un lugar donde fumar sin que les digan algo.

¿Qué estaba sintiendo?

Sentía injusticia, incomodidad y enojo.

¿Cuál fue el resultado?

Nos peleamos e insultamos a gritos, incluso hubo unos empujones y nos tuvieron que separar para que no nos peleáramos a golpes.

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

- (1) Explicarles la importancia que tiene para mí el dejar de consumir.
- (2) Pedirles su apoyo, primero les expresaría como me hace sentir el que consuman cuando yo estoy intentando dejarlo y después propondría una solución para que ellos también se sientan bien.
- (3) Buscar en el dialogo para entender hacia donde nos dirigimos artísticamente, decirles que es lo que yo quiero alcanzar, preguntándoles que es lo que ellos quieren alcanzar y realizar algún plan para que todos logremos nuestras metas.

Tabla 35. Ejercicio de R.G. sobre Asertividad

Al finalizar este ejercicio se continuó con el llenado del plan semanal de iniciación, promoviendo la realización de planes de acción realistas, con base en las deficiencias y habilidades del usuario.

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir marihuana, Abstinencia.	
Confianza para lograr esta meta: 90%	
¿Por qué este porcentaje de confianza?: <i>He aprendido mucho de mí mismo en estas semanas y aunque ahora pueden surgir nuevos disparadores, creo que cuento con más formas de evitar el consumo, además me gustan las nuevas cosas que estoy haciendo, quiero cumplir mis metas.</i>	
Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.
<i>Tendré algo de dinero, estaré en mi casa, solo, se disparará mi deseo, tal vez la música o algún recuerdo o me sienta mal, empezare a pensar que sería bueno ir a comprar algo de marihuana solo por si acaso quiero consumir.</i>	<i>Pensaré en las metas que quiero alcanzar, en que debo de aprender a manejar el dinero. Pensaré en todas las consecuencias que me ha traído la marihuana y en lo bueno que ya ha alcanzado de cambiar mi consumo. Buscaré a mi novia para hablar con ella y pedirle su apoyo, le puedo pedir que guarde el dinero. Puedo gastarme el dinero en otra cosa, comprarme algo que me deje sin dinero. Escribiré lo que pienso y siento, me tomare un momento para calmarme antes de salir con dinero a la calle.</i>
<i>Estaré en la calle y como llevaré dinero, pensaré en que podría buscar a alguien que me venda marihuana, pensaré que aunque no me la fume en ese momento, la guardaré o la reservaré para un momento donde me sienta muy mal.</i>	<i>Debo de evitar acercarme a donde sé que venden marihuana. Puedo darle el dinero a alguien de la calle y solo quedarme con lo que necesito para regresarme a la casa. Comprarme alguna otra cosa, como un helado, o un postre o algo para compartir con mi mamá y hermana. Le puedo marcar a mi novia o a mi hermana para explicarles cómo me siento y pedirles su apoyo.</i>

Tabla 36. Plan semanal de R.G.

Finalmente, se realizaron los ensayos de las opciones del plan semanal, también se le recordó la importancia de practicar la destreza vista en la sesión, se le proporcionó la forma de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

III.2.5.4 SESIÓN 8 RECHAZO DE LAS DROGAS

Al comenzar la sesión se estableció el rapport y se dio el encuadre terapéutico, aclarándole que, en primer lugar, se revisaría el automonitoreo y en caso de consumo se evaluaría con el análisis funcional, además se trabajaría con la destreza de rechazo de drogas, en seguida se llenaría la tarjeta de alerta de enfrentamiento y, por último, se contestaría el plan semanal de iniciación al cambio.

Como primer punto se le preguntó al usuario sobre las actividades realizadas durante la semana, R.G. señaló que sus amigos habían vuelto a ensayar en su casa, lo que ocasionó que consumiera una vez en la semana, sin embargo, en la siguiente ocasión que acudieron a su casa hablo con ellos sobre el tratamiento, R.G. indicó que hablo con ellos siendo asertivo, les pidió su apoyo para lograr la abstinencia, explicándoles su deseo de cambiar y su intención de alcanzar algunas metas, ante esto, sus amigos le dijeron que no creían que él estuviera mal y que la marihuana era una planta cuyos efectos eran beneficiosos de varias formas, R.G. les mencionó que para él, el consumo se había vuelto un problema muy serio y por eso quería lograr la abstinencia, sus amigos acordaron que no consumirían durante los ensayos sino hasta haber concluido la sesión, también acordaron que no le ofrecerían ni dejarían marihuana en su casa, el usuario señaló sentirse orgulloso de haber hablado con sus amigos respecto a su tratamiento, dijo pensar que podrían apoyarlo, sin embargo no estaba seguro de que mantendrían sus promesas.

Posteriormente, comentó que algo que disfrutó durante la semana fue el componer una canción, señalando que después de hacer sus quehaceres se dedicó por las tardes a escribir logrando grabar una canción por la cual se sentía orgulloso, ya que consideraba que era una buena pieza, R.G. dijo que se la había dado a escuchar a sus amigos y a su novia, recibiendo buenas críticas, señaló que deseaba componer por lo menos siete piezas más para grabar un demo, mencionó que al escribir lo que sentía y pensaba sobre sus deseos de consumir y sus emociones empezó a componer algunas melodías ya que eso facilitaba que sus deseos por consumir disminuyeran. A continuación R.G. indicó que seguía preparando la comida en su casa a cambio de 150 pesos a la semana, por lo cual, había conseguido tener dinero para invitar a salir a su novia, disfrutó salir con ella, en este rubro el usuario dijo que había experimentado un incremento en su deseo sexual durante la semana, manteniendo relaciones sexuales con su pareja por primera vez en 7 meses, logrando una erección por unos minutos, lo cual lo hizo sentir feliz y satisfecho, mencionó que se sintió más cercano a su pareja y que ella fue una fuente de apoyo importante durante la semana.

En lo que corresponde la relación con su familia, el usuario refirió que había pasado más tiempo con su familia, en especial con su hermana, a la cual acompañó a una fiesta, R.G. señaló que su Madre le permitió asistir a la fiesta ya que había realizado sus quehaceres y confiaba en que su hermana impidiera su consumo, mencionó que no consumió marihuana en la fiesta, R.G. se sintió feliz de poder salir, se divirtió en la fiesta y aunque pensó en que podía consumir marihuana, se dio cuenta de que si consumía sería un retroceso para todo lo que había logrado. A continuación, se revisó el automonitoreo del 6 al 12 de Junio, en el cual se puede observar, que el usuario consumió en una ocasión medio cigarro de marihuana.

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Estaba escuchando música en mi cuarto, cuando sentí un fuerte deseo de consumir.	Bajé a la sala, empecé a anotar lo que pensaba y sentía, se me ocurrió que podía intentar componer algo ya que lo que sentía era intenso.	Abstinencia.
Miércoles	Mis amigos fueron a la casa a ensayar, me ofrecieron un cigarro, pensé que para hacer las paces podría darle una fumada.	Nada deje que sucedería.	Le di dos fumadas al cigarro y acepté que me dejaran marihuana.
Jueves	Tenía la marihuana que me habían dejado mis amigos, estaba solo y pensé que podría consumir.	Pensé en que no quería volver a donde estaba y que quería lograr varias metas, por lo que fui y tire la marihuana en el inodoro y le marque a mi novia para ver si nos podíamos ver en la tarde.	Abstinencia.
Viernes	Fui a la fiesta de los amigos de mi hermana, bebí dos cervezas, empecé a pensar en que podría consumir marihuana.	Pensé en que si consumía perdería la confianza de mi hermana y de mi madre, me puse a platicar con un amigo de mi hermana para distraerme.	Abstinencia.
Sábado	Ninguno.	Ninguna.	Abstinencia.
Domingo	Ninguno.	Ninguna.	Abstinencia.
Lunes	Mis amigos fueron a la casa y me ofrecieron marihuana.	Pensé en que era el momento de hablar con ellos, lo tenía que intentar y ser asertivo.	Abstinencia.

Tabla 37. Automonitoreo de R.G. del 6 de Junio al 12 de Junio

Durante el análisis del automonitoreo, una situación que el paciente identificó como importante durante esa semana fue el haber solicitado el apoyo de sus amigos, después de haber hablado con ellos R.G. se sintió capaz, mencionando que al empezar a hablar con sus amigos se sentía muy nervioso, pero conforme se fue explicando se sintió seguro, sus amigos se mostraron escépticos, sin embargo, R.G. mencionó que su objetivo era comunicarse con ellos, pedir ayuda y decirles que no de una forma directa, utilizando la asertividad, sin embargo R.G. no logró la meta de la semana, sintiéndose decepcionado. Se le felicitó por el uso de la asertividad para comunicarse con sus personas significativas, remarcándole el hecho

de que a pesar de que se sentía nervioso continuó expresándose y logró establecer un acuerdo beneficioso con sus amigos, respecto al consumo se le hizo saber que podía aprender de esa experiencia y que no era una señal de fracaso.

A continuación, se realizó el análisis funcional del episodio de consumo, el cual se presenta a continuación:

A Antecedentes	B Conducta	C Consecuencias
Mis amigos fueron a ensayar a mi casa después de no haber ido por una semana, me insistieron en fumar, me hicieron un cigarro, en esos momentos me sentí confundido pensé que no tendría por qué consumir, pero también si no consumía tendríamos más problemas y nos pelearíamos de nuevo o la banda se separaría.	Consumí dos fumadas de marihuana.	Fue agradable fue volver a estar con mis amigos y tocar algo, aunque no muy bien, sin embargo me sentí mal de fumar, me imagine todo lo que estaba echando a perder no disfrute el efecto, no sentí nada de euforia solo miedo de arruinar todo y de volver a donde estaba, mis amigos me veían así que tuve que fingir que me la estaba pasando bien y que disfrutaba.

Tabla 38. Análisis funcional de conducta de consumo del 6 de Junio al 12 de Junio.

Después de haber revisado la forma de análisis funcional, el paciente mencionó que tras haber consumido pensó en que estaba retrocediendo en el logro de sus metas y que no disfrutó haberlo hecho, ni obtuvo los efectos que anteriormente experimentaba, se le recordó a R.G. los avances que había mantenido y se le pidió que enumerara los avances que ya había alcanzado desde que ingreso a tratamiento, al concluir este ejercicio se le repitió la importancia de realizar un plan de acción para poder anticiparse a esa situación y evitar el consumo y se le indicó que en esta sesión se practicarían diversas estrategias para rechazar el consumo.

Al preguntarle si había utilizado la destreza de manejo de deseos intensos y asertividad, mencionó que las aplicó como se muestra en la siguiente tabla:

Semana correspondiente del 6 al 12 de Junio	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Martes	Estaba escuchando música en mi cuarto, cuando sentí un fuerte deseo de consumir.	Manejo de los deseos intensos (escribí lo que sentía y pensaba).	No consumí y la intensidad de los deseos bajo.
Viernes	Estaba en la fiesta de los amigos de mi hermana, vi como sacaban la marihuana y percibí el olor de la planta, deseé	Manejo de los deseos intensos (me acerque a un amigo de mi hermana que me cae bien y empezó a platicar con él).	Se pasó el deseo y me di cuenta de que si consumía estaría cometiendo un error.

	el consumo pensé en que podría consumir marihuana fácilmente.		
Lunes	Mis amigos fueron a mi casa y me ofrecieron marihuana.	Asertividad (Les platique de mi tratamiento y les solicite su apoyo).	Logre que me prometieran que no me ofrecerían marihuana y me dijeron que me ayudarían en lo que podrían.

Tabla 39. Uso de estrategias de enfrentamiento de R.G. 6 de Junio al 12 de Junio

Posteriormente, se abordó la destreza de Rechazo a las Drogas, se le explicó que al estar en situaciones donde otras personas estén consumiendo es muy probable que nos presionen para consumir y esta presión se puede presentar de varias formas desde la insistencia por consumir hasta la agresión, de ahí la importancia de contar con diversas estrategias para poder rechazar el consumo, también se le explicó la relevancia de poner en práctica estas estrategias para reconocer en que momento utilizarlas y perfeccionar nuestro desempeño, a continuación se le explicaron las distintas formas de presión social para consumir y se ensayaron diversas estrategias para rechazar el consumo, el ensayo conductual se realizó en primera instancia con modelamiento y a continuación se llevó a cabo un juego de roles. La siguiente tabla muestra las conclusiones del ejercicio:

Rechazo de drogas
<p>¿En qué situaciones anticipará el ofrecimiento de alguna otra droga?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cuando mis amigos vayan a mi casa a ensayar.</i> 2. <i>Cuando este en alguna fiesta donde sé que es fácil que me ofrezcan droga.</i> 3. <i>Cuando este en algún evento de música ya sea como músico o como espectador.</i> <p>¿Qué hará, pensará o dirá en cada una de estas situaciones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Primero pensare en que no me debo de dejar llevar por la presión, es mi decisión no de esas personas no importa que me digan yo sé que es lo que quiero.</i> 2. <i>Usare alguna estrategia que ensayamos como decir que no repetidamente, les daré la vuelta, evitare la agresión, seré asertivo y en caso de ser necesario me iré.</i> 3. <i>Practicare rechazar las cosas que no me gustan ya que constantemente hago lo que otros quieren.</i>

Tabla 40. Conclusiones del ejercicio de rechazo de drogas de R.G.

A continuación, se completó la Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento. En primer lugar, se le explicó al paciente, que esta tarjeta puede servir para manejar eventos inesperados (como la muerte de un familiar o reuniones espontaneas con amigos), ya que en ella se escriben una variedad de estrategias de enfrentamiento que puede poner en acción en cualquier parte o en cualquier momento. Comentándole, que sería de utilidad que elaborará esta tarjeta en la aplicación de notas de su celular, el cual siempre llevaba consigo. Se elaboró la tarjeta de alertamiento de la siguiente manera:

Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento	
Situación inesperada	Mi plan para lo inesperado es:
<i>Que mi novia me engañe o termine conmigo.</i>	<i>Buscaré el apoyo de mi familia. Le veré el lado positivo de la situación. Escribiré lo que pienso y siento. Buscaré el apoyo de mis amigos. Pensaré en todo lo que quiero lograr. Pensaré en que si consumo volveré a estar tan mal como estaba. Debo de aceptar que me pondré triste pero que eso no es suficiente para volver a consumir.</i>
<i>Que muera un familiar cercano</i>	<i>Expresaré mi emoción (lloraré todo lo que necesite). Pensaré en que yo tengo la oportunidad de vivir y aprovechar mi vida. Buscaré con quien hablar. Me apoyaré en mis amigos y en mi novia. Pensaré en lo que puedo perder si consumo. Rechazaré cualquier invitación a consumir con asertividad (sé que me van a ofrecer marihuana). Pensaré en lo que he ganado sin consumir y lo que puedo perder. Aprovechare mi vida.</i>
<i>Que mi madre pierda su trabajo</i>	<i>La debo de apoyar en lo que pueda. Buscare un trabajo. Pensaré en lo que puedo perder si consumo. Pensaré en que puedo controlar mi consumo. Debo de hacer que nos mantengamos positivos como familia y que busquemos soluciones.</i>
<i>Que se termine el proyecto de la banda</i>	<i>Le veré lo positivo a la situación. Me apoyaré en mi novia. Buscaré las opciones que tengo. Pensaré en lo que puedo perder si consumo. Pensaré en que puedo controlar mi consumo. Pensaré en la oportunidad que tengo de empezar un proyecto tal como yo lo quiero.</i>

Tabla 41. Tarjeta de alerta ante situaciones emergentes de R.G.

Al finalizar este ejercicio, el paciente dijo que no había pensado en este tema por lo que el ejercicio era muy útil, se continuó con el llenado del plan semana de la fase de iniciación

PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: No consumir Marihuana, Abstinencia.	
Confianza para lograr esta meta: 90%	
¿Por qué este porcentaje de confianza?: <i>Cada vez es más fácil no consumir cuento con más habilidades y pienso que ahora que mis amigos saben que quiero cambiar mi consumo, me apoyarán y aunque me ofrezcan ya sé cómo decirles que no.</i>	
Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana.	Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.

<p><i>Probablemente mis amigos me ofrezcan ya sea dejarme marihuana o me presionen, para consumirla durante los ensayos, creo que me sentiré tranquilo ya que sé que me están presionando y lo que quieren de mí y me puedo anticipar.</i></p>	<p><i>Usar la asertividad. Debo de recordar que el consumo de marihuana no es una forma de reforzar mi amistad con ellos. Aplicare la estrategia de rechazo que se ajuste al tipo de presión social que ellos utilicen.</i></p>
<p><i>Tendré dinero estaré solo en casa, sentiré deseos de consumir, estaré aburrido y pensaré que es más fácil volver a consumir que cambiar.</i></p>	<p><i>Escribiré lo que pienso y siento y compondré alguna canción con eso. Me pondré a escuchar lo que ya he compuesto y talvez hacer algunos cambios. Le llamare a mi novia para que salgamos o compraré algo para gastarme el dinero. Evitar salir con más dinero del que planeo gastar y evitar pasar por los lugares donde sé que venden marihuana.</i></p>

Tabla 42. Plan semanal de R.G.

Debido a que el paciente mencionó sentirse con la confianza de exponerse a situaciones de riesgo, además de que redujo significativamente su consumo en los dos meses que llevaba de tratamiento, se acordó iniciar la fase de mantenimiento al cambio en la próxima sesión. Finalmente, se le proporcionó la forma de automonitoreo y se agendó la fecha de la próxima sesión.

III.2.6 MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

III.2.6.1 SESIÓN 9 RELACIONES SALUDABLES

En primer lugar, se estableció el rapport y se dio el encuadre terapéutico, mencionándole al paciente que se revisaría el automonitoreo, se le dijo que se trabajaría la destreza de Relaciones Saludables. Por último, se completaría el plan semanal de mantenimiento.

Al iniciar la sesión se le explicó que en la fase de mantenimiento las estrategias estarían dirigidas a la exposición de sus situaciones de riesgo con el propósito de aumentar su confianza para poder enfrentar a sus disparadores, se le aclaró que a partir de esta sesión las tareas asignadas involucrarían la exposición gradual a los disparadores, los cuales irían incrementando en dificultad requiriendo un esfuerzo para enfrentar la situaciones, pero al mismo tiempo permitiría alcanzar un mayor control sobre la conducta de consumo, R.G. mencionó estar confiado de poder enfrentar sus disparadores, de poder alcanzar sus metas, se mostró positivo ante las probabilidades de éxito ya que, sus relaciones interpersonales habían mejorado, percibía que sus capacidades cognitivas estaban incrementando, se sentía sano y “normal”, señaló que no se había sentido así en dos años.

A continuación, se revisó el automonitoreo de la semana del 13 al 20 de Junio del 2014, semana en la cual el usuario se mantuvo en abstinencia, ya que deseaba cumplir con su meta semanal y demostrase a sí mismo que tenía el control sobre la sustancia. El automonitoreo fue completado de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Miércoles	Mis amigos fueron a la casa, no consumieron cuando ensayamos pero al acabar fumaron, me sentí presionado de cierta forma ya que se me quedaban viendo y note que se reían de mí.	Pensé que aunque era una situación rara o complicada, había logrado que no fumaran mientras ensayábamos y no me ofrecieran o me dejaran marihuana.	Abstinencia.
Jueves	Tenía un poco de dinero a la mano y al salir a ver a mi novia, pensé en que podía comprar algo de marihuana.	Me di cuenta de que tenía miedo de que todo saliera mal, escribí lo que sentía.	Abstinencia.
Viernes	Mis amigos fueron a la casa, no consumieron cuando ensayamos, ni me ofrecieron marihuana pero cuando empezaron a fumar se burlaron de mi decisión de no consumir.	Les agradecí su apoyo y les recordé porque era importante para mí dejar de consumir.	Abstinencia.
Sábado	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.

Domingo	Salí con mi novia a Coyoacán, me llevo el olor del humo de marihuana, me imagine fumando y pasando un gran momento con mi novia.	Le dije a mi novia lo que sentía y que tenía deseos por consumir, ella me escucho y me dijo que lo dejara pasar como me habían aconsejado y que no necesitaba nada para disfrutar el momento.	Abstinencia.
Lunes	Fui a ver a mi novia a su escuela y antes de llegar pensé en que podía encontrar muy fácilmente donde comprar marihuana.	Al llegar a la escuela, le di el dinero a mi novia, le platique como me sentía, ella me dijo que fuéramos a comprar algo de comer.	Abstinencia.

Tabla 43. Automonitoreo de R.G. del 13 al 20 de Junio

En cuanto a los sucesos acontecidos durante la semana, el usuario señaló que siente más confianza para evitar consumir, se sintió muy apoyado por su novia durante esta semana, R.G. mencionó que la situación con sus amigos es tensa y problemática ya que percibió que no están de acuerdo con la decisión de no consumir y aunque no le han ofrecido marihuana si lo están presionando para que cambie de opinión y consuma, ante esta situación el usuario señaló que ha pensado en pedirles que ya no ensayen en su casa o en terminar con el proyecto de la banda ya, que además, considera que no están logrando nada importante y esto podría ser la oportunidad de empezar de nuevo con otra banda o ser solista, al profundizar sobre estas ideas, el usuario declaró que ha pensado en que es un buen momento para cambiar de proyecto musical y que se ha dado cuenta de que sus amigos no tienen las mismas metas que él ya que lo único que quieren hacer es consumir y usan la música como pretexto, se dio cuenta, ahora que los ha observado cuando consumen, que no tiene mucho que compartir con ellos y cree que su amistad estaba basada en el consumo, por lo que se siente mejor cuando no los tiene que ver. Se le comento al usuario que si deseaba terminar el proyecto de la banda era algo valido y si necesitaba ayuda para practicar lo que hablaría con ellos se le brindaría el apoyo además, se provocó reflexión sobre la importancia de establecer y mantener relaciones saludables ante lo cual el usuario concluyó que sus amigos no son una relación saludable ya que no permiten su desarrollo en varias esferas de su vida, al llegar a esta conclusión R.G. señaló sentirse triste ya que eran sus únicos amigos y no quería lastimarlos, contempló entonces la posibilidad de terminar la banda pero conservar a sus amigos, finalmente, se le señaló que la destreza que se vería en la sesión podría ayudarlo a desarrollar relaciones saludables.

A continuación, se revisaron las destrezas que usó durante la semana sobresaliendo la de enfrentamiento de los deseos intensos y la asertividad como se puede observar en la siguiente tabla:

Semana correspondiente del 13 al 20 de Junio	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Jueves	Tenía un poco de dinero a la mano y al salir a ver a mi novia, pensé en que podía comprar algo de marihuana.	Enfrentamiento de los deseos intensos (Escribí lo que sentía y pensaba).	Me sentí bien de poder controlarme y de tomarme un momento para pensar.
Viernes	Mis amigos fueron ensayar, no consumieron cuando ensayamos, ni me ofrecieron marihuana pero cuando empezaron a fumar se burlaron de mi decisión de no consumir.	Asertividad (Hablé con ellos sobre cómo me sentía ante el ofrecimiento de marihuana y les pedí que no me dieran la droga).	Me enorgullecí de decirles lo que pensaba y al mismo tiempo lograr que me dejarán de molestar.
Domingo	Salí con mi novia a Coyoacán, me llegó el olor de la marihuana siendo fumada, me imagine fumando y pasando un gran momento con mi novia.	Enfrentamiento de los deseos intensos y Asertividad (Le dije a mi novia como me sentía).	No consumí y me sentí apoyado por mi novia, pienso que le gusta que le platique como me siento.
Lunes	Fui a ver a mi novia a su escuela y antes de llegar pensé en que podía encontrar muy fácilmente donde comprar marihuana.	Enfrentamiento de los Deseos Intensos y Asertividad (Le dije a mi novia como me sentía).	Me sentí bien de que mi novia me apoyó y me mantuve sin consumo.

Tabla 44. Destrezas de enfrentamiento usadas por R.G. del 13 al 20 de Junio

Una situación frecuente durante esta semana fueron los deseos por consumir cuando estaba en la calle y tenía dinero, R.G. mencionó que gestionó la situación, hablando con su novia al respecto o deteniéndose a escribir lo que estaba sintiendo o pensando, esto le ayudó a resistir el deseo, además, manifestó que aunque sintió estos deseos fueron menos intensos y frecuentes en comparación con el principio del tratamiento, además de que disfrutó salir con su pareja a diversos lugares, sintiéndose más cercano a su novia lo cual lo hizo sentir feliz y apoyado. A continuación, el usuario refirió sentir una mayor facilidad para hablar de lo que siente con otras personas, siendo capaz de usar la asertividad con sus amigos y no ceder ante la presión social de consumir. En general, R.G. concluyó que para alcanzar la abstinencia requirió el uso de las habilidades vistas durante el tratamiento.

Posteriormente, se trabajó la destreza de “Relaciones Saludables”, con el propósito de promover en el usuario el desarrollo de relaciones equilibradas. En primer lugar, se le explicó al paciente las características de una relación equilibrada (por ejemplo: los participantes de la relación pueden opinar sin ningún temor, respetando sus ideas y opiniones aunque no estén de acuerdo, tienen el derecho de expresar sus sentimientos negativos como también los positivos, pueden expresar su enojo de una manera clara y no violenta) haciendo que el usuario brindara algunos ejemplos, posteriormente se abordó el tema de los límites y

la importancia de establecerlos en cualquier relación con la propósito de proteger sus intereses y de cuidar su bienestar, finalmente se le señaló de lugares, grupos o centros donde puede empezar en la búsqueda de relaciones saludables y a continuación se realizó un ejercicio con la intención de facilitar el proceso.

Relaciones Saludables

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

R: Valoro la honestidad y que aspiren a obtener metas similares a la mías, también valoro el que tengan buen sentido del humor y sean personas que puedan divertirse y también que sean tolerantes.

2. ¿Cómo la marihuana ha afectado sus relaciones?

R: Creo que la principal consecuencia de mi consumo de marihuana es que me ha aislado de otras personas que no son consumidores, me quede sin la oportunidad de hacer muchas cosas o de conocer a otras personas, también creo que ha limitado mi posibilidad de triunfar en el mundo de la música ya que no he conocido desde hace 2 años a otro músico o a alguien de la industria musical.

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

R: Necesito estar con personas con las que pueda expresar lo que quiero y lo que necesito sin que se burlen de mi o me presionen a ser como ellos quieren que sea, necesito a alguien que me apoye y me aliente a llegar a mis metas y creo que necesito alejarme de los que consumen marihuana por un tiempo.

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

R: Necesito hablar con la banda y decirles que me salgo, que ya no quiero estar con ellos a lo mejor verlos de vez en cuando pero que no sean parte de mi vida diaria como lo son ahora, necesito encontrar a otras personas que quieran unirse a mi proyecto musical (el cual tengo que definir). Con mi familia creo que debo de intentar seguir ganándome la confianza de mi mamá ya que eso me abrirá las puertas a muchas opciones y debo de ser honesto con mi familia para que sepan porque hago lo que hago.

Tabla 45. Destreza de Relaciones Saludables.

Al concluir el ejercicio, R.G. permaneció un momento en silencio, cuando volvió a hablar mencionó sentirse triste por la decisión de terminar con su banda pero que estaba seguro de que era lo correcto, tendría que salir de ese grupo de amigos si quería alcanzar éxito a nivel musical y desarrollar relaciones saludables para sentirse más equilibrado, se felicitó al usuario por tomar decisiones que estuvieran dirigidas a mejorar su estilo de vida y se le comentó que se le apoyaría para poder llevar a cabo la resolución de separarse de ese grupo de personas, mostrándose de acuerdo.

Por último, se realizó con el usuario una actualización de los disparadores de consumo más problemáticos y se le pidió que los jerarquizara del 1 al 3, siendo 1 el menos complicado de enfrentar y 3 el más complicado de enfrentar. Esto se realizó ya que las situaciones a las que se quería enfrentar habían cambiado, de las que señaló como las más problemáticas al inicio el tratamiento, la lista de disparadores se muestra a continuación:

1. Sentir un fuerte deseo de consumir y tener dinero para comprar marihuana.
2. Estar en una fiesta pasándola muy bien y que me ofrezcan marihuana, verla, olerla, pensar que puedo pasármela mejor.
3. Estar en un entorno donde todos consuman marihuana y haya música como por ejemplo un concierto o un rave (festival de música).

A continuación, se acordó con el usuario que durante la siguiente semana la tarea asignada tendría el propósito de enfrentar el último disparador de la lista con lo cual se completó el plan semanal de mantenimiento,

Plan semanal- Fase de Mantenimiento
<p>Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.</p> <p>Describe la situación disparadora: <i>Será una fiesta de los amigos de mi novia, habrá alcohol y posiblemente lleven drogas como marihuana o LSD, habré consumido alcohol lo cual no me es del todo satisfactorio y al estarme divirtiendo empezare a pensar en que podría aumentar mi diversión si fumo marihuana.</i></p> <p>Experiencia planeada</p> <p>¿Cuándo? <i>Será un día del fin de semana en la noche.</i></p> <p>¿Dónde? <i>Casa de algunos de los amigos de mi novia.</i></p> <p>¿Quién estará presente? <i>Mi novia, algunos amigos míos y algunos amigos de mi novia.</i></p> <p>Plan de enfrentamiento: <i>Iré a la fiesta y me intentare divertir, platicar con las personas, escuchar música, hare lo posible para disfrutar convivir con mi novia y con otras personas, beberé una copa de alcohol cada hora no más de 3 copas en toda la fiesta, bailare con mi novia y me divertiré con ella, en el momento en el que vea a alguien sacar la marihuana debo de pensar en que tendré deseos los cuales son normales, pero debo de identificar que cuando los empiece a sentir, debo de alejarme un momento para no tomar ninguna decisión apresurada puedo salir de la fiesta y regresar cuando el deseo se haya ido, si me ofrecen seré asertivo o usare alguna de las técnicas para rechazar el consumo, si me pasan el cigarro no lo sostendré, no lo recibiré y cuando termine la fiesta me iré directamente a mi casa.</i></p>

Tabla 46. Primer plan de Mantenimiento de R.G.

Al terminar dicho ejercicio, R.G. manifestó sentir un 90% de confianza de lograr alcanzar la meta de abstinencia y enfrentarse de manera exitosa a la situación de riesgo, mencionó sentirse confiado, ya que anteriormente había acudido a una fiesta y no consumió cannabis, y que aunque ver y oler la marihuana le ocasionaban deseos, estaba preparado para enfrentarlos. Se le recordó que practicará las destrezas para tener un mejor dominio. Finalmente, se le entregó el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

III.2.6.2 SESIÓN 10: ENFRENTAMIENTO DEL ABURRIMIENTO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le mencionó que se revisaría el automonitoreo y el resultado del plan semanal. Además, se abordaría la destreza de enfrentamiento del aburrimiento en la que se analizarían sus aficiones, intereses y actividades que fueran incompatibles con el uso de la sustancia, por último, se contestaría el plan semanal de mantenimiento.

Al revisar al automonitoreo, R.G. dijo haber cumplido con las metas establecidas, alcanzando la abstinencia y logrando abordar la situación de riesgo, R.G. refirió que al terminar la fiesta a la que acudió para llevar a cabo el plan de acción tuvo una sensación de felicidad y de alegría, sintiéndose animado y esperanzado de poder lograr sus metas, de igual manera señaló que se dio cuenta de que los deseos son menos intensos. Ante los resultados obtenidos, se le felicitó por su compromiso y por su desempeño para llevar a cabo el abordaje de la situación de riesgo, además del progreso mostrado en el dominio de las distintas destrezas, a continuación se revisó el automonitoreo el cual fue contestado de la siguiente forma.

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Tenía que hablar con la banda, estaba nervioso y preocupado.	Pensé en que era el momento de terminar con esas amistades y que era lo mejor para mí y para mis decisiones sobre el futuro.	Abstinencia.
Miércoles	Tenía dinero y salí a pasear con mi novia después de la escuela, empecé a pensar en que podía ir a comprar marihuana.	Me baje del camión unas cuadras antes de llegar a la prepa, camine lentamente mientras pensaba en lo que había logrado y podía seguir alcanzando, empecé a escuchar música y me imagine tocando.	Abstinencia.
Jueves	Mis amigos fueron a ensayar a la casa, no consumieron durante el ensayo, cuando terminamos me pidieron permiso para consumir en tono de burla, de nuevo note que se reían de mí y se comportaban de forma hostil.	Les conteste asertivamente pidiéndoles que respetaran mi decisión de no consumir, sin embargo, seguían comportándose de forma hostil, así que evite pelearme con ellos y sin decir nada me retire a la sala y espere hasta que se fueran.	Abstinencia.
Viernes	Fui a la fiesta de los amigos de mi novia, bebí una copa, sacaron marihuana y sentí deseos por consumir ya que empezaron a preparar unos happy brownies, lo cual	Desde que llegue a la fiesta estaba mentalizado a enfrentar la situación, disfrute estar con mi novia y me la pase bien, cuando sacaron la marihuana no tenía tantos deseos como cuando la empezaron a cocinar, decidí sentarme y	Abstinencia.

	estaba fuera de lo planeado, el olor era muy fuerte y el deseo era intenso.	aclarar mis ideas, pensé en lo malo de consumir, en lo malo de mi vida, en los problemas que me trae la marihuana y en lo bien que me siento cuando logro la abstinencia, abrace a mi novia y me dio su apoyo (yo ya le había platicado lo que intentaba lograr), regrese y vi como comían los brownies se me siguió antojando pero el deseo paso.	
Sábado	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Domingo	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Lunes	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.

Tabla 47. Automonitoreo del 21 al 28 de Junio

Al analizar el enfrentamiento de la situación de riesgo, el usuario señaló que fue uno de los eventos más complicados con las que tuvo que lidiar desde que inicio el tratamiento, el estar presente mientras cocinaban la marihuana para hacer brownies fue algo inesperado, en el momento que sucedió se sintió estresado porque por un instante pensó que no podría con la situación ya que el deseo fue más intenso de lo que había sentido, refirió que se tomó unos minutos para pensar e identificó las razones del porque no debía de consumir, después solicitó el apoyo de su pareja y pudo enfrentar el deseo logrando que este disminuyeran en intensidad, a continuación, se muestra la revisión de la tarea semanal:

<p>Reporte de Resultados</p> <p>¿Intento hacer la tarea? SI.</p> <p>¿Fue exitoso el intento? SI.</p> <p>Comentarios: <i>Fue difícil pero exitoso y creo que eso me debe de llenar de orgullo para intentar alcanzar otras metas de mi vida, no todo es fácil y sencillo, creo que puedo seguir mejorando y alcanzando lo que quiero, por un momento de la situación pensé que no podría evitar consumir ya que el deseo fue más intenso de lo normal pero lo pude manejar, esto me motiva y me hace ver que necesitaba apoyo, además debo de tener presente que la marihuana no me facilitaba nada si no que hacía que evitara todo.</i></p>
--

Tabla 48. Reporte de Resultados del 21 al 28 de Junio

Posteriormente, se le preguntó sobre los eventos significativos ocurridos durante la semana, en primer lugar R.G. señaló que durante esta semana les había cancelado a sus amigos ya que no quería que fueran a su casa, durante los últimos días pensó en la resolución de terminar el proyecto de la banda, por lo cual durante los siguientes días planeó hablar con ellos y dar por concluido el grupo musical, R.G. también señaló que habló con su madre con la intención de solicitarle más dinero y privilegios, como el permiso de poder usar el auto, por lo cual llego a un trato con ella, el cual consiste en realizarse un antidoping y si es negativo ella le daría 500 pesos a la semana para sus gastos mensuales y si continuaba cooperando en la casa y cumpliendo con sus obligaciones escolares recibiría el privilegio de usar el auto. El usuario refirió estar dispuesto a realizarse antidopings mensuales con el

propósito de obtener estos beneficios, en cuanto a las actividades en la casa el usuario seguía cocinando y entregó los trabajos solicitados en el sistema de preparatoria abierta para pasar al siguiente modulo, por lo cual se sentía confiado de obtener los privilegios.

Respecto a sus otras relaciones significativas, el usuario refirió que la relación con su hermana era más cercana, platicando cuando ella llega de la universidad siendo una fuente importante de apoyo, también percibió que su madre confiaba más en él ya que le permitía salir y desde que hacia la comida y se ocupaba de otros quehaceres en la casa, ella se mostraba más relajada, lo que permitía que convivieran plazeramente, en cuanto a la relación con su pareja R.G. indicó que ella ha sido un apoyo para enfrentarse a las situaciones de consumo, sintiéndose satisfecho con la relación, aunque ha tenido que realizar esfuerzos para mantenerla, en ese momento se le recordó la importancia de ir retirando los apoyos externos y abordar las situaciones de riesgo sin el apoyo constante de su pareja, R.G. señaló estar de acuerdo con esta sugerencia. En cuanto a sus actividades de interés el usuario señaló seguir componiendo música, realizando esta actividad todos los días, mencionó tener 4 canciones completas del demo que quiere realizar, lo cual lo hizo sentir satisfecho, se le animo a seguir realizando estas actividades y a seguir manteniendo sus relaciones significativas las cuales lo han apoyado a alcanzar sus metas.

Posteriormente se revisó el uso de destrezas, el paciente mencionó que las usó de la siguiente manera:

Semana correspondiente del 30 de marzo al 5 de abril	Situación	Destreza utilizada	Resultado
Miércoles	Deseos por consumir.	Enfrentamiento de los deseos intensos.	Abstinencia.
Jueves	Ambiente hostil generado por sus amigos.	Asertividad.	Evite una pelea o discusión mayor.
Viernes	Fiesta con amigos de mi novia.	Enfrentamiento de los deseos intensos.	No consumí y me sentí muy orgulloso.
Domingo	Llegar a un acuerdo con mi madre.	Asertividad.	Nos logramos comunicar y llegamos a un acuerdo justo.

Tabla 49. Destrezas de enfrentamiento usadas por R.G. del 21 al 28 de Junio

En seguida, se trabajó con R.G. la destreza del “Enfrentamiento del Aburrimiento” con el propósito de que tuviera más opciones para manejar su tiempo libre, el cual era un disparador de consumo, se le comentó que aunque el uso de las destrezas vistas permitía el acercamiento o el desarrollo de nuevas actividades, el manejo del aburrimiento le permitiría tener opciones claras y precisas, las cuales lo acercarían a sus interés y aficiones, obteniendo

satisfacción y placer de estas nuevas actividades, el desarrollo de la destreza se resume a continuación.

Enfrentamiento del Aburrimiento
<p>1. Describa lo que normalmente hace para relajarse y divertirse: R: <i>Antes me drogaba, escucha música mientras estaba puesto y me divertía con mis amigos, pasábamos el rato divirtiéndonos, riéndonos por la marihuana.</i></p>
<p>2. ¿Qué le gustaría obtener de su involucramiento en las actividades de esparcimiento? Haga una lista de sus Metas personales " de Esparcimiento ": R: <i>Me gustaría seguir mejorando mis relaciones, obtengo mucho apoyo y satisfacción de ellas; Conseguir amistades diferentes a las que he tenido, que se diviertan de otra forma que no sea un ambiente pesado; Quiero tomar alguna clase de música con valor curricular; Me gustaría conocer contactos de la industria musical o profesionales que se dediquen a la música.</i></p>
<p>3. Haga una lista de por lo menos tres cosas que usted planea hacer en su tiempo libre sin usar sustancias. (A) Algo que hacía y le gustaría todavía hacer: <i>Tocar en una banda, me encantaría empezar desde cero, con un proyecto que me haga sentir satisfecho.</i> (B) Algo que realmente le gusta hacer: <i>Me gusta pasar horas componiendo, es algo que me hace sentir muy bien, me encanta crear música, me relaja, me hace feliz.</i> (C) Algo que siempre quiso hacer y nunca lo trató de hacer: <i>Me gustaría aprender algún tipo de actividad artística como aprender a pintar o a hacer esculturas, algo con mis manos.</i></p>
<p>4. ¿Qué es lo que necesita para seguir sus metas de esparcimiento (ejemplo, dinero, tiempo, energía)? R: <i>Necesito dinero así que debo de cumplir con mi parte del trato para que mi mamá me brinde este recurso, debo de seguir ganando la confianza de mi mamá para que me pague las clases, la otra opción es conseguir un trabajo de medio tiempo en un McDonalds o en otra cadena eso me ayudaría a tener dinero y la confianza de mi mamá, debo de investigar acerca de cursos, diplomados o clases de música, necesito salir más para conocer a otras personas, publicar en línea la propuesta de música para ver que personas se acercan y armar una nueva banda.</i></p>

Tabla 50. Conclusiones de R.G de la destreza de Enfrentamiento de Aburrimiento.

Al finalizar la actividad, se le recomendó llevar a cabo planes específicos para lograr enfrentar el aburrimiento y al mismo tiempo alcanzar sus diversas metas, el usuario comento que durante la próxima semana terminaría su relación con su grupo musical y finalizaría el demo antes de buscar personas para iniciar un nuevo proyecto musical, además buscaría escuelas que brindaran diplomados, seminarios o cursos de música, también mantendría sus relaciones significativas siendo un apoyo para su familia y novia. Finalmente se realizó el plan semanal de mantenimiento, el cual quedo diseñado para enfrentar una situación de riesgo retomando la información de lista que se generó la sesión pasada, el plan semanal se desarrolló de la siguiente manera:

Plan semanal- Fase de Mantenimiento

Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.

Describa la situación disparadora:

Saldré de mi casa con dinero e iré solo a Coyoacán atrás del centro donde sé que venden marihuana.

Experiencia planeada

¿Cuándo? *Jueves.*

¿Dónde? *Coyoacán, por atrás del centro, conozco varios lugares donde se pueden conseguir marihuana, donde comprar, yo conseguía la marihuana ahí.*

¿Quién estará presente? *Estaré solo.*

Plan de enfrentamiento:

Iré mentalizado a que es una prueba, caminar por las calles pensando que son deseos normales que irán pasando, que ya he enfrentado situaciones difíciles con anterioridad y que el deseo es una sensación que va a pasar que solo necesita controlarlo mientras pasa, iré solo porque quiere poder manejar la situación por mí mismo, me tomare el tiempo necesario para dejar que pase el deseo, me llevare mi ipod para escuchar música durante la caminata, solo daré una vuelta a la colonia y cuando termine me iré. Tendré un plan de escape por si todo se empieza a descontrolar como salir rápido de ese lugar tomando un taxi.

Tabla 51. Plan de enfrentamiento a situación de riesgo.

Al terminar este ejercicio, se le recordó no exponerse a situaciones y entornos peligrosos donde su vida o seguridad corriera peligro, se establecieron planes de emergencia para evitar que la seguridad del usuario peligrara, se le invitó a seguir practicando las destrezas para que tuviera un mejor dominio de ellas y de esta manera obtuviera beneficios en varios aspectos de su vida. Finalmente, se realizó un ejercicio en el que practicó como le comunicaría asertivamente a sus amigos su intención de abandonar la banda, negociando las canciones que habían grabado, en seguida se le entregó el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la siguiente sesión.

III.2.6.3 SESIÓN 11. PREPARACIÓN DEL CIERRE DE TRATAMIENTO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le mencionó que la sesión tiene el objetivo de analizar si el propósito del tratamiento estaba siendo alcanzado, si el plan de tratamiento necesitaba de alguna modificación o reestructuración, además de dar a conocer las pautas de la fase de seguimiento, también se revisaría el cumplimiento de la tarea semanal y se contestaría el plan semanal de mantenimiento.

Al revisar al automonitoreo, R.G. dijo haber cumplido con las metas establecidas, alcanzando la abstinencia y logrando enfrentar la situación de riesgo, R.G. mencionó que durante la exposición a la situación de riesgo se sintió seguro, sin embargo, durante la semana le ocurrieron algunos eventos, en los que tuvo algunas dificultades, a continuación se presenta el monitoreo.

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o de consumo de marihuana
Martes	Ninguna	Nada	Abstinencia
Miércoles	Me reuní con mis amigos de la banda, para renunciar al grupo.	Les dije a mis amigos que ya no podían ensayar en la casa.	Abstinencia.
Jueves	Me sentía nostálgico como cuando terminas con alguien.	Me puse a componer música y tocar algunas canciones de jazz y blues, escribí una canción completa.	Abstinencia.
Viernes	Realice la situación de exposición que habíamos planeado, sentí miedo de estar caminando por ese lugar ya que me preocupaba comprar marihuana y volver a consumir, tenía un deseo regular por consumir.	Fui mentalizado a superar la situación, iba escuchando música y cuando empecé a caminar por el lugar, recordé todas las consecuencias que me trajo el consumo y empecé a pensar en una melodía que podía funcionar para una pieza, cuando termine de caminar por el lugar me senté por un momento a disfrutar de lo que había logrado.	Abstinencia.
Sábado	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Domingo	Salí con mi familia a pasear, fuimos a cenar a un puesto por la noche y alguien estaba fumando marihuana, me di cuenta por el olor, se me antojo consumir.	Le conté a mi familia que sentía deseos, mi hermana me escucho y me apoyo, eso me hizo sentir mejor, pensé en que el deseo iba a pasar y me divertí con mi familia.	Abstinencia.
Lunes	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.

Tabla 52. Automonitoreo de R.G. del 29 de Junio al 06 de Julio

Se felicitó al usuario por el éxito obtenido en la meta de la semana y por el uso de diversas destrezas y estrategias para abordar las situaciones de riesgo que se presentaron durante la semana. Al analizar la exposición de la situación de riesgo, el usuario indicó que caminar por donde conseguía marihuana le ocasiono un deseo de intensidad intermedia por consumir, no obstante recordó las diversas consecuencias de salud y de calidad de vida que le había acarreado el consumo elevado de marihuana, R.G. dijo que esos pensamientos hicieron que se sintiera “fuerte ante el deseo” y aunque percibía la sensación de antojo en su cuerpo, no pensó en sucumbir al deseo, cuando termino de caminar por los lugares donde podría adquirir la droga se sentó en una banqueta y apreció el hecho de no consumir y de estar trabajando para lograr sus metas, sintiéndose feliz y motivado de continuar en abstinencia, a continuación se presenta el reporte de resultados de la tarea semanal.

Reporte de Resultados

¿Intentó hacer la tarea?

SI.

¿Fue exitoso el intento?

SI.

Comentarios: *Me sentí bien de exponerme y abordar la situación ya que me preocupaba ante la oportunidad de comprar la droga al tener dinero, hacerlo, al caminar por esos lugares y poder sentir el deseo pero no ceder ante este me hizo sentir poderoso, fuerte y listo para dejar el consumo totalmente en el pasado.*

Tabla 53. Reporte de Resultados del 29 de Junio al 06 de Julio.

Posteriormente, se le pidió al usuario que describiera los eventos significativos de la semana, en primer lugar R.G. indicó que había renunciado a su banda, ante lo cual sus amigos respondieron de forma violenta, le recriminaron la falta de éxito debido a su capacidad creativa, le dijeron que desde que no consumía marihuana se había comportado como un “vendido”, le pidieron todas las grabaciones y todas las canciones que había escrito como pago de lo que habían invertido. R.G. se negó a darles las melodías y letras que había escrito, así que subieron a su cuarto y las tomaron, eso provocó el usuario sintiera un enojo intenso lo que culminó con un intercambio de golpes entre dos de sus amigos y él, finalmente otro de sus compañeros logró separarlos,

R.G. mencionó, que manejo la situación de forma agresiva y que en el momento en el que fueron a su cuarto y tomaron el CD donde tenía grabadas las canciones, al grado de golpearlos, sin embargo reconoció que el mejor plan de acción pudo haber sido, negociar sobre las canciones, tal como lo había practicado en la sesión anterior, ya que al pelearse con ellos perdió las grabaciones y la relación con ellos terminó violentamente, lo cual lo hizo sentir insatisfecho, no obstante, señaló sentirse tranquilo debido a que el proyecto terminó, con la oportunidad de empezar de nuevo, además de que piensa que puede iniciar la búsqueda de nuevas relaciones tanto de amistades como laborales.

Posteriormente, señaló que un evento significativo de la semana sucedió cuando salió a cenar con su familia, en ese momento sintió deseos por consumir y se lo comunicó a su hermana y madre, esa fue la primera ocasión que compartió esto con su madre, R.G. dijo que la primera reacción de su madre fue regañarlo por seguir pensando en consumir, lo cual le generó enojo y tristeza, sin embargo recordó que tenía que hablar de una forma asertiva para poder pedirle su apoyo, le explicó por qué le expresaba el deseo de consumo y la importancia de recibir su ayuda, finalmente su Madre aceptó apoyarlo, escuchándolo y motivándolo a lograr sus metas, previo a este evento pensaba que su madre prefería evitar relacionarse con su consumo, pero al hablar su Madre le hizo saber que quería que le compartiera como se sentía y si le explicaba cómo le podía ayudar, ella lo apoyaría, los resultados que obtuvo de esta plática con su madre lo hicieron sentir alegre, orgulloso y motivado a continuar en abstinencia.

Se utilizaron estas experiencias para brindar retroalimentación al usuario, mencionándole, que en el caso de la pelea con sus amigos, responder de manera violenta ocasionó una pérdida de bienes importante para él y la relación con sus amigos se vio afectada, el usuario indicó que tuvo que planear mejor como manejaría la situación y pudo haber aplicado alguna estrategia donde no se pusiera en riesgo de lastimarse o lastimar a otras personas, se le reconoció el haber abordado una situación tan complicada y se le explicó que de esa experiencia podía obtener el aprendizaje para alcanzar mejores resultados en el futuro. En lo que corresponde a la vivencia ocurrida con su madre, se le felicitó por haber hablado con ella asertivamente logrando obtener su apoyo y un involucramiento activo en su rehabilitación, R.G. señaló que nunca había hablado con su madre sobre el deseo de consumir ni le había solicitado su ayuda, pero que desde ese momento pensaba involucrarla más, se aprovechó este momento para señalarle como la aplicación de diversas habilidades pueden brindar resultados positivos aun en las situaciones más complicadas.

A continuación, se le comunicó que se revisaría si las metas y objetivos que se establecieron al principio se habían cumplido o si estaban en proceso de ser cumplidas, además se evaluaría si era necesaria una reestructuración del tratamiento para satisfacer las necesidades del usuario y cumplir con las metas programadas. En primer lugar se identificó, lo que respecta a la meta de consumo, el usuario alcanzó el objetivo propuesto, en la primera fase había usado estrategias de evitación exitosas, logrando una reducción en la cantidad y alcanzando la abstinencia en algunas semanas durante el primer mes y medio del tratamiento, además se le proporcionaron destrezas de enfrentamiento que facilitaron la iniciación al cambio, posteriormente se utilizaron estrategias que le permitieran hacerle frente a sus situaciones de riesgo, el usuario señaló que había cumplido exitosamente con las asignaciones del programa y había podido enfrentar las situaciones de riesgo más complicadas para su caso, logrando mantener la abstinencia, al preguntarle sobre su confianza para evitar consumir ante diversos disparadores, R.G. indicó que se sentía capaz de enfrentar sus disparadores sin consumir.

Seguidamente, se evaluaron las metas del usuario en las diferentes áreas de su vida, en primer lugar indicó que él percibía que la confianza de su familia hacia él había aumentado en un 100%, también había logrado mejorar la relación con su novia en un 85% y estas personas eran una fuente de apoyo importante, además logró tener ingresos semanales de 150 pesos, con la posibilidad de ganar 500 pesos al arrojar un antidoping negativo, además está esperando las calificaciones del semestre, otra meta importante para R.G. y que logró alcanzar fue, comprometerse y trabajar de manera diaria en la composición de piezas musicales, el paciente comentó que había escrito canciones de las cuales estaba orgulloso y eran adecuadas para presentar como un disco demo y de esa forma aspirar a metas profesionales en la industria musical. En el área de la salud, R.G. refirió que la tos y los problemas respiratorios habían desaparecido, su vida sexual era activa y satisfactoria y a nivel cognitivo, sus pensamientos eran claros, mencionó que su atención y su memoria habían

mejorado, concluyo que tenía varias metas y aspiraciones, pero ahora pensaba que algunas cosas serían difíciles de enfrentar, tenía la motivación y las herramientas para superar diversos obstáculos.

Se concluyó que, debido al éxito obtenido durante el tratamiento, este llegaría a su conclusión y por lo tanto la siguiente sesión sería la última, el usuario estuvo de acuerdo en ser dado de alta, mencionó estar satisfecho con lo alcanzado y se le explicó entonces, que en la fase de seguimiento-mantenimiento era necesario mantenerse en contacto para monitorear los avances y procurarle apoyo (en caso de ser necesario), R.G. se mostró de acuerdo en agendar citas de seguimiento al mes, a los 3, 6 y 12 meses después de haber sido dado de alta, además indicó estar entusiasmado por terminar el tratamiento y recuperar algunos privilegios que le habían sido quitados.

Por último, el paciente completó el plan semanal de mantenimiento para la siguiente semana:

Plan semanal- Fase de Mantenimiento
Asignación de tarea para la CASA. Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancias.
Describe la situación disparadora: <i>Iré a un festival musical con mi novia, será en Cuernavaca, es un concierto de música electrónica, habrá marihuana por todos lados, la mayoría va a fumar y también habrá LSD, hongos y tachas, habrá música y durará todo un día.</i>
Experiencia planeada
¿Cuándo? <i>Sábado.</i>
¿Dónde? <i>Se monta un campamento afuera de Cuernavaca.</i>
¿Quién estará presente? <i>Mi novia, algunos de sus amigos y muchos consumidores.</i>
Plan de enfrentamiento:
<i>Como siempre, iré mentalizado para no consumir, le pediré a mi novia su apoyo, el cual estoy seguro que me dará, iré a divertirme, a pasármela lo mejor posible escuchando música y estando con mi novia, si me dan deseos me concentrare en la música, pensare que aunque tenga antojos por consumir se pasarán, yo decido si me dejo llevar por ellos o no; no beberé alcohol, porque no me gusta y sale muy caro, llevaremos unos refrescos de contrabando, llevare mi guitarra para intentar componer algo o si tengo muchos deseos me pondré a tocar música; en caso de que este apunto de consumir, saldré del lugar a tomarme unos momentos o me alejare, si me ofrecen droga seré asertivo o usare otra técnica de rechazo, si me quiero ir del lugar debo de saber cómo llegar a la terminal de autobuses y debo de llevar dinero suficiente para poder salir de ahí rápidamente. No consumiré LSD u otra sustancia quiero experimentar el festival de música sin estar drogado.</i>

Tabla 54. Plan de la fase de mantenimiento de R.G.

Al final de dicho ejercicio, se le recordó seguir el plan semanal de mantenimiento, se le sugirió seguir practicando las destrezas y por último, se le recordó que la próxima sesión se le daría de alta. A continuación se le dió el formato de automonitoreo y se acordó la fecha de la próxima sesión.

III.2.6.4. SESION 12 CIERRE DEL TRATAMIENTO

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, se le mencionó al paciente que se revisaría el automonitoreo y el resultado del plan semanal, además se realizaría el ejercicio “Si yo fuera a recaer”, la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD-A-50), la aplicación de la batería de pruebas llenada durante la evaluación y por último se realizaría el llenado del Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

Enseguida se revisó el automonitoreo, el paciente cumplió con su meta de abstinencia y llevo a cabo el plan semanal para el enfrentamiento de la situación de riesgo, mencionó que esa última semana se sintió muy orgulloso de alcanzar la abstinencia, dijo que lograr el éxito en esta situación era un claro ejemplo de que estaba listo para concluir el tratamiento, a continuación se muestra el llenado del automonitoreo.

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de marihuana
Martes	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Miércoles	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Jueves	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Viernes	Ninguna.	Nada.	Abstinencia.
Sábado	Acudí a la situación que habíamos planeado, estuve en el festival musical, la gran mayoría estaba consumiendo marihuana y otras drogas, tuve un fuerte deseo por consumir, conforme avanzo el día note que los deseos eran menos intensos, además algunas personas me empezaron a presionar para consumir.	Fui mentalizado a no consumir, disfrute la música, baile con mi novia, disfrute estar ahí, estuve bebiendo agua y refrescos, cuando me llegaba el olor de alguien consumiendo el deseo fue muy intenso pero deje que pasara, recordé que necesitaba dejar el consumo atrás y ante la presión use la asertividad y el rechazo al consumo para negarse el consumo.	Abstinencia.
Domingo	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.
Lunes	Ninguna.	Ninguna.	Abstinencia.

Tabla 55. Automonitoreo de R.G. del 06 de Julio al 13 de Julio.

A continuación, se revisaron los resultados del plan semanal, R.G. indicó que para el enfrentamiento de esta situación de riesgo, necesito de un uso constante de las destrezas de enfrentamiento, por lo cual tuvo que estar alerta durante todo el día para lograr el éxito, R.G. señaló que lo que más utilizo fue el manejo del deseo (estando alerta de la sensación y dejándola pasar, pensando en lo que quería lograr y lo que había alcanzado, la utilizo durante toda la situación por alrededor de 5 horas) y la asertividad (rechazó asertivamente o brindó alguna excusa para no consumir en más de 3 ocasiones), el paciente observó que la intensidad

de su deseo fue disminuyendo conforme avanzaba la tarde, comparando esta ocasión con otras veces que ha acudido a festivales, al final del concierto se sentía con energía y pudo disfrutar el evento principal de la noche, también refirió que su novia le agradeció por no haber consumido y haber disfrutado con ella, al finalizar el día mientras regresaba a su casa, el usuario pensó en que estaba listo para concluir el tratamiento y se sintió optimista respecto al futuro. Se muestra a continuación el reporte de resultados de la tarea semanal.

Reporte de Resultados
¿Intento hacer la tarea? <i>SI</i>
¿Fue exitoso el intento? <i>SI</i>
Comentarios: Fue la máxima situación a la que me he enfrentado, tuve que estar alerta todo el día y por un momento pensé que era muy difícil, pero pensé que sería más difícil volver a donde estaba antes, tenía que demostrarme a mí, a mi novia y a mi mamá que podía manejar aun la situación más difícil, me siento confiado y orgulloso de mi mismo.

Tabla 56. Reporte de resultados de la última semana de tratamiento de R.G.

Posteriormente, se indagó con el usuario sobre los eventos significativos de la semana, en primer lugar señaló que sus amigos acudieron a su casa a recoger sus instrumentos pero lo empezaron a presionar para que los dejara seguir ensayando en su casa, el usuario se negó a esta petición lo que ocasionó que lo amenazaran con contarle a su Madre sobre lo que realmente hacían mientras ensayaban y si no aceptaba por las buenas, les tendría que pagar todo lo que les debía por la droga que le habían proporcionado y por las canciones que nunca entregó, ante tal postura el usuario actuó asertivamente y les pidió que tomarán sus cosas y se fueran, R.G. se percató de que sus amigos querían pelear e intentaban obtener una reacción violenta de su parte, les pidió que se retiraran de su casa y los invito a llegar a un acuerdo cuando las cosas se tranquilizaran.

De forma similar, el usuario indicó que tuvo una discusión con su madre, ya que al pedirle permiso para acudir al festival de música, su madre se negó argumentando que buscaba excusas para volver a consumir, ante tal respuesta el usuario le replicó que era una situación de riesgo que tenía que enfrentar, realizó un trato con ella, permitiéndole que le realizara un antidoping y si este resultaba negativo, ella le dejaría asistir al concierto, por tal motivo acudieron a una farmacia y compraron un kit de antidoping de orina, su madre le aplicó el antidoping siendo ella la cadena de custodia verificado que fuera la orina del paciente, los resultados fueron negativos para Marihuana, Cocaína, Metanfetaminas, Benzodiacepinas y Opiáceos, ella le hizo saber que estaba orgullosa y que esperaba que siguiera sin consumir, permitiéndole entonces ir al festival, además le comunico que si le permitía aplicarle un antidoping la próxima semana y este salía negativo, el acuerdo de darle dinero mensual y prestarle el auto iniciaría. R.G. manifestó estar satisfecho de demostrarle con evidencias la abstinencia a su madre y aceptó realizarse un antidoping la próxima semana y así poder recibir estos beneficios.

Después, R.G. dijo que había buscado opciones para estudiar música de manera profesional y encontró un centro educativo donde brindan un taller de jazz y blues que le interesaba tomar, comentó que iba a hablar con su madre para que pudiera tomarlo.

A continuación, se elaboró el ejercicio “Si yo fuera a recaer” la información de dicho ejercicio fue la siguiente:

Ejercicio “Si yo fuera a recaer”
Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación: <i>Sería en una tocada, o concierto, sentiría deseos por estar puesto y pensaría en que podría pasármelo muy bien si consumo, estaría con nuevos compañeros y no sé si ellos consuman pero al estar en ese ambiente tendría deseos por consumir</i>
¿Qué estrategias de Enfrentamiento podría yo usar para evitar una recaída? <i>1 Dejar pasar el deseo no hacerlo más grande dándole importancia 2 Buscar el apoyo de mi novia o de mi familia 3 Pensar en que si consumo no lograre nada en la música 4 Pensar en que el efecto no vale tanto la pena 5 Pensar en que si consumo todas las cosas que he logrado se vendrán atrás 6 Usar la asertividad si es que hay ofrecimiento para consumir 8 Si he decidido consumir esperarme 15 minutos hasta hacerlo 9 Si considero no poder con la situación, irme</i>
¿Qué tan confiado estaría usted de emplear una o más de estas estrategias de enfrentamiento? <i>Tendría un 95% de confianza</i>
¿Por qué este porcentaje de confianza?: <i>Creo que debo de ir mentalizado y no confiarme en un 100%, debo de saber que es una situación de riesgo y debo de tener un plan, pero también sé que puedo manejarlo, he aprendido mucho y tengo habilidades y herramientas que antes no tenía quiero poder alcanzar varias metas y el consumo no me permitirá alcanzarlas.</i>

Tabla 57. Ejercicio “Si yo fuera a recaer” completado por R.G.

Una vez terminado con este ejercicio, se le pidió al paciente su cooperación para que contestara el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (CCCD-50) y para el llenado de la batería de pruebas, el paciente dijo recordar los instrumentos, de igual manera mencionó que ahora se sentía más confiado para enfrentar sus situaciones de riesgo. A continuación, se le aplicó el “Cuestionario de Satisfacción del Cliente”.

Por último, se le invito a llevar acabo las metas a mediano plazo que tenía programadas, se le recordó la importancia de utilizar las diversas estrategias de enfrentamiento y se le agradeció su cooperación y esfuerzo, resumiendo los logros y avances obtenidos durante los 3 meses de tratamiento, remarcándole la importancia de continuar en contacto para recibir apoyo en caso de ser necesario y de asistir a las sesiones de seguimiento, finalmente se le dio de alta, R.G. mencionó que se sentía orgulloso de terminar con su tratamiento y que este había sido muy exitoso, también se sentía contento y preparado para

enfrentar futuras situaciones de riesgo, por tal motivo, expresó su agradecimiento y se acordó la fecha para el primer seguimiento.

Cuestionario de Satisfacción del Cliente	
✓	El servicio que recibió ¿fue? <i>Excelente.</i>
✓	¿Obtuvo el servicio que quería? <i>Definitivamente.</i>
✓	¿Sus necesidades fueron satisfechas por el programa? <i>Casi todas mis necesidades fueron satisfechas.</i>
✓	¿Si un amigo tuviera la necesidad de ayuda lo recomendaría? <i>Definitivamente.</i>
✓	¿Los servicios que recibió lo ayudaron a manejar eficazmente sus problemas? <i>Mucho.</i>
✓	De manera general ¿Cómo se encuentra con el servicio requerido? <i>Muy satisfecho.</i>
✓	¿Si buscara nuevamente ayuda regresaría al programa? <i>Definitivamente.</i>
✓	¿Cuál es la parte más útil del programa? <i>Que se basa en lo que necesito y en lo que quiero lograr.</i>
✓	¿Ofrece alguna sugerencia o mejoría al programa? <i>Que el inicio del tratamiento no se tarde tanto.</i>
✓	¿Cómo considera la asignación de tareas de situaciones pasadas de consumo de alcohol? <i>Muy útil.</i>
✓	¿Considera que el establecimiento de metas y el plan semanal fueron? <i>Muy útiles.</i>
✓	¿Considera el monitoreo diario del consumo de alcohol? <i>Muy útil.</i>
✓	¿Considera el monitoreo diario de los disparadores? <i>Muy útil.</i>
✓	¿Considera el ejercicio “Si yo fuera a recaer”? <i>Muy útil.</i>
✓	¿La asignación de las habilidades de enfrentamiento fueron? <i>Muy útiles.</i>
✓	¿El tratamiento que recibió fue? <i>Individualizado.</i>
✓	¿Encontró útil que el tratamiento fuera personalizado? <i>Mucho.</i>
✓	¿Hay alguna parte del consejo individual que no le gusto? <i>No.</i>
✓	¿Hubiera preferido tratamiento grupal? <i>No.</i>
✓	Comentario: <i>Me sentí cómodo y me gusto venir a las sesiones, aprendí muchísimo y espero no volver a necesitar tratamiento.</i>

Tabla 58. Cuestionario de Satisfacción del Cliente contestado por R.G.

Los resultados obtenidos del cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (CCCD--50) del paciente fueron los siguientes:

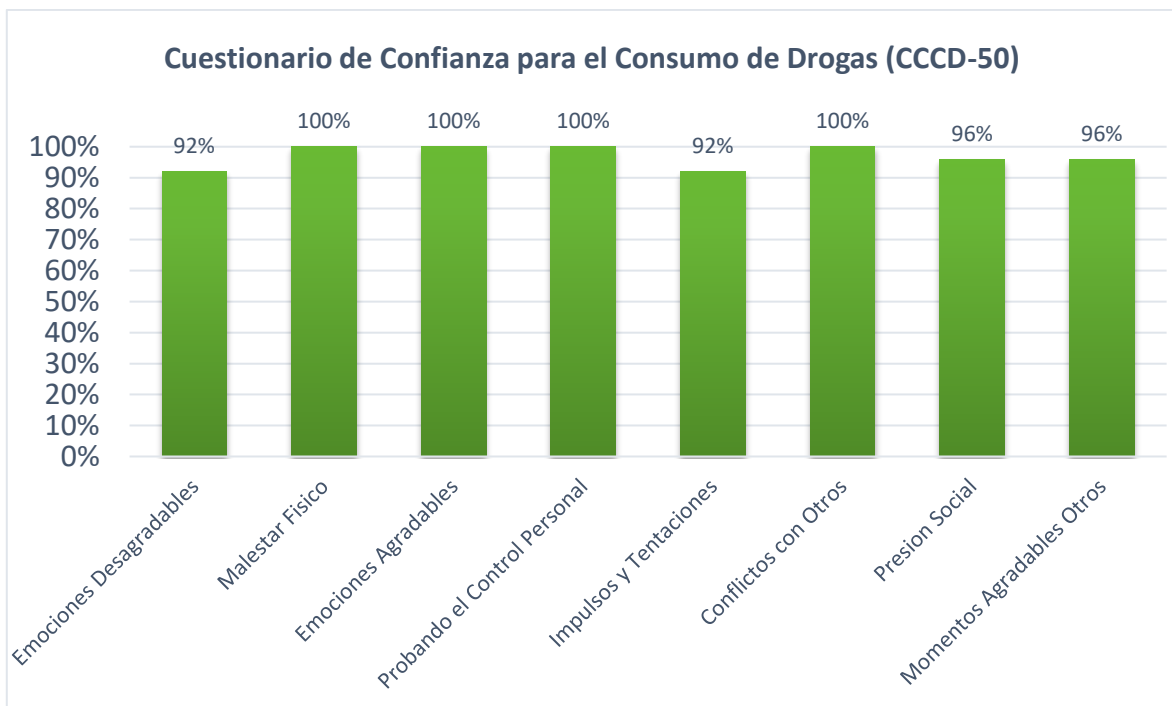


Figura 4. Porcentaje de confianza de L.R. a resistirse al consumo de marihuana en las 8 situaciones de riesgo al finalizar el tratamiento

III.2.7. RESULTADOS

En lo que corresponde al patrón de consumo de R.G. antes y durante el tratamiento la figura 5 muestra un decremento en el número de cigarros consumidos, disminuyendo de 110 cigarros del último mes antes del tratamiento a 41.5 durante el primer mes de tratamiento, a 0.5 cigarros en el segundo mes del programa hasta alcanzar 0 cigarros en el último mes de tratamiento. En términos de porcentajes, el usuario redujo su consumo un 75.29% durante el primer mes de tratamiento, un 99.8% durante el segundo mes de tratamiento y un 100% durante el último mes de tratamiento, respecto a los días se observó una disminución, pasando de consumir en 365 días consecutivos a consumir solamente 13 días durante los 3 meses de duración del tratamiento.

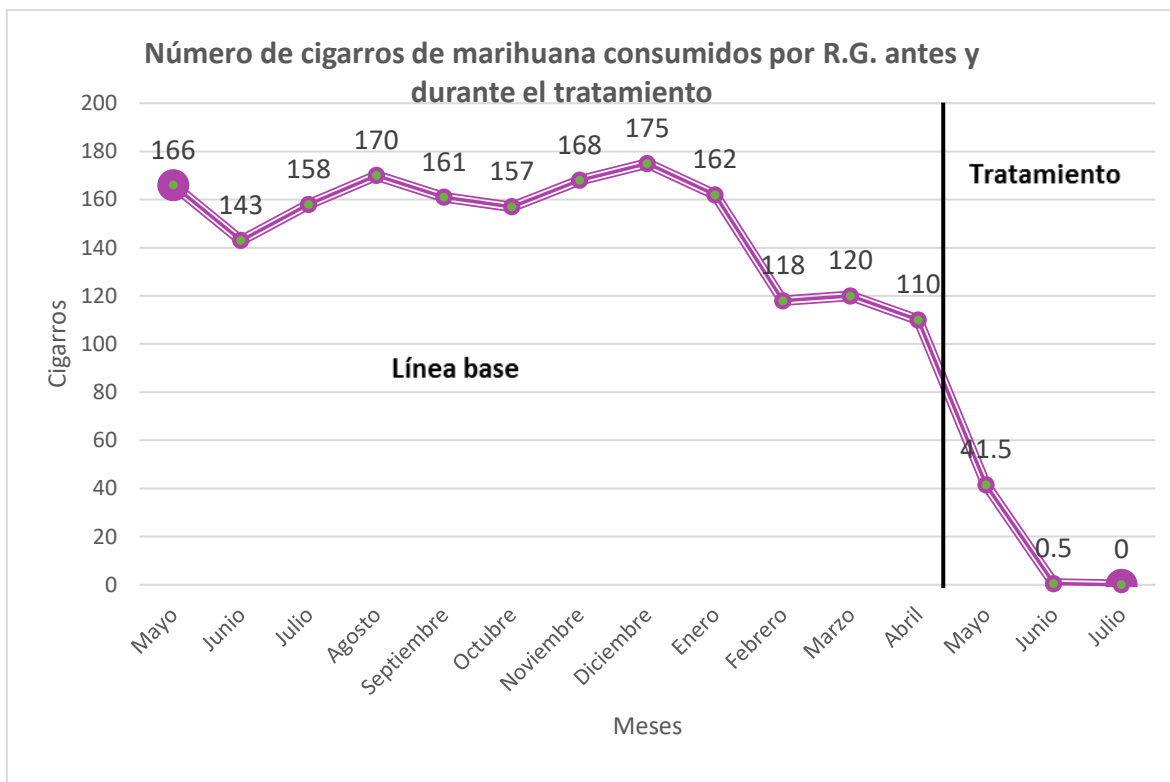


Figura 5. Número de cigarros de marihuana consumidos por R.G. por mes antes del tratamiento y durante el tratamiento.

Los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (CCCD-50) antes y después del tratamiento (ver figura 6), muestran que el paciente tuvo un incremento significativo en la confianza para resistir el consumo de marihuana en las ocho situaciones de riesgo. Es de notarse que en todas situaciones hubo un incremento de confianza, y se puede observar que las situaciones en las que presentaba menos confianza para resistir el consumo son las que presentan un aumento significativo; la confianza para evitar el consumo bajo emociones desagradables aumentó en un 74%; en impulsos y tentaciones aumento un 76%, mientras que en la presión social y momentos agradables con otros incremento su confianza en un 72%, de igual manera las situaciones de malestar físico y probando el control aumentaron en un 42%, conflictos con otros aumento en un 32% y emociones agradables aumento en un 22%.

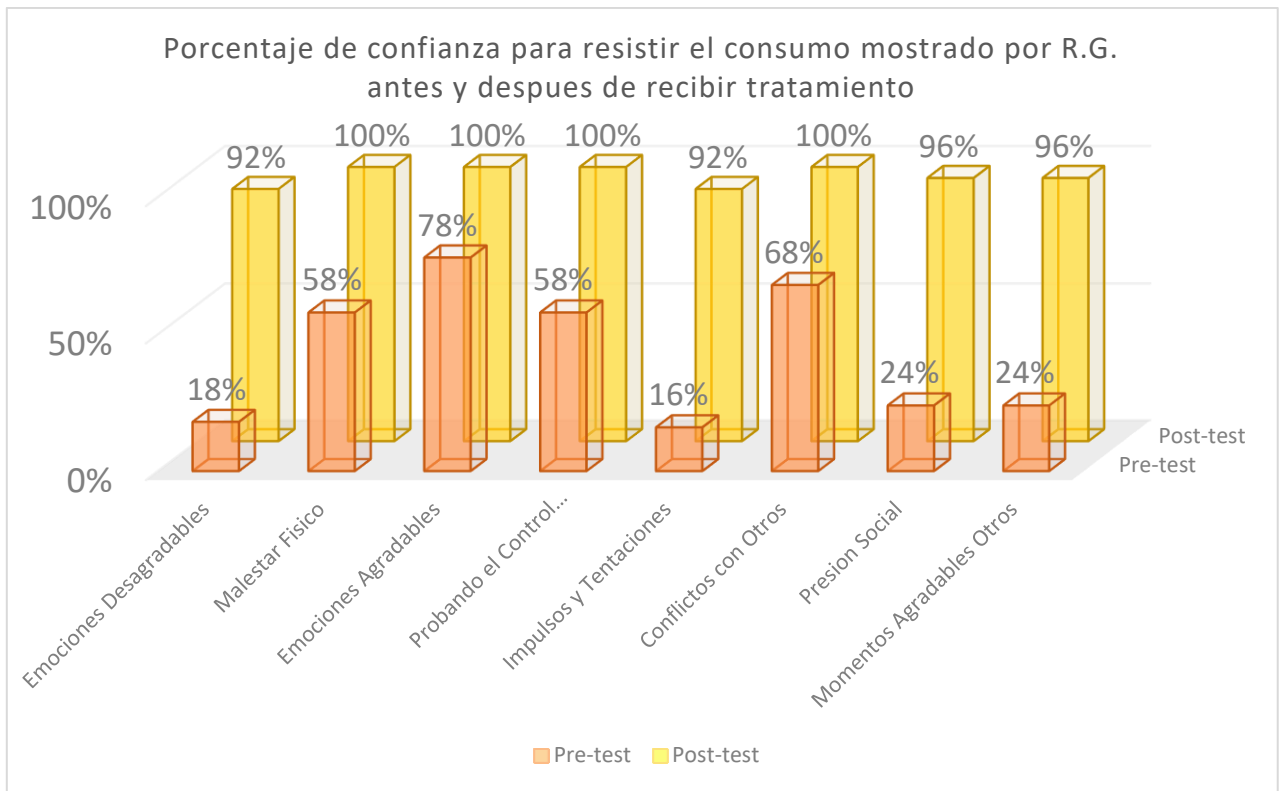


Figura 6. Porcentaje de confianza percibida por el paciente para resistir el consumo de alcohol, antes y después del tratamiento.

En lo correspondiente al funcionamiento cognitivo, en la Prueba de Pistas, en la Prueba A, el paciente registro un tiempo de 45 segundos y en la Prueba B obtuvo un tiempo de 1 minutos, por lo que se puede observar un mejor rendimiento que el mostrado en la evaluación (Prueba A obtuvo 1 minuto con 15 segundos, Prueba B obtuvo 2 minutos con 45 segundos), mientras que en la Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler, el paciente obtuvo un puntaje estandarizado de 10, mostrando un desempeño dentro de la norma, lo que puede sugerir una mejoría en la memoria inmediata y atención en el paciente, ya que anteriormente obtuvo un puntaje de 5.

En cuanto al Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck, el usuario obtuvo un puntaje de 6 en ambas pruebas, lo que indica un nivel de ansiedad y depresión leve, por lo cual se observa una mejoría en el estado de ánimo del usuario en comparación con el inicio del tratamiento ya anteriormente tanto el nivel de ansiedad y de depresión eran moderadas.

III.3. FASE DE SEGUIMIENTO

III.3.1. SEGUIMIENTO A UN MES

La sesión de seguimiento comenzó con el rapport seguido del encuadre terapéutico, explicándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de las metas establecidas al final del tratamiento y que se realizaría la entrevista de seguimiento del usuario.

A continuación, se evaluó el cumplimiento de la meta de consumo establecida al final del tratamiento, el paciente mencionó haber alcanzado la meta de abstinencia, señaló que la estrategia que utilizó fue anticipar situaciones de riesgo y tener un plan para evitar el consumo, usando diversas destrezas de enfrentamiento tanto en situaciones de riesgo como en situaciones cotidianas, refirió que alcanzar un mes de abstinencia sin asistir a tratamiento fue un gran logro y aunque algunas situaciones se le hicieron complicadas, pudo manejarlas, R.G. reportó que la situación más problemática que enfrentó fue acudir a un bar donde toco música y le ofrecieron la sustancia, R.G. estaba nervioso y pensó que podría consumir para relajarse, sin embargo, al recordar que sus aptitudes musicales disminuían con la marihuana, rechazó el consumo y aplicó estrategias para el manejo de los deseos, se le felicitó por haber abordado la situación y que no haya consumido, se le invitó a seguir usando las estrategias vistas en tratamiento y a continuar preparándose para enfrentar posibles situaciones de riesgo.

De igual manera R.G. dijo que había incrementado el número de actividades que realizaba, se mantenía ocupado con sus clases de música, continuaba realizando tareas domésticas, salía 2 veces por semana a realizar algunas actividad de esparcimiento con su novia o con su familia, disponía de hora y media al día para componer y le dedicaba más tiempo al estudio para subir su promedio escolar, todas estas actividades habían dado como resultado que el aburrimiento no fuera un disparador de consumo y la intensidad del deseo por consumir había disminuido

Enseguida, se profundizo con el paciente, sobre a sus relaciones, su salud y sus metas a mediano plazo, sobre el transcurso del mes. R.G. refirió que había tenido un mes bastante bueno en lo que respecta a sus relaciones, lo primero que mencionó fue que su mamá le estaba dando una mensualidad de 500 pesos, le permitía salir ocasionalmente a tocadas, le daba la mitad de dinero para su curso de música y le permitía el uso del coche, con la condición de realizarse un antidoping mensual y que este fuera negativo, el paciente indicó que no le molestaba hacerse los antidopings, que además de recibir dinero y privilegios, su Madre estaba más tranquila y confiaba en él, el usuario dijo que ella y su hermana lo apoyaron, hablan más y pasan juntos el tiempo que pueden, él apoya a su madre con los quehaceres de la casa para que esté tranquila, a su hermana intenta apoyarla escuchándola y dándole consejos ya que tiene problemas en su relación amorosa. La relación de R.G. con su pareja ha tenido altibajos ya que en ocasiones han tenido discusiones por el tema de celos, el paciente indicó que estaba celoso de la relación que su novia tenía con uno de sus amigos de

la preparatoria, además, como su novia se encontraba en periodo de exámenes no habían salido tanto, pero planea hablar con sobre el tema de los celos para mejorar la situación.

En cuanto al área de la salud, el paciente dijo que había acudido con el psiquiatra para la cita de seguimiento y este le redujo la dosis de antidepresivos, no tiene problemas respiratorios y se siente satisfecho de su desempeño sexual, a nivel cognitivo su memoria y atención siguen mejorando ya que puede permanecer más tiempo concentrado realizando una actividad, menciona que componer música le es más sencillo, puede recordar más canciones lo que hace que tenga un mayor catalogo musical, de igual forma, realizar las actividades escolares le toma menos tiempo.

Por último, en lo que respecta a su estado emocional, dijo sentirse tranquilo, relajado, feliz y realizado por los éxitos obtenidos en su consumo y a la buena relación con su familia.

A continuación, se le preguntó si había utilizado las destrezas de enfrentamiento a lo que el paciente mencionó que las que usaba con más regularidad eran la de enfrentamiento de los deseos intensos, asertividad y enfrentamiento del aburrimiento, además se recolectó la siguiente información.

Destreza	Situaciones en las que se utilizó la destreza	Resultados
Enfrentamiento de los deseos intensos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando tenía deseos de consumir (pensaba en lo que iba a perder y dejaba pasar el deseo). ✓ Cuando veía a otras personas fumando (Recordaba las consecuencias que para mí tenía el consumo y dejaba pasar el deseo). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Logré no consumir en situaciones de riesgo bastante complicadas para mí.
Asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando quería conseguir algo de mi mamá (negociaba). ✓ Cuando tenía alguna discusión con mi novia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Logré expresar a mi mamá mis necesidades logrando un acuerdo. ✓ En algunas ocasiones logré que llegáramos a acuerdos y le pude expresar como me sentía sin ser agresivo.
Enfrentamiento del aburrimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando tenía tiempo libre, lo aprovechaba para planear lo siguiente que iba a hacer. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Me mantuve ocupado y lo más importante es que sigo trabajando en mis metas.
Rechazo de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando detecte que la asertividad no era aplicable a la situación, utilice otras estrategias de rechazo al ofrecimiento de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechace los ofrecimientos de droga de una forma sencilla.
Relaciones saludables.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estoy buscando nuevas relaciones e intento fortalecer las que ya tengo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ He conocido a algunas personas que estimo, aun no son mis amigos pero podemos serlo. ✓ Soy un apoyo para mi familia y para mi novia e intento fortalecer las relaciones que tengo.

Tabla 59. Uso de destrezas de enfrentamiento durante el primer mes en la fase de seguimiento de R.G.

Enseguida, se contestó la entrevista de seguimiento del usuario, la cual quedó completada de la siguiente manera:

Entrevista de seguimiento del usuario	
1 ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?	<i>R: Satisfecho.</i>
2 Describe el tipo de tratamiento y califícelo	<i>R: Tratamiento individualizado para mi dependencia de marihuana, le doy un 10.</i>
3 Su manera de consumir durante el último mes: No es un problema.	
4 ¿Qué estrategias o técnicas vio en terapia utilizó satisfactoriamente en el último mes?	<ul style="list-style-type: none">• <i>Automonitoreo de consumo de drogas.</i>• <i>Identificación de los factores de incitación al consumo de drogas.</i>• <i>Proceso que consiste en detenerse y pensar.</i>• <i>Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).</i>• <i>Cambio de amigos o de lugares donde se consume.</i>
5 El tiempo que duró el tratamiento fue:	<i>Considerable pero necesario.</i>
6 En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de entrar en el tratamiento, actualmente su manera de consumir es:	<i>Ya no es un problema.</i>
7 En general, ¿cómo considera que fue su elección de meta de consumo de alcohol o drogas?	<i>R: Una buena meta, sencilla de lograr si no descuido mis intereses, quiero lograr más cosas, estoy joven quiero ser exitoso.</i>
8 Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características de tratamiento:	<ul style="list-style-type: none">• <i>Fue útil la entrevista inicial en el Centro.</i>• <i>Fueron muy útiles las lecturas y tareas asignadas.</i>• <i>Fue muy útil el automonitoreo del consumo de drogas.</i>• <i>Fue muy útil el balance decisional.</i>• <i>Fue muy útil la identificación de las situaciones de riesgo.</i>• <i>Fueron muy útiles la elaboración de los planes de acción.</i>• <i>Fue muy útil hacer el énfasis en hacer las cosas por uno mismo.</i>• <i>Fue muy útil la autoselección de metas para el consumo de drogas.</i>• <i>Fue muy útil el contacto telefónico que se mantuvo con el terapeuta para la terapia de seguimiento.</i>• <i>Fueron muy útiles las sesiones estructuradas de la terapia.</i>
9 ¿Considera usted que el programa de tratamiento en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población?	<i>R: Si, porque no todas las personas pueden pagar una institución privada.</i>
10 ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?	<i>R: Estoy feliz de haberme quedado en la terapia, gracias a todos por tratarme con respeto.</i>

Tabla 60. Formato de entrevista de seguimiento al mes llenado por R.G.

Al terminar dicho ejercicio el paciente manifestó que sus metas a lograr para el siguiente mes eran: mantener la abstinencia; hablar con su novia sobre los celos, tener listo el demo de canciones, presentarse en un bar como solista, aumentar su promedio escolar y seguir fortaleciendo sus relaciones. Por último, se acordó la fecha del seguimiento a 3 meses.

III.3.2. SEGUIMIENTO A TRES MESES

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de la meta de establecida en la última sesión de seguimiento.

Enseguida, el paciente mencionó haber cumplido con su meta de consumo ya que se mantuvo abstemio, refirió sentirse orgulloso, contento y realizado de haber cumplido con su meta. Mencionó haber tenido dos situaciones de riesgo, la primera fue una situación inesperada, hace un mes terminó la relación con su novia lo cual lo hizo sentir triste y enojado, pensó que lo mejor era consumir, fue a comprar marihuana automáticamente, recordó entonces que había realizado planes para abordar situaciones inesperadas y que en esa situación había planeado que lo mejor era pedir el apoyo de su familia, fue entonces que se comunicó con su hermana y ella le pidió que antes de consumir fuera a verla, R.G. tomo un taxi y fue a encontrarse con su hermana, hablo con ella de cómo se sentía, de lo que pensaba, pensó en lo que había alcanzado, en que una vez que consumiera se sentiría peor, finalmente le entregó la droga a su hermana y busco el apoyo de su familia para poder lidiar con las emociones que tenía.

La segunda situación de riesgo, sucedió cuando consiguió participar en una exposición de jazz y al estar en el evento, los organizadores le ofrecieron la sustancia, ante esta situación pensó que lo mejor era aceptar el cigarro para que lo aceptaran y le dieran más oportunidades de tocar, sin embargo, rechazó el ofrecimiento ya que analizó la situación, concluyendo que si consumía, su desempeño se vería afectado, queriendo mostrar sus habilidades y su técnica para que lo volvieran a llamar por su trabajo y no por consumir con ellos. Se felicitó al usuario por llevar a cabo estrategias que le permitieron evitar el consumo y por recordar el uso de la Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento para el manejo de situaciones inesperadas, R.G. dijo estar satisfecho por no consumir en especial cuando termino con su novia, ya que no se preparó para esa situación y aun así mantuvo la abstinencia

A continuación, se le preguntó al paciente, sobre las otras metas que se había propuesto alcanzar, en primer lugar indicó que su madre seguía dándole dinero mensual y le permitía salir, mantenía estos beneficios ya que los resultados de los antidopings mensuales habían resultado negativos, señaló que la relación con su madre y hermana continuaba estable y que cuando termino con su novia recibió apoyo y comprensión por parte de su familia, en cuanto a su relación amorosa, R.G. indicó que terminaron debido a que ella le fue infiel, mencionando que se sintió enojado y triste, esto hizo que escribiera más canciones y se enfocara en sus metas profesionales, terminando el disco demo con 10 canciones y consiguiendo presentarse en un bar, tocando por una hora, R.G. dijo que le mostró a su profesor de música y a su familia el demo obteniendo buenas críticas, por tal motivo tenía la intención de presentar su disco en el círculo musical para poder vender algunas copias, por último, indicó que tiene dos nuevos amigos, los conoció en el taller de música al que asiste,

mencionó que no son consumidores de marihuana y que apenas los estaba conociendo pero había salido y tocado con ellos en algunas ocasiones.

Enseguida, R.G. mencionó que las destrezas que más utilizó durante los 3 meses fueron, enfrentamiento de los deseos intensos, asertividad y rechazo de drogas, se le felicitó por los éxitos alcanzados, recordándole que había alcanzado 5 meses de abstinencia y había conseguido varias metas que se había establecido a un mediano plazo, se le invitó a continuar trabajando y esforzándose para lograr sus metas a largo plazo. Para finalizar la sesión, se le pidió a R.G. su cooperación para contestar el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCCD-50) y se acordó la fecha del siguiente seguimiento.

III.3.3. SEGUIMIENTO A SEIS MESES

La sesión se realizó vía telefónica, se comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de la meta de establecida en la última sesión de seguimiento.

En primer lugar el usuario indicó que el motivo de realizar el seguimiento por teléfono era que estaba trabajando con el propósito de pagar la colegiatura de la escuela de música a la que estaba acudiendo, señaló que había logrado mantener la abstinencia, no se le habían presentado situaciones que no hubiera manejado antes, señaló que mantener la abstinencia no le requirió el mismo nivel de esfuerzo que en los primeros meses de haber terminado el tratamiento.

Respecto a las metas alcanzadas, señaló que estaba a un semestre de terminar la preparatoria en modalidad abierta, había entrado a trabajar ya que se inscribió a una escuela de música y la colegiatura era elevada, por eso su madre se comprometió a pagarle la mitad de la colegiatura siempre y cuando el cumpliera con sus obligaciones, R.G. ingreso a trabajar en una cadena de café ganando lo suficiente para pagar la mitad de colegiatura, respecto a los antidopings señaló que su madre dejó de aplicárselos, indicó que le había demostrado a su madre que podía confiar en él, cumpliendo con sus obligaciones escolares y de la casa, siendo responsable con el uso del auto y ahorrando dinero.

En lo que corresponde a sus relaciones, R.G. señaló que la relación con su familia era estable y aunque en ocasiones discutían, solucionan los problemas a través del dialogo, indicó que su principal fuente de apoyo es su hermana y comparten más tiempo debido a que la escuela de música a la que acude está cerca de Ciudad Universitaria, por lo cual en la noche regresan juntos a la casa, también indicó que ha conocido a varias personas del entorno musical y que actualmente tiene nuevos amigos, ellos lo habían incorporado a un nuevo grupo musical, esto le generó alegría pero también incertidumbre al recordar las experiencias de su antiguo grupo, sin embargo deseaba seguir aprendiendo, además mencionó que este grupo se comportaba de manera profesional logrando presentarse en varios lugares, su rol en el grupo era de compositor y bajista, manifestó que en las diversas presentaciones musicales le habían

ofrecido marihuana, pero uso la asertividad y el rechazo de drogas para evitar el consumo, en cuanto a sus deseos, mencionó que estos eran poco intensos y que en ocasiones inexistentes, pero se mantenía alerta de los mismos para poder manejarlos.

Así mismo, en el área de la salud, señaló que el psiquiatra lo había dado de alta, retirando el antidepresivo, también percibía que su rendimiento cognitivo seguía mejorando, notando que podía mantener su atención y concentración, presentando menos olvidos, señaló que la escuela le demandaba un alto nivel de concentración, teniendo que aprender y ejecutar piezas musicales en unas horas.

La destreza de enfrentamiento que había usado con mayor frecuencia, era la asertividad, llevándola a cabo con su familia, en especial al discutir o negociar con su madre, pero también la usaba, en el trabajo con los clientes y sus superiores y en la escuela con sus compañeros y maestros, similarmente uso el rechazo de drogas de manera exitosa en las situaciones donde le ofrecían o presionaban para consumir, por el último el manejo del deseo lo había utilizado en pocas ocasiones pero con resultados positivos. Se felicitó al usuario por el éxito alcanzado al cumplir con su meta de consumo y por haber alcanzado varias de sus metas a mediano plazo y largo plazo, se le solicitó estar alerta a situaciones de riesgo para lograr anticiparse a ellas, reforzándole el uso de las estrategias de enfrentamiento para el logro de sus diversas metas.

Finalmente, se le agradeció su compromiso y participación y se acordó la fecha del siguiente seguimiento.

III.3.4. SEGUIMIENTO A DOCE MESES

La sesión comenzó estableciendo el rapport seguido del encuadre terapéutico, aclarándole al paciente que se revisaría el cumplimiento de la meta establecida en la última sesión de seguimiento y se contestaría el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (CCCD-50), además se aplicaría la batería de pruebas llenadas durante la evaluación.

En primer lugar, se exploró el cumplimiento de la meta de consumo, R.G. indicó que se mantuvo en abstinencia, estando orgulloso y feliz, se le felicitó por el éxito alcanzado, logrando 13 meses de abstinencia, haciéndole ver la importancia del esfuerzo y de la constancia, al preguntarle por las situaciones de riesgo que se presentaron en el transcurso de los meses, señaló que el más significativo ocurrió durante una fiesta, al analizar esta situación indicó que el disparador de su deseo por consumir, fue el pensamiento de incrementar su placer sexual ya que al tener relaciones sexuales la persona con la que estaba, prendió un cigarro de marihuana y le exhaló el humo directamente a la cara, en ese momento sintió deseo y pensó que si fumaba podría mejorar el encuentro sexual, ante esta situación R.G. salió de la habitación y pensó en las consecuencias negativas que le podría traer el consumo de marihuana en las diferentes áreas de su vida y en las diversas metas que quería alcanzar, fue

entonces que se retiró de la fiesta ya que pensó que no se sentiría cómodo de permanecer en esta situación.

Posteriormente señaló que su madre le había realizado sorpresivamente un antidoping, el cual fue negativo, R.G. indicó que su madre le realizó la prueba ya que querría corroborar que continuara en abstinencia, mencionó que sabía que su Madre iba a seguir sospechando que consumía, pero el continuaría manteniendo la abstinencia ya que sus metas son más importantes, señaló que continuaba trabajando para pagar la mitad de su colegiatura de la escuela de música y había logrado tocar en varios lugares con su nuevo proyecto musical, formando lazos de amistad con sus compañeros, concluyó que sus principales relaciones significativas eran su familia y sus nuevos amigos, siendo una fuente de apoyo y motivación. Seguidamente refirió que había terminado la preparatoria en modalidad abierta e iba a iniciar el trámite para la obtención del certificado de preparatoria, por el momento no tenía planeado iniciar una licenciatura inmediatamente ya que el curso que estaba tomando duraría dos años y pensaba terminarlo para posteriormente estudiar la licenciatura en la misma escuela.

Al examinar las destrezas usadas con más regularidad, R.G. puntualizó que continuó usando la asertividad con bastante frecuencia tanto en situaciones personales, escolares y laborales, en segundo lugar uso la destreza de rechazo de drogas ya que en algunos lugares donde toca, le han ofrecido marihuana, también aplicó la destreza de enfrentamiento de deseos, usándola únicamente en la situación anteriormente descrita. Se felicitó al usuario por el uso adecuado de las diversas estrategias de enfrentamiento tanto en situaciones de riesgo como en situaciones cotidianas, en escenarios familiares, escolares y laborales, se le incitó a seguir utilizando sus habilidades para lograr, tanto sus metas respecto al consumo como a sus metas personales, el usuario mencionó estar muy satisfecho con los resultados obtenidos a un año de haber concluido el tratamiento, estando muy orgulloso de haber concluido la preparatoria, de haber mejorado sus relaciones personales, alcanzando cierta libertad monetaria, aumentando la confianza que su familia le tenía y de estar trabajando para alcanzar sus metas profesionales.

Se concluyó la sesión haciendo un resumen de los temas vistos, las destrezas practicadas, los logros alcanzados y las metas conseguidas, por último se le agradeció su esfuerzo, empeño y persistencia mostrados durante todo el tratamiento y seguimiento, por último se le recordó que en caso de necesitar apoyo se pusiera en contacto y se le pidió que contestara la batería de pruebas.

III.3.5. RESULTADOS FINALES

A continuación, se muestran los resultados generales de la intervención, en primer lugar, el puntaje obtenido por el paciente en la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20) indicó una disminución en el nivel de abuso de drogas, el puntaje disminuyó de 18 (nivel severo) al inicio de la intervención a 0 al año de seguimiento, no presentando síntoma alguno de abuso o dependencia, en dicha prueba. En lo referente al patrón de consumo del usuario, se redujo significativamente durante la fase de tratamiento hasta alcanzar la abstinencia, manteniéndola por los siguientes 12 meses después de haber sido dado de alta, el promedio de cigarrillos fumados antes de la intervención fue de 123.3 cigarrillos de marihuana mensuales a 0 cigarrillos mensuales durante 12 meses de seguimiento, al final del seguimiento el usuario había alcanzado 13 meses de abstinencia a la marihuana (véase figura 7).

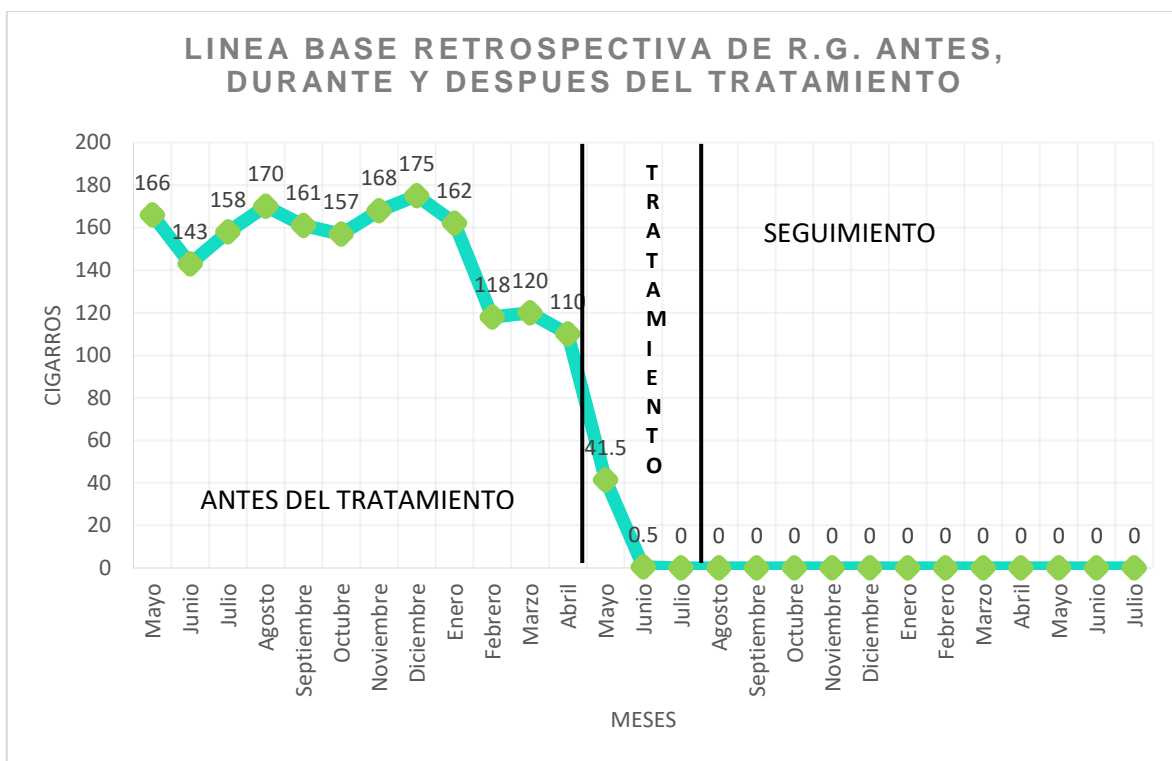


Figura 7. Numero de cigarrillos de marihuana consumidos por R.G. antes del tratamiento, durante y en los 12 meses de la fase de seguimiento

De la misma forma, los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCCD-50) se observan en la figura 8, en la cual se muestra que al finalizar el tratamiento, la confianza para enfrentar las 8 situaciones de riesgo aumento de manera significativa sobre todo en las situaciones que eran más problemáticas para el usuario: en Emociones Desagradables aumento su confianza en un 74%, en Impulsos y Tentaciones aumento un 76%, y en Presión Social y Momentos Agradables con Otros un aumento de

72%, al revisar los resultados al seguimiento anual de haber concluido el tratamiento, se observa que el porcentaje de confianza se incrementó en: Emociones Desagradables, de un 92% a un 100%, Impulsos y Tentación de un 92% a un 96%, Presión Social de un 96% a un 100%, por otro lado la confianza mostrada se mantuvo en: Malestar Físico, Probando el Control Personal, Conflictos con Otros con un 100% y Momentos Agradables con Otros con un 96%, la única situación en la hubo una disminución en el porcentaje de confianza fue Emociones Agradables disminuyendo de un 100% a un 96%.

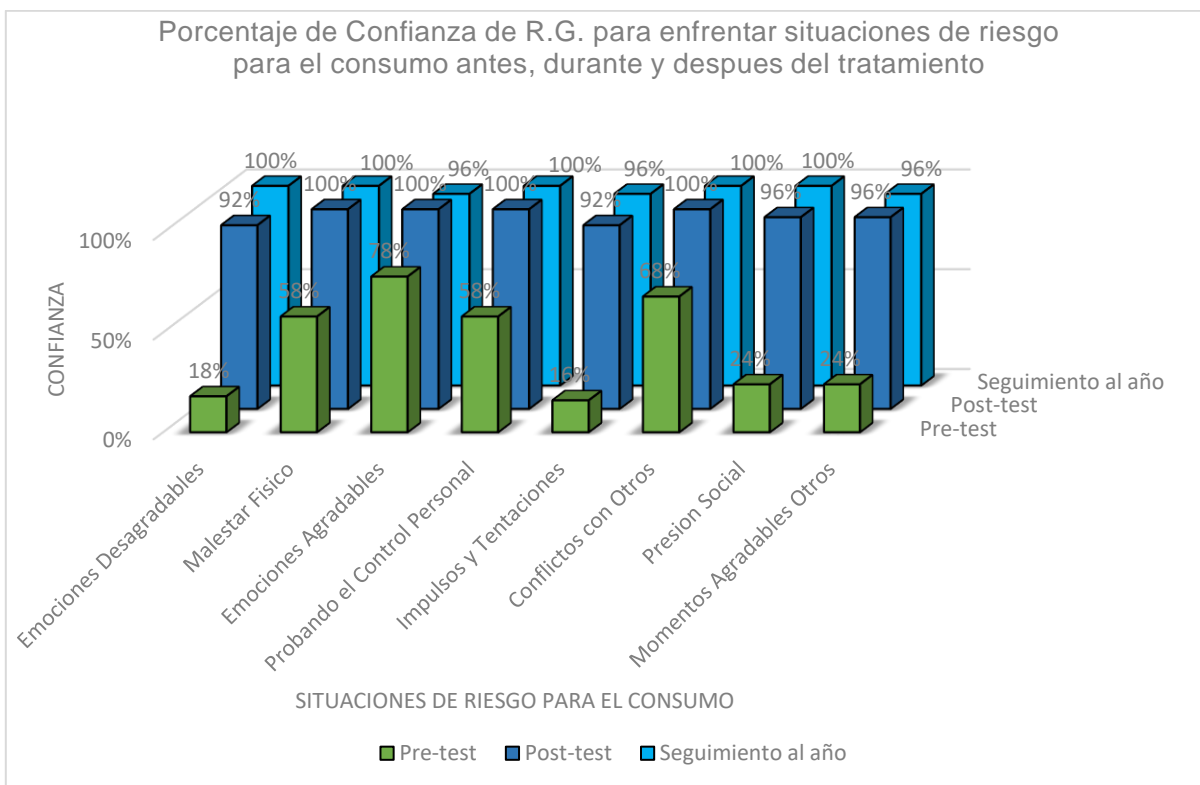


Figura 7. Porcentaje de confianza en las situaciones de riesgo, antes, después del tratamiento y a un mes de seguimiento.

En cuanto a los resultados referentes al funcionamiento cognitivo, a los 12 meses de haber concluido el tratamiento (véase Tabla 34), en la Prueba de Pistas, en la Prueba A, el paciente registro un tiempo de 30 segundos y en la Prueba B obtuvo un tiempo de 45 segundos, por lo que se puede observar un mejor rendimiento que el mostrado en evaluación y al concluir el tratamiento. Mientras que, en la Subescala de Retención de Dígitos de Wechsler, el paciente obtuvo un puntaje estandarizado de 12, obteniendo 2 puntos más en comparación del final del tratamiento (puntaje de 10) y 7 puntos más que en los resultados obtenidos antes de la intervención (puntaje de 5) (véase Tabla 36), los puntajes en estas pruebas indican un mejor rendimiento en la memoria inmediata y atención en el paciente.

Prueba de Pistas		
Resultados de la Evaluación	Resultados del tratamiento	Resultados del seguimiento a los 12 meses
Prueba A: 1 Minuto 15 seg.	Prueba A: 45 segundos	Prueba A: 30 segundos
Prueba B: 2 Minuto 45 seg.	Prueba B: 1 minuto	Prueba B: 45 segundos

Tabla 61. Tiempo obtenido por el usuario en la prueba de pistas, en la evaluación, los resultados del tratamiento y del seguimiento a los 12 meses.

Subescala de Retención de Wechsler		
Resultados de la Evaluación	Resultados del tratamiento	Resultados del seguimiento a los 12 meses
Puntaje de 5	Puntaje de 10	Puntaje de 12

Tabla 62. Puntaje obtenido por el usuario en la Subescala de Retención de Wechsler, en la evaluación, los resultados del tratamiento y del seguimiento a los 12 meses.

En lo que corresponde, al Inventario de Depresión obtuvo un puntaje de 5, correspondiente un nivel de depresión mínimo y en el Inventario de Ansiedad de Beck, el usuario obtuvo un puntaje de 6 lo que indica un nivel de ansiedad leve, por lo cual se observó una mejoría en el estado de ánimo, particularmente en el nivel de depresión pasando de un nivel leve a mínimo, de finalizar el tratamiento al año de seguimiento.

Finalmente, en lo referente a los problemas asociados al consumo, se observó una disminución en sus problemas de salud, mejorando su capacidad respiratoria, aliviando sus problemas de garganta y su disfunción eréctil, así mismo ya no presentó problemas en sus relaciones con personas significativas, mejorando la comunicación con su madre y su hermana, en el plano escolar logró concluir el bachillerato e iniciar estudios profesionales.

III.3.6. CONCLUSIONES

Se puede señalar que, debido a varias características del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, se obtuvieron resultados favorables, ya que el paciente logró: abstinencia del consumo de marihuana; reducir el nivel de riesgo ante situaciones de consumo; incrementar sus niveles de autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo para el consumo de marihuana; reducir el número de problemas asociados al consumo; entrenar al paciente en las destrezas de enfrentamiento necesarias (asertividad, manejo de los deseos intensos, relaciones saludables y manejo del aburrimiento); y apoyarlo para que identificara las conexiones entre su conducta, pensamientos y emociones, y su consumo de marihuana, entendiendo las funciones del consumo en su vida, lo cual le permitió adquirir habilidades para identificar y anticiparse a los disparadores de su consumo. Cabe mencionar que, a partir de lo reportado por el paciente, se identificó que logró incorporar las destrezas y estrategias de enfrentamiento que se trabajaron durante el tratamiento a su repertorio conductual, lo cual influyó de manera positiva en la mayoría de las áreas de su vida, principalmente en el aspecto familiar, personal y médico.

Por ello se revisaran los elementos que facilitaron el cambio en el usuario. En primer lugar, al ser un programa estructurado, el análisis de deficiencias en habilidades, permitió el entrenamiento, practica y aplicación de las destrezas que facilitaron que el usuario evitara el consumo en sus situaciones de riesgo y al mismo tiempo, utilizara dichas destrezas para la obtención de metas en sus diferentes áreas de vida.

Otro elemento fundamental del programa de prevención de recaídas, es el ajustar las estrategias de intervención de acuerdo a la disposición de cambio mostrada por el usuario, por tal razón en el caso del usuario, se inició con el uso de estrategias para incrementar su disposición al cambio, en conjunto, la retroalimentación que se brindó sobre los resultados obtenidos en la batería de pruebas psicométricas, la psicoeducación sobre los efectos de la marihuana y los diversos componentes de la entrevista motivacional permitieron que la disposición al cambio del usuario cambiara del estadio de preparación al de acción y posteriormente al de mantenimiento. De manera particular, la retroalimentación y la psicoeducación generaron un impacto en la percepción del usuario sobre su problemática, haciéndole notar los efectos del uso crónico de la marihuana, algunas tareas sugeridas, durante las primeras sesiones, permitieron contrastar las creencias del usuario con los problemas que presentaba lo cual generó una aceptación de su problemática, se debe remarcar, que el uso de componentes de la entrevista motivacional se realizó durante toda la intervención lo cual evito el surgimiento de resistencias, construyendo una buena alianza terapéutica, superando diferentes obstáculos surgidos durante la intervención.

Posteriormente, durante la fase de iniciación al cambio, el usuario fue entrenado principalmente en el uso estrategias de evitación, las cuales facilitaron una reducción del consumo durante el primer mes de tratamiento, en esta misma fase se inició el entrenamiento

en las siguientes destrezas; Estrategias Iniciales de Enfrentamiento; Asertividad; Enfrentamiento de los Deseos Intensos; Rechazo de las Drogas; Enfrentamiento del Aburrimiento y Relaciones Saludables, cuyo uso por parte del usuario, permitió continuar las estrategias de enfrentamiento, para posteriormente en la fase de mantenimiento, diseñar tareas específicas de enfrentamiento de situaciones de riesgo, el uso de estas estrategias incremento la confianza del usuario para evitar el consumo, lo cual llevo a que el usuario alcanzara y mantuviera por 12 meses la abstinencia, es por eso que se observó un incremento del porcentaje de confianza percibida por el usuario en las 8 situaciones de riesgo que mide el Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCCD-50).

Podemos concluir que el paciente logró identificar sus disparadores de consumo y de esta forma utilizo diversas estrategias que incluyeron las destrezas para enfrentar situaciones de riesgo, de acuerdo a lo descrito durante el caso se puede señalar que las habilidades de más utilidad fueron: enfrentamiento de los deseos intensos, asertividad, rechazo de drogas y enfrentamiento del aburrimiento.

De igual manera, se observó el logro de las diversas metas establecidas al inicio del tratamiento, de las cuales las más significativos fueron: mejorar su estado de salud, mejorar la relación con sus personas significativas, recuperar privilegios económicos, terminar el bachillerato, realizar estudios profesionales de música, lograr iniciar su carrera musical y mejorar sus capacidades cognitivas, en términos clínicos el usuario mencionó sentirse feliz, orgulloso, tranquilo y realizado, lo cual concuerda con la mejora en los niveles de ansiedad y depresión encontrados en las pruebas de Beck.

En lo que respecta al consumo, el paciente manifestó sentirse confiado de enfrentar situaciones inesperadas ya que contaba con las herramientas necesarias, En cuanto al consumo se podría pronosticar que, debido al monitoreo, aplicación y empleo con éxito de las destrezas a lo largo del tratamiento y en los doce últimos meses, la probabilidad de que pueda continuar con su meta de abstinencia es alta, por lo tanto, el pronóstico es favorable.

Un elemento importante para la obtención de estos resultados positivos, fue la combinación de la psicoterapia con el tratamiento médico/psiquiátrico, la atención médica favoreció seguramente el alcance de las metas relacionadas con el área de la salud y un mejoramiento de los problemas médicos asociados al consumo excesivo de marihuana, no obstante no se hizo una evaluación al respecto.

Finalmente, es necesario señalar que las Pruebas de Detección de Drogas se utilizaron para establecer un programa de contingencia en cooperación con su Madre, en el cual el usuario obtenía beneficios (dinero y permisos) si las pruebas arrojaban un resultado negativo para el consumo de sustancias, con ello se mejoró la calidad de la relación entre ellos (aumentando su confianza) y mejorando la calidad de vida al usuario, al obtener una mayor cantidad de beneficios. Al finalizar el tratamiento se le solicitó a la Madre, realizarle pruebas

en tiempos variables para mantener el comportamiento del usuario y verificar la abstinencia. Es necesario señalar que las pruebas de antidoping se incluyeron hasta que el paciente se encontró en la etapa de cambio de acción, además, estaba adherido, comprometido con el programa y había alcanzado algunos beneficios de su modificación conductual, de no presentarse estas condiciones era probable que dichas pruebas fueran una desventaja y obstáculo en la adherencia al tratamiento.

De tal manera, se puede concluir que el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas en combinación con el tratamiento médico/psiquiátrico cubrió de manera efectiva las necesidades de atención presentadas por el usuario, obteniendo resultados exitosos, ya que el usuario presentó una mejora significativa, al reducir su nivel de dependencia a la marihuana, al reducir los problemas asociados al consumo y al implementar acciones para una vida saludable.

IV. CONCLUSIÓN GENERAL

La información presentada en el contenido este trabajo muestra una visión general de los objetivos que se cubren en la actividad académica de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM. Es importante resaltar que el programa de la misma se ha basado en la visión de que el consumo peligroso y dañino de drogas es uno de los problemas de salud pública más importantes del país (ENA, 2011). Así mismo es importante mencionar que esta maestría ofrece una amplia formación en el sentido teórico y práctico para los estudiantes. En la parte teórica permite tener una visión amplia de las problemáticas que a nivel nacional e internacional representan las adicciones. Así mismo fue básico el conocimiento de las orientaciones teóricas más utilizadas e investigadas en el campo y que subyacen en los diseños de los distintos modelos de intervención, tomando en consideración como base principal la orientación cognitivo conductual motivacional para el desarrollo y puesta en práctica de los y modelos de intervención que se aplicaron en la residencia, ya que como se ha reportado en la literatura, diversos autores como Miller y Wilbourne (2001), Brown (2004), Carroll y Onken (2005), Secades, et al. (2007), Quiroga (2008), Kingdon y Dimech (2008), Magill y Ray (2009), Hoffman et al. (2012) y Lefio et al. (2013), entre otros, han señalado la eficacia y efectividad de dichos programas para el tratamiento de las conductas adictivas

Una consideración importante es que durante el proceso de formación se contempla a la adicción como un problema multifactorial, complejo y dinámico que va cambiando conforme cambian los estilos de vida que demandan los cambios sociales y culturales. Tomando en consideración estos antecedentes como profesionales de la salud es importante mantener una constante evolución con relación a la formación teoría y práctica, así la UNAM a través de sus investigadores se mantiene a la punta de este trabajo en conjunto con otras instituciones, de modo que toda esta información enriquece los programas que se imparten en la Maestría en Psicología con Residencia en Psicología de las Adicciones. La formación que se ofrece durante la Maestría representa una importante plataforma para acceder a nuevos conocimientos en el campo de las adicciones, así mismo, despierta el interés de los estudiantes por conocer e involucrarse en el conocimiento de este del fenómeno.

Así mismos los diversos modelos de intervención que se revisaron fueron los que han mostrado tener evidencia en investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, lo cual permite tener la certeza de que su aplicación proporcionara altos niveles de efectividad. Además la constante supervisión y retroalimentación de parte de los expertos en estos modelos permitió cubrir el objetivo de una excelente capacitación.

En el caso de las intervenciones y tratamientos breves que se aplicaron (DIBADEU, TAGEU, IBBP,), además de los resultados positivos ya reportados, se identificó que constituyen una opción de tratamiento adecuada para aquellas personas que se inician en el consumo de alguna sustancia, o que presentan una dependencia leve o moderada, o que tienen

un consumo problemático. Tal y como se ha reportado en otros estudios, como los realizados por Bien, et al. (1993), Ayala et al. (1998), Poikalainen y Med (1999), Copeland et al. (2001), Quiroga (2003, 2008), Brown (2004), Seppa et al. (2004) y Fisher (2013), entre otros.

De manera similar en los programas de tratamiento de mayor intensidad como el PEREU y el PSC, se identificó de manera general que el entrenamiento en las destrezas de enfrentamiento necesarias para cada paciente, a partir de un diseño de tratamiento individualizado, resultó un elemento fundamental para el éxito en las metas de tratamiento establecidas con los pacientes. A partir de lo anterior, cabe destacar la importancia de igualar las necesidades de atención que presentan los pacientes, con las opciones de tratamiento que reciben, lo cual constituye un elemento clave para alcanzar las metas de tratamiento.

V. SUGERENCIAS AL PROGRAMA DE LA RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES.

A nivel personal la experiencia obtenida en la capacitación de los diversos programas fortaleció las habilidades terapéuticas que permiten proporcionar un mejor servicio en beneficio de los usuarios. De manera particular mi ejercicio profesional me llevo a extender mis conocimientos en lo relacionado a las consecuencias asociadas al consumo crónico de marihuana, adecuando mi práctica clínica a un ejercicio multidisciplinario, para brindar un tratamiento que se ajuste a las necesidades de los usuarios, disminuyendo sus problemas asociados, favoreciendo el logro y mantenimiento de la abstinencia.

En cuanto a las sugerencias que hago para mejorar la residencia en adicciones, la primera de ellas sería favorecer el trabajo del psicólogo en adicciones en un equipo multidisciplinario, ya que en la práctica clínica es fundamental comprender y apoyar el trabajo de otros profesionales del área de la salud como médicos, psiquiatras, enfermeros, consejeros y trabajadores sociales, pues los pacientes con consumo riesgoso y problemático de sustancias adictivas, manifiestan varios problemas asociados a su consumo en diferentes áreas, en particular, considero que durante mi formación compartí poca información con otros profesionales y de igual forma recibí poca retroalimentación por parte de ellos. Debo de señalar que en el panorama político/administrativo actual del tratamiento en adicciones en nuestro país, la psiquiatría está recibiendo mayor importancia, puesto que muchos pacientes presentan trastornos duales por lo cual sugiero el desarrollo de programas que permitan la inclusión del psicólogo en adicciones en este grupo de pacientes, muestra de ello es la Clínica de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez donde se atienden usuarios que presentan comorbilidad psiquiátrica un fenómeno cada vez más frecuente en el cual podríamos incursionar.

Al concluir la residencia en adicciones e iniciar la búsqueda de trabajo, el psicólogo en adicciones se puede incorporar en el sector público o en el sector privado, en el sector público la mayoría de los puestos están destinados a funciones administrativas o en el desarrollo y manejo de políticas públicas en adicciones, dichas funciones se desarrollan y practican de forma limitada en la residencia, por lo cual sugiero brindar una mayor capacitación al alumno en temas referentes al desarrollo y manejo de políticas públicas y al conocimiento de programas públicos para la atención en adicciones.

Por otro lado, en el sector privado los lugares en donde se puede adherir el psicólogo en adicciones, son en su mayoría centros privados de tratamiento (la mayoría con un modelo residencial), estos centros ofrecen puestos donde una de las funciones es capacitar a personal no profesional que se encarga de brindar apoyo a usuarios con problemas de adicciones, es por ello que sugiero que durante la residencia se conozca la figura del “consejero en adicciones” la cual forma parte de un programa federal para capacitar a los no profesionales

(padrinos) que brindan atención, por lo tanto se podría considerar preparar al residente para capacitar y supervisar a esas personas dentro del campo de las adicciones.

Es importante indicar que en mi experiencia pocos centros contratan psicólogos residentes en adicciones debido a que existe un desconocimiento de las capacidades, funciones y habilidades que desempeñamos, además de que estos centros utilizan modelos específicos que se estudian de forma parcial en la residencia, por lo cual existe un desconocimiento de nuestras funciones en esos modelos, ante esto sugiero una mayor difusión de nuestra labor como Maestros en Psicología, residentes en psicología de las adicciones y un mayor estudio de otros modelos de tratamiento.

Por ello considero que la residencia además de ser excelente para el desarrollo de habilidades terapéuticas, podría ampliar sus fundamentos para facilitar la inserción laboral del psicólogo en adicciones. Ofrezco esta opinión considerando mi experiencia en el ámbito laboral, sin tratar de presentar una visión general del campo en adicciones.

REFERENCIAS

- Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. En H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, (pp. 131-178). New York: Guilford Press.
- Alvarez, S. & Devouche, E. (2012). First French national survey on lifestyle and toxic factors in infertile couples. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*. 40(12):765-71.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Angus Reid Public Opinion. (2009). Majority of Americans Support Legalizing Marijuana. Recuperado de http://angusreidglobal.com/wp-content/uploads/2009/12/2009.12.09_Drugs_US.pdf
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996a). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996b). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek. *Structure Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996c). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H.M., & Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of drinking situations (IDS): User's guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Arias, F. et al. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría* 41(2), 122-9
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi:10.1080/08870440008400299
- Arthur, M., Hawkins, J., Polard, R., Catalano, & Baglioni (2002), Measuring Risk and Protective Factors for Use, Delinquency and Other Adolescent Problem Behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26 (6), pp. 575-601.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. y Gutiérrez, L. M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Porrúa. México.
- Baer, J. S., Stacy, A. & Larimer, M. (1991). Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 580-586.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychological Association*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. En M. G. Rumsey, C. B. Walker & J. H. Harris (Eds.), *Personnel Selection and Classification*. Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum Associates. pp. 261-271.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological science*, 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. doi: 10.1177/0149206311410606
- Barragán T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., Martínez, R. M. A., Ayala, V. H., & Reild, M. L (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.

- Barry, K. L. (1999). Brief Intervention in Substance Abuse Treatment. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. CSAT. P. 13-36
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1990). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company.
- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI): Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. Wright, D. Newman, C. & Liese, S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (2007). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias?. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 71-96.
- Ben Amar, M. (2006). Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethnopharmacology*, 105, (1-2), 1-25.
- Blackman, S.J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48, 131-142.
- Block, R. (2002). Chronic use and cognitive impairments. *PharmacolBiochemBehav*; 73, 491-504.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York, Academic Press
- Brown, J. M. (2004). The Effectiveness of Treatment. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 9-20). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005) Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (2014). Encuesta telefónica sobre la legalización de la marihuana, Abril 2014. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zk2vQek5BRUJ:www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/324596/1133814/file/42-Marihuana.pdf>.
- Centro de Investigaciones y Docencia Económica (CIDE) (2012). *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*. Recuperado de https://publiceconomics.files.wordpress.com/2013/01/encuesta_internos_cefereso_2012.pdf.
- Chance, P. (2001) *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.
- Collins, R. L. & Marlatt, G. A. (1983). Psychological correlates and explanations of alcohol use and abuse. En B. Tabakoff, P. Sutker & C. Randall (Eds.), *Medical and Social Aspects of Alcohol Abuse*, pp. 273-308.
- Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 189-200.
- Comisión Clínica para plan Nacional de Drogas. (2006). Plan Nacional Sobre Drogas, Memorias. Gobierno de España Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2006.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (CICAD, 2015). *Informe Anual 2015 de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas a la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3741>.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55- 64.
- DiClemente, C. (1999). Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 473-486.
- DiClemente, C., Holmgren, M. & Rounsaville, D. (2011). *Addiction Medicine*, 765-782. doi: 10.1007/978-1-4419-0338-9_38,

- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guildford Press.
- Door, A. (2009). *Adolescentes Consumidores Habituales de Marihuana y su Vivencia de la Temporalidad*. Tesis de Doctorado. Universidad de Chile.
- Dragt et al. (2012). Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia*: 125, 45–53.
- Duthie, L. A., Baer, J. S., & Marlatt, G. A. (1991, November). High risk status and personal risk perception for alcohol problems among college students. Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A. & Ayala, H. E. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. México: Secretaría de Salud.
- Farabee, D., McCann, M., Brecht, M. L., Cousins, S., Antonini, V. P., Lee, A. B.,... Rawson, R. A. (2013). An Analysis of Relapse Prevention Factors and Their Ability to Predict Sustained Abstinence Following Treatment Completion. *The American Journal on Addictions*, 22, 206-211. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00328.x
- Fisher, B., Dawe, M., McGuire, F., Shuper, P., Capler, R., Bilsker, D. Rehm, J. (2013). Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 132–138.
- Fried, P. (2005). Neurocognitive consequences of marihuana a comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicol Terarol*; 27(2): 231-239
- Fromme, K., Stroot, E. & Kaplan, D. (1993). Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5(1), 19-26.
- Gálvez, C. & Guerrero, M. (2008). Intervención psicológica. En Tirado, P. (2008). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Heather & Robertson, 1983 doctor
- González, (2011). Consumo de Drogas en Adolescentes. *Psicothema*, 8(2), 257-267
- Green, B., Kavanagh, D. & Young, R. (2003) Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev*; 22, 453-60
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383-1391
- Halstead, W.C. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hawkins, J., Arthur, R., & Catalano, M. (2002). Promoting sciencebased prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Heather, N. (2004). Brief Interventions. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 117-138). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(17), 2-17.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Ilícitas. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Iversen L. (2008). *The science of marijuana*. Oxford: Oxford University Press
- Jager, G. (2007). Effects of frequent cannabis use on hippocampal activity during an associative memory task. *Eur Neuropsychopharmacol*. 17(4), 289-297

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kelleher, L. (2004). The effects of cannabis on information-processing speed. *Addict Behaviour*, 29(6), 1213-1219.
- Kingdon, D. & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: the state of the art. *Psychiatry*, 217-220.
- Kolodny, R. Masters, W. Kolodner, R. & Toro, G. (1974). Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. *N. Engl. J. Med.* 1974; 290:872.
- Kolodny, R., Masters, W., Kolodner, R. & Toro, G. (1974). Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. *New England Journal Medical*; 290, 872-4.
- Lakham, S. (2009). Whole plant cannabis extracts in the treatment of spasticity in multiple sclerosis: a systematic review. *British Medical Journal Neurology*, 9, (59).
- Large, M. Sharma, S. Compton, M. Slade, T. Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 555-561
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Lefio, L. A., Villaroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panameña de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Llorente del Pozo, J. & Iraurgi- Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*, 10 (4), 252-274.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. & Lizasoain I. (2003). *Drogodependencias farmacología, patología, psicología, legislación*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 70, 516-527.
- Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior Change. En P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M. & Vuchinich, R. E. (1997). Help-Seeking by Substance Abusers: The Role of Harm Reduction and Behavioral-Economic To Facilitate Treatment Entry and Retention. En: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J. (Eds.), *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment* (pp. 44-84). U.S: National Institute on Drug Abuse.
- Meier, et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA*. ; 109(40):E2657-E2664. doi:10.1073/pnas.1206820109.
- Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1984). *Brief Drinker Profile*. Odessa, EL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2001). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) of Alcohol Abuse: Test Manual* (NIAAA Project MATCH Monograph No. 4, DHHS Publication No. 95-3911). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Monasor, R. Jiménez, M. & Palomo, T. (2003). Intervenciones Psicosociales en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, 5(1), 22-26.

- Netzahualcoyotzi-Piedra. C. (2009). La marihuana y el sistema endocanabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica. *Rev Biomed*; 20:128-153
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). Informe Mundial sobre Drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). Informe Mundial sobre Drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburgo: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Alcohol. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). El Problema de Drogas en las Américas. Estudios. Drogas y Salud Pública. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2009/drugsPublicHealth_ESP.pdf.
- Ortiz, Martínez & Meza. (2010). Consumo de Sustancias y Suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Publica de México*, 51 (4), 306-313.
- Parks, G. A., Marlatt, G. A. & Anderson, B. K. (2004). Cognitive-behavioral Alcohol Treatment. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 69-86). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Pattij, T. (2008). Cannabinoid modulation of executive functions. *Europe Journal Pharmacologic*. 585 (2-3), 458-463.
- Pedrero, J. E., (2002). Atribuciones en drogodependencias. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/265166331_Atribuciones_en_drogodependencias
- Pope, Jr. et al. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend*; 69, 303-310.
- Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res*, 156, 131-40.
- Quiroga, A. H (2008). Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, A. H. (2008). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para seleccionar y derivar a estudiantes universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas a los tratamientos específicos del Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y otras drogas (Quiroga, 2008). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México D.F. Para la elaboración de la entrevista se consideraron apartados del Guided Self-Change Biopsychological Assessment desarrollado por L.C. Sobell & Sobell (2003) y del Addiction Severity Index (McLellan et al. 1992). La presente entrevista se encuentra basada en la originalmente desarrollada por Quiroga (2003).
- Quiroga, A. H (2008). Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, A. H. (2003a). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003b). Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.

- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003c). Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), Handbook of psychiatric measures (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003a). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción del Daño. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach. New York: Guildford Press.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003b). Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, Journal of Studies on Alcohol, 50, 30-37.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (2004). TAGEU: Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (Trads.) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment. The Guilford Press New York. London.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (2004). PEREU: Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003a). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R., & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003b). Cuestionario de Consumo de Alcohol (Escala de Dependencia al Alcohol-EDA). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K., & Fester, F. M. (1984) Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale ADS). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003c). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas –Alcohol (ISCD-A-50). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction

- Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003d). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 1-210). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003e). *Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50)*. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.
- Quiroga, A.H. (Rev, 2013). *El Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional y su aplicación a la Prevención y Tratamiento del Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas*. Unidad de estudio correspondiente al tema 3 de la asignatura Principios del Comportamiento Adictivo que se imparte dentro de la Especialización Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo. División de Investigación y Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México
- Quiroga, G. M. (2002). *Cannabis y psicopatología comorbida*. *Revista Adicciones*, 14, (2),191-200.
- Ramos, J. (2004). *Búsqueda de un tratamiento farmacológico para la dependencia de la marihuana*. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid
- Ramos, J. (2004). *Búsqueda de un tratamiento farmacológico para la dependencia de la marihuana*. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/RamosAtance.pdf>
- Ranganathan. (2006). *The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review*. *Psychopharmacology* (Berl), 188(4), 425-44
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). *Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rojas, M. Otiniano, F. & Zereceda, J. (2011). *Tendencias y formas de consumo de marihuana en una población clínica de 2, 153 jóvenes consumidores*. Editorial Cedro. Lima, Perú.
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). *Negotiating behavior change in medical settings: The development of brief motivational interviewing*. *Journal of Mental Health*, 1:25-37.
- Rotgers, F. (1996). *Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice*. En F. Rotgers., D. S. Keller & J. Morgenstern (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*, (pp. 174-201). New York: Guilford Press.
- Sánchez-Hervás, E. (2004). *Tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación*. *Papeles del Psicólogo*, n 87: 34-44.
- Sanhueza, J. (2015). *Factores de riesgo del consumo de marihuana en población escolar*, Observatorio Chileno de Droga. Chile
- Schimmelmann, B. Conus, P. Cotton, S. Kupferschmid, S. Karow, A. Schultze-Lutter, F. et al. (2011). *Cannabis use disorder and age at onset of psychosis - A study in first episode patients*. *Schizophr Res.*129, 52-56
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). *Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología. (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2011*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sisvea.pdf>

- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública & Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Seppa, K., Pekuri, P., Kaariainen, J. & Aalto, M. (2004). Intervenciones breves en alcohol como rutina diaria. Proyecto de investigación acción de directrices para atención primaria. *Adicciones*, 16(4), 1-8.
- Skinner, H. A. & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) users guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Sobell, L. C., Sobell M. B. & Agrawal, S. (2009). Randomized Controlled Trial of a Cognitive–Behavioral Motivational Intervention in a Group Versus Individual Format for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Stajkovic, A. & Luthans, F. (1998). Social Cognitive Theory and Self-Efficacy: Going Beyond Traditional Motivational and Behavioral Approaches. *Organizational Dynamics*, 62-74.
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista Neurológica*; 54 (12): 750-760.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Moreno, M., Robles, N., Bustos, M., Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457.
- Villatoro, J. A., Mendoza, M. A., Moreno, M., Robles, N. O., Fregoso, D., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37(5), 423-435.
- Vogel-Sprott, M. D., Chipperfield, B. & Hart, D. M. (1985). Family history of problem drinking among young male social drinkers: reliability of the family tree questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 251-256.
- Volkow, D. (2011). Brain glucose metabolism in chronic marijuana users at baseline and during marijuana intoxication. *Psychiatry Res*; 67, 29-38.
- White, H.R. & Labouvier, E.W. (1989). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmer, L. & Morgan, P. (1997). *Marijuana Myths, Marijuana Facts*. Lindesmith Center. New York
- Zogby Internacional. (2010). *Americans Supports Marijuana Use?* Recuperado de <https://www.zogbyanalytics.com/case-studies>.

ANEXO 1

CONTRATO DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL PARA EL CONSEJO PEREU*

NOMBRE:

FECHA:

Mi terapeuta discutió conmigo mis metas relacionadas a mi consumo de la sustancia y mis razones para querer cambiar mi patrón de consumo de la sustancia. También se me explicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.

Yo he tomado la decisión de que deseo trabajar arduamente para cambiar mi uso de alcohol u otra droga) al entrar al programa PEREU. Entiendo que para permanecer en el programa PEREU debo cumplir totalmente con los siguientes términos:

Acepto lo siguiente:

1. ASISTENCIA.

Llegaré a tiempo en todas las sesiones de tratamiento. Si estoy enfermo o si se me presenta una emergencia, llamaré a mi terapeuta para cancelar y reprogramar una cita.

2. CONSUMO DE LA SUSTANCIA.

Se espera que yo permanezca totalmente comprometido en cambiar mi uso de alcohol (u otra droga). Si violo mi meta de uso de sustancia, discutiré todos los detalles abiertamente con mi terapeuta.

3. PARTICIPACIÓN.

Estoy de acuerdo en participar totalmente en el proceso del tratamiento. Esto incluye:

- *Completar las tareas asignadas. Completaré mi automonitoreo y los ejercicios de tarea asignados semanalmente.
- *Abstenerme de Conductas **disruptivas**. Me abstendré de cualquier amenaza verbal o no verbal hacia el personal, otros clientes o propiedad del centro.

4. CONFIDENCIALIDAD.

Entiendo que mi progreso en el tratamiento será documentado. Entiendo que el personal del Programa mantendrá la confidencialidad completa, excepto cuando la ley lo requiera. Las excepciones a la confidencialidad del cliente incluyen:

- *La necesidad clínica de consultar con otros miembros del equipo terapéutico.
- *Cita o llamada de la corte.
- *Información respecto a enfermedades infecciosas particulares.
- *Información médica en el caso de una emergencia (entregarla para la asistencia médica).
- *Sospecha de abuso infantil.
- *Haber cometido o amenazado cometer crímenes violentos.
- *La información con respecto a los riesgos que involucra la operación de un vehículo de motor.

Entiendo que puede haber ocasiones en que las sesiones de tratamiento requieran ser observadas:

Por personal autorizado, estudiantes o una comunidad de profesionales del sistema de salud (personalmente o a través de un espejo de doble vista) con propósitos de entrenamiento, planeación de tratamientos y desarrollo de programas. Todas las pautas de confidencialidad del personal aplicarán en estos casos.

Yo he discutido estas condiciones con mi terapeuta y estoy de acuerdo en seguirlos.

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del terapeuta

Fecha:

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