



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Programa de Conductas Adictivas.

**Detección e Intervención Breve de un caso de
Adicción a Cocaína.**

**Informe Profesional de Servicio Social
IPSS**

que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

presenta:

Jesús Alejandro García Miranda

Director de Informe:
Dr. Horacio Quiroga Anaya

Sinodales:
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez
Dr. Carlos Omar Sánchez Xicoténcatl
Mtra. Quetzal Natalia Galán López



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

Ciudad de México, 2018



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.

Dedicatorias

A:

Mis padres, Jesús y Elizabeth, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo a través del tiempo.

Mis hermanos Guillermo y Ángel, por demostrarme que el esfuerzo, la dedicación y el trabajo en equipo son valores muy importantes en la vida.

Mis amigos Mydori, Alan, Alejandro, Iván, Atena, Adán, Carlos, Mireya, Diana, Alfonso, Alma, José, Angelica, Aquiles, Chay, Mara, María, Gerardo, Yuznhio, Juan, Cecilia, Emiliana e Itzel, por las risas, por las buenas experiencias vividas durante mi formación en la Facultad.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Horacio Quiroga Anaya, por darme la oportunidad de participar en el Programa de Conductas Adictivas, por el apoyo y la confianza que me proporcionó.

A mis sinodales la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, el Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez, el Dr. Carlos Omar Sánchez Xicoténcatl y la Mtra. Quetzal Natalia Galán López, por su valiosa ayuda en la revisión de este trabajo.

Al personal del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, por las facilidades que me brindaron para realizar mis actividades.

A la Mtra. Teresita Cabrera Arteaga por la guía y el apoyo constante en la elaboración de este trabajo.

Índice

Resumen.....	5
Datos generales del Programa de Servicio Social.....	6
Contexto institucional y del programa	7
Descripción de actividades realizadas.....	17
Objetivo del informe	19
Capítulo I. Consumo de la cocaína en México	20
Antecedentes y actualidad.....	20
Efectos del consumo de cocaína en el organismo.....	24
Problemas de salud asociados al consumo de cocaína.	26
Factores de riesgo y protección.....	28
Capitulo II. Tratamiento de las adicciones.....	31
Modelo cognitivo conductual motivacional.	32
Modelo de Atención Escalonada.	33
Intervenciones breves.....	35
Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU). 37	
Entrenamiento en destrezas cognitivo-conductuales	38
Entrevista Motivacional.....	45
Enfoque de reducción del daño.	48
Resultados de aplicación del DIBAEU en población mexicana.	50
Descripción de sesiones del DIBADEU.	51
Entrevista clínica de Evaluación Inicial del DIBADEU.....	51
Segunda Sesión de evaluación del DIBADEU.	52
Tercera Sesión del DIBADEU.	52
Sesión(es) adicional(es) de seguimiento-mantenimiento del programa DIBADEU.....	53

Capítulo III Reporte de caso único.....	55
Motivo de consulta	55
Recursos disponibles y déficits	56
Diagnóstico:.....	56
Intervención.....	56
Reporte de sesiones (DIBADEU).....	57
Sesión 1. Entrevista Clínica de evaluación Inicial.....	57
Descripción de instrumentos utilizados en entrevista de evaluación inicial	58
Sesión 2. Aplicación del paquete de instrumentos de evaluación.....	59
Sesión 3. Sesión de Retroalimentación y consejo.....	66
Sesión 4. Plan de tratamiento.	74
Sesión 5. Plan de tratamiento	76
Sesión 6. Plan de tratamiento	79
Resultados.....	84
Consideraciones y conclusiones.....	85
Pronóstico.....	86
Recomendaciones.....	87
Referencias	88
Anexos	99

Resumen

En el presente *Informe Profesional de Servicio Social* (IPSS), se realiza una recopilación de las actividades desempeñadas en el Programa de Conductas Adictivas (PCA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) durante el periodo de prestación de servicio social. Se incorporan antecedentes, características, objetivos y servicios que dicho programa ofrece.

En el área de tratamiento, sustentado en el marco teórico correspondiente, se describe un estudio de caso en el que se aplicó el programa *Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios* (DIBADEU) bajo un enfoque de *Atención Escalonada* propuesto por Sobell (1990, 2000) a un paciente de 33 años de edad, con una historia de consumo problemático de cocaína, quien solicitó tratamiento para detener su consumo y tener un mejor estilo de vida, de acuerdo a las actividades laborales que desempeñaba en ese momento. Se llevaron a cabo seis sesiones. A pesar de que el tratamiento no se concluyó formalmente, ya que no fue posible continuar con el primer mes de seguimiento, se observaron modificaciones significativas en el patrón de consumo, reportando un consumo inicial promedio de 14 dosis al día, el cual se redujo a cero dosis diarias. En cuanto a los problemas asociados, el paciente reportó una disminución de los gastos excesivos para conseguir la sustancia, menores discusiones con su madre, mejoró su rendimiento laboral y comenzó a mejorar su salud física.

Palabras clave: Adicción, Cocaína, Intervención Breve, Atención Escalonada, Entrenamiento en Abstinencia.

Datos generales del Programa de Servicio Social

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

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

- Adquirir y profundizar conocimientos de aspectos epidemiológicos, de farmacodinamia y farmacocinética, problemas asociados y factores de riesgo y protección relativos al consumo de cocaína, tabaco, alcohol y marihuana.
- Adquirir conocimientos sobre conceptos básicos del programa *Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios* (DIBADEU).
- Implementar el programa DIBADEU, bajo la supervisión correspondiente.

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

- Introducción al programa DIBADEU, proporcionando la información bibliográfica correspondiente.
- Conducción de la inserción del prestador de servicio al programa.
- Evaluación periódica del desempeño de las actividades asignadas al prestador de servicio, brindando oportuna retroalimentación.
- Apoyo en la revisión de los reportes mensuales y en el proceso de estructuración del reporte final, elaborados por el prestador de servicio.

- Entrenamiento en la aplicación del programa DIBADEU, bajo sesiones de simulación de terapia.

Contexto institucional y del programa

El Programa de Conductas Adictivas, ubicado en la Facultad de Psicología de la UNAM, ofrece servicios de orientación prevención tratamiento y rehabilitación de problemas actuales o potenciales de uso, abuso y dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas, a estudiantes, personal académico y administrativo, pertenecientes a la comunidad universitaria.

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

Misión

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

Visión

El personal académico, terapeutas y alumnos del Programa de Conductas Adictivas mantienen un sentido de pertenencia a la institución a través de su liderazgo de vanguardia nacional e internacional en la enseñanza, la investigación

y la difusión eficazmente articulados en beneficio de la salud individual y familiar que repercutan en bien de la sociedad.

Objetivos generales

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

Población objetivo

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

Programas y acciones que realiza

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

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

Perfil del usuario: El PREEDEU se dirige a estudiantes y trabajadores universitarios que ya presentan factores de riesgo ambiental para el inicio del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, o que ya presentan conductas de riesgo para el abuso de dichas sustancias psicoactivas.

Descripción: El PREEDEU: es una Intervención Breve originalmente desarrollada por Quiroga, Vázquez y Mata (1994) en la Facultad de Psicología de la UNAM, que cuenta con un referente cognitivo conductual apoyado en la teoría de la acción razonada Fishbein y Ajzen (1975), al cual se le ha ido incorporando posturas de la dinámica de grupos, del trabajo comunitario y de la perspectiva de género.

Las estrategias fundamentales para llevarla a cabo consisten en "pláticas-debate", folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se aplica, previamente, a informantes (jefes de departamento de servicios), y a una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, un sondeo con el fin de determinar la posible problemática de consumo de sustancias y la elaboración del contenido de la "plática-debate" informativa y educativa a realizar. Por otro lado, durante la plática-debate se aplica un cuestionario de conocimientos y uno de actitudes hacia las drogas, así como uno de habilidades preventivas y patrones de consumo, a fin de detectar a usuarios y abusadores de drogas, a fin de que sean canalizados al programa para su intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

Los temas a tratar durante las pláticas de debate, versan sobre alguno(s) de los siguientes contenidos: Alcohol, Tabaco y/o otras Drogas, de acuerdo al siguiente Programa:

1. Conceptos básicos sobre el alcohol/tabaco/otras drogas.
2. Efectos sobre el Sistema Nervioso y Órganos relevantes.
3. Factores contextuales (ambiente).
4. Etapas del alcoholismo/tabaquismo/drogadicción.
5. Motivos para beber/fumar/drogarse.
6. Signos y síntomas de dependencia.
7. Daños sobre el organismo, familia y sociedad.
8. Influencia de los medios masivos.
9. Instituciones de atención.
10. Legislación vigente.

2. Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas para Estudiantes Universitarios. (DIBADEU).

Perfil de usuario: El DIBADEU se dirige preferentemente a *estudiantes y trabajadores universitarios* que consumen excesivamente drogas o *abusan de ellas*, con base en los criterios de consumo excesivo del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) y abuso del DSM IV, caracterizados por una *historia muy leve de consumo excesivo* (menos de 5 años) y de *consumo problemático* (menos de 3 años). En el caso del alcohol, por un *patrón de consumo excesivo frecuente* (más de 4 copas estándar por ocasión en el hombre y más de 3 en la mujer, y/o más de 14 copas estándar semanal en el hombre y más de 7 en la mujer; en el caso del tabaco hasta 10 cigarros por día de consumo y hasta 70 cigarros en una semana en no más de 3 días a la semana; en el caso de la cocaína no más de 1 dosis por ocasión y hasta 4 dosis a la semana y *presentan o están en alto riesgo de presentar problemas asociados* (salud, escolares, sociales, legales).

Descripción: El DIBADEU es una Intervención Breve de corte Cognitivo-conductual y Motivacional de consulta externa desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y traducido y adaptado al español en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por Quiroga y Cabrera (2003). El programa se caracteriza por incorporar componentes que constituyen hoy en día el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional, (b) el balance decisional para el cambio en el consumo, (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el usuario, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) el aconsejar al usuario en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al usuario de un menú de opciones de procedimientos para el cambio, y (h) el auto-monitoreo del consumo. El DIBADEU se basa en estrategias de reducción del daño y busca motivar al estudiante a disminuir, moderar o suprimir su consumo de alcohol u otras drogas. Consta de 1 Sesión Clínica de Evaluación Inicial de 90 minutos; 1 Sesión de Evaluación por medio de una serie de instrumentos de auto-reporte de 90 minutos; 1 Sesión Clínica de Retroalimentación y Consejo de 90 minutos y al menos 1 sesión de Seguimiento de 30 a 50 minutos, las cuales se describen someramente a continuación:

1. Sesión Clínica de Evaluación Inicial: Durante esta, se hace una entrevista de evaluación cara a cara de los patrones de consumo de la droga en cuestión que consume el estudiante, así como de una serie de áreas de riesgo asociadas al mismo, tales como el índice de dependencia, la historia familiar de problemas de alcohol y otras drogas, de psicopatología y conducta, así como de las actitudes que tiene sobre el alcohol y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo.
2. Sesión de Evaluación por medio de la aplicación de un Paquete de Instrumentos de Auto-reporte: dichos instrumentos exploran las expectativas positivas y negativas del consumo de droga, frecuencia-cantidad de consumo

de droga para cada día de una semana típica de consumo, riesgos percibidos de consumir droga, consecuencias del consumo de droga, conducta sexual y consumo de droga.

3. Sesión Clínica de Retroalimentación y Consejo: En esta sesión se retroalimenta al estudiante sobre los factores que influyen sobre su patrón de consumo (con base en los resultados obtenidos al tiempo que se le proporciona información psicoeducacional sobre la droga en cuestión. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al estudiante sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a disminuir, moderar o abstenerse del consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al estudiante material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión Clínica de Evaluación y de los instrumentos de auto-reporte.

4. Seguimiento: Esta sesión se realiza al mes de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del estudiante y reforzar lo logrado. También se le informa al estudiante que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera. La decisión de si hay una segunda sesión de seguimiento se evalúa conjuntamente por el estudiante y el terapeuta, basándose en qué tan útil fue la primera. Puede hacerse una segunda cita de seguimiento (con una duración de entre 30 a 50 minutos) después de 3 meses de haber concluido el DIBADEU, con la finalidad de que el estudiante tenga suficiente tiempo para aplicar las habilidades aprendidas en el programa.

3. Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios (TAGEU).

Perfil de usuario: El TAGEU se dirige preferentemente a *estudiantes y trabajadores universitarios* con problemas de alcohol y/u otras drogas con *dependencia leve a moderada* (hasta 21 puntos en el ADS o de 3 a 4 síntomas en el DSM IV), con una *historia leve de consumo excesivo* (menos de 10 años) y de

consumo problemático (menos de 5 años). En el caso del alcohol, un *patrón de consumo excesivo frecuente* (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer por ocasión de consumo, y entre 13 y 30 copas estándar a la semana en el hombre y de entre 8 a 24 copas a la semana en la mujer. En el caso del tabaco entre 11 y 20 cigarrillos al día y/o hasta 140 cigarrillos a la semana. En el caso de la cocaína u otras drogas ilegales más de 1 dosis de consumo por ocasión y menos de 8 dosis a la semana en no más de 3 días a la semana; *con problemas asociados* (académicos, sociales, financieros) menores, siendo alguno de ellos grave (algunas consecuencias negativas, una de ellas seria). También se aplica a estudiantes universitarios que abusan del alcohol cuando el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU,) no ha sido efectivo.

Descripción: Es una forma de Tratamiento Breve de corte Cognitivo-Conductual y motivacional de consulta externa que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de *Auto-Cambio Guiado para Bebedores Problema* (GSC), desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (1993) en la *Addiction Research Foundation* Toronto, Canadá, el cual ha sido traducido y adaptado al español para estudiantes universitarios por Quiroga y Montes (2003). Esta modalidad de atención que ayuda a los usuarios a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y a usar sus propios recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. Se caracteriza por incorporar componentes que constituyen hoy en día el estado del arte de los tratamientos breves como son: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo, (c) el énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) la auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del usuario, (g) el empleo del análisis funcional de la conducta, (h) el monitoreo del progreso del usuario durante la terapia, (i) la evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, (j) el empleo de los apoyos sociales para el

mejoramiento del cambio, (k) la identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. Esta modalidad emplea un modelo específico de *solución de problemas* a fin de que el usuario lo utilice en el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

De manera general, en las 5 sesiones del programa se consideran los siguientes aspectos:

1. *Evaluación Inicial*: 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 y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones.
2. *Paso 1: Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas*: Se analizan los costos y beneficios del cambio y se ayuda a encontrar razones para reducir (disminución o moderación) o interrumpir (abstinencia) su actual consumo de alcohol y/u otras drogas.
3. *Paso 2: Identificar situaciones que ponen en riesgo de beber en exceso o consumo de drogas*: Se identifican las situaciones de riesgo y disparadores que llevan a un consumo de sustancias, las consecuencias actuales (y potenciales) de dicho consumo, para establecer la relación entre el estilo de vida y el problema de consumo.
4. *Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol u otras drogas*. Se desarrollan estrategias alternas para enfrentarse a las situaciones de riesgo de consumo, bajo un modelo de solución de problemas, con el fin de mantener el cambio y afrontar las posibles recaídas.

5. *Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.* Se analiza el progreso del paciente durante el tratamiento, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o considerar sesiones adicionales. Por su parte, el paciente define por segunda ocasión su meta de consumo de alcohol y/u otras drogas.

La duración aproximada de las sesiones de tratamiento es de 45 minutos y se requieren un mínimo de 4 sesiones con el fin de discutir las lecturas y ejercicios, así como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de alcohol u otras drogas. Al igual que el Programa anterior, se realizan sesiones de seguimiento al mes, tres meses, seis meses y al año.

4. Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU).

Perfil de usuario: El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol y/u otras drogas (más de 21 puntos en el EDA, o más de 15 puntos en el PDAD). En el caso del alcohol, un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o hasta más de 30 copas a la semana en el hombre y hasta más de 24 copas en la mujer). En el caso del tabaco más de 3 puntos en el Fageström, y de 5 a 7 síntomas en el DSM IV), con historia moderada de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), y/o más de 20 cigarros al día y más de 140 cigarrillos a la semana. En el caso de la cocaína y otras drogas ilícitas más de 1 dosis diaria y hasta 30 dosis semanales, hasta 5 días a la semana) con problemas asociados (e. g. de salud, familiares, financieros) menores a graves (algunas experiencias negativas, una de las cuales sea seria), siendo uno de ellos un problema muy grave (algunas experiencias negativas, 2 de las cuales sean serias).

Descripción: El PEREU es un tipo de consejo de consulta externa para estudiantes universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco u otras drogas, desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merck (1996) en la Fundación de

Investigación de la Adicción de Canadá y traducido y adaptado al español para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003a). El PEREU se encuentra basado en un enfoque cognitivo-conductual y motivacional derivado de la teoría del aprendizaje social diseñado para capacitarlos a fin de que logren un mayor control sobre el uso de alcohol y/u otra droga.

El consejo se centra en involucrar a los clientes en:

- Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
- Diseñar un plan de tratamiento individualizado.
- Identificar sus fortalezas y recursos.
- Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso de alcohol u otras drogas y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento.
- Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real.
- Hacer las conexiones entre su uso de alcohol u drogas y otras situaciones de la vida.
- Finalmente, convertirse en su propio terapeuta, al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

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

1. Una evaluación clínica completa con una retroalimentación personalizada.
2. Una o más citas de entrevista motivacional, antes del consejo de PEREU
3. Involucrar al paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:
 - Un contrato de tratamiento.
 - Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol u otra droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.

- Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del cliente.

4. Asignación de tareas para la Fase de “Iniciación del Cambio”.

Durante 4 sesiones se identifican las situaciones de riesgo de consumo, el nivel de autoeficacia del usuario, se analizan los disparadores y consecuencias del consumo, se elaboran planes de enfrentamiento para las situaciones de riesgo identificadas.

5. Asignación de tareas para la Fase de “Mantenimiento del Cambio”.

Durante 4 u 8 sesiones se le enseñan al usuario destrezas de enfrentamiento adecuadas para su situación, y se le expone gradualmente a situaciones problemáticas de alto riesgo de consumo. Las destrezas que se pueden incluir son: Enfrentar los deseos intensos, Incremento del apoyo social, Rechazo del alcohol y otras drogas, Manejo del malestar físico, Solución de problemas, Espiritualidad y recuperación, Asertividad, Enfrentar el aburrimiento, Manejo del enojo, Relajación, Enfrentar sentimientos desagradables, Enfrentar la ansiedad, Enfrentamiento del pesar o duelo y Relaciones saludables.

Descripción de actividades realizadas

Las actividades llevadas a cabo durante el periodo de prestación de servicio abarcan desde la participación en la elaboración de actividades de difusión del Programa de Conductas Adictivas, sugerencias en el mejoramiento del programa y participación en el área de tratamiento en el campo de las adicciones.

A fin de establecer un panorama general del campo de estudio en el Programa, inicialmente se realizó una revisión bibliográfica considerando aspectos de clasificación y metabolismo de sustancias, epidemiología, efectos a nivel orgánico y factores asociados al consumo de drogas. Se realizó la revisión del Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para

Problemas de Alcohol y Otras Drogas (Quiroga, 2003), sustento teórico-metodológico del cual se desprende el programa DIBADEU.

Se brindó especial atención al trabajo con pacientes que presentaban problemas de drogas, en el marco de la modalidad de tratamiento DIBADEU bajo el enfoque de Atención Escalonada. Previo al inicio de actividades terapéuticas, se revisaron las bases teóricas, el manual de aplicación del programa, se recibió el entrenamiento correspondiente por medio de la participación como paciente y terapeuta en sesiones simuladas de entrevista inicial, evaluación y retroalimentación. Adicionalmente se incluyó la participación como co-terapeuta en sesiones con pacientes asignados al Programa de Conductas Adictivas.

La actividad terapéutica, incluyó la apertura de expediente clínico, entrevista inicial, la aplicación de instrumentos de evaluación; la integración de datos obtenidos para establecer un diagnóstico; la elaboración de retroalimentación personalizada y el análisis en conjunto con los pacientes; diseño de Plan de Evitación de Situaciones de Riesgo; asignación semanal de tareas, principalmente de automonitoreo. Posterior a cada sesión, se elaboraron resúmenes en los que se registraron los puntos centrales del trabajo realizado y el curso del tratamiento, atendiendo en todo momento a la importancia de mantener actualizados los expedientes clínicos y hacer un correcto manejo de estos. Todas estas actividades estaban bajo un monitoreo y apoyo constante del supervisor.

También se incluye la participación en el XII Encuentro de los Centros y Programas. “Psicología y Bienestar” en el módulo informativo “Programa de Conductas Adictivas” (Véase Anexo 1), junto con la actividad “Mitos y realidades de la marihuana”, que se realizó el 23 de septiembre de 2016 (Véase Anexo 2 y 3).

Con la intención de hacer mejoras en la aplicación de los diversos programas de tratamiento del Programa de Conductas Adictivas, se inició el desarrollo del Autoregistro Móvil de Consumo Piloto (Véase Anexo 4), basado en la Tarjeta de Autoregistro del Programa DIBAEU (Véase Anexo 5). El desarrollo del Autoregistro

Móvil de Consumo surgió como alternativa para los pacientes y con los siguientes objetivos:

- Hacer el registro de consumo diario fácilmente en el teléfono móvil.
- Evitar el uso de las hojas de papel.
- El terapeuta puede acceder a los datos sobre el consumo diario del paciente en cualquier momento.
- Registrar el consumo de la sustancia en tratamiento (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, etc.).
- Usar la información generada en Excel para discutir el consumo semanal durante las sesiones.

El tiempo de desarrollo del Autoregistro Móvil de Consumo fue de dos semanas, usando bases de datos en Excel, la plataforma de Google Forms y la plataforma AppSheet. Adicionalmente, el Autoregistro Móvil de Consumo Piloto fue usado con un paciente para monitorear su consumo semanal de Marihuana y de Tabaco, el cual tuvo resultados positivos, ya que el paciente reportó poder registrar de forma sencilla el consumo de sustancias en el trabajo, casa y fiestas.

Objetivo del informe

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

Capítulo I. Consumo de la cocaína en México

Antecedentes y actualidad.

La historia del consumo de sustancias psicoactivas por el ser humano se registra en todos los continentes, desde épocas inmemorables, al punto de volverse parte de nuestra cultura. Tanto en el nuevo como en el viejo mundo existen registros de diversas prácticas realizadas hace siglos, quizás milenios, relacionadas con la utilización de sustancias alteradoras de la mente o embriagantes (Cuerno, 2013).

El consumo de cocaína se remonta a civilizaciones preincas, las cuales masticaban las hojas de coca para disminuir las sensaciones de hambre y fatiga. La cocaína se obtiene de las hojas de dos arbustos de coca de la misma familia (*Erythroxylum coca lan* y *Erythroxylum novagranatense*), cultivados en las regiones tropicales de los Andes (principalmente Perú, Bolivia, Colombia y Ecuador) (Isorna & Saavedra, 2012). Al respecto, hay relatos de españoles de la época de la conquista que comentan sobre el uso de la coca entre los indígenas. En ellos se cuenta que el consumo de esta planta gozaba de gran prestigio, a tal grado que muchos de los conquistadores se aprovecharon de la droga. Apreciaban sus efectos que permitían hacer trabajar más al indígena con menos inversión, pues al inhibirles el hambre, gastaban menos en su alimentación (Cuerno, 2013).

Fue hasta 1860 cuando Albert Niemann sintetiza la cocaína a partir de las hojas de coca, extendiéndose su uso durante este siglo (XIX) por Europa y EE. UU., con fines tanto terapéuticos como recreativos. Con respecto al uso terapéutico, la cocaína se empleó en el tratamiento de la neurastenia de la hipocondría, de los trastornos digestivos y respiratorios, así como anestésico local para la córnea y la conjuntiva. En esta línea medicinal, Sigmund Freud realizó

estudios sobre la cocaína. En lo relativo al uso recreativo de esta sustancia aparece la invención de la Coca-Cola por John Pemberton en 1886 (Del Nogal, 2013). Para 1903 la Coca-Cola llegó a contener 250 miligramos de cocaína por litro, los cuales fueron sustituidos posteriormente por cafeína (Méndez-Díaz, 2014).

A principios de 1914 se decidió controlar el cultivo de la planta por los efectos adictivos, intoxicaciones severas y la peligrosidad de su uso. A pesar de ello, y de la declaración de "guerra a las drogas", no se ha logrado que el proceso de producción, venta y consumo disminuya, sino todo lo contrario, estigmatizando y criminalizando a los usuarios (DEL BOSQUE y Grau, 2015).

En México no se consideró un problema sino hasta la década de 1980, debido a las bajas prevalencias, y a que quienes la consumían pertenecían generalmente a clases socioeconómicas favorecidas, como escritores, intelectuales y artistas. A partir de la década de 1990, se incrementó el consumo y se empezó a estudiar la forma de uso tanto de la cocaína fumada como de una nueva forma de presentación: el crack. Su uso se convierte en un problema alrededor del año 2000, que coincide con el cambio en las rutas internacionales de la zona del Caribe al corredor América Central-México para llevar droga a Estados Unidos (Del Bosque et al., 2014).

El consumo y el abuso de drogas en los últimos años, se ha ubicado en el contexto nacional como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes las consumen. En este contexto, es indispensable conocer cada una de las aristas y dimensiones del fenómeno entre la población. Es por ello que desde los años ochenta se realizan estudios de manera periódica en México, para evaluar la dinámica, transición y dirección del problema (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017).

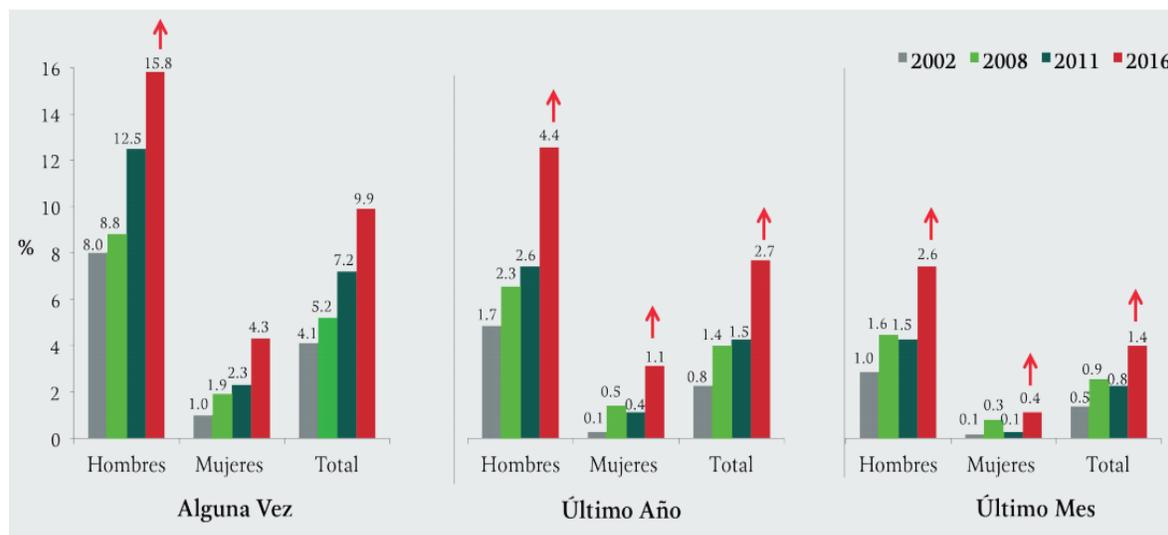
En 2017, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) presenta La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT

,2017) — anteriormente denominada Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) —. Es una herramienta probabilística con capacidad para generar estimaciones de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e ilegales, en poblaciones de personas con edad entre 12 y 65 años, que habitan en viviendas particulares de localidades donde más del 50% de las personas mayores de 5 años hablan español, en cada una de las 32 entidades federativas de nuestro país.

De acuerdo con los reportes de la ENCODAT (2017), la edad de inicio de consumo de drogas ilegales es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2). La cocaína, al igual que la mayoría de las drogas ilícitas, es consumida en mayor proporción por hombres que por mujeres entre los 12 a 65 años (Véase Figura 1).

Figura 1

Tendencias del consumo de cualquier droga ilegal Población total de 12 a 65 años

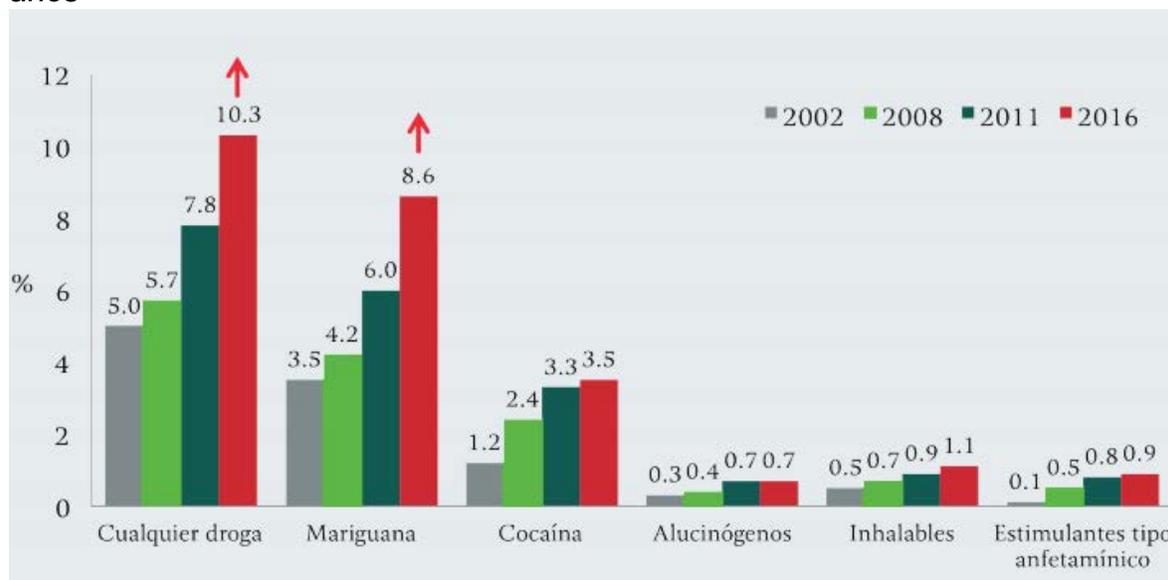


Nota: Las flechas en rojo indican un incremento estadísticamente significativo con respecto a 2011.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.

Para la población total (de 12 a 65 años) la prevalencia alguna vez de marihuana pasó de 6% a 8.6%; el consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3% y 3.5%) (Véase Figura 2) como en el último año (0.5% y 0.8%).

Figura 2

Tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida. Población de 12 a 65 años

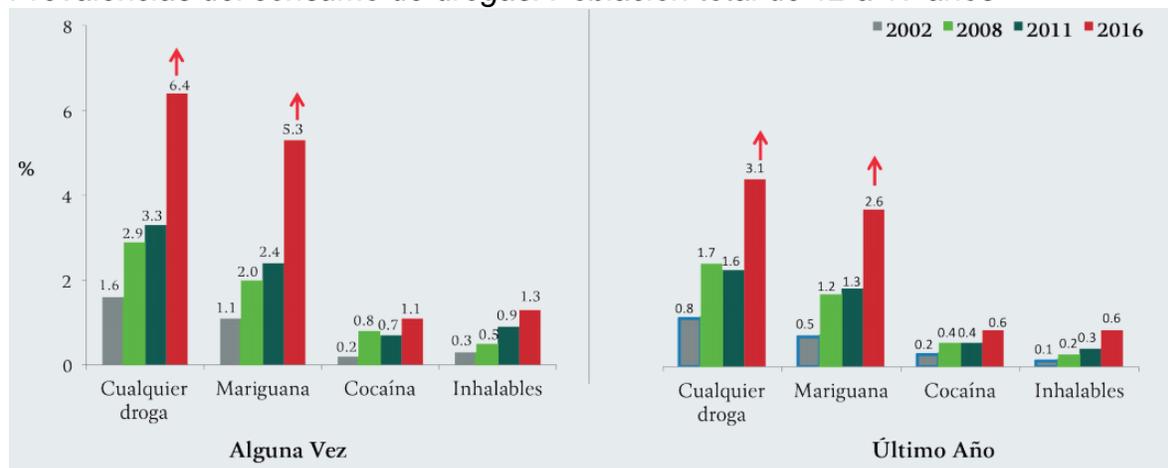


Nota: Las flechas en rojo indican un incremento estadísticamente significativo con respecto a 2011.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.

En la Población adolescente (12 a 17 años), la mariguana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%) (Figura 3). La cocaína junto con los inhalables, a pesar de que tuvieron incremento, no fue un incremento significativo con respecto a 2011 (Ver Figura 3).

Figura 3

Prevalencias del consumo de drogas. Población total de 12 a 17 años



Nota: Las flechas en rojo indican un incremento estadísticamente significativo con respecto a 2011.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.

De las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

Los datos advierten la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, así como la urgencia de ampliar la política de prevención y tratamiento, y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.

Efectos del consumo de cocaína en el organismo.

Los efectos del consumo de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de una sola dosis debido al incremento de los niveles de Noradrenalina (NA), Dopamina (D) y en menor medida de Serotonina por bloqueo de su recaptación presináptica. El aumento de Dopamina media la euforia que produce y parece el principal implicado en el mecanismo de adicción (Haile, Mahoney, Newton y De la Garza, 2012).

La cocaína esnifada (clorhidrato de cocaína) inicia su efecto farmacológico a los dos o tres minutos (Centros de Integración Juvenil, 2016). Una raya o línea contiene aproximadamente unos 25 miligramos de clorhidrato de cocaína (González, 2009). Suelen administrarla cada 10-30 minutos hasta agotar la cantidad disponible y poco a poco la cantidad de droga consumida aumenta conforme se desarrolla la dependencia. Esta forma de consumo compulsivo se puede repetir cíclicamente con separaciones de varios días y con una duración de 4 a 200 horas. La cocaína consumida de esta forma genera cambios neuroquímicos que permanecen después de que la droga ha dejado de ser consumida y que influyen en la recaída en el consumo (Flores, 2008).

En la Tabla 1 se presentan los signos y síntomas más frecuentes que acompañan la intoxicación por cocaína según su gravedad:

Tabla 1*Signos y síntomas de la intoxicación por cocaína según su gravedad*

Gravedad	Signos y síntomas
Leve	Aumento discreto de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Cefalea Hiperreflexia. Náuseas, vómitos. Sofocos. Midriasis. Palidez. Diaforesis. Temblor, sacudidas. Agitación, ansiedad, euforia. Conducta estereotipada.
Moderada	Taquicardia, HTA (hipertensión arterial). Taquipnea, disnea. Hipertermia. Sudoración. Trastornos metabólicos. Confusión, alucinaciones táctiles, delirios paranoides. Hiperactividad marcada, aumento del tono muscular y reflejos tendinosos, calambres musculares. Eyaculación espontánea. Convulsiones generalizadas. Desorientación. Crisis de pánico.
Grave	Palidez. Hipotensión, taquicardia o bradicardia. Arritmias ventriculares. Paro cardíaco. Apnea, cianosis, respiración Cheyne-Stokes. Hipertermia maligna. Parálisis flácida. Coma. Estatus epiléptico.

Fuente: Adaptada: Mayán y García (2006).

La cocaína también puede disminuir temporalmente el apetito y la necesidad de dormir. Algunos consumidores sienten que la droga les ayuda a realizar más rápido algunas tareas simples, tanto físicas como intelectuales, mientras que a otros les produce el efecto contrario (National Institute on Drug Abuse, 2010).

Méndez-Díaz (2014) señala que el consumo de cocaína rápidamente genera tolerancia; es decir, que los sujetos necesitan administrarse cada vez más dosis –hasta 10 veces más la dosis inicial de la droga– para alcanzar el efecto

eufórico del principio. Posteriormente, si el usuario de cocaína deja de consumir la droga después de un periodo prolongado de uso, presenta el síndrome de abstinencia, que se caracteriza por la presencia de anhedonia (el sujeto es incapaz de experimentar placer), así como fatiga, insomnio, pesadillas, y un deseo irresistible de consumir cocaína (craving). También suelen presentar síntomas depresivos, acompañados de ideas o comportamientos suicidas. Adicionalmente, durante la abstinencia, el sólo recuerdo de la euforia que produce, así como de los lugares o personas relacionadas con su consumo, desencadenan el deseo de usarla, provocando la recaída. Todos estos signos y síntomas son característicos de la dependencia a la cocaína.

De acuerdo con NIDA (2010) las reacciones adversas que resultan del consumo de cocaína varían dependiendo de cómo se administra. Por ejemplo, la inhalación regular puede causar una pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal, lo que puede producir una condición crónica de irritación y salida de secreción por la nariz. Cuando se ingiere, la cocaína puede causar gangrena grave en los intestinos porque reduce el flujo sanguíneo. Además, las personas que la inyectan tienen marcas de pinchazos y trayectos venenosos conocidos como “tracks”, usualmente en los antebrazos. Estos últimos también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los aditivos que se agregan a la cocaína en la calle y, en los casos más severos, estas reacciones pueden provocar la muerte.

Problemas de salud asociados al consumo de cocaína.

El consumo, comercialización y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) genera graves consecuencias a corto, mediano y largo plazo, que afectan directa e indirectamente la calidad y expectativa de vida de las personas y su entorno, que pueden ser asociadas a la salud física o psicológica, así como también a conflictos con la autoridad, las comunidades y la familia (Salazar & Torres, 2016).

En México, los trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia), junto con otros padecimientos neuropsiquiátricos (como ansiedad y depresión), se ubican entre las principales causas de morbimortalidad y carga de enfermedad en la población en general (Lozano et al., 2013; Murray et al., 2012).

Adicionalmente, la deserción y bajo rendimiento laboral y/o escolar, la violencia familiar y la conducta criminal son otros problemas que impactan el funcionamiento psicosocial (Medina-Mora & Real, 2013), eso sin dejar de mencionar los altos costos sociales asociados al tráfico ilegal de sustancias, criminalización y estigmatización de los consumidores (Medina-Mora & Real, 2013).

En el caso de la cocaína, los consumidores presentan euforia inicial, seguida de ansiedad, agitación, delirio. Puede ocurrir un cuadro psicótico agudo, rigidez muscular, convulsiones, hipertermia, taquicardia, hipertensión arterial sistémica y choque. Las posibles complicaciones incluyen: arritmias cardíacas, isquemia miocárdica, miocarditis, miocardiopatía, disección aórtica, neumopericardio, edema agudo de pulmón, neumotórax, neumomediastino, rabdomiólisis y enfermedad cerebrovascular (Pinacho-Vazquez, 2015).

Preller et al. (2014) describen que los sujetos dependientes de cocaína presentan déficits relacionados con aspectos concretos de la empatía. Específicamente, se concentrarían en la toma de perspectiva, la decodificación emocional y la empatía emocional. Los procesos de decodificación o de reconocimiento emocional (tanto de las expresiones faciales como de la prosodia) resultan fundamentales para la empatía cognitiva o para inferir los pensamientos, intenciones y/o sentimientos propios y ajenos.

En un estudio realizado por Spronk, Van, Ramaekers y Verkes (2013), los consumidores adultos de cocaína presentarán déficits en la memoria, tanto en el recuerdo inmediato como demorado. Adicionalmente, presentarán déficits en la memoria de trabajo. El consumo crónico de cocaína se relaciona con un peor

funcionamiento ejecutivo que afectaría a la capacidad de inhibición, la flexibilidad cognitiva, la capacidad de planificación y a la toma de decisiones (Morie, De Sanctis, Garavan & Foxe, 2014; Pike, Stoops, Fillmore, & Rush, 2013). Adicionalmente, las personas que abusan de la cocaína tienen mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como la del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), además de la hepatitis viral (NIDA, 2010)

Factores de riesgo y protección.

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales ha sido ampliamente estudiado por las problemáticas que lo acompañan a nivel personal, familiar y social. Uno de los principales intereses han sido los factores de riesgo y de protección asociados con su consumo (Barreto, Pérez, Roa, López & Rubiano, 2015).

Los factores de riesgo son todas aquellas situaciones sociales y biológicas, personales o interpersonales, presentes en el contexto en que se desarrollan los individuos y que pueden llegar a incrementar la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas o de adicción a una de ellas (Rivolta, 2012); de la misma manera, hacen alusión a las características y variables que elevan la probabilidad de desarrollar una enfermedad relacionada con la adicción (Arias, Calderón, Cano & Castaño, 2012).

Por otro lado, los factores de protección son los que pueden reducir, contrarrestar o eliminar la probabilidad de existencia de un proceso adictivo. Sin embargo, se afirma que ninguno de los factores, sea de riesgo o de protección, puede predecir las conductas de consumo y solo se puede hablar de ellos en términos probabilísticos (Rivolta, 2012).

Se ha sugerido la existencia de una relación entre los rasgos de la personalidad y la vulnerabilidad a desarrollar dependencia a una droga de abuso. La mayoría de las personas predispuestas a la adicción tienen signos y síntomas definidos antes de empezar a consumir drogas. Por ejemplo, la impulsividad, es

decir, responden a un estímulo sin reflexionar y sin que anticipen las consecuencias de sus respuestas. Tienen dificultad para establecer y seguir planes, así como una actitud de urgencia y conductas autolesivas no suicidas. También exhiben un pobre control de la atención, por lo que pierden fácilmente el interés en un objetivo o una meta. Responden fácilmente con violencia a estímulos a los que la mayoría de las personas no responde de esta manera (Méndez-Díaz, Romero, Cortés, Ruíz-Contreras & Próspero-García, 2016).

En algunas comunidades la disponibilidad de las drogas, así como las leyes sobre las mismas, favorecen el consumo. En otras ocasiones es la misma desorganización comunitaria o las movilizaciones a las que se ven sometidos los sujetos las que se convierten en factores de riesgo (Martínez, 2015).

Ortiz et al. (1995) realizaron un estudio con población mexicana, donde se describe la percepción que tienen los usuarios con respecto al consumo de cocaína y problemas asociados. En este estudio, la mitad de los entrevistados señalo que los hombres consumen más cocaína que las mujeres. La curiosidad, la invitación de los amigos son, al igual que los problemas personales y familiares, los motivos más frecuentes por los que empiezan a usar drogas. La manera más frecuente de utilizar la cocaína en casi todos los usuarios es por la nariz y fumada. Por otro lado, no se encontró usuario que consumiera sólo cocaína, todos la combinan con alcohol y son los más jóvenes los que reportan usar la cocaína con dos o más drogas. Los lugares preferidos para consumir cocaína son las reuniones, centros nocturnos y baños públicos. Para la mayoría de los usuarios, la cocaína representa un medio para olvidar sus problemas, adquirir seguridad y estatus, facilitarles la sociabilidad, no solamente las relaciones interpersonales sino también las de tipo afectivo. Así mismo, les sirve para sobre llevar largas jornadas de trabajo y disfrutar más de las actividades en general.

Morcillo (2015) señala que no hay especiales diferencias en los niveles de consumo según el tipo de ocupación y la clase social. No obstante, aunque el

consumo de cocaína es una conducta mayoritariamente masculina, su uso se está extendiendo entre las mujeres jóvenes.

Adicionalmente, en un estudio realizado por Oropeza, Lira y Rosales (2013) reportan que los consumidores de cocaína, en relación a su estado civil la mayoría son solteros y tienen mayor nivel académico (estudios universitarios). En cuanto a los años de consumo, la mayoría llevaba de 0 a 5 años usando la sustancia. Sobre la edad de inicio de consumo de cocaína se encontró que, en promedio, lo hacían a los 21 años.

Finalmente, Martínez (2015) sugiere que un simple factor puede tener varios resultados en un mismo sujeto, siendo uno de ellos el consumo de drogas. El abuso de drogas puede tener efectos importantes sobre los factores ya sean de riesgo o de protección, esto es, nos encontramos ante un camino bidireccional. Actuaciones adecuadas sobre los distintos factores de riesgo pueden atenuar e incluso eliminar el consumo de drogas. Por otro lado, la presencia de factores de riesgo no garantiza situaciones de consumo.

Capítulo II. Tratamiento de las adicciones

En la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009) se define como adicción o dependencia al “estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (Secretaría de Salud, 2009). Además, se establece en dicha norma que el Tratamiento es: “El conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia” (Secretaría de Salud, 2009).

La Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013) establece que el abordaje y tratamiento de los Trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas es complejo y multifactorial. Las personas que los sufren requieren atención apropiada a las características de su condición, la cual puede variar de acuerdo con diversos factores, entre ellos, el tipo de sustancias y el patrón de consumo, las condiciones físicas, psicológicas y sociales, previas y asociadas con el consumo, la existencia de comorbilidad con otros trastornos mentales u otras condiciones crónicas que afecten la salud del individuo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (Véase Centros de Integración Juvenil, 2014) en adicciones, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”; entonces, desde este

punto de vista un tratamiento para la atención de las adicciones no sólo buscaría que la persona deje de consumir sustancias psicoactivas (que seguiría siendo un objetivo importante), sino que en un sentido más amplio se pretende que el bienestar derivado del tratamiento alcance diferentes áreas probablemente afectadas por el consumo, como son las relaciones interpersonales, el contexto familiar, el desempeño laboral, etc.

A pesar de que en la ENCODAT (2017) la cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011, de la población total (12-65 años), sólo las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres). Rojas, Real, Garcia-Silberman, y Medina-Mora (2011) sugieren que los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios, influyen como barreras en la búsqueda de atención en servicios de tratamiento.

A continuación, se describen diversos modelos de tratamiento en materia de conductas adictivas.

Modelo cognitivo conductual motivacional.

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

Una implicación relevante derivada del modelo biopsicosocial es, que, para las conductas adictivas, no es suficiente el modelo biológico, el psicológico o el social, sino que necesariamente, deben considerarse los tres, de tal forma que se

evite el reduccionismo y permita la contemplación del comportamiento en sus dimensiones molecular y molar, es decir, de la totalidad del organismo.

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

Modelo de Atención Escalonada.

El término *atención escalonada* se refiere a la manera en que diferentes decisiones de intervención son secuenciadas y a los lineamientos empleados en la toma de decisiones (Sobell & Sobell, 1999). El principio subyacente consiste en emplear la intervención menos intensiva que tenga una oportunidad razonable de tener éxito. Este enfoque, adaptado a los problemas de alcohol y drogas, consiste en la aplicación de un conjunto de reglas de decisión o lineamientos para la toma de decisiones que lleven a proporcionar un tratamiento eficiente y clínicamente apropiado a dichos problemas.

De acuerdo con Sobell y Sobell (1999, 2000), los servicios terapéuticos basados en el enfoque de atención escalonada se encuentran, a su vez, basados en los siguientes tres principios fundamentales derivados de la atención a la salud:

1. El tratamiento debe ser individualizado, no sólo en relación con el presente problema sino también en relación con otros factores, tales como las creencias y recursos del cliente y recursos terapéuticos disponibles.
2. El tratamiento seleccionado debe ser consistente con la literatura de investigación contemporánea. Se reconoce que la investigación se encuentra más adelantada en algunas áreas que en otras, pero independientemente del nivel de conocimiento que posea, el clínico debe estar familiarizado con y el empleo de la información del estado del arte.
3. El tratamiento recomendado debe ser el menos restrictivo, pero con probabilidades de que funcione. El concepto de restrictividad que aquí se emplea se refiere no sólo a los efectos físicos del tratamiento sobre el cliente, sino también, a las restricciones sobre el estilo de vida y recursos del cliente (p. ej., el costo total del tratamiento para el cliente, tanto a nivel personal como financiero). Un resultado de adherirse a este lineamiento es que los tratamientos más intensivos se reservan para los problemas más extremos.

El Institute Of Medicine (IOM, 1990, por sus siglas en inglés) ha recomendado el empleo del enfoque de atención escalonada en el tratamiento de los problemas de alcohol y otras drogas, de tal suerte que durante la fase inicial se provean esfuerzos terapéuticos mínimos, y posteriormente, vayan aumentando en intensidad, sólo si los esfuerzos iniciales probaran no ser exitosos. Esto, además, es consistente con otra recomendación de dicho Instituto, que sugiere ampliar la base del tratamiento a fin de que se incluya en los esfuerzos de atención a

personas que no sólo presenten problemas de alcohol y otras drogas, sino también, a aquellas que se encuentran en riesgo de presentarlos.

Como puede observarse, los lineamientos de la atención escalonada son similares a los que se aplican para el otorgamiento de la atención de otros problemas sociales y de salud.

Intervenciones breves.

Dentro de las técnicas para reducir el consumo de riesgo de alcohol y sus consecuencias a nivel de la salud pública, existe un recurso, la Intervención Breve (IB) que se dirige al individuo, a diferencia de las demás medidas que se dirigen al nivel público (regulaciones y disposiciones legales, tales como prohibir el consumo de menores, o en ciertos horarios) (Lichtenberg, López & Cremona, 2015).

El objetivo general de la IB es identificar un problema de alcohol u otras drogas real o potencial (consumo de riesgo o perjudicial) y motivar a la persona para que alcance un consumo de bajo riesgo o, en casos específicos como menores de edad o mujeres gestantes, la abstinencia (Lichtenberg, et al., 2015).

Miller y Rollnick (1991) emplean 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, conducta normativa.
2. *Responsability*. Énfasis depositado en la responsabilidad del cliente para el cambio.
3. *Advice*. Consejo sencillo en qué cambiar (p. ej., consumo peligroso), sugerencias para la moderación.

4. *Menú* (de opciones de tratamiento)- provisión de un rango de opciones 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.

Entre los beneficios del uso de la IB se encuentran la reducción de barreras del tratamiento tales como tiempo de desplazamiento y la estigmatización por acudir a un tratamiento (Schmidt, Capron, Raines & Allan, 2014).

Medina-Mora et al. (2010) señalaron que las IB requieren menor cantidad de tiempo y esfuerzo en su aplicación en la práctica. Adicionalmente, existe evidencia significativa de que las IB son tan eficaces como los tratamientos más amplios (Newbury-Birch et al. 2014; O'Donnell et al., 2013).

En el ámbito internacional de la IB, destaca el Brief Alcohol Screening Intervention for College Students (BASICS, por sus siglas en inglés).

El Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) es una Intervención Breve desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan & Marlatt (1999) en el Centro de Investigación de Conductas Adictivas (ABRC) de la Universidad de Washington. Esta intervención está estructurada en dos sesiones, la primera sesión consiste en una entrevista de evaluación, la segunda sesión se enfoca en la retroalimentación de los resultados obtenidos. El BASIC es un programa de prevención selectiva o indicada desarrollado específicamente para estudiantes que muestran problemas de alcohol incluyendo uso, abuso y dependencia de alcohol.

El BASICS es una intervención desarrollada fundamentalmente en los principios y estrategias de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991). El

consejo realizado en el BASICS se realiza de acuerdo el estadio de cambio en que se encuentran los estudiantes (Prochaska & DiClemente, 1992). El BASICS también cuenta con los componentes FRAMES de la intervención breve, revisados anteriormente. Diversos estudios reportan resultados favorables en la aplicación del BASICS, reduciendo notablemente el consumo de alcohol y las consecuencias negativas entre estudiantes universitarios (Fachini, Aliane, Martinez & Furtado, 2012).

El BASICS puede ayudar a los bebedores universitarios a reducir o dejar de beber y a detectar estudiantes dependientes del alcohol, motivándolos a ingresar a tratamiento. Además, la entrevista cara a cara, una característica de BASICS, parece mejorar la percepción general sobre los hábitos de salud entre los estudiantes universitarios (Fachini et al., 2012).

Adicionalmente, Baer, Kivlahan, Blume, McKnight & Marlatt (2001) señalan que, las intervenciones breves para bebedores universitarios de alto riesgo pueden lograr la reducción del consumo y consecuencias negativas a largo plazo incluso en el contexto de las tendencias madurativas.

Finalmente, los terapeutas que implementan el BASICS deben poseer conocimiento preciso de alcohol, dependiendo del objetivo de la intervención. Adicionalmente deben poseer conocimiento preciso de las características de la población específica que recibe el servicio, como estudiantes universitarios, estudiantes de secundaria o jóvenes de la calle.

Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU)

El programa Detección e Intervención Breve de Alcohol (DIBAEU), traducido y adaptado al español por Quiroga y Cabrera (2003) para su empleo en estudiantes universitarios, del *Brief Alcohol Screening Intervention for College Students* (BASICS) y desarrollado originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan &

Marlatt (1999), es un programa enfocado en la reducción, tanto el consumo excesivo de alcohol como las consecuencias dañinas derivadas del mismo.

El DIBAEU es una intervención breve de corte cognitivo-conductual motivacional que se basa en la teoría del aprendizaje social y en la psicología motivacional, fundamentalmente (Quiroga, Cabrera & Vital, 2008). Cuenta con tres elementos clave: (a) el entrenamiento en destrezas cognitivo-conductuales, (b) la terapia de incremento motivacional; y (c) los principios de la reducción del daño, por lo que se centra en motivar al estudiante para que prevenga o reduzca los problemas relacionados al consumo de alcohol que en la frecuencia y cantidad de consumo de los mismos.

Entrenamiento en destrezas cognitivo-conductuales

Al igual que la prevención de recaídas de Marlatt & Gordon (1985), el DIBAEU considera un enfoque cognitivo-conductual motivacional para abordar un problema biopsicosocial como es el del alto riesgo de consumo de alcohol entre estudiantes universitarios. En tanto que la prevención de recaídas se centra fundamentalmente en el mantenimiento de las ganancias del tratamiento, el DIBAEU se centra en la prevención indicada, es decir, está dirigido estudiantes que ya consumen excesivamente y que ya han experimentado, o que se encuentran en alto riesgo de experimentar, problemas relacionados con el alcohol.

El modelo original de prevención de recaídas se centra en desarrollar estrategias en tres áreas: (1) anticipar las caídas y las recaídas, y prevenir que ocurran; (2) afrontar de manera efectiva una caída o recaída, de tal suerte que se minimicen sus consecuencias y resultados negativos, y se maximice el aprendizaje de la experiencia; y (3) reducir los riesgos globales a la salud y reemplazar el desequilibrio del estilo de vida con el equilibrio y moderación. La esencia de la terapia cognitivo-conductual consiste en (1) identificar la(s) conducta(s) a cambiar, y (2) comprender la relación funcional entre las conductas del individuo y el contexto en el que las conductas se encuentran inmersas.

Una definición amplia de una situación de alto riesgo, es aquella en la que el sentido de control percibido que posee un individuo se encuentra amenazado. Una situación de alto riesgo puede ser una circunstancia medio ambiental, una interacción interpersonal, o un estado interno disparador para que una persona se involucre en la conducta indeseable. Si la persona enfrenta efectivamente la situación de alto-riesgo, el individuo experimentará un incremento en la auto-eficacia, o la creencia de que puede responder exitosamente a otras situaciones de alto-riesgo en el futuro y mantener la meta. Tal experiencia decrementa la probabilidad de una futura recaída. Sin embargo, si una persona no es capaz de generar una respuesta de enfrentamiento efectiva, puede experimentar un incremento en la pasividad, desesperanza, y un sentimiento de estar fuera de control. Estas circunstancias operan para incrementar la probabilidad de que las destrezas de enfrentamiento no se emplearán y de que ocurrirá un resbalón o recaída.

En un primer paso, la prevención de recaídas busca ayudar a que el cliente identifique las circunstancias en que se encuentra amenazado su sentido de control sobre la situación. Una vez que se han identificado, entonces el terapeuta puede centrarse en actividades de solución de problemas y de desarrollo de destrezas diseñadas para apoyar el enfrentamiento en estas situaciones. En caso de que ocurra un resbalón, se le enseña al cliente destrezas específicas para prevenir posteriores resbalones. Esto incluye una discusión del efecto de violación de la meta (también denominado como efecto de violación de la abstinencia cuando la meta es la abstinencia). El efecto de violación de la meta consiste de las respuestas cognitivas y afectivas experimentadas por un individuo después de un resbalón o caída, tal como frustración, sentirse desmoralizado, o darse por vencido en los esfuerzos por cambiar. La preparación del cliente para tales reacciones implica el desarrollar un conjunto de destrezas para combatir estas experiencias, en caso de que el cliente viole su meta.

Quiroga y Cabrera (2003) señalan que los principios centrales de la prevención de recaídas de corte cognitivo-conductual han sido adaptados para el contexto de prevención del DIBAEU. Estos principios adaptados se resumen a continuación:

- *Identificación de Situaciones de Consumo de Alto-Riesgo*

Pocos adultos jóvenes consideran su consumo riesgoso o excesivo y pocos intentan regular o “manejar” su consumo. La primera tarea consiste en incrementar la conciencia del individuo sobre su conducta de consumo e identificar factores situacionales particulares que contribuyen al consumo peligroso. El Auto-monitoreo, tal y como se describe posteriormente, es una técnica conductual empleada para incrementar la conciencia del individuo, así como de la identificación de circunstancias específicas que se corresponden con las ocasiones de consumo excesivo. Otro enfoque es solicitarles a los estudiantes que identifiquen los escenarios en los que exista alta probabilidad de beber de una manera peligrosa. Aún cuando los patrones de consumo varían ampliamente de estudiante a estudiante, los patrones individuales son relativamente consistentes. A menudo los estudiantes son capaces de describir sus hábitos generales de consumo, pero tienden a presentar mayor dificultad en discernir los factores situacionales más sutiles (p. ej., quién, qué, dónde, cuándo). Dentro del DIBAEU se les ayuda a que identifiquen estos factores.

- *Otorgamiento de Información Precisa sobre el Alcohol*

Aun cuando muchos estudiantes se encuentran familiarizados con los riesgos potenciales a largo-plazo derivados del consumo excesivo, pocos consideran los resultados negativos más proximales del consumo (p. ej., la sobredosis de alcohol, los accidentes letales relacionados con el alcohol, etc.). A los estudiantes se les proporciona información sobre las

consecuencias negativas a corto plazo a fin de que estén adecuadamente preparados para discutir maneras de consumo más seguras. Como parte del programa DIBAEU, los estudiantes aprenden hechos básicos acerca del alcohol, tales como calcular su Nivel de Alcohol en Sangre (NAS), qué constituye una copa estándar, cómo se metaboliza el alcohol, qué es la tolerancia, cómo difieren los hombres y las mujeres en su metabolización del alcohol, y cuáles son las normas de consumo de alcohol para los estudiantes universitarios y para la población en general.

- *Identificación de factores de Riesgo Personal*

Se identifican los factores personales que pueden contribuir al riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol. Los factores individuales incluyen una historia familiar positiva de problemas de alcohol, una historia de trastornos de conducta o falta de control conductual, o una historia de consumo excesivo y consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol. Los estudiantes reciben esta retroalimentación para que amplíen su comprensión de sus riesgos personales y para destacar los factores menos obvios que contribuyen a los presentes o futuros problemas con el alcohol. Además, esto faculta al terapeuta para que recomiende y refiera a aquellos para quienes la abstinencia resulta indicada.

- *Desafío de los Mitos y de las Expectativas Positivas del Alcohol*

Se alienta a los estudiantes para que exploren sus creencias sobre lo que ellos esperan experimentar o sentir cuando consumen. Muy comúnmente los estudiantes creen que las propiedades farmacológicas del alcohol contribuyen a mejorar el funcionamiento social, incluyendo al sentirse más relajado, más sociable, amistoso y sexualmente atractivo. Por lo que no resulta sorprendente que estas expectativas positivas provean a menudo el incentivo para consumir. Además, muchos jóvenes consumidores también

creen que el placer que esperan derivar del consumo es conmensurable o equivalente a la cantidad que consumen. La falsa creencia de que “más es mejor” alienta aún más el consumo excesivo. Estas creencias y expectativas son desafiadas por medio de diversas técnicas, incluyendo al auto-monitoreo e información sobre los efectos placebo.

- *Establecimiento de Metas más Apropriadas y Seguras de Consumo de Alcohol.*

Se alienta el empleo de metas de moderación para aquellas personas que eligen el consumir. Se define a la moderación como consumir alcohol de manera que se evite la intoxicación y problemas relacionados con el alcohol. Se alienta el establecimiento de límites (p. ej., mantener el NAS en 0.055% o menos).

- *Manejo de Situaciones de Consumo de Alto Riesgo*

A continuación, se enseñan y practican por medio del juego de roles y tareas las estrategias específicas cognitivo y conductuales para iniciar y mantener límites de consumo más seguro. Las estrategias cognitivas incluyen el recordatorio a uno mismo de la meta establecida (particularmente antes de una situación de consumo) y el uso de la imaginación y del auto-diálogo para superar urgencias que exceden la meta. Las técnicas conductuales incluyen el evitar las situaciones de consumo de alto riesgo, la práctica de conductas asertivas (p. ej., el rechazo de copas), y el involucramiento en alternativas conductuales (p. ej., el alternar copas que contengan y no contengan alcohol, espaciar las copas, el consumir copas con más bajos contenidos de alcohol).

- *Aprender de los Errores*

Cuando un individuo está tratando de cambiar una conducta que tiene antigüedad en su repertorio conductual, a menudo ocurren errores. Desafortunadamente estos errores pueden producir sentimientos negativos contraproducentes (p. ej., desánimo, culpa, vergüenza y en ocasiones depresión), que pueden comprometer la motivación e interés de una persona en el mantenimiento de un trabajo hacia el cambio conductual. A este conjunto de respuestas se le conoce como efecto de violación de la meta. Para evitar este efecto, los resbalones o caídas que se presentan en la consecución de la conducta objetivo deben ser vistas como oportunidades para que el estudiante afine su repertorio de estrategias de enfrentamiento para hacerlas más efectivas. Cuando la meta es la moderación, una caída constituye consumir más allá del límite de consumo establecido, consumir hasta la intoxicación, o consumir de una manera que resulta en problemas (P. ej., peleas, discusiones, o manejar estando intoxicado).

- *Incremento de la Auto-Eficacia*

Con el empleo de la teoría de la auto-eficacia de Albert Bandura (1977), se intenta ayudar a los estudiantes a que incrementen su creencia en su propia habilidad para lograr y mantener cambios saludables en su consumo de alcohol. Dentro del campo de las conductas adictivas, existen diferentes tipos de auto-eficacia para diferentes estadios del problema. La Resistencia de la auto-eficacia (habilidad para resistir la presión a consumir alcohol o rechazar drogas en una primera instancia; (Hays & Ellickson, 1990) y la auto-eficacia de reducción del daño (habilidad auto-percibida para experimentar con o utilizar drogas de una manera que reduce las consecuencias dañinas; (Marlatt, Larimer, Baer, & Quigley, 1993), son dos tipos de habilidades aplicables a los esfuerzos de prevención primaria y

secundaria, respectivamente. La influencia de los amigos juega un rol fundamental en la iniciación del consumo de drogas en los adolescentes, sin embargo, a menudo es moderada por las creencias en la propia habilidad para poder resistir la presión de consumir drogas (Stacy, Sussman, Dent, Burton, & Flay, 1992). Se ha hipotetizado que ocurre un efecto moderador similar en aquellos estudiantes que ya han iniciado el consumo de alcohol.

- *Logro de un Balance en el Estilo de Vida*

Por último, los participantes del programa DIBAEU son alentados a establecer y mantener un estilo de vida equilibrado o balanceado. Esto se logra al balancear los “cebos” (cosas que sienten que deben hacer) con los “deseos” (cosas que hacen para sí mismos a fin de obtener placer), y por medio del reemplazo de aquellos patrones conductuales rígidos y desadaptados con “adicciones positivas” (Glasser, 1976), tales como el ejercicio aeróbico, la meditación, u otras técnicas de relajación. Esto resulta particularmente relevante para aquellos estudiantes que se encuentren antes de los exámenes semestrales o cerca de los exámenes finales, y cerca de la fecha de presentar su reporte de investigación. Muchos estudiantes se secuestran a sí mismos en lugares silenciosos, estudian por horas y se privan de sueño y diversión –todo para obtener una buena calificación. Una vez que se logran las metas y se han realizado los exámenes, acuden a fiestas en las que consumen de manera excesiva como una forma de “reforzarse” por el trabajo duro que han realizado. En el otorgamiento de ayuda a tales estudiantes para que balanceen sus estilos de vida, a menudo se incluye el que organice el tiempo de una manera más eficiente a lo largo del semestre, con el fin de prevenir el “estudio excesivo”, de “toda la noche”, y el concomitante asistir a fiestas y consumo excesivo hasta intoxicarse. También se puede incluir el ayudar al estudiante a sobrevivir los obstáculos académicos de una manera más humana y

sensata, equilibrando las horas de estudio productivo con el descanso y la diversión y de esta manera prevenir el deseo de asistir a las fiestas.

Entrevista Motivacional

Quiroga y Cabrera (2003) señalan que la Entrevista Motivacional se basa en la premisa de que la motivación es dinámica y siempre cambiante, y no como un rasgo de personalidad que una persona posee o carece, o un patrón de conducta del que una persona es probable que entre o salga. Cuando se considera 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 cliente a que mantenga su motivación para el cambio de manera óptima.

La Entrevista Motivacional fue desarrollada específicamente para facilitar el cambio a lo largo de un continuo y para ayudar a que las personas resuelvan su ambivalencia sobre cambiar su conducta adictiva o de alto riesgo (ver Miller & Rollnick, 1991, para una discusión amplia de la Entrevista Motivacional).

La Entrevista Motivacional iguala la intervención con la disposición del cambio de un cliente, 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 y rechazo psicológico 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 le estimula al terapeuta a que explore el conflicto con aquellos clientes ambivalentes y se alienta a que estimule a que dichos clientes expresen sus razones de preocupación y proporcionen de tal manera sus propias razones 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 su conducta en una dirección particular. Miller y Rollnick (1991) emplean el modelo de estadios-de-cambio de Prochaska y DiClemente (1984) para conceptualizar este movimiento. En este modelo se describen cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento.

El estadio de Precontemplación es aquel en el que la persona se encuentra inconsciente (o baja conciencia) de los riesgos o problemas asociados con una conducta en particular en este caso, en el consumo peligroso. Las personas en este estadio no tienen intención de cambiar su conducta en un futuro inmediato. Los consumidores universitarios de alto riesgo se encuentran a menudo en este estadio. A los estudiantes que son requeridos para una evaluación sobre su consumo de alcohol o intervención breve como resultado de una acción disciplinaria se encuentran comúnmente en un estadio de precontemplación. Aun cuando reconocen que consumen alcohol de manera excesiva en comparación con otros estudiantes consumidores universitarios que conocen, no consideran su consumo como algo que requiera de cambio.

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 en hacer algún cambio en su conducta, pero no ha hecho todavía un compromiso firme para cambiar. Este estadio se caracteriza fundamentalmente por la ambivalencia acerca del cambio. Aun cuando reconoce la existencia de algunos aspectos desadaptativos del consumo de alcohol, la persona vacila entre el interés en efectuar cambios conductuales y el deseo de seguir igual. Las personas frecuentemente luchan con sus experiencias positivas cuando emplean el alcohol, así como con la cantidad de esfuerzo, energía y con la pérdida que tomará superar el problema (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

El estadio de Preparación 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 copas consumidas), pero sin una meta específica o criterio de acción efectiva (p. ej. abstenerse de intoxicarse o abuso de alcohol). 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. 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 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 consideradas los puntos relevantes de este estadio.

El modelo de los estadios-de-cambio le provee a la Entrevista Motivacional de un mapa conceptual para evaluar la posición y curso actual del cliente. En lugar de esperar el momento “correcto” o “ventana de oportunidad” para actuar, la Entrevista Motivacional empalma el estadio de cambio en que se encuentra el cliente con las estrategias motivacionales apropiadas correspondientes.

En realidad, las estrategias de incremento motivacional (incluyendo a la Entrevista Motivacional) y el entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas son comúnmente empleados de manera conjunta, debido a que normalmente ambos son requeridos: la motivación provee la voluntad, y las destrezas proveen la manera. Muy probablemente lo que hace a un clínico exitoso es saber cuándo enfocarse en la correcta y cambiar rápidamente entre ambas de momento a momento (Quiroga & Cabrera, 2003).

Enfoque de reducción del daño.

El programa DIBAEU emplea un enfoque de reducción del daño. Esto es, su meta primordial consiste en hacer que los estudiantes se muevan en la dirección de reducir las conductas de riesgo y los efectos dañinos del consumo de alcohol, en lugar de centrarse explícitamente en metas de consumo específicas (p. ej., lograr la abstinencia o reducciones en el consumo de alcohol). 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 visualizan como éxito los pasos en la dirección de reducir conductas dañinas o peligrosas. Estos principios no son diferentes de los principios conductuales básicos del moldeamiento, en el que los terapeutas refuerzan aproximaciones sucesivas de la conducta nueva. Sin embargo, el espíritu de la reducción del daño comprende algo más que un enfoque mecánico del cambio. Las consideraciones que se encuentran enraizadas en la reducción del daño y que informan del desarrollo del programa DIBAEU y del enfoque con los consumidores universitarios son las siguientes (Baker, Gordon, Roffman, & Carver, 1995):

- Las metas de consumo de alcohol y otras drogas que son elegidas por los estudiantes son más poderosas que las metas de consumo seleccionadas por otros.
- Los factores que mantienen el consumo excesivo en los estudiantes universitarios son diferentes de los factores que mantienen el consumo excesivo en los adultos mayores; una intervención breve para estudiantes universitarios que contemple estos factores únicos tiene más probabilidad de resultar efectiva.
- La reducción del daño que no especifica, necesariamente, resultados sobre el consumo (p. ej., abstinencia, moderación total del consumo de alcohol), constituye en si misma una meta válida para una intervención breve en consumidores de alcohol de alto riesgo.
- Las metas de una intervención breve dirigida a estudiantes universitarios, deberán ser realistas y alcanzables, aun cuando no eliminen todos los riesgos.
- Los “resbalones” conductuales son una cosa normal.
- El consumo moderado dirigido a disminuir los efectos dañinos puede ser tan placentero como el consumo excesivo y peligroso.
- Las experiencias exitosas dirigidas al logro de metas son más importantes que la eliminación inmediata o total del riesgo.
- La reducción del daño puede continuar indefinidamente, con la práctica continua de los estudiantes y mejora a lo largo del tiempo.

- Se deberá aplicar en primer término la intervención menos intensiva, antes de proceder con intervenciones más intensivas (enfoque de atención escalonada).

Resultados de aplicación del DIBAEU en población mexicana.

Diversas investigaciones realizadas con estudiantes que recibieron el programa DIBAEU muestran reducciones clínicas y estadísticamente significativas en el consumo de alcohol, adicionalmente reportaron experimentar menores consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol al primer año de seguimiento (Quiroga, Cabrera & Vital, 2008,), a tres años (Quiroga & Cabrera, 2010) y cuatro de seguimiento (Quiroga & Cabrera, 2011). Cabe señalar, sin embargo, que, debido al reducido tamaño de las muestras empleadas, no es posible generalizar los resultados a un sector amplio de la población estudiantil universitaria.

En un estudio de caso realizado por Cabrera y Quiroga (2015), el programa DIBAEU resultó efectivo en eliminar el consumo de alcohol y disminuir los problemas asociados, con tan solo proporcionar una retroalimentación gráfica personalizada y un Consejo con base en un entrenamiento en abstinencia, repercutiendo en beneficios en el área familiar y escolar.

Finalmente, se ha reportado el uso del programa Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas (DIBADEU) en el tratamiento de otras drogas, el cual ha demostrado su efectividad parcial en el tratamiento del consumo de marihuana (Rodríguez, Quiroga & Cabrera, 2012) y los inhalables (Cabrera & Quiroga, 2014).

Descripción de sesiones del DIBADEU.

Entrevista clínica de Evaluación Inicial del DIBADEU.

Esta primera sesión clínica tiene una duración de 90 minutos (con un tiempo adicional de 50 minutos para que el estudiante conteste cuestionarios de auto-reporte que se aplican antes o después de la primera entrevista). En primera instancia se evalúa el patrón típico y episódico de consumo. Se entiende por patrón típico de consumo al empleo de sustancia en una manera muy consistente, más de la mitad del tiempo en los últimos 30 días previos. Se define como ocasión episódica cualquier ocasión que involucre alguna de las siguientes opciones: (1) consumir cualquier cantidad de sustancia durante un periodo no típico, o (2) consumir más que la cantidad típica usualmente consumida (como previamente se registró bajo el patrón típico de consumo durante los últimos 30 días). Estos datos proporcionan un panorama acerca de la intensidad, frecuencia y cantidad de sustancia consumida.

Se continúa con la evaluación del índice de dependencia, las expectativas positivas de resultados del consumo de la sustancia, historia personal de consecuencias negativas o indeseables del consumo de la sustancia. Finalmente, se evalúa la historia familiar de problemas de alcohol y otras sustancias, los problemas de salud mental para identificar cualquier influencia biológica o social que puede poner al paciente en riesgos adicionales de desarrollar problemas de sustancias.

Una vez que se recolecta la información sobre el consumo de alcohol del estudiante y que se completa su historia familiar, el terapeuta le pide al estudiante que monitoree diariamente su consumo de la sustancia, a partir del cierre de la sesión inicial hasta el momento de la sesión subsiguiente. El registro del consumo de la sustancia se realiza por medio de la tarjeta de monitoreo (Ver anexo 5), esta tarjeta contiene columnas para registrar diversos factores situacionales que facilitan documentar el contexto específico en el cual ocurre el consumo del estudiante. Se les instruye a los estudiantes a que realicen al menos un registro

por día, indicando “no” para los días en los que no se consumió y a que completen la fila de las respuestas para las ocasiones de consumo de la sustancia, indicando dónde estuvieron, con quién estuvieron, y de qué humor se encontraban cuando consumieron la sustancia. A fin de facilitar el registro, en la parte posterior de la tarjeta de monitoreo se proporcionan los códigos para las respuestas comunes para cada una de las situaciones contempladas.

Segunda Sesión de evaluación del DIBADEU.

En esta sesión se evalúa, por medio de un paquete de instrumentos de auto-reporte, las expectativas positivas y negativas del consumo de drogas, frecuencia-cantidad de consumo de drogas para cada día de una semana típica de consumo, riesgos percibidos de consumir drogas, consecuencias del consumo de drogas, conducta sexual y consumo de drogas.

Tercera Sesión del DIBADEU.

La segunda sesión clínica tiene una duración aproximada de 90 minutos. La meta de esta segunda sesión es proporcionarle al estudiante la información, destrezas y motivación para reducir las consecuencias negativas que se originan del consumo de la sustancia, al proporcionarle retroalimentación basada en la sesión inicial, en el paquete de cuestionarios y en las tarjetas de monitoreo que lo impulse en la dirección al cambio. Las características más específicas de esta meta incluyen los siguientes componentes:

1. Proporcionar al estudiante retroalimentación específica sobre su patrón de consumo de la sustancia y de los riesgos asociados de la misma.
2. Equipar al estudiante con información psicoeducacional sobre la sustancia que le ayude a estar mejor informado y a que tome decisiones menos riesgosas sobre cómo consumir la sustancia.

3. Proporcionar al estudiante consejos y recomendaciones sobre modificaciones del actual patrón de consumo, en un nivel correspondiente con su estado actual de disposición al cambio.
4. Desarrollar en el estudiante una motivación y compromiso para el cambio.
5. Ayudar al estudiante en la eliminación o reducción de barreras u obstáculos para el cambio.

Sesión(es) adicional(es) de seguimiento-mantenimiento del programa DIBADEU.

Se realiza una cita con el paciente con el fin de llevar a cabo una sesión de seguimiento-mantenimiento adicional, cuya duración sea de 30 a 50 minutos. La cita deberá ser establecida con una temporalidad tal que le permita al estudiante el tiempo suficiente para mostrar las destrezas aprendidas en el programa DIBADEU. Normalmente se programan esas citas después de 1 y 3 meses de haberse aplicado el programa. Cuando se acerca el periodo de programar la sesión de seguimiento, el terapeuta deberá pasar varios minutos en el cierre del DIBADEU estableciendo diversas metas conductuales específicas a realizar durante el periodo; las sesiones de seguimiento se inician con una revisión acerca del progreso en el logro de esas metas. A continuación, el terapeuta refuerza las ganancias realizadas, y pasa el resto de la sesión buscando soluciones a los obstáculos (si es que hay alguno) que hayan interferido con el logro de las metas: La decisión de si se establece una segunda sesión de seguimiento deberá realizarse de manera conjunta por el estudiante y el terapeuta, tomando como base la utilidad de la primera. Una vez que se da por terminado el contacto con el terapeuta, se le deberá recordar al estudiante que los servicios permanecerán disponibles, en caso de que en el futuro requiera consulta con el terapeuta.

Cabe señalar que los estudiantes que presentan dificultad en alcanzar la moderación o la abstinencia (según sea el caso) después de recibir el programa DIBADEU, o que continúan consumiendo de una manera peligrosa o riesgosa, pueden ser “referidos” al siguiente nivel de intensidad de tratamiento (Quiroga & Cabrera, 2003).

Capitulo III Reporte de caso único

A continuación, se describe el caso único abordado durante el periodo de prestación de servicio social, en el que se instrumentó el DIBADEU bajo un Enfoque de Atención Escalonada.

Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, soltero, a quien en adelante nos referiremos como C.C. solicitó apoyo al Programa de Conductas Adictivas para dejar de consumir cocaína. Con estudios de licenciatura, en ese momento C.C se desempeñaba como empleado de una Agencia Inmobiliaria.

C.C acudió personalmente al Programa de Conductas Adictivas refiriendo como motivo de consulta el consumo de cocaína y su intención de suspender el consumo. C.C. comenzó el consumo de cocaína hace 5 años, cuando visitó a unos amigos en Cuernavaca. Por la noche, un amigo le ofreció consumir cocaína mientras consumían alcohol, C.C. accedió a consumir. Desde ese momento ha consumido cocaína. C.C comenta que el consumo que tuvo hace unas semanas atrás fue excesivo, debido a que consumía alcohol y frecuentaba lugares que estaban estrechamente ligados a tener relaciones sexuales con desconocidos. Tres días antes de venir al programa C.C reportó no consumir cocaína.

El consumo habitual de C.C era de 2 bolsas de cocaína, que equivalían a 18 dosis (9 dosis por bolsa), la mayoría dentro de un hotel de la Ciudad de México durante la tarde o posterior a tener algún episodio de enojo con algún familiar, ya fuera su madre, hermano o tío. Consideraba que su consumo era problemático a nivel económico y personal. Entre los problemas señalados por C.C se encontraba el gasto excesivo en la compra de la sustancia, discusiones con la madre, frecuentemente por cuestiones relacionadas a dinero y problemas con su tío por asuntos relacionados con negocios. C.C señala que ha experimentado de manera frecuentemente resaca, paranoia, sudoración, taquicardia, alucinaciones,

desorientación debido al consumo de cocaína, su meta era lograr la abstinencia, no obstante, dijo resultarle muy difícil dejar de consumir.

Recursos disponibles y déficits

Los recursos con los que contaba el paciente C.C. eran los siguientes: tener un nivel académico alto (licenciatura), contar con un empleo, tener apoyo social (amistades cercanas), contaba con un nivel socioeconómico alto, tenía la capacidad de planificación de tareas, solución de problemas, y presentaba conciencia del problema.

Con respecto a los déficits que presentaba C.C. se encontraban: su capacidad económica ya que le permitía comprar la sustancia, debido a su sociabilidad le era fácil tener contactos para conseguir la sustancia, también contaba con la capacidad de organizar las actividades diarias para tener tiempo para poder consumir.

Diagnóstico: Trastorno por consumo de estimulantes (cocaína) Código: 304. 20 (F14.20).

Intervención.

Considerando la brevedad del periodo de servicio social se decidió utilizar el modelo de Atención Escalonada de Sobell y Sobell (1999), en el que se establece que se debe iniciar con la intervención menos intensiva disponible y de ser necesario, escalar al programa más intensivo. En este caso la intervención utilizada fue el programa DIBADEU con la posibilidad de que el paciente fuera referido a otro terapeuta para su atención con el programa PEREU.

En la primera entrevista, se evaluaron los patrones de consumo del paciente y la apreciación que tenía sobre las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas y de otras conductas que podían contribuir a los riesgos de salud del paciente. En la segunda sesión se proporcionó retroalimentación personalizada, con base en la evaluación y el consejo específico, además de planificar actividades para sesiones adicionales.

Reporte de sesiones (DIBADEU)

La implementación del tratamiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1. Entrevista Clínica de evaluación Inicial.

Sesión	Sesión 1. <i>Entrevista clínica de evaluación Inicial.</i>
Herramientas clínicas	<ul style="list-style-type: none">Entrevista de Evaluación Inicial. Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).
Objetivo de la sesión	<p>Exposición breve de los fundamentos teóricos y los objetivos del programa DIBADEU; establecer un compromiso paciente-terapeuta respecto a las actividades a realizar. Establecer el involucramiento activo del paciente durante el tratamiento.</p> <p>Exploración y evaluación de las características inherentes al patrón de consumo, antecedentes familiares de consumo de alcohol y otras drogas, problemas psicológicos, nivel de dependencia, otros factores de riesgo asociados al consumo.</p> <p>Entrenar al paciente para iniciar el registro diario de consumo mediante el uso del formato de Automonitoreo.</p>
Resumen de la sesión	Se evaluaron las características del consumo de cocaína. Se plateó una tarea semanal de registro de consumo diario en una libreta, explicando las características del automonitoreo, con el objetivo de que C.C. comenzará su registro diario de consumo de cocaína. Se le indicó al paciente que la siguiente sesión se continuaría con la evaluación restante.
Asignación de tarea.	<ul style="list-style-type: none">Automonitoreo diario del consumo de cocaína.

Desarrollo de la sesión:

Se inició la sesión indicando a C.C. el objetivo de esta sesión, la cual fue explorar aspectos relacionados al consumo de cocaína, estilo de consumo, antecedentes familiares de consumo, problemas psicológicos y otros factores de riesgo asociados al consumo. Posteriormente, se le explicó que en seguimiento al programa era momento de comenzar a realizar un automonitoreo, mediante el cual registraría cuantas dosis consumía diario, y con el cual sería posible detectar bajo que situaciones en particular se llevaba a cabo su consumo, así como los logros

obtenidos y el avance durante las sesiones del programa. La realización de dicho registro quedó establecida como tarea quincenal para C.C.

Descripción de instrumentos utilizados en entrevista de evaluación inicial

- *Entrevista de Evaluación Inicial del DIBADEU*

La Entrevista de Evaluación Inicial del DIBADEU tiene como objetivo evaluar los siguientes aspectos del consumo del paciente:

1. Patrón típico de consumo, y ocasiones de consumo episódico o atípicos, durante los últimos 30 y 90 días, respectivamente.
2. Índice de dependencia a drogas.
3. Evaluación de los Problemas Asociados al Consumo de Drogas
4. Consumo de otras Drogas Adictivas (tabaco, medicamentos, cannabis, barbitúricos etc.).
5. Otros Problemas de Vida relacionado o no con la ingesta de alcohol u otras drogas.
6. Historia familiar de problemas de alcohol y de otras sustancias y/o problemas de psicopatología.

- *Tarjeta de Automonitoreo (TAM-D)*

Traducida y adaptada por Quiroga y Cabrera (2008) de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. *Es una herramienta clínica que usa el paciente para monitorear diariamente su consumo de sustancias, a partir del cierre de la sesión inicial hasta el momento de la sesión subsiguiente, indicando “no” para los días en los que no se consumió. A fin de facilitar el registro, cada tarjeta de monitoreo contiene columnas para registrar diversos factores situacionales que facilitan documentar el contexto específico en el cual ocurre el consumo del paciente (Véase Anexo 5).*

Sesión 2. Aplicación del paquete de instrumentos de evaluación.

Sesión	Sesión 2. <i>Aplicación del paquete de instrumentos de evaluación.</i>
Herramientas clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Paquete de instrumentos de autoreporte del DIBADEU que incluye:<ol style="list-style-type: none">1. Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CECD).2. Cuestionario de Consumo Diario Modificado (CCDM).3. Cuestionario de Frecuencia-Cantidad de Drogas (CFCD).4. Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas Modificada (FENCDM).5. Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20).6. Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPCD).7. Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICCD)8. Prueba Breve de Michigan sobre Detección de Antecedentes Familiares de Adicción a Drogas en la Familia (PBM-D).9. Encuesta Breve de Conductas Sexuales (EBCS).• Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50).• Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50).• Algoritmo de Compromiso al Cambio (ACC-D).
Objetivo de sesión	Continuar con la evaluación de aspectos relacionados al consumo, información que será obtenida del paquete de instrumentos de autoreporte. Evaluación de nivel de dependencia y grado de disposición al cambio. Exploración de los disparadores más significativos del consumo de cocaína.
Resumen de la sesión	Se evaluó la disposición al cambio para detener el consumo y las situaciones bajo las cuales el consumo se dispara o se incrementa. Entre las situaciones que se identifican como disparadores de consumo se encontraron: Impulsos y Tentaciones para el Uso, Emociones Desagradables, Momentos Placenteros con Otros.
Asignación de tarea	<ul style="list-style-type: none">• Automonitoreo diario del consumo de cocaína.

Se inició la sesión con la entrega del paquete de cuestionarios de autoreporte, con el objetivo de que C.C los respondiera en la sesión. Tras finalizar de responder los instrumentos de autoreporte, se le indicó a C.C que la evaluación continuaría explorando Situaciones de Consumo de Drogas, Autoeficacia de no consumo y Algoritmo de Compromiso al Cambio.

- *Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CECD).*

Adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, por Quiroga y Cabrera (2008), a partir del cuestionario de los Efectos Comprehensivos del Alcohol, 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 drogas. 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 las drogas. En primer lugar, los usuarios indican en una escala que va de 1 a 4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular. Se contesta en una escala del 1 a 5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido de bueno a malo. 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 CECD 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 CECD va de 5 a 10 min.

- *Cuestionario de Consumo Diario Modificado (CCDDM).*

Desarrollado originalmente por Collins, Parks y Marlatt (1985), para evaluar el consumo diario de alcohol, fue traducido y adaptado al español 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 que 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.

- *Cuestionario de Frecuencia-Cantidad de Drogas (CFCD).*

Desarrollado originalmente por Miller, Kivlahan, Dimeff y Baer (1999), y traducido y adaptado al español 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

- *Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas Modificada (FENCDM).*

Traducido y adaptado para el consumo de drogas, a partir de la Forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol (DNRF) desarrollado originalmente por Baer et. al. (1991) y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008). 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, solos o con amigos). La administración del FENCDM requiere de 5 minutos aproximadamente para su llenado

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

La Prueba de Detección del Abuso de Drogas fue elaborada por Skinner en el año de 1982, está conformado por 20 reactivos dicotómicos fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003b) para su uso en población universitaria. Este cuestionario está conformado por 20 reactivos los cuales miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de

drogas. La confiabilidad de esta prueba es de 0.86, la validez explicada es más del 50% por los cuatro componentes de varianza total correlacionándose con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo (Véase Anexo 6).

La Tabla 2 muestra los puntajes y su correspondiente nivel de dependencia:

Tabla 2

Puntaje y nivel de dependencia de acuerdo PDAD-20

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

- *Prueba Breve de Michigan sobre Detección de Antecedentes Familiares de Adicción a Drogas en la Familia (PBM-D).*

Desarrollado originalmente por Crews & Sher (1992), fue traducido y adaptado al español por Quiroga y Cabrera (2008). Es un cuestionario autoadministrable que permite detectar el consumo de drogas de los padres. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos

- *Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPCD).*

Fue traducido y adaptado al español por Quiroga y Cabrera (2008) para el consumo de drogas a partir de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (APRA) desarrollado por Duthie et al. (1991). Es un instrumento auto-administrable de 16 reactivos que evalúan el grado de la probabilidad percibida que tienen los estudiantes universitarios de experimentar problemas derivados del consumo de drogas durante el 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 (ej. crudas, peleas, etc.) como consecuencia del consumo de drogas. Se requiere de 4 minutos aproximadamente para su administración.

- *Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICCD)*

Traducido y adaptado al español por Quiroga y Cabrera (2008) 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 autoadministrable 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 contestando con una escala de 1 a 5 puntos (de nunca a diariamente). También se les solicita a los examinados que contesten qué tan a menudo tuvieron una experiencia en particular en los últimos 3 meses. El tiempo de administración requerido es de 10 minutos.

- *Encuesta Breve de Conductas Sexuales (EBCS).*

Fue desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y en 2008 fue traducida y adaptada al español por Quiroga y Cabrera. Evalúa conductas sexuales, 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.

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

Adaptado y traducido al español por Quiroga y Vital (2003c) para su utilización en estudiantes universitarios, de la versión adaptada por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996) del Clients's Stage of Change (CCA) (Véase 17). Consiste en

una entrevista estructurada, utilizada con el objetivo de clasificar al paciente en uno de los cinco estadios del modelo transtórico de cambio (Pochasca & Diclemente).

- Precontemplación. Si se reporta consumo de sustancias durante los últimos treinta días y no se ha considerado detener dicho consumo en los próximos treinta días.
 - Contemplación. Si se reporta consumo de sustancias durante los últimos treinta días, pero se está considerando detener el consumo en los próximos treinta días.
 - Preparación. Si se reporta consumo de sustancias durante los treinta días anteriores y al menos un intento de detener el consumo de esos mismo periodo.
 - Acción. Si se reporta que no ha habido consumo de sustancia (abstinencia) durante los treinta días anteriores.
 - Mantenimiento. Si se reporta abstinencia durante más de sesenta días.
- *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50).*

Traducido y adaptado al español por Quiroga y Vital (2003d), de la versión desarrollada por Annis y Martin (1985) (Véase 15). Se trata de un cuestionario de autoreporte mediante el que es posible elaborar un perfil de las situaciones dentro de las cuales el paciente ha consumido la sustancia durante el último año. El objetivo es evaluar las ocho categorías situacionales de consumo, divididas en dos clases: estados personales y situaciones que involucran a otras personas (Véase Tabla 3). Tiene una validez de contenido de 0.92, consta de cincuenta reactivos cada uno con cuatro opciones de respuesta basadas en una escala de cuatro puntos, donde: nunca = 1, raramente = 2, frecuentemente = 3 y casi siempre = 4.

Tabla 3

Categorías situacionales de consumo: estados personales y situaciones que involucran a otras personas

Estados personales En los que el consumo de la sustancia involucra a un evento de naturaleza física o psicológica.	<ul style="list-style-type: none">• Emociones desagradables• Malestar físico• Emociones agradables• Probando el control personal.• Impulsos y tentaciones al consumo
Situaciones que involucran a otras personas. En las que la influencia de otro(s) individuo(s) significativos tienen relación estrecha con el consumo.	<ul style="list-style-type: none">• Conflicto con otros.• Presión social para el consumo• Momentos agradables con otros.

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

Traducida y adaptado al español por Quiroga y Vital (2003e), a partir del original de Drug Taking Questionnaire (DTCQ-50), desarrollado por Annis y Martin (1985) Con un nivel de consistencia interna de 0.97, se trata de un cuestionario de cincuenta reactivos a partir del cual se elabora un perfil de nivel de autoeficacia que el paciente percibe respecto a su capacidad para afrontar de manera efectiva situaciones de riesgo para el consumo de sustancias. Se plantean una serie de situaciones dentro de las cuales el paciente deberá imaginarse y reportar que tan seguro o inseguro se siente para hacerles frente efectivamente. Para cada situación, el paciente responde en base a una escala de seis puntos, cuyo rango está establecido al 0% al 100%, donde 20 y 40 equivale a *inseguro* y 60, 80, y 100 equivale a *seguro*. Así mismo, clasifica al paciente en función de ocho categorías de resistencia al consumo, pertenecientes a tres tipos de situaciones: Positivas, Negativas y de Tentaciones (Véase Tabla 4).

Tabla 4

Categorías de resistencia al consumo pertenecientes a tres tipos de situaciones: Positivas, Negativas y de Tentaciones.

Situaciones negativas	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones desagradables • Malestar físico • Conflicto con otros
Situaciones positivas	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos agradables con otros • Emociones desagradables
Situaciones de tentaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsos y tentaciones para el uso • Presión social para el uso • Probando el control personal

Sesión 3. Sesión de Retroalimentación y consejo.



Sesión	Sesión 3. <i>Sesión de Retroalimentación y consejo.</i>
Herramientas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo de consumo. • Retroalimentación personalizada DIBADEU. • Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50). • Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de Drogas (CCSD-50) • Formato de Balance Decisional
Objetivo de sesión	<p>Proporcionar al paciente retroalimentación gráfica personalizada.</p> <p>Proporcionar consejo sobre el consumo y de los riesgos asociados con base en la evaluación efectuada en la sesión anterior.</p> <p>Explorar y evaluar los motivos expuestos por C.C. en cuanto a la decisión de cambio, a fin de incrementar la motivación para el cambio, por medio de un balance decisional.</p>
Resumen de la sesión	<p>Durante la sesión se expusieron y revisaron los resultados obtenidos en la evaluación, dándole a conocer a C.C bajo qué circunstancias su consumo se disparaba y dentro de qué situaciones se describió poca confianza para afrontar el consumo. Dicha revisión se llevó a cabo haciendo uso de la <i>Retroalimentación Gráfica Personalizada</i> impresa, que incluyó gráficas de su perfil de consumo y resultados de la evaluación. Posteriormente, por medio de la realización de un <i>Balance decisional</i>, C.C evaluó los pros y contras de cambiar su consumo, por lo que C.C. el consumo de cocaína Finalmente, y con base en los disparadores registrados, se le pidió a C,C que sugiriera actividades de evitación provisionales, mismas que pondría en práctica durante el transcurso de la semana.</p>

Desarrollo de la sesión.

Se inició la sesión revisando el automonitoreo quincenal, mediante el cual se observó disminución importante de dosis de consumo de cocaína en la semana 2, consumiendo 36 dosis en la semana. C.C. reportó en la tarjeta de automonitoreo sentirse relajado, ya que no tenía pendientes de trabajo y tenía tiempo libre, por lo que se dirigió a un hotel de la ciudad a consumir. Al respecto C.C comentó haber aprendido a identificar bajo que situaciones consumía cocaína, algo que no lograba entender días atrás.

Día	Semana 1							Semana 2						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
N° de dosis	0	54	0	0	36	0	0	0	0	18	0	18	0	0

Se le indicó a C.C en que consistiría la sesión, puntualizando en los aspectos siguientes:

- Revisión y discusión de resultados de evaluación.
- Valoración e incremento de la motivación para la decisión de cambio
- Planteamiento de tareas a realizar durante las siguientes sesiones, entre ellas Plan de Evitación de Situaciones de Riesgo de Consumo.

Se le entregó a C.C una copia de la retroalimentación personalizada para ser discutida en la sesión. La información que se proporcionó se describe a continuación.

De acuerdo al cuestionario *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC.D)* C.C. se encontraba en el estadio de cambio de **Preparación**, esto es, reporta consumo de sustancias durante los treinta días anteriores y al menos un intento de detener el consumo de ese mismo periodo.

En lo que se refiere al consumo típico, CC. reportó consumir 18 dosis los viernes y sábados. C.C. reportó solo un episodio de consumo excesivo, el cual fue

de 54 dosis en un día. En este apartado C.C. señaló que su consumo durante los últimos 90 días fue cambiando drásticamente, representado en la Figura 1.

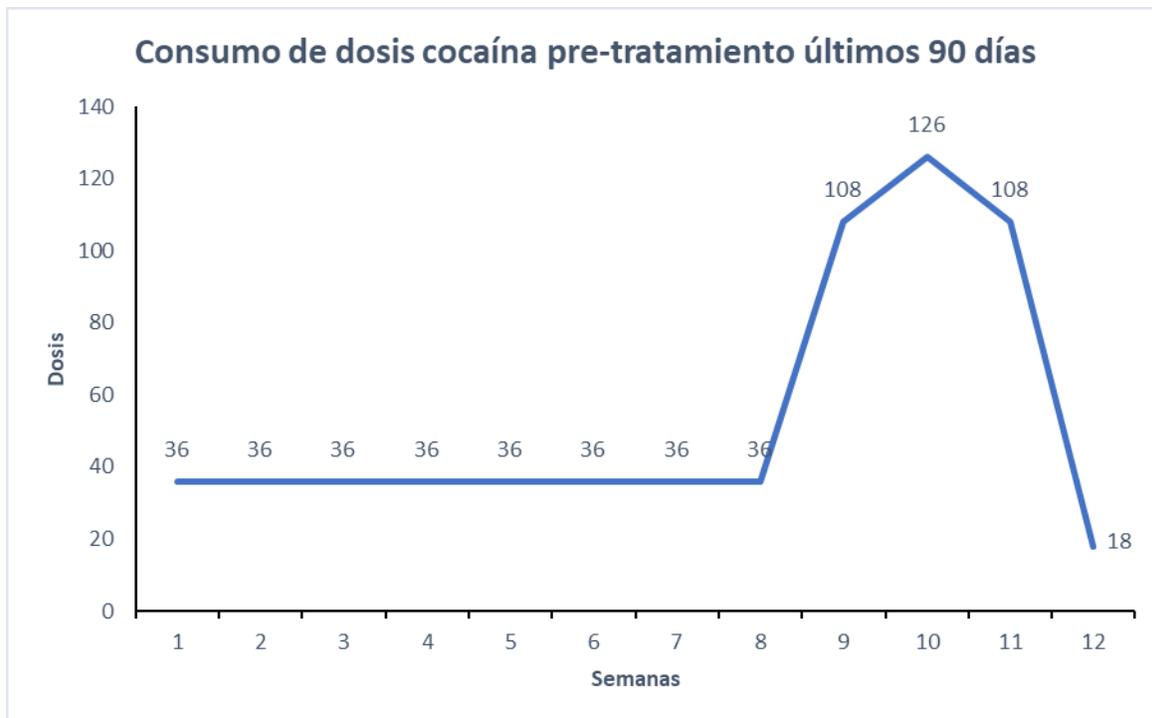


Figura 1: Consumo de dosis de cocaína pre-tratamiento. Información obtenida durante entrevista de Evaluación Inicial, aplicación de Perfil Breve del Consumidor de Drogas. Formato del patrón de Consumo Típico (PBCD-PC) y Perfil Breve del Consumidor de Drogas Formato Breve del Consumidor de Drogas. Patrón de Consumo Episódico (PBCD-PE).

Se invitó a C.C a comparar su patrón de consumo de cocaína con las normas generales de los consumidores de cocaína derivado de los resultados Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 (ENA). Al revelar estos datos, C.C comentó que la prevalencia de consumo de cocaína podría ser diferente, ya que consideraba que el consumo era mayor entre la población. C.C señaló que el consumo de cocaína entre hombres y mujeres podría ser igual, y no mayor en hombres como señalaba la gráfica.

En cuanto al nivel de dependencia, C.C puntuó en los siguientes síntomas: *He consumido drogas diferentes a las requeridas por razones médicas; He abusado de más de una droga por ocasión; Soy capaz de dejar de usar drogas cuando lo*

deseo; Me he sentido culpable por usar drogas; Mis padres se han quejado por involucrarme con las drogas; He tenido problemas con mis padres por involucrarme con las drogas; He descuidado a mi familia por el uso de drogas; He experimentado síntomas de abstinencia (sentirme enfermo) como resultado de haber suspendido abruptamente el consumo de drogas; He padecido problemas médicos como resultado del uso de drogas; He acudido con alguien que me ayude con algún problema de drogas; He estado involucrado en un programa de tratamiento relacionado con el uso de drogas. Lo cual corresponde a un puntaje de 10, equivalente a un nivel de Dependencia Moderada de acuerdo a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20) (Véase Tabla 5)

Tabla 5

Nivel de dependencia de C.C. de acuerdo a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas

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

Al respecto, C.C comentó que nunca pensó que tuviera dependencia Moderada a cocaína, dijo estar muy sorprendido. C.C consideró que una persona promedio que vive sola y consume cocaína tal como era su caso, consume 19 o más dosis en un día típico. Este aspecto fue interesante, ya que C.C reportó consumir 18 dosis por ocasión, es decir, C.C consideraba que su consumo era igual o menor a otras personas que consumían cocaína.

Una vez que se revisó la retroalimentación básica acerca de los hábitos de consumo, se abordó el área de consecuencias negativas durante los últimos 12 meses, obteniendo las consecuencias siguientes:

- *Físicas:* Tuve resaca o me sentí mal. después de consumir; Después de consumir tuve problemas de sueño, para mantenerme despierto o

pesadillas; No me he alimentado apropiadamente debido a mi consumo de cocaína; Mi salud física se ha visto dañada por mi consumo de cocaína.

- *Interpersonales*: Me sentí mal conmigo mismo debido a mi consumo de cocaína; Me he sentido culpable o avergonzado por mi consumo de cocaína; Mi consumo de drogas ha hecho que no tenga la clase de vida que deseo.
- *Control de Impulsos*: He manejado un vehículo después de intoxicarme; Mi consumo de droga ha causado que consuma más otras drogas (alcohol, tabaco, etc.); Cuando consumía drogas corría riesgos estúpidos.
- *Responsabilidad Social*: He fracasado en hacer lo que se esperaba de mí debido a mi consumo de cocaína; He tenido problemas de dinero debido a mi consumo de cocaína; He gastado o perdido mucho dinero debido a mi consumo de cocaína.

C.C presenta una historia familiar positiva de consumo de alcohol, debido a que su padre consumió alcohol. Adicionalmente tiene historia familiar negativa en el consumo de otras drogas y problemas psicológicos. Al respecto C.C comentó que consideraba este resultado importante, ya que, como había mencionado en la sesión de evaluación, el consumo de alcohol en exceso disparaba el consumo de cocaína.

Se abordaron aspectos referentes a las situaciones disparadoras de riesgo de consumo y los niveles de autoeficacia de no consumo reportados ante distintas situaciones, C.C. comentó que ambas graficas mostraban acertadamente bajo que situaciones consumía cocaína. En el caso de las situaciones de riesgo de consumo se identificaron: Emociones desagradables, Impulsos y Tentaciones y Momentos Placenteros con Otros, con puntajes altos. (Véase Figura 2).

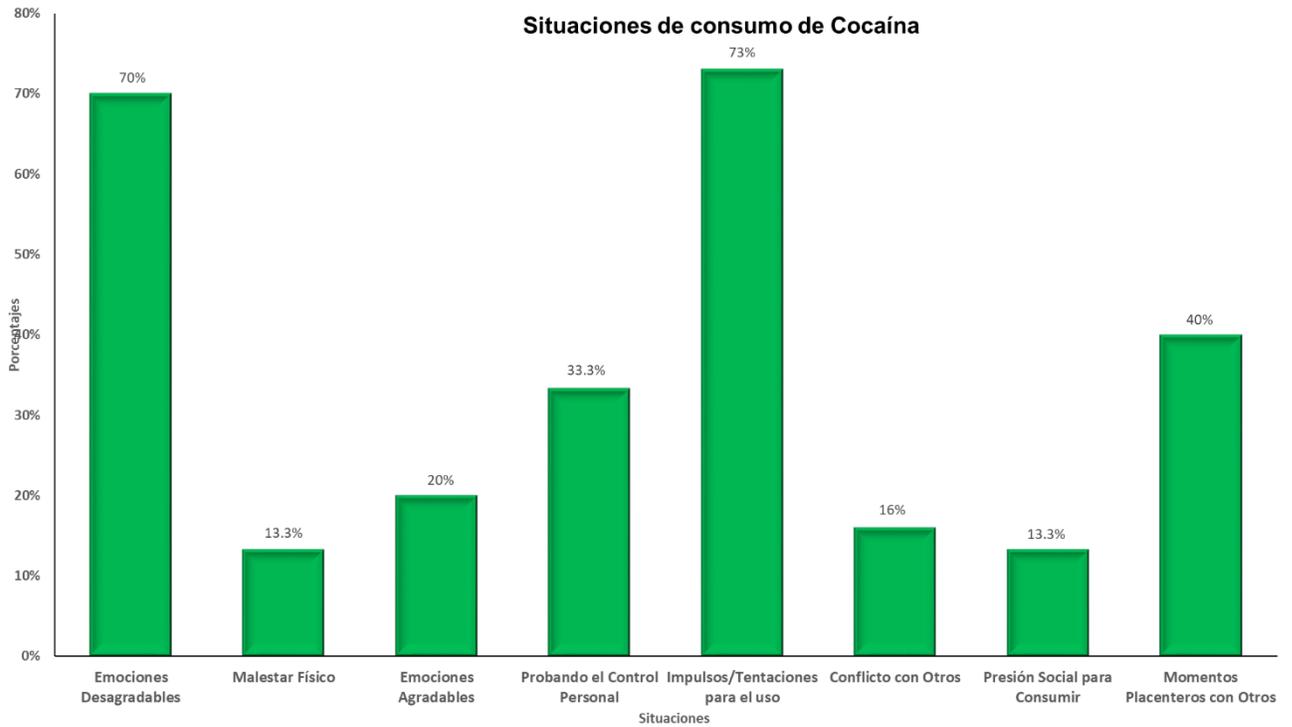


Figura 2: Porcentaje de consumo en diversas situaciones, reportadas por C.C en el ISCD-50, antes de la intervención.

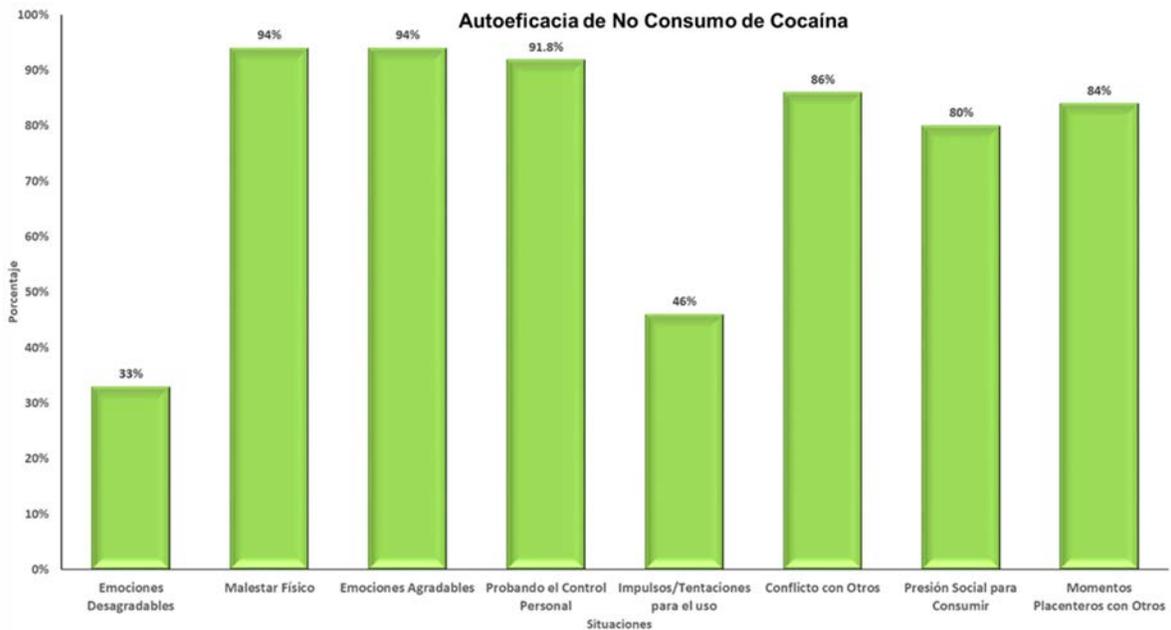


Figura 3: Porcentaje de autoeficacia situacional reportada por C.C en el CCSD-50, antes de la intervención.

En el caso del nivel de Autoeficacia de no consumo se identificaron como puntajes bajos: Emociones desagradables e Impulsos y tentaciones (Figura 3).

Al discutir los resultados reportados en el *Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Cocaína*, C.C comentó que dicho cuestionario mostraba acertadamente sus creencias acerca de los efectos de la cocaína, especialmente los efectos relacionados a su conducta social y sexual (Véase Tabla 6).

Tabla 6

Creencias de los efectos positivos del consumo de cocaína para C.C.

Creencias	
<i>Considero que consumir cocaína puede dar estos efectos positivos:</i>	
<ul style="list-style-type: none">▪ Sería extrovertido.▪ Disfrutaría más el sexo.▪ Estaría en paz.▪ Me sentiría sin miedo.▪ Me sentiría creativo.▪ Me sentiría valiente.	<ul style="list-style-type: none">▪ Me sentiría con alegría.▪ Mi cuerpo estaría relajado.▪ Me sentiría calmado.▪ Sería un mejor amante.▪ Me sentiría autocrítico.▪ Tomaría riesgos.

Posteriormente, se realizó el ejercicio de balance decisonal en el que se pidió a C.C que considerara los distintos pros y contras al respecto de llevar a cabo un cambio en su consumo de cocaína y de mantener su consumo. C.C comentó que era importante evaluar las cosas positivas y negativas de dejar de consumir cocaína, ya que el consumo ha derivado en problemas en la familia y el trabajo (Véase tabla 7). Fue aquí donde C.C. manifestó estar dispuesto a trabajar para lograr un cambio en su vida, ya que su objetivo era alcanzar la abstinencia de cocaína.

Tabla 7*Balance decisional realizado por C.C. Traducción y Adaptación por Quiroga (2003)*

Cambiar el consumo de sustancias	
¿Cuáles son los aspectos positivos de cambiar mi consumo?	¿Cuáles son los aspectos negativos de cambiar mi consumo?
<ul style="list-style-type: none"> • Mejor rendimiento físico • Sociabilización • Realizar nuevas actividades • Concretar metas a corto plazo • Formar una familia (adoptar sin pareja) • Disfrutar de la sexualidad • No tener deudas • Ayudar a mi madre económicamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver los cambios como un proceso
Continuar el consumo de sustancias	
¿Cuáles son los aspectos positivos de continuar mi consumo?	¿Cuáles son los aspectos negativos de continuar mi consumo?
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Malestar físico • Malestar emocional • Disminución de la capacidad económica (Trabajo) • Perder tiempo de vida • No disfrutar de la vida • No viajar y conocer gente • Defraudar a mi madre

C.C no tuvo problema alguno en la realizar el balance decisional. Señaló que no hay aspectos positivos en continuar su consumo, un factor que C.C determinó como importante para poder alcanzar la abstinencia. Por otro parte, C.C. mencionó que otro factor importante en su objetivo de lograr la abstinencia era el de poder formar una familia en el futuro (adoptar, pero no tener pareja).

Para concluir la sesión, se le pidió a C.C. que, de las situaciones riesgo de consumo identificadas en la evaluación, elaborara una lista de actividades que realizaría para evitar dichas situaciones de riesgo, y así, evitar el consumo de cocaína. Al respecto se discutió la posibilidad de cambiar de programa de tratamiento en caso de que el programa DIBADEU no fuera suficiente para lograr la abstinencia. C.C. estuvo de acuerdo en este punto.

Sesión 4. Plan de tratamiento.

Sesión	Sesión 4. <i>Plan de tratamiento</i>
Herramientas clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Contrato de tratamiento individual para el programa DIBADEU.• Formato Plan de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo de Consumo de Cocaína.
Objetivo de sesión	Elaborar conjuntamente con el paciente, el Entrenamiento en Abstinencia, el cual estará compuesto de un listado de distintas actividades a realizar con el fin de evitar las situaciones de riesgo que disparan el consumo de cocaína, identificadas en la sesión de Retroalimentación y Consejo.
Resumen de la sesión	Se aplicó el contrato de tratamiento individual, se desarrolló el Entrenamiento en Abstinencia por medio de actividades de evitación, producto de los resultados de evaluación de Situaciones de Riesgo de Consumo de cocaína. Dichas actividades de evitación fueron propuestas por el paciente. Las actividades propuestas estaban dirigidas específicamente a evitar las situaciones <i>Emociones Desagradables</i> que disparan el consumo de cocaína.
Asignación de tarea	<ul style="list-style-type: none">• Automonitoreo diario del consumo de cocaína.

Desarrollo de la sesión

Se inició la sesión explicando detalladamente a C.C los objetivos del programa, haciendo énfasis en el desarrollo del Entrenamiento en Abstinencia, el cual tiene como objetivo elaborar dos planes, los cuales tienen un listado de distintas actividades a realizar con el fin de evitar las situaciones de riesgo que disparan el consumo de cocaína, estructuración de las sesiones siguientes y la posibilidad de cambiar de programa de intervención en caso de que el programa DIBADEU no fuere suficiente en alcanzar la abstinencia de cocaína.

Se continuó la sesión revisando el automonitoreo realizado durante la semana, en el cual no se observaron cambios en la cantidad de dosis de cocaína consumidas respecto a la semana anterior. En la primera ocasión, C.C reportó sentirse aburrido , por ello decidió consumir cocaína. En la segunda ocasión, C.C

reportó haber sentido frustración y enojo después de varias discusiones con su Tío en el trabajo, esto lo orilló a dirigirse a consumir en un hotel de la ciudad.

Automonitoreo diario

Día	Semana 3						
	1	2	3	4	5	6	7
N° de dosis	0	18	0	0	18	0	0

C.C. reportó haber consumido tras sentirse enojado y frustrado en el trabajo. Se alojó en un hotel de la ciudad para consumir cocaína.

Posteriormente, C.C. señaló las situaciones específicas para el rubro “Emociones Desagradables”, que durante el último año detectó como disparadoras del consumo, obteniendo la información siguiente:

Tabla 8

Emociones específicas disparadoras de consumo para C.C

Emociones Desagradables	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Enojo con la Madre • Enojo con Tío
--------------------------------	--

Una vez identificadas las situaciones de consumo para el rubro Emociones Desagradables, se expuso a C.C. la propuesta de un plan de intervención estructurado en desarrollo del Entrenamiento en Abstinencia, el cual está compuesto de dos planes con un listado de actividades a realizar con el fin de evitar las situaciones de riesgo que disparan el consumo de cocaína. Dichas actividades fueron propuestas por C.C. junto con la orientación del terapeuta para que cada listado fuera concreto. Se obtuvo la información siguiente para la situación de riesgo Irritabilidad (Véase Tabla 9 y 10).

Tabla 9

Plan A de Evitación de Situaciones de Riesgo para Irritabilidad

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Irritabilidad	A	<ol style="list-style-type: none">1. Levantarse a las 8 A.M e ir al gimnasio una hora.2. Ir a desayunar a un restaurante cerca del gimnasio.3. A partir de las 1 P.M Manejar al centro de la ciudad y realizar volanteo del negocio.4. Beber Coca-Cola durante el viaje de regreso a casa.5. Comer en casa a las 5 P.M.6. Leer y escribir hasta las 9 P.M

Tabla 10

Plan B de actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Irritabilidad

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Irritabilidad	B	<ol style="list-style-type: none">1. Levantarse a las 8 A.M e ir a caminar al bosque una hora.2. Ir a desayunar a un restaurante cerca del bosque.3. A partir de las 11 A.M Manejar al norte de la ciudad y realizar volanteo del negocio.4. Regresar a casa antes de las 3 para evitar el tráfico.5. Comer fuera de casa a las 5 P.M.6. Regresar a casa por la noche, tomar el celular y jugar hasta las 9 P.M

Al terminar la elaboración de las actividades de evitación de los planes A y B se agendó la sesión siguiente para continuar con la elaboración de las actividades de evitación para la Situación de Riesgo de Consumo Enojo con su Madre y Enojo con su Tío, respectivamente.

Sesión 5. Plan de tratamiento

Sesión

Sesión 5. Plan de tratamiento

Herramientas clínicas

- Formato Plan de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo de Consumo de Cocaína para Enojo con la Madre y Enojo con el Tío.

Objetivo de sesión

El objetivo de esta sesión es monitorear el registro de consumo de cocaína y el desarrollo de listado de actividades de evitación de Riesgo de Consumo para Enojo con la Madre y Enojo con el Tío.

Resumen de la sesión

Se revisó el registro de consumo diario de la semana 4. Se elaboraron las actividades de evitación de situaciones de riesgo para Enojo con la Madre y Enojo con el Tío.

Asignación de tarea

- Automonitoreo diario de consumo de cocaína.

Se inició la sesión revisando el automonitoreo realizado durante la semana, en el cual no se observaron cambios en la cantidad de dosis de cocaína consumidas respecto a la semana anterior. En esta semana, C.C. consumió cocaína tras sentirse frustrado y enojado con su madre y tío por temas económicos

Automonitoreo diario

		Semana 4						
Día		1	2	3	4	5	6	7
N° de dosis		0	18	0	0	18	0	0

Posteriormente, se continuó con la elaboración de los planes A y B de evitación para la situación Enojo con la Madre (Véase Tabla 11 y 12).

Tabla 11

Plan A de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Enojo con su Madre

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Enojo con Madre	A	<p>Al llegar a casa después del trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar momentos en que sea muy probable discutir. 2. Evitar hablar sobre los problemas de dinero del trabajo. 3. Comer y salir al cine.

Tabla 12

Plan B de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Enojo con su Madre

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Enojo con Madre	B	<p>Al llegar a casa después del trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar a mamá y comer. Al terminar dirigirse a otro lugar de la casa. 2. Hablar con mamá y acordar que sólo habrá gastos en cosas propias, no habrá gastos ajenos. 3. Hablar con mamá y acordar que no habrá prestamos de dinero para ninguna persona. 4. Ignorar a mamá todo el tiempo.

C.C no tuvo dificultad en realizar los planes para esta situación de riesgo. Posteriormente, se continuó con la elaboración de los planes de evitación para la situación Enojo con su Tío (Véase Tabla 13 y 14).

Tabla 13

Plan A de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo Enojo con su Tío

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Enojo con Tío	A	<p>Al llegar al trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comenzar el día negociando la resolución de deudas generadas. 2. Solo atender a clientes propios o nuevos. 3. No incluir temas familiares en el trabajo. 4. Explicar a Tío como deben funcionar la relación jefe-empleado en un trabajo.

Tabla 14*Plan B de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo Enojo con su Tío*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
<i>Enojo con Tío</i>	<i>B</i>	Al llegar al trabajo: 1. Comenzar el día elaborando un plan de trabajo semanal. 2. Centrarse en la atención a clientes. 3. Poner intermediarios en negocios dónde Tío también esté involucrado. 4. Ignorar los comentarios que haga Tío sobre los negocios en que estén involucrados.

Cuando se planeaban las actividades para la situación de riesgo para Enojo con su Tío, C.C. señaló que esta situación se presentaba de manera constante en el trabajo, sintiéndose enojado y frustrado y, casi de manera automática, lo orillaba a consumir cocaína. C.C. propuso dirigir la mayoría de las actividades de evitación en alejarse lo más posible su tío durante el trabajo.

Al terminar la elaboración de los planes de evitación de situaciones, se agendó la cita para la sesión siguiente para continuar con la elaboración de los planes para las situaciones de riesgo: Encuentro Sexual, Economía, Ansiedad y consumo como Premio.

Sesión 6. Plan de tratamiento

Sesión	<i>Sesión 6. Plan de tratamiento</i>
Herramientas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Formato Plan de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo de Consumo de Cocaína para para Encuentro Sexual, Economía, Ansiedad y Premio.
Objetivo de sesión	<p>El objetivo de esta sesión fue el desarrollo de Plan de actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Encuentro Sexual, Economía (tener dinero disponible para comprar cocaína), Ansiedad y consumo como Premio (tener tiempo libre por concluir actividades de trabajo) y así evitar las situaciones que disparan el consumo de cocaína.</p> <p>Se acordó la fecha de primer mes de abstinencia.</p>

Resumen de la sesión

Se revisó el autoregistro de consumo diario de la semana. Se realizaron los planes de actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Conducta Sexual, Economía, Ansiedad y consumo como Premio. Se acordó la fecha de primer seguimiento para dentro de un mes.

Desarrollo de la sesión:

Debido a que el paciente no asistió a la sesión programada para el día 7 de la semana 5 por una intoxicación con comida, se reagendó la cita para el día 7 de la semana 6. El paciente pudo contactarse para dar continuidad al autoregistro de consumo de esa semana, además de utilizar los Planes de Actividades de Evitación de consumo de cocaína ya elaboradas.

Se inició la sesión revisando el automonitoreo realizado durante la semana 5 y 6.

Automonitoreo diario														
	Semana 5							Semana 6						
Día	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
N° de dosis	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Como se observa en el automonitoreo, hay cambios importantes en la cantidad de dosis de cocaína consumidas por C.C. Para el día 3 de la semana 5 solo se presenta el consumo de 36 dosis de cocaína y a partir del siguiente día y hasta la sexta sesión (programada para el día 7 de la semana 6), no se registra ningún consumo de cocaína. El día 3 de la semana 5, C.C reportó situaciones de enojo en el trabajo, lo que originó que contactara a un vendedor de cocaína, se dirigiera a un hotel y consumiera.

C.C se mostró sorprendido por el cambio en su consumo que había logrado durante estas dos semanas. C.C. consideraba que podría continuar mucho tiempo más sin consumir cocaína y tener más control de su vida. C.C. mencionó estar preparado para realizar su primer mes de abstinencia.

Se continuó la sesión planeando las actividades a realizar para evitar la situación de riesgo Encuentro Sexual (Véase Tabla 15 y 16).

Tabla 15*Plan A de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Encuentro Sexual*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Encuentro sexual	A	Al llegar al lugar: 1. Tener relaciones sexuales, pero sin consumir ninguna sustancia. 2. Evitar la relación sexual si la persona está consumiendo cocaína u otras sustancias. 3. Salir del lugar si la gente está consumiendo cocaína u otras sustancias.

Tabla 16*Plan B de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Encuentro Sexual*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Encuentro sexual	B	1. Buscar lugares nuevos para tener relaciones sexuales sin consumo de drogas. 2. No ir a orgias. 3. Borrar aplicaciones de búsqueda de pareja por teléfono.

Cuando se abordó la situación de riesgo Encuentro Sexual, C.C. señaló que su intención no era dejar de asistir a los encuentros sexuales, si no enfocar las actividades de evitación al consumo de cocaína preferentemente. Se discutió con C.C. la probabilidad de incluir los encuentros sexuales como opción en las actividades de evitación, ya que previamente señaló que es muy probable el consumo de sustancias en los encuentros sexuales que visitaba. Al finalizar estos planes de evitación se continuó con la elaboración de los planes de evitación para Premio (Véase Tabla 17 y 18).

Tabla 17*Plan A de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Premio*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Premio	A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar dinero justo para ir a desayunar a un restaurante. 2. Gastar solo en una comida y bebida después del día de trabajo. 3. En tiempos libres, llamar a clientes para agendar reuniones de negocios. 4. Si hay dinero disponible, Ir al cine y comer alimentos dulces.

Tabla 18*Plan B de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Premio*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Premio	B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantarse a las 8 A.M., tomar la camioneta y salir a volatear al sur de la ciudad. 2. Al terminar de volatear, ir a casa para leer y más tarde ver la T.V. 3. Salir de casa y buscar actividades que terminen a las 8 P.M para después dormir.

C.C no tuvo problema en asignar actividades en esta situación de riesgo. Al finalizar estos planes de evitación se continuó con la elaboración de los planes de evitación para Ansiedad (Véase Tabla 19 y 20).

Tabla 19*Plan A de Evitación de Situaciones de Riesgo para Ansiedad*

Situación de Riesgo	Plan	Actividades
Ansiedad	A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si hay tiempo libre, ocuparse en pendientes del trabajo. 2. Llegar a casa después del trabajo y, si hay pendientes de trabajo, terminarlos. 3. Por la tarde-noche, salir a caminar cerca de casa. 4. Por la noche leer un libro o ver T.V.

Tabla 20*Plan B de Evitación de Situaciones de Riesgo para Ansiedad*

<i>Situación de Riesgo</i>	<i>Plan</i>	<i>Actividades</i>
Ansiedad	B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si hay tiempo libre, contactar a clientes nuevos y agendar citas de negocios. 2. Después del trabajo ir de volanteo a la Roma, Narvarte y Perisur. 3. Ir al cine después del volanteo. 4. Legar a casa y comer bombones.

C.C no tuvo problema en asignar actividades en esta situación de riesgo. Al finalizar estos planes de evitación se continuó con la elaboración de los planes de evitación para Economía

Cuando se abordó la situación de Economía (Véase Tabla 21 y 22) C.C no tuvo problema en asignar actividades. C.C comentó que esta situación en particular era la que le generaba problemas con su madre, ya que gastaba mucho dinero en adquirir la sustancia.

Tabla 21*Plan A de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Economía*

<i>Situación de Riesgo</i>	<i>Plan</i>	<i>Actividades</i>
Economía <i>(Tentaciones de uso).</i>	A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener solo dinero justo para estacionamiento, cine, comida y bebida después del trabajo. 2. Ir a casa y planificar vacantes de empleo para la Agencia Inmobiliaria. 3. Contactar a clientes nuevos y ofrecerles citas de negocios.

Tabla 22*Plan B de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo para Economía*

<i>Situación de Riesgo</i>	<i>Plan</i>	<i>Actividades</i>
Economía <i>(Tentaciones de uso).</i>	B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar los gastos de cada día de la semana. 2. Planificar actividades de cada día de la semana de la Agencia Inmobiliaria. 3. Evitar pasar cerca del hotel donde se consume cocaína. 4. Evitar dejar dinero dentro de la guantera de la camioneta.

C.C. comentó que realizar estos planes le ayudó a ver los cambios como un proceso, proceso que necesita invertir trabajo y tiempo. Se finalizó la sesión acordando la cita para el primer seguimiento de tratamiento, establecida para dentro de un mes. Se señaló a C.C. que podría comunicarse en cualquier momento que se requiriera al Programa de Conductas Adictivas o al terapeuta, en caso de que hubiera algún consumo y plantear el regreso a tratamiento.

Observaciones

Esta sesión fue la última que se tuvo con C.C., aunque se había establecido fecha para el primer mes seguimiento, el paciente no asistió. Posteriormente se contactó al paciente para asignar una nueva fecha, pero éste mencionó que todo iba bien en cuanto al consumo, dijo se pondría en contacto para determinar con exactitud la fecha en que nos reuniríamos. Transcurrieron dos semanas antes de volver a contactar a C.C., sin tener éxito para continuar con el tratamiento. Finalmente, y en seguimiento a la reglamentación establecida, fue necesario dar de baja el caso.

Resultados

No fue posible realizar primer seguimiento para recolectar información acerca del consumo diario de C.C y la evaluación de los niveles de autoeficacia situacional, indicadores del impacto de la intervención, no obstante, fue posible realizar un análisis de las modificaciones en el patrón de consumo del paciente durante el periodo de intervención. C.C. redujo notablemente su consumo. Al inicio del tratamiento (semana 1), C.C. consumió 81 dosis al día, en la última sesión realizada (semana 6), el consumo diario reportado era de cero dosis a la semana.

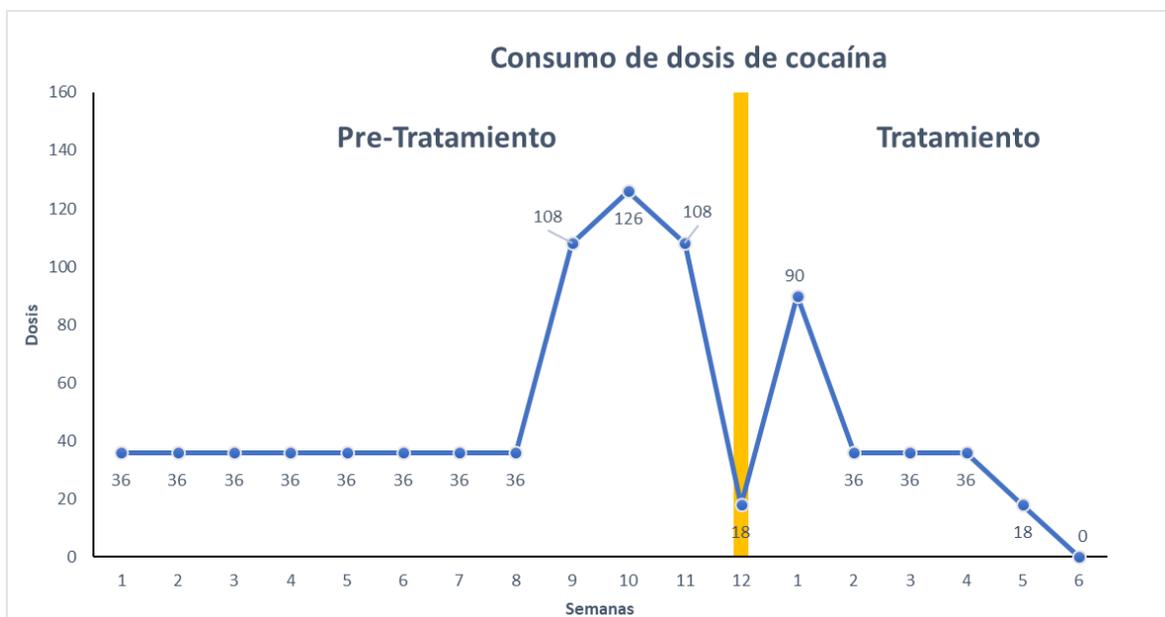


Figura 4: Consumo de dosis de cocaína pre-tratamiento y durante tratamiento.

Como se observa en la Figura 4, la reducción de consumo de dosis de cocaína se aprecia a partir de la segunda semana, donde mantiene un consumo constante de 36 dosis hasta la cuarta semana. Para la quinta semana, el consumo se reduce a 18 dosis, disminuyendo a cero dosis consumidas para la sexta sesión. En cuanto a los problemas asociados, C.C. reportó una disminución de los gastos excesivos para conseguir cocaína, menores discusiones con su madre, mejoró su rendimiento laboral (logró conseguir nuevos clientes) y comenzó a ganar peso, ya que comía de forma regular durante el día.

Consideraciones y conclusiones

En el caso de C.C., las emociones desagradables (ansiedad, enojo, y frustración) y deseos de consumir fueron detectados como los principales disparadores de consumo de cocaína. Los cuales estaban relacionados a un consumo más compulsivo de la sustancia. De acuerdo a los signos y síntomas señalados por Mayán y García (2006), C.C. se encontraba en un nivel de

gravedad de consumo moderado al reportar: taquicardia, sudoración, confusión, alucinaciones táctiles, delirios paranoides y desorientación.

Durante la entrevista inicial, solo se abordó el consumo de 90 días antes del inicio de tratamiento. En ese aspecto, el uso de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) nos pudo haber brindado más información sobre el consumo de cocaína de C.C. Durante la elaboración de los Planes de Evitación de Situaciones de Riesgo se dio demasiada importancia a la evitación, dejando de lado la implementación de estrategias de enfrentamiento, que bien podrían haber sido consideradas y planteadas al paciente dado el potencial adictivo de la cocaína.

Los resultados de este estudio de caso muestran que hubo una disminución importante en el patrón de consumo de cocaína en C.C. durante el tiempo que recibió el DIBADEU. Esta disminución se observó, durante el tratamiento (auto registro). Estos resultados probablemente pueden deberse a que C.C. usó cada uno de los Planes y sus respectivas Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo desarrolladas durante los días que estuvo asistiendo a la intervención.

Pronóstico

Dado al alto potencial adictivo de la cocaína y al índice de dependencia de C.C., se considera la aparición de caídas durante el mes de abstinencia, ya que se dio mucho peso al Entrenamiento en Abstinencia por medio de Actividades de Evitación de Situaciones de Riesgo y no se sugirieron alternativas, por ejemplo, la implementación de destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de consumo.

En caso de que el paciente requiriera apoyo, se le comentó que se comunicara al Programa de Conductas Adictivas para ser referido, en su caso, al programa PEREU o sugerir otras alternativas de tratamiento.

Recomendaciones

De acuerdo a la experiencia recogida durante mi participación como prestador de servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas, recomendaría una plática introductoria antes de comenzar las actividades planeadas, destacando las bases teóricas del tratamiento de adicciones, la aplicación de los manuales, capacitación en el manejo y apertura de expedientes clínicos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, favoreciendo así un adecuado desempeño durante las primeras semanas de trabajo formal en el programa.

Dado que la intervención terapéutica en adicciones requiere una preparación adecuada, fue muy importante poder participar como co-terapeuta en la intervención a un paciente asignado al Programa de Conductas Adictivas, por lo que considero que esta actividad se realice con los futuros prestadores de servicio social, con el objetivo de que se introduzcan al trabajo terapéutico en el Centro de Servicios Psicológicos, logrando un buen desempeño cuando se les asigne un paciente propio.

Sugeriría el uso de Autoregistro Móvil de Consumo como alternativa en el registro de consumo del paciente durante tratamiento. En el tiempo que se usó el Autoregistro Móvil se tuvo información precisa del consumo o no consumo diario del paciente. Para el paciente que usó el Autoregistro Móvil de Consumo fue de gran utilidad, debido a que en ocasiones estaba en fiestas o reuniones familiares y le resultaba más cómodo usar el teléfono móvil que usar la hoja de papel para registrar su consumo. Incluso el terapeuta podía acceder a esos datos mucho antes de ver al paciente en la siguiente sesión.

Referencias

Arias, F., Calderón, G., Cano, V. & Castaño, G. (2012). Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. *El Ágora. USB. Revista de Ciencias Sociales*, 12,127-41

Baer, J., Kivlahan, D., Blume, A., McKnight, P & Marlatt, A. (2001). Brief Intervention for Heavy-Drinking College Students: 4-Year Follow-Up and Natural History. *American Journal of Public Health*, 91(8).

Barreto, P., Pérez, M., Roa, M., López, A., Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investigación en Salud. Universidad de Boyacá*, 2(1), 31–50.

Beadnell, B. A., Baker, S., Gordon, J. R., Roffman, R. A., & Craver, J. (1995). Risk reduction counseling groups with men who have sex with men and women who have sex with men. In J. R. Gordon (Chair), *Sexual health: A look at reducing sexual risk across a variety of populations*. Panel conducted at the Harm Reduction Conference, Seattle.

Brehm, S. S., & Brehm, J. W (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.

Cabrera, T. y Quiroga, H. (2014). Detección e Intervención Breve de Drogas en un Paciente con Dependencia Leve a Inhalables. *Memorias del Congreso Mexicano de Psicología*. Memoria in extenso.

Cabrera, T. y Quiroga, H. (2015). Aplicación de una Detección e Intervención Breve de Alcohol en una Paciente con dependencia Leve. *Memorias del Congreso Mexicano de Psicología*.

Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2014). Centros de Integración Juvenil, A.C. 45 Aniversario 1969-2014. Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal. Vigente a 2016

Centros de Integración Juvenil. (2016). Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción. Serie Técnica de Tratamiento y Rehabilitación.

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. Revisado el 28 de Noviembre de 2017 en <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Cuerno, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 2(2), 65-11

Damin, C y Grau, G. (2015). Cocaína. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 49 (1), 127-134.

Del Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., Gonzáles, N., Loredo, A., Medina-Mora, E., Alvarado, R., Natera, G., Prospero, O., Sánchez, R., Sansores, R., Real, T., Zinzer, J., y Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37(5), 381-389.

Del Nogal, M. (2013). Intervención Psicológica en Drogodependencias. Tipos de drogas, efectos y situación del consumo de drogas en España. Editorial CEO S.L pp 49

Dimeff, L., Baer, J., Kivlahan, D. & Marlatt, G. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervención For College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press

Fachini, A., Aliane, P. P., Martinez, E. Z., & Furtado, E. F. (2012). Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 40.

Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.

Flores, A. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos adictivos*, 10(3), 151-165.

González, M.C. (2009). Uso recreativo de la cocaína. *Revista Offarm: Farmacia y Sociedad*, 28(1), 60- 66.

Glasser, W. (1976). *Positive addiction*. New York: Harper & Row.

Haile, C., Mahoney, J., Newton, F. y De La Garza, R. (2012). Pharmacotherapeutics directed at deficiencies associated with cocaine dependence: Focus on dopamine, norepinephrine and glutamate. *Pharmacology & Therapeutics*, 134(2), 260–277.

Hays, R. D. y Ellickson, E. L. (1990). How generalizable are adolescents' beliefs about pro-drug pressures and resistance self-efficacy? *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 321-340.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press. Author.

Isorna, M y Saavedra, D. (2012). Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cocaína y éxtasis. *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. (pp 125-129) Madrid: Ediciones Pirámide.

Lichtenberger, A., López, M., y Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 428-437.

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J., Franco-Marina, F., ... Murray, C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 580-594

Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24,461-503

Martínez, A. (2015). *Importancia de la Resiliencia e Inteligencia Emocional en el Consumo de Cocaína*. (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España.

Mayán, P. y García, J.A. (2006). Valoración del enfermo drogodependiente en los Servicios de Urgencias. *Adicciones. Revista socidrogalcohol* 18(1), 263-281.

Medina-Mora, M., y Real, T. (2013). The Drug Scene in Mexico and the Road Ahead. *Adicciones*, 25(4), 294-299.

Medina-Mora, M., García-Téllez, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez-Pérez, L., Real, T. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud mental*, 33(5), 373-378

Méndez-Díaz, M. (2014). Cocaína y dependencia. *Ciencia. Academia Mexicana de Ciencias*. 65(1) 70-77

Méndez-Díaz, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz-Contreras, A. y Prospéro-García, O. (2016). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(1), 6-16.

Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Morcillo, J. (2015). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

Morie, K.P., De Sanctis, P., Garavan, H. y Foxe, J.J. (2014). Executive dysfunction and reward dysregulation: a high- density electrical mapping study in cocaine abusers. *Neuropharmacology*, 85, 397-407.

Murray, C., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A., Michaud, C., ... Memish, Z. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), 2197–2223

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2010) "Cocaína: Abuso y adicción." National Institute on Drug Abuse. Consultado el 16 Noviembre de 2017 en: <https://www.drugabuse.gov/es/cocaina-abuso-y-adiccion>

Newbury-Birch, D., Coulton, S., Bland, M., Cassidy, P., Dale, V., ... Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief interventions for offenders in the probation setting (SIPS trial): a pragmatic multicentre cluster randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 49 (5), 540-548.

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Brich, D., Schulte, B., Schmindt, C., Reimer, J. y Kaner, E. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66-78.

Organización de los Estados Americanos (OEA).(2013). *El problema de las Drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública*.

Oropeza, R., Lira, J. y Rosales, M. (2013). Perfil sociodemográfico y patrones de consumo de drogas de pacientes de cocaína y crack. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 373-382

Ortiz, A., Galván J., Rodríguez, E., Unikel, C., González, I. y Domínguez, M. (1995). Percepción del usuario sobre el consumo de cocaína. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 161-168

Pike, E., Stoops, W., Fillmore, M., y Rush, C. (2013). Drug-related stimuli impair inhibitory control in cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 768-771.

Pinacho-Velázquez, J. (2015). Manejo por drogas adictivas y tóxicos letales en Pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*. 82(2), 71-79

Preller, K., Hulka, L., Vonmoos, M., Jenni, D., Baumgartner, M., Seifritz, E., Quednow, B.B. (2014). Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users. *Addiction Biology*, 19(3), 452-466.

Prochaska, J. O.y DiClerente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Hornewood: Dow Jones/Irwin.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Quiroga, A. H. (2003). Un Modelo Cognitivo-Conductual y Motivacional para la Atención Escalonada de Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol. Proyecto de Investigación Doctoral. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM.

Quiroga, A. H. (2012). El Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional y su aplicación a la prevención y tratamiento del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Unidad 3 elaborada como apunte para apoyar la asignatura "Principios de Comportamiento Adictivo" que se imparte dentro del primer semestre de la Especialización en Promoción y Prevención del Comportamiento Adictivo en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads. Y Adap.) (2003). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción de daño para el consumo excesivo, abuso y dependencia leve. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Manual de Tratamiento basado y modificado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L., Baer, J., Kivlahan, D. & Marlatt, G. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention For College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press.

Quiroga, H. y Cabrera, T. (2010). DIBAEU: Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios: resultados a tres años. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Memoria in extenso.

Quiroga, H. y Cabrera, T. (2011). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios: resultados a cuatro años. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Número especial Memoria in extenso.

Quiroga, H., Cabrera, T. y Vital, M. (2008). Programa de Detección e Intervención para estudiantes Universitarios: significancia clínica y estadística. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial, 119-120

Quiroga, A. H., Mata, M. A. y Vázquez, V. G. (1994). Programa de Conductas Adictivas: Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas. Manual de Operación y Procedimientos. Programa de Conductas y Ambientales Terapéuticos. Universidad Nacional Autónoma de México.

Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (Trads) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para estudiantes Universitarios (TAGEU). Un enfoque de auto-control para Bebedores problema con Dependencia Moderada (pp. 185). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Manual de Tratamiento traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Sobell, M & Sobell, L. (1993). Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment. New: The Guilford Press.

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003a) 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. Manual de Tratamiento traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H., Herie, M & Watkin-Merek, L. (1996). Structured Relapsed Prevention. An Outpatient Counseling Approach, (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center, Toronto, Canada.

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003b). Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de

Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner (1982). The Drug Abuse Screening Test (DAST). Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá.

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003c). Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Drogas (ACC-D). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R. & Annis, M. (1996). Client's Stage of Change (CCA): Psychometric properties, Manuscript in preparation.

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003d) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISDD-50). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. Annis, M. Herie. & L. Watkin-Mereck, (1996). Structured Relapse Prevention, An Outpatient Counseling Approach (pp 28-36). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center, Toronto, Canadá.

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003e) Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H., Herie, M. & L. Watkin-Mereck, L. (1985). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. Annis, M. Herie. & L. Watkin-Mereck, (1996). Structured Relapse Prevention, An Outpatient Counseling Approach (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center, Toronto, Canadá.

Rivolta, S. (2012). Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media. *Revista Salud Pública*, 16,67-81

Rodríguez, A., Quiroga, H. y Cabrera, T. (2012). Programa de Detección e Intervención Breve de Marihuana para Estudiantes Universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial, Memoria in extenso

Rojas, E., Real, T., Garcia-Silberman, S. y Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre el tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34, 351-365.

Rollnick, S., Heather, N., y Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.

Salazar, J. y Torres, D. (2016). Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2009-2012. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 29-52.

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Secretaría de Salud (2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Schmidt, B., Capron, D., Raines, A. y Allan, N. (2014). Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1023-1033

Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En J. A. Tucker., D. A. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 331-343). New York: Guildford Press.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2000). Stepped Care as a Heuristic Approach to the Treatment of Alcohol Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573-579.

Spronk, D., Van Wel, J., Ramaekers, J., y Verkes, R. (2013). Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1838-1859.

Stacy, A. W., Sussman, S., Dent, C. W., Burton, D., & Flay, B. R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 163-172.

Anexos

Anexo 1. Participación en el XII Encuentro de los Centros y Programas. “Psicología y Bienestar” en el módulo informativo “Programa de Conductas Adictivas” que se realizó el 23 de septiembre de 2016.



Anexo 2. Cartel “Mitos y realidades de la marihuana” para actividad en el XII Encuentro de los Centros y Programas. “Psicología y Bienestar” del 23 de septiembre de 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS



**Mitos y realidades
sobre la Marihuana.**



Elaborado por: Psic Zayar Fernandez Gomez, Psic Jesús Alejandro García Miranda y Olivares Mackenzie Emiliana en Publisher. Septiembre, 2016.

Anexo 3. Juego Serpientes y escaleras para actividad “Mitos y realidades de la marihuana” en el XII Encuentro de los Centros y Programas. “Psicología y Bienestar” del 23 de septiembre de 2016.



Anexo 4. Autoregistro Móvil de Consumo (Piloto)

Autoregistro de...

Hora
04:19:07 p. m.

¿Hubo consumo?

Cancelar **Siguiente**

Autoregistro de cons...

Hora
12:16:49 PM

Tipo de bebida.

Dónde

Con quién.

Estado de ánimo

Cancelar **Guardar**

Con quién.

Add or Search

- Solo
- Parientes (familia)
- Amigos hombre
- Amigas mujeres
- Amigos de ambos sexos
- Extraños o gente que conociste después de iniciar el consumo de Alcohol

Hecho

Tipo de bebida.

Search

- Lata de cerveza.
- Botella de cerveza.
- Jarro de Pulque.
- Copa de destilados (Ginebra, Ron, Whisky, Brandy, Vodka, Cognac, Aguardiente).
- Caballito de Tequila.
- Caguama
- Copa de Vino.

Hecho

Dónde

Search

- Taberna / Bar
- Restaurante (con comida).
- Casa propia.
- Casa de otros.
- Trabajo / escuela.
- Club privado.
- Evento social (XV años, boda, fiesta, evento deportivo).
- En un coche.

Hecho

Con quién.

Add or Search

- Solo
- Parientes (familia)
- Amigos hombre
- Amigas mujeres
- Amigos de ambos sexos
- Extraños o gente que conociste después de iniciar el consumo de Alcohol

Hecho

Estado de ánimo

Add or Search

- Feliz
- Fuera de si
- Romántico / Sexy
- Relajado
- Deseoso de festejar
- Triste / deprimido
- Frustrado
- Timido

Hecho

Autoregistro de cons...

- 19:02:00 Lata de cerveza. >
- 19:03:00 Caballito de Tequila. >
- 19:06:00 Lata de cerveza. >
- 19:08:00 Caballito de Tequila. >
- 19:13:00 Lata de cerveza. >
- 11:27:00 Lata de cerveza. >
- 18:52:28 Lata de cerveza. >
- 18:54:12 Copa de destilados (Ginebra, Ron, Whi... >
- 12:32:26 Lata de cerveza. >
- 12:42:32 Caballito de Tequila. >
- 21:25:06 Lata de cerveza. >

Compartir Data New Sincronizar

Anexo 5. Tarjeta de automonitoreo (TAM-D)

(TAM-D)*
TARJETA DE AUTO-MONITOREO

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____ No DE TARJETA _____

Use las categorías que aparecen en la parte posterior de esta tarjeta para registrar **dónde**, **con quién** y **estado de ánimo**.

	HORA	AM PM	TIPO DE DROGA	CANTIDAD	DÓNDE (CLAVE)	CON QUIÉN (CLAVE)	EDO. DE ÁNIMO (CLAVE)	COMENTARIOS

Claves para DÓNDE	Claves para CON QUIÉN	Claves para ESTADO DE ÁNIMO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Taberna / bar/ antro 2. Restaurante (con comida). 3. Casa propia. 4. Casa de otros. 5. Trabajo / escuela. 6. Club privado, escuela. 7. Evento social (boda, fiesta, XV años, eventos deportivos). 8. En un coche. 9. Afuera de una casa (en a puerta, calle). 10. Otro (especifique). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solo. 2. Parientes (familia). 3. Amigos hombres. 4. Amigas mujeres. 5. Amigos de ambos sexos. 6. Extraños o gente que conociste después de iniciar la ingesta. 7. Otro (especifique). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Feliz. 2. Fuera de sí. 3. Romántico / sexy. 4. Relajado. 5. Deseoso de festejar. 6. Triste/deprimido. 7. Frustrado. 8. Tímido. 9. Enojado. 10. Ansioso. 11. Estresado. 12. Cansado. 13. Aburrido. 14. Otro (especifique).

*Traducido por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press.

Anexo 6. Muestra de la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20).

(PDAD-20)*
PRUEBA DE DETECCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

FECHA: ___ / ___ / ___ PUNTAJES: _____

Día Mes Año

NOMBRE DEL USUARIO: _____

EDAD: _____ (AÑOS) SEXO: F M

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su involucramiento con drogas durante los últimos 12 meses, excluyendo alcohol. Lea cuidadosamente cada declaración que aparece a continuación y decida si su respuesta es SI o NO, para lo cual encierre en un círculo la respuesta correspondiente. El abuso de drogas se refiere a (1) el uso de drogas no prescritas, o en su caso, un exceso en el uso de drogas prescritas; (2) cualquier uso no médico de drogas. Los diversos tipos de drogas pueden ser: cannabis (v.g. marihuana, hashish); solventes, tranquilizantes (v.g. valium); barbitúricos, cocaína, estimulantes, alucinógenos (v.g. LSD) o narcóticos (v.g. heroína). Recuerde no incluir bebidas alcohólicas.

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

ESTAS PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	SI	NO
1. ¿Ha consumido drogas diferentes a las requeridas por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de drogas prescritas medicamente?		
3. ¿Abusa de más de una droga por ocasión?		
4. ¿Puede pasar la semana sin usar drogas?		
5. ¿Es usted siempre capaz de dejar de usar drogas cuando lo desea?		
6. ¿Ha tenido olvidos o pérdidas de memoria por usar drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por usar drogas?		
8. ¿Alguna vez se ha quejado su esposo (a) (o padres) por su involucración con las drogas		
9. ¿Alguna vez ha tenido problemas con su esposo (a) (o padres) por su abuso de drogas?		
10. ¿Alguna vez ha perdido amigos (as) por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia por su uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido dificultades en su trabajo debido a su abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido un empleo por su abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas estando bajo la influencia de drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales a fin de obtener drogas?		

*Traducida y Adaptada por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital

Anexo 7. Muestra del Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CECD).

(CECD)*
CUESTIONARIO DE EFECTOS COMPREHENSIVOS DE LA DROGA

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA: _____

Este cuestionario evalúa dos aspectos:

- 1) ¿Qué esperaría usted que sucediera si estuviera bajo la influencia de la droga?, y
- 2) ¿Si pensaría que el efecto fue bueno o malo?

INSTRUCCIONES:

- A. Elija de "desacuerdo a acuerdo", dependiendo de si espera que el efecto le suceda si se encontrara bajo la influencia de la droga. Estos efectos varían, dependiendo de la cantidad de droga que típicamente consume. Circule la respuesta para el primer conjunto de números que se presentan después de cada declaración.
- B. Elija de "malo a bueno", dependiendo de si piensa que el efecto particular es malo, neutral, bueno, etc. Deseamos saber si piensa que un efecto en particular es malo o bueno, independientemente de si espera que le suceda. Circule sólo una respuesta para el último conjunto de números que se presentan en cada declaración.

Ejemplo: 1. Estaría... 1 2 3 4 Este efecto es... 1 2 3 4 5

Si estuviera bajo la influencia del consumo de la droga.	1 = Desacuerdo 2 = Levemente en Desacuerdo 3 = Levemente de Acuerdo 4 = De Acuerdo	1 = Malo 2 = Levemente Malo 3 = Neutral 4 = Levemente Bueno 5 = Bueno
1. Sería extrovertido(a).	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
2. Mis sentidos estarían embotados.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
3. Estaría divertido(a).	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
4. Mis problemas empeorarían.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
5. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
6. Mi escritura se deterioraría.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
7. Me sentiría sexy.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
8. Se me dificultaría el pensar.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
9. Descuidaría mis obligaciones.	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5
10. Estaría dominante	1 2 3 4	Este efecto es 1 2 3 4 5

*Traducido y adaptado por Horecio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: "Comprehensive Effects of Alcohol: Development of Psychometric Assessment of a New Expectancy questionnaire" by K. Fromme, E.A. Stroot, and D. Kaplan, Psychological Assessment, 5, 14 - 25 Copyright 1993 by The American Psychological Association.

Anexo 8. Muestra del Cuestionario de Consumo Diario Modificado (CCDDM).

(CCDDM)*
CUESTIONARIO DE CONSUMO DIARIO DE DROGAS
MODIFICADO

NOMBRE: _____
No. DE EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES

Para cada uno de los días de la semana, indique, cuánto consume como el número de horas que consume típicamente.

Por favor asegúrese que contesta la información tomando en consideración su género, peso y altura.

PREGUNTA 1

En relación con el mes anterior, indique un número para cada día de la semana que corresponda al número típico de dosis que usualmente consumió en tal día, y el número típico de horas que pasó consumiendo en dicho día.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Número de dosis							
Número de Horas							

Peso: _____ Género: _____ Altura: _____

PREGUNTA 2: LUGAR DE RESIDENCIA Y EMPLEO

Para el último trimestre (o periodo equivalente), por favor circule las respuestas más adecuadas. Por favor, elija una respuesta para cada columna. Al responder la pregunta "Empleo Remunerado", por favor circule la respuesta que más se aproxime al número de horas en que trabajo durante dicho trimestre.

- ¿Se encontraba inscrito en la universidad? En esta universidad En otra universidad No
- ¿Era miembro de alguna asociación estudiantil? Si No
- ¿Dónde residió? Casa del Estudiante Con mis padres Con otros amigos
Otro: _____
- ¿Empleo Remunerado? No ¼ tiempo ½ Tiempo ¾ Tiempo Completo

*Traducido por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

Anexo 9. Muestra del Cuestionario de Frecuencia-Cantidad de Drogas (CFCD).

(CFCD)*
CUESTIONARIO FRECUENCIA-CANTIDAD DE DROGAS

NOMBRE: _____
No. DE EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____

Piensa en la ocasión del mes anterior en la que más consumiste ¿Cuánto consumiste?	En una tarde típica de fin de semana ¿qué tanta droga consumiste? Haz el cálculo con respecto al mes anterior.	¿Qué tan a menudo consumiste la droga durante el mes anterior?
1. Ninguna dosis	1. Ninguna dosis	1. No consumí.
2. De 1 a 2 dosis	2. De 1 a 2 dosis	2. Una vez al mes
3. De 3 a 4 dosis	3. De 3 a 4 dosis	3. De 2 a 3 veces al mes
4. De 5 a 6 dosis	4. De 5 a 6 dosis	4. Cuatro veces al mes
5. De 7 a 8 dosis	5. De 7 a 8 dosis	5. Casi todos los días
6. De 9 a 10 dosis	6. De 9 a 10 dosis	6. Una vez al día o más
7. De 11 a 12 dosis	7. De 11 a 12 dosis	
8. De 13 a 14 dosis	8. De 13 a 14 dosis	
9. De 15 a 16 dosis	9. De 15 a 16 dosis	
10. De 17 a 18 dosis	10. De 17 a 18 dosis	
11. 19 o más dosis	11. 19 o más dosis	

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Aneja y Teresita Cabrera Arzaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BABICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John B. Beer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopia de este folleto a los compradores del BABICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

Anexo 10. Muestra de la Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas Modificada (FENCDM).

(FENCDM)*
FORMA DE EVALUACION DE LAS NORMAS DE CONSUMO DE DROGAS MODIFICADA

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor elija una respuesta para las preguntas 1 y 2 en base a la siguiente escala:

- Con mi familia.
- Con otros parientes.
- Solo.
- Con amigos.

1. ¿En qué tipo de vivienda resides actualmente? _____
2. ¿Qué tipo de vivienda esperas residir el próximo semestre? _____

INSTRUCCIONES: Estamos interesados en tus estimaciones de (A) qué tan a menudo y (B) qué tanto consumen diferentes tipos de personas. Para las siguientes preguntas asume, siempre que sea posible, que estas evaluando a una persona típica de tu mismo sexo. En cada una de las siguientes situaciones anota el número correspondiente, escribe una respuesta para (A) (que va de 1 – 7) y una respuesta para (B) (que va de 1 – 6).	A. ¿Qué tan a menudo consumen?	B. ¿Qué tanto consumes en un día típico de fin de semana?
	1. Menos de una vez al mes. 2. Cerca de una vez al mes. 3. Dos o tres veces al mes. 4. Una o dos veces a la semana. 5. Tres o cuatro veces a la semana. 6. Casi todos los días. 7. Una vez al día.	1. 0 dosis. 2. De 1 - 2 dosis. 3. De 3 – 4 dosis. 4. De 5 – 6 dosis. 5. De 7 - 8 dosis. 6. Más de 8 dosis.
3. Un estudiante de preparatoria.		
4. Un estudiante universitario promedio.		
5. Un estudiante universitario que vive con su familia.		
6. Un estudiante universitario que vive con otros parientes.		
7. Un estudiante universitario que vive solo.		
8. Un estudiante universitario que vive con sus amigos.		

*Traducida y adaptada por Horelio Guiraga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

Anexo 11. Muestra de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPCD).

**(ERPCD)*
EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PERCIBIDOS DE CONSUMIR DROGA**

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____

¿Qué tan probable es que tú te involucres en las siguientes actividades en un futuro?
En caso de ser estudiante universitario ¿Qué tan probable es que tú te involucres en las siguientes actividades durante tu carrera universitaria?

INSTRUCCIONES:

1. Elija de "extremadamente improbable" a "extremadamente probable", dependiendo de si espera experimentar esta actividad durante los próximos 4 años. Elija únicamente un número para cada declaración.
2. Circule el número que más se aproxima a su probabilidad de participar en esta experiencia.

	IMPROBABLE				PROBABLE		
	EXTREMADAMENTE MENTE	MODERADO	LEVE	NINGUNO	LEVE	MODERADO	EXTREMADAMENTE MENTE
1. Manejar después de consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tener resaca.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentirme con náuseas o vomitar después de consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
4. Experimentar olvidos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Herirme físicamente mientras consumo droga.	1	2	3	4	5	6	7
6. Desarrollar tolerancia a la droga (Necesitar más droga para tener el mismo efecto).	1	2	3	4	5	6	7
7. Faltar a clases debido a tener resaca.	1	2	3	4	5	6	7
8. Asistir a clases después de consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
9. Obtener una baja calificación debido a consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
10. Incapacidad de entregar tareas a tiempo debido a consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
11. Causar vergüenza o malestar a alguien debido a consumir droga.	1	2	3	4	5	6	7
12. Argumentar, actuar incorrectamente, o hacer cosas crueles después de consumir la droga.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hacer cosas que originan reacciones negativas de los demás mientras consumo droga.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pasar mucho tiempo en actividades centradas en el consumo de la droga.	1	2	3	4	5	6	7
15. Desarrollar un problema de droga.	1	2	3	4	5	6	7
16. Convertirme en drogadicto.	1	2	3	4	5	6	7

*Traducción y adaptación por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Beer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del BASICS para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

Anexo 12. Muestra del Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICCD).

(ICCD)*
INVENTARIO DE CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGA

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta un número de eventos que en ocasiones experimentan los consumidores de drogas. Lea cada una de las declaraciones de manera cuidadosa e indique qué tan a menudo le han ocurrido a usted DURANTE LOS 12 MESES PASADOS ENCERRANDO EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO DE ACUERDO AL SIGUIENTE CODIGO:

- 0 = Nunca.
- 1 = 1 vez o unas cuantas veces.
- 2 = Una vez o dos veces a la semana.
- 3 = Diariamente o casi diariamente.

*Si alguna declaración no es aplicable en su caso circule el cero.

¿Durante los 12 meses previos, le ha pasado esto a usted? Circule una respuesta para cada declaración.	RESPUESTA			
	NUNCA	1 VEZ O POCAS OCASIONES	1 O 2 VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE O CASI DIARIAMENTE
1. Tuve resaca o me sentí mal después de consumir la droga.	0	1	2	3
2. Me sentí mal conmigo mismo debido a mi consumo de drogas.	0	1	2	3
3. Falté a mi trabajo o escuela debido a mi consumo de drogas.	0	1	2	3
4. Mi familia o amigos se han preocupado o quejado por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
5. He disfrutado el sabor de la droga.	0	1	2	3
6. La calidad de mi trabajo ha disminuido por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
7. Mi capacidad de ser un buen padre se ha visto dañada por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
8. Después de consumir drogas, tuve problemas de sueño, para lograr mantenerme despierto o pesadillas.	0	1	2	3
9. He manejado un vehículo motorizado después de intoxicarme.	0	1	2	3

*Traducido por adaptación por Horacio Gutroga Araya y Teresita Cabrera Araya de: Miller, W.R., Tonigan, J.S. & Longabaugh, R. (1985). The Drinker Inventory of Consequences (DInC): An Instrument for Assessing and Adverse Consequences of Alcohol Abuse. Project MATCH. Monograph series Vol.4. DHHB Publication No. 95-3911. Rockville, MD. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Anexo 13. Muestra de la Prueba Breve de Michigan sobre Detección de Antecedentes Familiares de Adicción a Drogas en la Familia (PBM-D).

(PBM-D)*
PRUEBA BREVE DE MICHIGAN SOBRE DETECCIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE ADICCIÓN A DROGAS EN LA FAMILIA

NOMBRE: _____ **No. DE EXPEDIENTE:** _____
FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Marque con una X en la línea correspondiente que sigue a cada paréntesis según corresponda a la opción que se ajuste más a su caso particular. Por otro lado, la persona drogadicta es aquella que tiene una dependencia a la(s) droga(s) y que se manifiesta por la pérdida de control en la conducta de consumo, incapacidad de dejar de consumir una vez que ha empezado, y presenta alguno(s) de los siguientes síntomas tales como: lagunas mentales, ataques, delirios, alucinaciones, temblores en las manos después de suspender el consumo, etc.

1. ¿Considera que su madre/padre es / fue un abusador(a) / dependiente a las drogas?	
(SI)___ Mi madre es/fue una dependiente a las drogas	(NO) ___ Mi madre no es/no fue una dependiente a las drogas
(SI)___ Mi madre es/fue una abusadora de drogas	(NO) ___ Mi madre no es/no fue una abusadora de drogas
(SI)___ Mi padre es/fue un dependiente a las drogas	(NO) ___ Mi padre no es/no fue un dependiente a las drogas
(SI)___ Mi padre es/fue un abusador de drogas	(NO) ___ Mi padre no es/no fue un abusador de drogas
2. ¿Considera que su madre/padre ha sido un consumidor?	
(SI)___ Mi madre ha sido una consumidora	(NO) ___ Mi madre no ha sido una consumidora
(SI)___ Mi padre ha sido un consumidor	(NO) ___ Mi padre no ha sido un consumidor
3. ¿Alguna vez se quejó su madre/padre, abuela/abuelo u otro miembro cercano acerca de la manera de consumir drogas de su madre/padre?	
(SI)___ De la manera de consumir drogas de mi madre	(NO) ___
(SI)___ De la manera de consumir drogas de mi padre	(NO) ___
4. ¿Alguna vez se sintió culpable su madre/padre por su forma o manera de consumir drogas?	
(SI)___ Mi madre se sintió culpable	(NO) ___ Mi madre no se sintió culpable
(SI)___ Mi padre se sintió culpable	(NO) ___ Mi padre no se sintió culpable
5. ¿Consideran sus familiares y sus amigos que su madre/padre es/fue un consumidor?	
(SI)___ Consideran que mi madre es/fue consumidora	(NO) ___ Consideran que no es/ no fue consumidora
(SI)___ Considera que mi padre es/fue consumidor	(NO) ___ Consideran que es /no fue consumidor

Anexo 14. Muestra de la Encuesta Breve de Conductas Sexuales (EBCS).

(EBCS)*
ENCUESTA BREVE DE CONDUCTAS SEXUALES

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES

1. Lea cada pregunta de manera cuidadosa y las diversas posibles respuestas antes de hacer su elección. Conteste las preguntas eligiendo aquella respuesta que, según su opinión, resulte la más precisa.
2. Tómese el tiempo que requiera. Conteste de manera cuidadosa y trate de terminar lo más pronto posible.

Encierre en un círculo el PORCENTAJE que usted piensa contesta de manera más precisa a las siguientes preguntas. Elija sólo una respuesta para cada pregunta.

1. ¿Qué porcentaje de personas de la universidad que tienen tu edad, crees que tienen relaciones sexuales al menos una vez al mes?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. ¿Qué porcentaje de tus amigos más cercanos tienen relaciones sexuales al menos una vez al mes?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Recordando las parejas sexuales que tuviste durante los 6 meses anteriores, ¿cuál era su género?

- A. Todos eran hombres.
- B. La mayoría eran hombres, algunas mujeres.
- C. Más hombres que mujeres.
- D. Igual número de hombres que de mujeres.
- E. Más mujeres que hombres.
- F. La mayoría eran mujeres, algunos hombres.
- G. Todas eran mujeres.

4. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales (vaginal o anal) en los últimos 3 meses? _____

5. ¿Con cuántas diferentes personas tuviste relaciones sexuales en los últimos 3 meses? _____

Cuando tuviste relaciones sexuales en los últimos 3 meses, ¿cuántas veces habías:

6. Estado consumiendo alcohol? _____

7. Estado consumiendo marihuana o hashís? _____

8. Estado consumiendo otras drogas? _____

Por favor, descríbelo: _____

9. Usaste condón? _____

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Terealía Cabrera Arceaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Zann, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press. Se concede el derecho de fotocopiado de este folleto a los compradores del DIRAGU para uso personal únicamente (ver la página de derechos de copia para mayores detalles).

Anexo 15. Muestra del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50).

(ISCD-50) *
INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS

NOMBRE: _____

FECHA: _____ EXP.: _____

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

Marque:

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

PREGUNTAS	CONSUMÍ EXCESIVAMENTE			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando me sentía deprimido(a) por cualquier cosa.	1	2	3	4
2. Cuando me sentía tembloroso(a), enfermo(a) o con náuseas.	1	2	3	4
3. Cuando me sentía muy contento(a) o feliz.	1	2	3	4
4. Cuando sentía que no había a donde ir.	1	2	3	4
5. Cuando deseaba ver si podía consumir de manera moderada.	1	2	3	4
6. Cuando me encontraba en un lugar en donde había consumido o comprado esta droga previamente.	1	2	3	4
7. Cuando me sentía tenso(a) o incomodo(a) ante la presencia de alguien.	1	2	3	4
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien y me sentía apenado(a) de rechazar consumir esta droga cuando me la ofrecieron.	1	2	3	4
9. Cuando me reunía con amigos(as) y deseábamos pasar un buen rato.	1	2	3	4
10. Cuando me sentía incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien.	1	2	3	4
11. Cuando me sentía abandonado(a).	1	2	3	4
12. Cuando no podía dormir.	1	2	3	4
13. Cuando me sentía seguro(a) y relajado(a).	1	2	3	4
14. Cuando estaba aburrido(a).	1	2	3	4

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ms. Guadalupe Vital Cedillo.

Anexo 16. Muestra del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Drogas (CCSD-50).

(CCSD-50) *
**CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL
 PARA EL CONSUMO DE DROGA**

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

A continuación, se muestra un listado de situaciones o eventos en los cuales algunas personas han experimentado un consumo problemático.

Imagine que está ahora en cada una de estas situaciones. Indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a los impulsos al consumir en cada situación.

Circle 100 si está seguro de resistirse a los impulsos para consumir esta droga, 80 si está 80% seguro de resistir, 60 si está 60% seguro. Si está más inseguro que seguro circule 40 para indicar que sólo está el 40% seguro de resistir los impulsos para consumir; 20 para cuando esté 20% seguro y 0 cuando usted no está seguro de resistir en esta situación.

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir:	Inseguro	Seguro
1. Si estuviera deprimido por cualquier cosa.	0 20 40 60 80 100	
2. Si me sintiera tembloroso, mareado o con náuseas.	0 20 40 60 80 100	
3. Si estuviera feliz.	0 20 40 60 80 100	
4. Si sintiera que ya no tiene a dónde más acudir.	0 20 40 60 80 100	
5. Si quisiera ver si puedo consumir esta droga.	0 20 40 60 80 100	
6. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compré la droga.	0 20 40 60 80 100	
7. Si me sintiera tenso o incomodo con la presencia de alguien.	0 20 40 60 80 100	
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rechazarlos cuando me ofrezcan esta droga.	0 20 40 60 80 100	
9. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera pasar un buen momento.	0 20 40 60 80 100	
10. Si no pudiera expresar mis sentimientos a alguien.	0 20 40 60 80 100	
11. Si sintiera que me he fallado a mi mismo	0 20 40 60 80 100	
12. Si tuviera problemas para conciliar el sueño.	0 20 40 60 80 100	
13. Si me sintiera seguro y relajado.	0 20 40 60 80 100	
14. Si estuviera aburrido.	0 20 40 60 80 100	
15. Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mí.	0 20 40 60 80 100	
16. Si encontrara inesperadamente droga u ocurriera algo que me recordara esta droga.	0 20 40 60 80 100	
17. Si me rechazaran otras personas o no les gustara algo de mí.	0 20 40 60 80 100	
18. Si saliera con amigos y sugirieran que fuéramos a algún lugar para consumir esta droga.	0 20 40 60 80 100	
19. Si estuviera con un amigo íntimo y quisiéramos sentirnos más unidos.	0 20 40 60 80 100	
20. Si otras personas me trataran injustamente o interfiriera en mis planes.	0 20 40 60 80 100	
21. Si estuviera solo.	0 20 40 60 80 100	
22. Si quisiera sentirme más alerta o tener más energía.	0 20 40 60 80 100	
23. Si me sintiera excitado por algo.	0 20 40 60 80 100	

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ms. Guadalupe Vital Cedillo

Anexo 17. Algoritmo de Compromiso al Cambio (ACC-D).

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

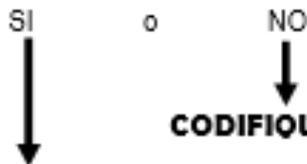
NOMBRE: _____ **EXP.:** _____
FECHA: _____

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

¿Usted consumió drogas en los últimos 30 días? SI NO

¿Está usted considerando dejar su consumo de drogas dentro de los próximos 30 días?

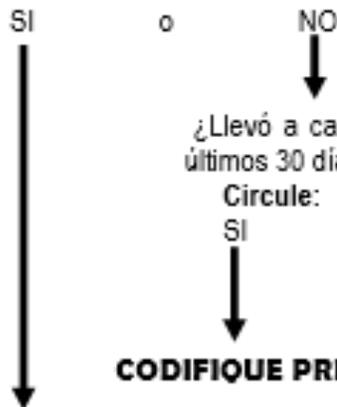
Circule:



CODIFIQUE PRECONTEMPLACIÓN

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

Circule:



CODIFIQUE PREPARACIÓN

¿Llevó a cabo por lo menos un intento para no consumir drogas durante los últimos 30 días?

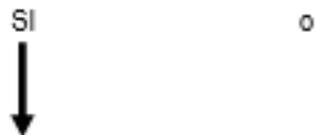
Circule:



CODIFIQUE CONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted abstinentes de drogas por más de 60 días?

Circule:



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

*Traducido y adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Ma. Guadalupe Vital Cedillo