



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN
POLICONSUMIDOR DE ALCOHOL Y METANFETAMINA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
DAVID AMAYA MORA**

**TUTOR:
LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**COMITÉ:
MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM
MTRA. VIOLETA FELIX ROMERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

CD MX NOVIEMBRE 2019



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.

Agradecimientos

A mi familia a mi Padre y Madre gracias por enseñarme el valor de la perseverancia, responsabilidad, dedicación y el amor al estudio.

A mi Hermana, Beto y Marco por acompañarme en todo momento

A mis Amigos: Monse, Ismael, Tomas, Violeta, Marce, Alejandra, Sandra, Luz María e Isabel, su compañía, amistad y apoyo, me motiva a seguir adelante.

A la Dra. Silvia Morales que ha sido un gran ejemplo, gracias por apoyarme y confiar en mí.

A la Dra. Lydia Barragán por todo el aprendizaje brindado en estos años.

A mi Comité Académico: Mtra. María José, Mtra. Dra. Judith Salvador, Mtra. Violeta Félix y la Mtra. Leticia Echeverría gracias por su aportaciones a mi trabajo.

Finalmente, a la Universidad Nacional Autónoma de México a la Facultad de Psicología, al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, al Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” y al CONACYT.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Glosario de Términos	7
Capítulo 1 Modelos interpretativos del consumo de sustancias	11
Modelo Jurídico	11
El modelo de distribución del consumo	13
Modelo Médico tradicional	14
Modelo de educación para la salud	15
Modelo de la reducción del daño	16
Modelo de la privación social	17
Modelo de los factores socio-estructurales	18
Modelo psicológico individualista.....	19
Modelo Socio-ecológico	20
Capítulo 2 Panorama Mundial y Nacional del Consumo de Sustancias	22
Alcohol.....	24
Tabaco	28
Cannabis	30
Opioides	31
Anfetaminas y Metanfetaminas	32
Cocaína	35
Alucinógenos	36
Inhalables	37
Capítulo 3 Tipos de Prevención.....	40
Capítulo 4 Principios básicos del comportamiento en Adicciones	45
Capítulo 5 Modelo Transteórico del cambio y Entrevista Motivacional.....	50
Capítulo 6 Formulación de casos	56
Método	63
Participantes.....	63
Procedimiento	66
Instrumentos	69
Resultados	73

Capítulo 7 Programa de Prevención de Recaídas: Tratamiento Breve para un usuario con Abuso de Alcohol y Anfetaminas	91
Método	94
Procedimiento	97
Resultados	106
Discusión y conclusiones	113
Apéndices.....	122
Apéndice A: Instrumentos de Evaluación Preintervención.....	123
Apéndice B Material de Intervención.....	148
Apéndices C: Instrumentos post evaluación	152
Apéndice D Instrumentos de Postevaluación.....	162
Índice de Abreviaturas	169
Referencias	170

Resumen

Las intervenciones breves resultan ser efectivas en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias con y sin dependencia severa. Estas intervenciones están fundamentadas en los principios básicos de comportamiento, se caracterizan por ser cortas habilidades que ayuden a alcanzar la meta propuesta por las personas. El modelo Transteórico del cambio y la Entrevista Motivacional resultan fundamentales en la implementación de una intervención breve, la primera ayuda a identificar la motivación al cambio y la segunda establece lineamientos en la interacción con las personas que permiten el cambio conductual. El presente informe expone el análisis de un caso clínico usando el Programa de Prevención de Recaídas para mantener la abstinencia en una persona consumidora de alcohol y cristal. Los resultados obtenidos muestran que la intervención ayudó a mantener la abstinencia, disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y la dependencia a las sustancias, también aumentó la percepción de satisfacción en las diferentes áreas de la vida del usuario y la confianza ante situaciones de riesgo. La intervención facilitó la adquisición de habilidades que le permitieron identificar situaciones de riesgo, cambiar pensamientos asociados a la tristeza y consumo, planear actividades reforzantes que le ayudarán a permanecer sin consumo y con un mejor estado de ánimo. El éxito alcanzado en la intervención refleja la efectividad del entrenamiento profesional adquirido en la residencia en la Maestría en Adicciones.

Abstract

Brief interventions turn out to be effective in the treatment of substance use disorders with and without severe dependence. These interventions are based on the basic principles of behavior, are characterized by being short in time, focused on controlling the stimuli that lead to consume and develop skills that help achieve the goal proposed by people. The Transtheoretical model of change and the Motivational Interview are fundamental in the implementation of a brief intervention, the first one helps to identify the motivation to change and the second one establishes guidelines in the interaction with the people that allow behavioral change. This report presents the analysis of a clinical case using the Relapse Prevention Program to maintain abstinence in a person who consumes alcohol and cristal. The results obtained show that the intervention helped to maintain abstinence, reduce symptoms of anxiety, depression and dependence on substances, also increased the perception of satisfaction in different areas of the user's life and confidence in situations of risk. The intervention facilitated the acquisition of skills that allowed him to identify risk situations, change thoughts associated with sadness and consumption, plan reinforcing activities that will help him to remain without consumption and with a better mood. The success achieved in the intervention reflects the effectiveness of professional training acquired at the residence in the Master in Addictions.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema social con implicaciones en la salud física y mental, su consumo puede producir efectos crónicos derivado de su uso por largos periodos, los cuales podemos observar en enfermedades como la cirrosis o cáncer de pulmón. A corto plazo puede afectar la salud biológica de las personas, si se presenta una intoxicación aguda se pueden tener consecuencias como: sobredosis o muerte debida a accidentes automovilísticos o lesiones por violencia los cuales son resultado de efectos del consumo referentes a incoordinación motora, lentitud en la respuesta refleja, falta de atención, concentración, disminución en la percepción de riesgo y alteraciones en el juicio. En lo referente a las alteraciones sociales destacan: rupturas de relaciones, detenciones, arrestos así como incumplimiento de obligaciones familiares o laborales (OMS, 2004)

El consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multifactorial, por lo que existen varios modelos que proporcionan un abordaje específico con postulados y acciones particulares para entender el consumo de drogas. El modelo jurídico remarca las implicaciones legales de su uso, el modelo de disponibilidad de las sustancias establece una relación entre la disponibilidad de las drogas y su consumo. Otros modelos como el psicológico asocian al consumo a eventos externos o internos del organismo dentro de los eventos internos encontramos la baja regulación emocional, reducidas habilidades de comunicación y de solución de problemas. El modelo de reducción del daño se centra en disminuir los efectos negativos del consumo, el de privación social explica que el fenómeno de consumo se da por la falta de recursos económicos, institucionales y culturales que padecen los individuos. Esta variedad de modelos se da por lo complicación de abarcar

todas las aristas del fenómeno, algunos de estos modelos no están totalmente delimitados y se pueden observar postulados y acciones en común además de que no son excluyentes pudiéndose complementar entre sí (Pons, 2008).

Debido a las repercusiones negativas del consumo de sustancias y el costo que implica tanto a nivel personal como social, es necesario atender de manera precisa y eficaz el problema, esto implica generar intervenciones basadas en evidencia científica. Particularmente en el área de la prevención selectiva e indicada destacan las intervenciones conductuales, dirigidas a incrementar el autocontrol (NIDA, 2010) las estrategias propuestas por el modelo conductual implican acciones como:

- La generación de un compromiso por parte de la persona consumidora para reducir o alcanzar paulatinamente la abstinencia de la sustancia consumida.
- La exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la sustancia.
- El auto-monitoreo que permite conocer la cantidad de consumo por ocasión y ayuda a identificar situaciones que lo llevan al consumo.
- La elaboración de estrategias para enfrentar y evitar las situaciones y el deseo que lo llevan a consumir. Se pretende modificar la conducta de consumo mediante el aprendizaje de destrezas que ayudan a enfrentar circunstancias estresantes y señales del ambiente que generen el deseo de consumir la sustancia.

El presente reporte profesional tiene el objetivo de documentar las contribuciones y aportaciones de las actividades realizadas durante la residencia en psicología de las

adicciones y analizar un caso de poli-consumo de alcohol y metanfetaminas atendido por medio del enfoque cognitivo conductual. A continuación se hace una breve descripción del contenido de cada uno de los capítulos

Glosario de Términos en este apartado se revisaran conceptos claves para entender el consumo de sustancias.

Capítulo 1. Modelos interpretativos del consumo de sustancias, se revisarán nueve modelos interpretativos del consumo de sustancias, su foco de estudio, sus acciones propuestas y sus limitantes.

Capítulo 2. Panorama Mundial y Nacional del consumo de sustancias, se presentarán las prevalencias mundiales y nacionales del consumo por tipo de sustancia para conocer sus particularidades.

Capítulo 3. Tipos de Prevención, se explica el concepto de prevención y sus tres niveles: prevención universal, selectiva e indicada; conocer los niveles de prevención ayudará a entender el tipo de población a las que están dirigidas las intervenciones y los principios en los que basan su atención.

Capítulo 4. Principios básicos del comportamiento en adicciones, se explican aquellos principios que dirigen el comportamiento en el consumo de sustancias.

Capítulo 5. Modelo Transteórico de cambio y Entrevista Motivacional, se revisa la teoría de cambio, sus etapas y sus implicaciones en la conducta adictiva así como la entrevista motivacional un estilo de entrevista que permite motivar el cambio en las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Capítulo 6. Formulación de programas, se exponen las estadísticas de atención de los participantes atendidos por el tipo de Intervención brindada, programas a los que fueron asignados y el tipo de egreso (altas y bajas).

Capítulo 7 Reporte de caso único, se presenta un caso describiendo las estrategias impartidas en cada una de las sesiones y los resultados obtenidos por el participante.

Glosario de Términos

Dentro de cualquier campo de conocimiento existen conceptos particulares y específicos para describir el fenómeno que se estudia, en el área de adicciones se han generado conceptos que son relevantes para su comprensión. El siguiente glosario tiene como objetivo describir los conceptos más representativos en adicciones, los conceptos se retomaron del Glosario de Términos de Alcohol y Drogas (OMS, 1994); si bien no pretende ser exhaustivo, se expondrán conceptos que faciliten el entendimiento del presente informe.

Adicción: es una condición crónica caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo de sustancias psicoactivas, el cual conlleva un deterioro físico y desadaptativo. El termino adicción resulta ambiguo y se propone cambiarlo y actualizarlo por el de trastorno por consumo de sustancias.

Alucinógenos: son sustancias psicoactivas que alteran la conciencia, se dividen en alucinógenos clásicos y disociativos. Una particularidad de los alucinógenos es el efecto de generar como su nombre lo indica alucinaciones, en el caso de los alucinógenos disociativos pueden hacer sentir a la persona desconectada de su cuerpo y entorno. Algunos alucinógenos clásicos son: LSD (dietilamina de ácido lisérgico), psilocibina, peyote, DMT (dimetilriptamina) y algunos ejemplos de alucinógenos disociativos: PCP (fenciclidina), ketamina, dextrometorfano y salvia

Estimulantes: sustancias que ejercen influencia en el cerebro y la médula espinal aumentando su actividad y generando una agudización del estado de alerta, la atención, provoca aumento de energía y acelera las funciones fisiológicas como: la presión arterial, frecuencia cardíaca, la tensión muscular y la respiración. Algunas sustancias estimulantes son: cocaína, tabaco, anfetaminas, cafeína y cristal

Depresores: las drogas depresoras inhiben la actividad del sistema nervioso central causando efectos calmantes y de somnolencia. Algunas drogas depresoras son: alcohol, solventes, benzodiazepinas, barbitúricos.

Droga.-. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad, aumentar la salud física o mental. En farmacología se identifica como aquellas sustancias químicas que modifican los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. Coloquialmente, el término suele referirse a las sustancias psicoactivas, en este informe se usará como sinónimo de sustancias psicoactivas.

Opioides: son sustancias que se producen a partir de la planta de opio, también existen generados por el hombre “opioides sintéticos”, los efectos que se presentan al consumirlos son analgésicos, generando una sensación de extremo bienestar por lo que son utilizados para tratar el dolor crónico. Dentro de este grupo podemos identificar sustancias como: heroína, morfina, fentanilo, oxicodona y codeína.

Prevalencia: Índice que considera a la población que reportó haber consumido por lo menos una sustancia psicoactiva. Se consideran 3 temporalidades: 1) alguna vez en la vida, 2) en los últimos 12 meses (o año), 3) en los últimos 30 días (o mes).

Síndrome de abstinencia conjunto de síntomas con un grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas.

Sustancias Ilegales: Son aquellas sustancias que tienen una prohibición en su venta y distribución, en la actualidad en México se consideran como sustancias psicoactivas ilegales: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico, LSD, Ketamina y opioides entre otras.

Sustancias Legales son aquellas que cuentan con un marco regulatorio para su venta y distribución actualmente en México las principales sustancias psicoactivas legales son el Alcohol y el Tabaco.

Sustancia Psicoactiva.- Sustancia que al ingerirse, afecta los procesos mentales tales como la cognición, conducta, afectividad, y percepción. Este término es neutro, descriptivo y se usa para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia.

Tolerancia disminución de la respuesta a una dosis concreta de una sustancia psicoactiva que se produce con el uso continuado, por consiguiente se necesitarán dosis más altas de la sustancia para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física y conductual, la tolerancia es uno de los criterios que contribuye en favorecer el síndrome de dependencia.

Trastorno por consumo de sustancias Trastorno debido al uso de sustancias psicoactivas, es un término genérico utilizado para referirse a las enfermedades mentales, físicas y del comportamiento que tienen importancia clínica y se asocian al consumo de sustancias psicoactivas.

Capítulo 1 Modelos interpretativos del consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema social complejo y multifactorial, para tratar de entenderlo se han propuesto diferentes aproximaciones que interpretan el consumo enfatizando ciertos aspectos y generando acciones particulares a sus interpretaciones. Estos modelos surgen de las implicaciones que existen al consumir drogas como son las consecuencias: psicológicas, médicas, bioquímicas, socio-etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas y éticas.

En este capítulo exploremos brevemente los siguientes modelos interpretativos: 1) jurídico, 2) distribución de consumo, 3) modelo médico tradicional, 4) reducción del daño, 5) modelo de privación social, 6) modelo psicológico individualista y 7) socio-ecológico.

Modelo Jurídico

El modelo jurídico visualiza al consumo de sustancias de manera negativa, en consecuencia utiliza mecanismos legales para prohibir el consumo de drogas ilegales y regular el consumo de las sustancias legales, la justificación de sus acciones son los perjuicios que generan en la salud física y mental de la sociedad. Al promover las medidas legales se busca proteger a la personas que consumen y a la sociedad de sus riesgos, el modelo jurídico dirige sus acciones al combate y castigo del narcotráfico, la fiscalización de la producción y la distribución, la determinación de penas por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas y el establecimiento de convenios y acuerdos internacionales de lucha contra las drogas (Pastor & López-Latorre, 1993).

Este modelo ha sido denominado algunas veces como jurídico-represivo, pues las medidas que intentan ser preventivas se enfocan en restringir e implementar medidas coercitivas por medio del sistema legislativo judicial y policial. Dentro del marco legal generado por esta aproximación, encontramos las convenciones de la ONU que han establecido normas mundiales para la regulación de las sustancias como: la Convención Única de 1961 con las listas de narcóticos; la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971; la Convención contra el Tráfico Ilícito de 1988 con listas de precursores; y más recientemente, la Convención Marco sobre Control de Tabaco de la OMS de 2003, la Ley General contra el Tabaco, 2008. De forma general, el modelo jurídico se centra en la prohibición del consumo, genera medidas de control como: la guerra antidrogas (represión extrema y militarización), normas de prohibición basadas en la tolerancia cero, controles administrativos y libre comercio de algunas sustancias. Algunas de las prácticas de estas políticas son: fumigación de plantíos, encarcelamiento masivo, pena de muerte, sanciones penales por posesión, tráfico licencias para usos legales, producción venta y restricción para menores y comercialización libre de algunas sustancias (Vega, 1992)

El modelo jurídico percibe a las sustancias psicoactivas no legales como peligrosas capaz de vulnerar la integridad física de las personas y la salud colectiva, subraya la importancia de la responsabilidad del acto delictivo y la responsabilidad que tiene el sistema judicial, se ocupa en primera instancia del producto y su situación legal, pero también observa las conductas asociadas de manera directa o indirectamente relacionadas con el consumo llegando a considerarlas como delito, y se encarga de generar las consecuencias legales para poder reducirlos (Pons, 2008).

Como aspectos criticables a este modelo tenemos la nula orientación al análisis detallado de posibles variables causales, sus interacciones, la influencia del ambiente en el consumo de sustancias. Es un modelo restrictivo y coercitivo orientado a la represión y castigo, además genera la estigmatización del consumidor como un delincuente.

El modelo de distribución del consumo

Este modelo, está estrechamente relacionado con el jurídico, propone como análisis central la relación entre la oferta y el consumo de la sustancia, si en una sociedad existe una gran oferta (posibilidad de adquirirla) se consumirá más, a diferencia del modelo jurídico que no propone una explicación al consumo, en este se recalca “la importancia de la disponibilidad” como explicación al consumo de sustancias, las sustancias con mayor facilidad de acceso como el alcohol y el tabaco serán en consecuencia las más consumidas.

Al igual que el modelo Jurídico toma en cuenta los daños ocasionados por el consumo, y se enfoca a la regulación normativa en temas de distribución (sustancias permitidas). El modelo está vinculado con los proceso de control legislativo para prevenir el consumo de sustancias pero específicamente el control se dirige a restringir la disponibilidad de las sustancias. El modelo justifica sus acciones en las siguientes premisas: cuanto mayor sea la media general de consumo, más grande es la proporción de individuos abusadores y dependientes por lo que si se controla la disponibilidad de las sustancias se influirá sobre la cantidad de las personas que consumen (Parker, Douglas & Herman, 1980).

Las acciones se enfocan principalmente en las sustancias lícitas y se han implementado las siguientes estrategias para disminuir su disponibilidad: aumento de los precios, control de la publicidad, incremento de edad para el consumo legal, restricción en los horarios de apertura y cierre vinculados al consumo, multas y sanciones por venta a menores de edad, sanciones a lugares no autorizados de consumo y a conductores con efectos de consumo (Elzo Elorza & Laespada 1994).

El modelo de distribución del consumo a diferencia del Jurídico propone una explicación al consumo de sustancias, “la disponibilidad” y su mecanismo de acción principal es limitar su disponibilidad. Puede criticarse al igual que el modelo jurídico que no toma en cuenta otros posibles factores explicativos como: los biológicos, psicológicos o sociales, así como su interrelación, basa en la explicación del consumo de sustancias únicamente en la disponibilidad de la sustancia.

Modelo Médico tradicional

El modelo Jurídico conceptualiza al consumidor como un delincuente al que debe aplicarse una consecuencia legal por la violación de normas, generando una estigmatización muy negativa de las personas consumidoras. El modelo médico tradicional deja la criminalización de los consumidores de sustancias, en cambio, aborda el consumo como una enfermedad; para este modelo las personas pierden el control de su consumo y necesitan ser tratadas (Gil-Lacruz, 2007).

Al conceptualizarse el consumo como una enfermedad se generan una serie de explicaciones enfocadas en los procesos internos biológicos del organismo y su afectación por la interacción de las propiedades de la sustancia. Si bien se deja de lado la etiqueta “criminal” por “enfermo” se continúa con la estigmatización generando una nueva en la que en ocasiones, no permite que la persona contribuya activamente en su tratamiento y que incluso pueda ser usado de forma despectiva. Dentro de las acciones generadas por este modelo, se encuentra el entendimiento sobre las características, efectos de las sustancias y los procesos bioquímicos que generan la dependencia. Al entender el consumo como una enfermedad, se implica el uso de fármacos para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, además genera acciones preventivas que tienen como pilar la educación y divulgación de las causas que provocan las enfermedades, estas acciones preventivas no necesariamente han servido para el cambio de los comportamientos insalubres (Friedman, 2006).

El modelo médico tradicional enfatiza las interpretaciones biológicas, asume únicamente la influencia en la dependencia de los factores genéticos y desconoce factores individuales psicológicos y sociales. Hace especial énfasis en el estudio de la dependencia y deja a un lado el consumo no patológico atendiendo la enfermedad y no la salud.

Modelo de educación para la salud

Se centra principalmente en acciones preventivas, plantea que el consumo de sustancias puede reducirse mediante procedimientos educativos, de esta forma pretende transmitir el conocimiento de los comportamientos dañinos y saludables para el organismo.

El modelo de educación para la salud coincide con el modelo médico en cuanto a la confianza que tienen de brindar información para reducir el consumo de sustancias, la diferencia es que profundiza en los aspectos educativos y comunicativos, en este se interviene más y está orientado con base en la salud integral y no en la enfermedad.

Dentro de sus acciones podemos identificar: la generación de mensajes para motivar a los consumidores a disuadir la conducta perjudicial para la salud dañina, se usan mensajes informativos objetivos, no busca generar miedo, si no brindar información adaptada a las características de la población para aumentar la capacidad de persuasión, siendo los más persuasivos aquellos que tienen una intensidad moderada de información aversiva (Pons, 2007).

Modelo de la reducción del daño

Al contrario del modelo jurídico o de disponibilidad de la sustancia que se enfocan en la prohibición del consumo, este modelo se concentra en mitigar los daños generados al individuo y la sociedad, no busca la reducción del consumo, promueve en cambio el “consumo responsable”. La justificación principal a este modelo es ver el consumo como derecho ya que es gratificante y la sociedad no tiene derecho a reprimirlo. Frente a estas premisas existen diferentes acciones que se han implementado como: la provisión de jeringuillas y agujas estériles a consumidores de heroína, disposición de “áreas de tolerancia”: en donde se tiene mayor salubridad al inyectarse, se les brinda información y atención médica, también se fomentan programas educativos que informan sobre cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas, a los efectos de la sustancia que se consume y a la demanda controlada de las sustancias ilegales (Riley & O’Hare, 2000).

Dentro de los puntos positivos que se pueden resaltar de este modelo, es que el consumo se plantea como un derecho, una decisión que toman las personas, evitando así la estigmatización negativa. No obstante es importante tener presente que al igual que el modelo médico tradicional, el informar sobre los riesgos no reduce el consumo de sustancias. Con respecto al consumo moderado se han establecido una serie de reglas para el alcohol pero resulta difícil encontrar una moderación a otras sustancias que generan daños en la salud. Finalmente, pensar que el consumo es un hecho inevitable es aceptar una realidad que no planea ser cambiada o evitada.

Modelo de la privación social

Es un modelo que prioriza las condiciones socioeconómicas como explicación al consumo de sustancias, su análisis se centra principalmente en las clases sociales más desfavorecidas económicamente, las causas del consumo de sustancias aparecen según el modelo por condiciones como la pobreza, la discriminación y la carencia de oportunidades. El consumo, por tanto, es sustitutivo de las necesidades sociales permitiendo a través de sus efectos una evasión de la realidad frustrante o el compensar la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración. Las acciones propuestas en este modelo van encaminadas a reducir los factores ambientales que puedan favorecer el consumo como: las tensiones sociales y económicas, la falta de oportunidades y promover condiciones que faciliten la igualdad y bienestar social para todos los sectores (Ventosa, 1990).

En contraste con los modelos antes revisados, el modelo de privación social resalta factores sociales como explicación al consumo de sustancias, al igual que los otros modelos se centran únicamente en una variable: la pobreza, al hacerlo genera una estigmatización de esta condición, y enmarca una relación de pobreza-consumo cuando no necesariamente están asociadas (Fleiz et al., 2007; Medina-Mora et al., 2004)

Modelo de los factores socio-estructurales

El consumo de sustancias varía entre las personas, y puede estar condicionado por diferentes estilos de vida y grupos sociales, variables como: el sexo, la edad, la profesión, el grado de educación, el lugar de residencia, el grupo social de pertenencia; determinarán la manera en que las persona consumen drogas; este modelo hará descripciones del consumo por variables, destacando el vínculo entre las personas y su entorno social, conformándose grupos que engloban ciertas variables las cuales determinan el comportamiento de los individuos (Pons, 2007).

A diferencia del modelo de privación social, identifica más factores que influyen en el consumo de sustancias y no únicamente la pobreza. Como crítica puede decirse que es un modelo descriptivo en tanto que solo observa el comportamiento de las diferentes variables, también cae en un reduccionismo ahora de índole social dejando de lado variables psicológicas, ya que en un mismo grupo no todas las personas comenzarán a consumir de la misma manera.

Modelo psicológico individualista

El modelo propone la idea de una predisposición psicológica para el consumo de sustancias, considera: los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conductas, los estilos de relación social de la persona consumidora, la evaluación de los costos, beneficios y la percepción de riesgo como variables que predisponen el consumo. Genera acciones como la promoción de estilos de vida saludables conceptualizadas como acciones auto iniciadas y con la autodeterminación de guiar a las personas comportamientos que preservan la salud, pudiendo aplicarse los conocimientos de la ciencia de la conducta para modificar comportamientos que generan el consumo de sustancias. Dentro de sus premisas se encuentran la satisfacción del individuo de alguna necesidad física, psicológica y/o social, generando primero el uso y en consecuencia la adicción por no poder satisfacer esas necesidades. El modelo conceptualiza los factores de riesgo como aquello que puede incrementar la probabilidad del consumo de sustancias, se identifican aspectos de la personalidad u motivacionales que hacen posible el consumo y establece una relación causal entre las variables psicológicas más predictoras y el consumo (Bell, Forthum & Sun, 2000).

Como otros modelos el psicológico individualista cae en el reduccionismo, tomando en cuenta solo los aspectos psicológicos individuales y reduciendo la importancia de los aspectos sociales o biológicos, además generara una nueva estigmatización “la psicológica” al generar perfiles de individuos con necesidades insatisfechas como: inmadurez

emocional, inestable o con dificultades de adaptación social y dejando de lado variables como las sociales que pueden ayudar a explicar el consumo de sustancias.

Modelo Socio-ecológico

Este modelo propone que la salud debe verse no solo en función del individuo sino por referencia de su entorno total: físico, social, cultural. La salud no es entonces un atributo, sí no el resultado de la interacción entre el individuo y su medio, por lo cual resulta importante analizar las interrelaciones entre el sistema orgánico, comportamental, y ambiental. Los estilos de vida saludables de acuerdo a este modelo estarán determinados por la interrelación de variables como: las características individuales, familia, amigos, trabajo, comunidad, sistema social, valores imperantes, medios de comunicación y medio físico geográfico. El modelo surge para superar las insuficiencias y limitaciones e integrar las aportaciones que son relevantes de los otros modelos, por ejemplo se amplía la conceptualización del factor de riesgo, observando su existencia tanto en lo individual como en lo ambiental y su interrelación, enfatiza que el individuo no es un efecto pasivo de lo que le ocurre, sino un sujeto activo que puede influir en su entorno (Bronfenbrenner, 1979; Melero, 1993).

Las acciones implementadas en este modelo son la prevención orientada a reducir los factores posibilitadores de un problema social para tratar de reducir su aparición, en el caso del consumo de sustancias, un factor que antecede son los problemas de conducta en niños y adolescentes, por lo que una medida preventiva es el entrenamiento a padres que permite disminuir la probabilidad del consumo de sustancias. Las intervenciones preventivas

iniciarán desde la infancia y estarán orientada al desarrollo integral del individuo y no solo la evitación de una conducta concreta.

Los modelos interpretativos nos permiten comprender el fenómeno del consumo de sustancias desde diferentes perspectivas, algunos postulados de los mismos se comparten en diferentes modelos como el modelo jurídico y el de distribución del consumo, o el tradicional médico con el de educación para la salud. El conocerlos nos permite identificar su carácter explicativo, descriptivo o normativo, las aportaciones que han hecho para la comprensión del fenómeno y las premisas que guían sus acciones.

En la atención de personas con consumo de sustancias es importante conocer las diferentes aproximaciones que nos brindan herramientas de comprensión al fenómeno, de manera particular las interacciones de las variables que pudieron generar y mantener el consumo en las personas. Es importante considerar que contemplar solo una o un par de variables reduce nuestra comprensión a un fenómeno tan complejo.

Capítulo 2 Panorama Mundial y Nacional del Consumo de Sustancias

Los datos que se reportan en este capítulo fueron obtenidos de los siguientes documentos: Reporte Mundial de Drogas 2019 (UNODC, 2019) que informa sobre el consumo en las diferentes regiones del mundo de drogas ilegales, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA, 2011), la Encuesta Nacional de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ECODAT, 2017) y la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), en este capítulo se aporta brevemente el panorama mundial y nacional del consumo de las diferentes sustancias psicoactivas.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) es un organismo internacional que tiene la misión del fortalecimiento de los esquemas de la prevención del delito, el estado de derecho y la impartición de la justicia. Busca establecer mecanismos para lograr una sociedad segura, promoviendo sistemas de justicia penal estables y combatiendo las amenazas de la delincuencia organizada, la corrupción, el terrorismo y las drogas ilícitas. En 1997 se estableció en Viena, Austria y desde ese año hasta la fecha pública un reporte mundial sobre drogas, el reporte de 2019 (UNODC, 2019) al respecto del consumo de sustancias informa un incremento del consumo de drogas ilegales del 30%, pasando de 210 millones en el 2009 a 271 millones en el 2017 de personas que reportaron consumir drogas en el último año. También estima que 35 millones, es decir el 13% de esta población presenta un trastorno por consumo de sustancias; de esta cantidad 11 millones, se inyectan drogas, de las cuales 1,4 millones viven con VIH y 5,6 millones viven con la hepatitis C (UNODC, 2019).

. A sí mismo se identificó que este incremento pudo deberse al aumento del 10% de la población de entre 15 y 64 años. A sí mismo identificó un incremento en la prevalencia de consumo de opioides en África, Asia, Europa y América del Norte; otra sustancia que registra incrementos es la cannabis en América del Norte, América del Sur y Asia.

En el 2017 unas 585.000 personas perdieron la vida como consecuencia del consumo de sustancias. Más de la mitad de esas muertes fueron complicaciones debida a una hepatitis C no tratada que degeneró en cáncer de hígado o cirrosis. La mayor parte (dos tercios) de las muertes que se atribuyen a trastornos por consumo de drogas se relacionan con el consumo de opioides y se estima que 42 millones de años de vida sana se perdieron a consecuencias de estos consumos, mayormente por consumo de opioides.

La ENCODE es una encuesta que se aplica a adolescentes de entre 12 y 17 años de edad para conocer diferentes prevalencias sobre el consumo de sustancias, en México desde 1976 se han realizado periódicamente en estudiantes de nivel medio y superior en la Ciudad de México y desde el año 2000 en distintas ciudades del País. En 2014 se reporta que la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de cualquier droga en estudiantes de secundaria y bachillerato es de 17.2% esta prevalencia es mayor en hombres 18.6% y de 15.9% en mujeres

La ENCODAT es el nombre actual de la antes Encuesta Nacional de Adicciones, tiene el objetivo de conocer las prevalencias globales del consumo de drogas en México. En el 2016 se observa un incremento con respecto al 2011 de la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de cualquier tipo de droga, de 7.8% a 10.3%, de drogas ilegales de

7.2% a 9.9% y de marihuana de 6.0% a 8.6%. Específicamente en adolescentes de 12 a 17 años el consumo de drogas ilegales pasó de 2.9% a 6.2%, observándose un aumento en la prevalencia de consumo en hombres pasando de 4% a 6.6% y en mujeres de 1.3% a 4.8%. La prevalencia de consumo el último año aumentó a casi el doble para las drogas ilegales pasando de 1.5% a 2.9% de 2011 a 2016. Con respecto a la dependencia de drogas ilegales en el último año, esta es reportada por el 0.6% de la población. A continuación se muestra un reporte sobre la prevalencia de consumo por sustancia:

Alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo, su consumo tiene para diferentes fines como puede ser relajarse, socializar o celebrar entre muchos otros. Los efectos del alcohol pueden variar dependiendo la cantidad, frecuencia, edad, estado de salud y antecedentes familiares. Después de 10 min de haber tomado alcohol pueden observarse los primeros efectos, los cuales se incrementan en proporción a la cantidad de alcohol que se consume. Sus efectos con menos de 20mg/100ml de alcohol en sangre son de sedación y relajación, al aumentar de 20-99mg/100ml se presenta disminución de la coordinación locomotora y aumento del tiempo de reacción, 200-299mg/100ml comienza el habla farfullante, marcada incoordinación deterioro del juicio, labilidad emocional de 300-399mg/100ml se presenta anestesia, amnesia, labilidad emocional, pérdida de control, con 400mg/100ml comienza a haber falla respiratoria, coma y muerte (Cruz Martín del Campo, 2007). Los efectos crónicos por consumo de alcohol afectan diferentes sistemas en el nervioso puede aparecer síndrome de Wernicke-Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke representa la fase aguda y se caracteriza por la presencia de confusión, anomalías en la

postura y la marcha así como movimientos anormales de los ojos mientras que en el síndrome de Korsakoff describe una demencia caracterizada por la pérdida de memoria y las confabulaciones en donde las lagunas de información son resarcidas por historias creadas que cree que pasaron, además existen problemas del corazón y del sistema nervioso. Los efectos producidos por el consumo crónico en el sistema gastrointestinal incluyen: desnutrición alcohólica, irritación de mucosas, úlceras, sangrados, varices esofágicas, mala absorción de nutrientes, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática y pancreatitis. En el sistema cardiovascular se presenta la cardiopatía alcohólica y la ruptura de pequeños vasos sanguíneos. Por último el sistema reproductor se ve afectado en hombres existe impotencia y menos cuenta espermática, dismenorrea, disminución del deseo sexual y puede generar síndrome de alcohol fetal en niños de padres con consumo crónico de alcohol (Estruch, 2002)

El daño social del consumo de alcohol puede clasificarse en cómo afecta funciones y responsabilidades importantes en la vida cotidiana de la persona como el social que incluye a la familia, los amigos y el carácter público, parte de este daño puede reflejarse en gastos médicos, las cargas financieras y psicológicas de las familias y daños causados a terceras personas incluyen las condiciones prenatales causadas por el consumo y las lesiones por la violencia de un atacante con consumo a hacia una madre. En lo económico se incluye la productividad en el trabajo en donde el consumo de alcohol repercute notablemente debido a que ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida, la intoxicación interfiere en mayor o menor medida con la mayoría del trabajo productivo pudiendo haber consecuencias adversas como la pérdida de su trabajo pero también afectaciones en los

demás por el tiempo de que exige cubrir sus errores, las ausencias o tardanzas. (Pérez, 2002).

La intoxicación interfiere en mayor o menor medida con la mayoría del trabajo productivo. La propia productividad del bebedor se reduce, y puede haber consecuencias sociales adversas, incluyendo la pérdida de su trabajo. La productividad de los otros en torno al bebedor puede disminuir si tienen que tomar tiempo de su trabajo para cubrir los errores, las ausencias o tardanzas del este.

En el mundo la OMS (2019) estima que existen 2.3 mil millones de bebedores, esta cantidad en términos comparativos corresponde a más de la mitad de la población de tres regiones (Américas, Europa y el Pacífico Oriental). La región Europea se observa con el consumo más alto del mundo con 43.8%, a pesar de que ha disminuido en más del 10% desde 2010, le sigue la región de las Américas con 38.2% y el Pacífico Oriental con 37.9%. Las tendencias y proyecciones actuales apuntan a un aumento del consumo mundial de alcohol per cápita en los próximos 10 años, específicamente en las regiones de Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y las Américas.

En 2016, el consumo nocivo de alcohol causó alrededor de 3 millones de muertes (el 5,3% de todas las muertes) en todo el mundo, cabe destacar que la mortalidad resultante del consumo de alcohol es más alta que la causada por enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la diabetes (referencia). Además, es importante resaltar que el alcohol es responsable del 7.2% de todas las muertes prematuras en personas de menos de 69 años, los

jóvenes de entre 20-29 años de edad, fueron quienes se vieron más afectados por estas muertes siendo el 13.5% del total atribuidos al alcohol. Finalmente, las encuestas escolares indican que el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años en varios países (UNODC, 2019).

Con respecto a la cantidad de personas que padecen trastornos por consumo de alcohol, la OMS estima que existen 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que los padecen. La mayor prevalencia de hombres y mujeres se registra en la Región de Europa con un porcentaje para los hombres de 14.8% y 3,5% para las mujeres, en la Región de las Américas es de 11.5% para los hombres y 5.1% para las mujeres.

En México, la ENCODE (2014) reporta que a nivel primaria el 17.2% de la población indicó haber probado alguna vez bebidas alcohólicas mientras que el 2.4 % de los estudiantes reportó un consumo problemático, el consumo problemático (5 o más copas) fue de 14.5% (15.7% en hombres y 13.3% en mujeres). En los niveles de secundaria y bachillerato, el 53.2% de los estudiantes mencionaron haber consumido alcohol alguna vez en su vida siendo muy similar la prevalencia entre hombres y mujeres tanto en secundaria (14.9% hombres, 13.3% mujeres) como en bachillerato (74.5% hombres, 73.3% mujeres).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) en lo que respecta a la población en general de 12 a 65 años, los resultados nacionales muestran que el consumo de alcohol se mantiene estable de 2011 a 2016. Los resultados fueron similares para las prevalencias en hombres del consumo de alguna vez en la vida en el 2011 fueron de 80.6% y en 2016 de 80.1%. La prevalencia del consumo el

último año en el 2011 fue de 62.7% y en 2016 de 59.8%. En mujeres se observó estable la prevalencia de consumo alguna vez con 62.6% tanto en 2011 y 2016, en el último año pasó de 39% en 2011 a 40.8% en 2016.

Un aspecto importante a recalcar tiene que ver con el incremento en la prevalencia de consumo en el último mes que en hombres paso de 44.3% a 48.1% y en mujeres de 19.7% a 24.4%. El consumo excesivo aumento de 2011 a 2016 incrementándose de 12.3% a 19.8%, en hombres y de 20.9% a 29.9%, en las mujeres. Se observan incrementos en el consumo diario al pasar de 5.4% a 8.5%, el mayor incremento se da hombres de 1.4% a 4.5%, y en mujeres de .2% a 1.4%, finalmente también existe un incremento en el consumo consuetudinario 5.4% a 8.5% en general, en hombres paso de 9.6% a 13.8% y de 1.4% a 3.5% en mujeres.

Tabaco

La Organización Mundial de la Salud (2019) -sitio web estima que existen aproximadamente 1000 millones de fumadores de los cuales el 80% viven en países de ingresos bajos y medios, en estos países también es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de tabaco. Se estima que el tabaco es responsable de la muerte de ocho millones de personas al año, de las cuales siete millones son consumidores directos y 1.2 millones son no fumadores y están expuestos al humo ajeno.

Con datos del 2016 el Tabaco Atlas (2018) estima que el consumo mundial de cigarrillos fue de cinco billones setecientos mil millones. Los países con mayor consumo de tabaco

respectivamente son: China con el 41.9%, Indonesia con el 5.6%, Rusia con el 5.0%, EUA con el 4.7%, Japón con el 3.1% y Alemania con el 2.0 % del total mundial.

En adolescentes la edad de inicio promedio es de 14.3 años. Se estima que existen 684 mil adolescentes mexicanos que fuman tabaco 3% son mujeres y el 6.7% son hombres, el 0.5% fuma diariamente (74 mil) el 4.4% restante lo hace de manera ocasional (611 mil). Con respecto a la prevalencia diaria esta es mayor en hombres .8% que en mujeres .2% al igual que el patrón de consumo ocasional de 5.9% en hombre y de 2.8% en mujeres (ENCODE, 2016).

La ENCODAT (2016) reporta que la prevalencia global del consumo de tabaco en México en la población de 12 a 65 años es de 17.6%, lo cual corresponde a un 6.7% para las mujeres y 27.1 % para los hombres %. El 6.4% son fumadores lo hacen diariamente, mientras que el 11.1% fumadores son ocasionales. Cabe resaltar que 10 millones de mexicanos, correspondiente al 56.1% han hecho un intento por dejar de fumar en el último año y 9.8 millones de personas correspondiente a los 14.1% de los no fumadores estuvieron expuestos al humo de tabaco.

Cannabis

Es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en el mundo, se calcula que 188 millones de personas la ha usado en el último año, esta cifra ha permanecido estable durante los últimos 10 años pese al aumento del consumo en América y Asia. Las prevalencia más altas de consumo se dan en América del Norte (12.8%), Oceanía (10.9%) y África central (10%). El consumo que más se ha incrementado corresponde al consumo diario no relacionado con el médico (ONUDD, 2019).

La ENCODE (2014) registra a la marihuana con la mayor prevalencia de consumo en estudiantes de secundaria y bachillerato, la prevalencia en hombres es de 12.9 % y en mujeres de 8.4%. El consumo de marihuana se triplica al pasar en los hombres de 7.2% en secundaria a 22.5% en preparatoria. Con respecto al incremento por edad observamos que a los 12 años el consumo es de 2.3% mientras que a los 17 años se registra un incremento al pasar a 21.3%.

Con datos de la ECONDAT (2016) se estima que el consumo de marihuana aumentó en México de 2011 a 2016 pasando de 2.4% a 5.3% en la población adolescente, de 3.5% a 5.8% en hombres y de 1.3% a 4.8% en mujeres. Con respecto al consumo el último año este pasó de 1.3% a 2.6%, en hombres se incrementó de 2.0% a 3.1% y en mujeres 0.6% y 2.1%.

En población de 18 a 34 años se incrementó la prevalencia de consumo alguna vez en la vida pasando de 8.7% a 12.8% de 2011 a 2016, en hombres se incrementó de 15% a 20% y en mujeres de 2.8% a 6.1%. La prevalencia de consumo en el último año paso de 1.9% en

2011 a 3.5% en 2016, en hombres el consumo pasó de 3.4% a 5.9% y en mujeres 0.6% a 1.6%.

En lo que respecta a la población de 35 a 65 años la prevalencia de consumo de marihuana alguna vez se incrementó significativamente pasando 4.8% en 2011 a 6.1% en 2016, en hombre se incrementó de 9.4% a 11.7% y en mujeres de 0.7% a 1.1%. Con respecto a la prevalencia del consumo de marihuana en el último año se mantuvo estable de 0.6% a 0.7% de 2011 a 2016 en ambos sexos.

Opioides

El consumo de opioide es un foco de atención importante para varios gobiernos en el mundo, esto debido a las serias consecuencias en la salud que se producen por su consumo. No poco relevante es que del total de muertes atribuibles a trastornos por consumo de sustancias es de 167 millones, atribuyéndose el 66% al consumo de opioides. Desde el reporte de UNODC del 2018 se ha observado un incremento en las muertes por sobredosis de opioides en Estados Unidos y Canadá atribuidos al uso del Fentanil y sus análogos cabe mencionar que estas sustancias son responsables del 69% de las muertes atribuidas al opio 16% más que en el año 2016. En EUA la cifra contabilizada de muerte por sobredosis es de 47,000 siendo un 13% mayor en 2017 respecto al año anterior. Se contabiliza que existen 53.4 millones de usuarios de opioides que le han consumido el último año, este consumo corresponde al 1.1 % de la población mundial total con edades de entre los 15 a los 64 años de edad.

La ENCODE (2014) al respecto del consumo de heroína reportó un consumo bajo estimándose en 0.9% en estudiantes de secundaria y bachillerato.

Específicamente en el caso de la heroína la prevalencia de consumo es la más baja, la cual se mantiene estable en 0.3% en 2011 y 2016. El consumo es mayor en hombres pero se ha mantenido también estable en 0.6% en ambos años, mientras que la prevalencia de consumo en mujeres se reporta en 0.1% (ENCODAT, 2016)

Anfetaminas y Metanfetaminas

Las anfetaminas y metanfetaminas son estimulantes sumamente adictivos que afecta el sistema nervioso central. La metanfetamina puede reconocerse al ser un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor.

Las anfetaminas y las metanfetamina tienen como efecto el aumento de la actividad y el habla, disminuyen el apetito y produce una sensación general de bienestar. Sin embargo, la metanfetamina genera a dosis similares mayores efectos en el cerebro, siendo así una droga estimulante poderosa y con efectos más duraderos y dañinos sobre cerebro (NIDA, 2007). Los efectos aun en pequeñas dosis de metanfetaminas pueden provocar respuestas agudas como la disminución del sueño, el apetito, incrementar la actividad física, causar problemas cardiovasculares, como: aumento en la frecuencia cardíaca, latido irregular del corazón y elevación de la presión arterial. Una sobredosis de metanfetamina puede elevar la temperatura del cuerpo a niveles peligrosos (hipertermia) y producir convulsiones, que pueden resultar mortales si no son tratadas. Cuando se consume crónicamente provoca síntomas de ansiedad, confusión, insomnio, trastornos emocionales y comportamiento

violento pueden presentarse varias características psicóticas, incluyendo la paranoia, alucinaciones auditivas y visuales, estos síntomas psicóticos pueden durar meses e incluso años después de haber dejado de consumir metanfetamina, el estrés puede precipitar una recurrencia de los síntomas psicóticos por metanfetamina en antiguos abusadores que presentaron síntomas psicóticos a causa del consumo. Otras alteraciones que se han observado con imágenes cerebrales están asociadas con una disminución en la velocidad motriz y un deterioro en el aprendizaje verbal, también se han observado cambios en estructuras cerebrales asociadas a las emociones y la memoria lo cual explica los síntomas emocionales que pueden padecer los consumidores crónicos (NIDA, 2007).

Algunos de los efectos crónicos pueden ser reversibles al mantenerse en una abstinencia prolongada de 2 años, las personas muestran una recuperación en algunas regiones del cerebro las cuales se asociaron con un mejor rendimiento en las pruebas motoras y de memoria verbal. No obstante no existe una recuperación total del cerebro aún después de dos años de abstinencia esto indica que algunos de los cambios inducidos por la metanfetamina son de larga duración e incluso en caso de apoplejía puede llevar a un daño irreversible del cerebro (NIDA, 2007).

La UNODC (2019) estima que existen 28.9 millones de personas en el mundo que en 2017 consumieron metanfetaminas el último año lo cual corresponde al 0.6% de la población mundial en edades de entre los 15 a 64 años, esta cantidad contrasta ya que es 15% menos que la estimada en 2016 que fue de 34.2 millones de consumidores. América del Norte es la subregión con mayor prevalencia de consumo de anfetaminas en el último

año (anfetamina y metanfetamina), posee el 2,1 % de la población que consume de entre los 15 a 64 años, seguido de Oceanía con 1.3%. Cabe resaltar que el consumo de estas sustancias es diferente para cada subregión, en el caso de América del Norte son los estimulantes de prescripción y la metanfetamina las de mayor consumo, en Asia oriental, sudoriental y Oceanía se consume la metanfetamina cristalina (cristal), mientras que en Europa occidental, central, Oriente Próximo y Medio el consumo es de anfetaminas. El consumo de estas sustancias se reporta como estable desde 2010 con ligeros incrementos en Europa América del Norte, y Asia

En México la ENCODE (2014) reporta la prevalencia de consumo de anfetaminas en estudiantes de 2.3% en hombres y 2.7% en mujeres, el consumo de metanfetaminas durante la adolescencia es menor al de otras drogas pero con incremento constante pasando de 2.7% en los 14 años a un 4.6% a los 18 años.

En la población de 18 a 34 años se observa una prevalencia de consumo de 1.5% tanto en 2011 como en 2016, la prevalencia es mayor en hombres de 2.5% en comparación con las mujeres que fue de 0.6%. La prevalencia de consumo el último año de metanfetaminas es bajo con un total de 0.4% para el 2016, siendo 0.7% la prevalencia de consumo en hombres y 0.2% en mujeres (ENCODAT, 2016).

En la población de 35 a 65 años en el caso de las metanfetaminas se observa una prevalencia estable de 2011 a 2016, siendo de 0.4% en ambos años, en el caso de los hombres la prevalencia es de 0.7% y 0.1% en mujeres. La prevalencia de consumo el

último año también se mantiene estable siendo de .01% tanto en 2011 como en 2016, 0.1% en hombres y menor a 0.1% en mujeres

Cocaína

A nivel mundial, se estima que 18,1 millones de personas consumieron cocaína en el último año en 2017, lo que corresponde al 0,4% de la población mundial de 15 a 64 años. El uso de cocaína en el último año es alto en Oceanía (2,2%), América del Norte (2,1%), Europa occidental y central (1,3%) y América del Sur (1,0%). Es importante observar que el consumo de cocaína ha sido variable a lo largo del tiempo por ejemplo en 2010 el consumo se reporta estable en América Central, del Sur y Europa, observando una disminución en América del Norte. Sin embargo actualmente hay signos de aumento en América del Norte y del Sur (UNODC, 2019)

En México de acuerdo a la ENCODE (2014) La prevalencia de consumo de cocaína aumenta al pasar a bachillerato, siendo de 2.7% en secundaria a 6.7% en bachillerato la prevalencia en mujeres también incrementa de 2.5% a 3.2%. La progresión del consumo de cocaína es gradual, ubicándose en 1.3% en los 12 años y se convierte en la segunda droga más consumida a los 18 años con 9.7%.

La ENCODAT (2016) con respecto a la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez reporta que en la población de 18 a 34 años el consumo se ha mantenido estable siendo de 5.2% en 2011 y 2016, el crack registra un decremento de 1.9% a 1.4% en 2016. La prevalencia en hombres se redujo en 2011 siendo de 9.4% a 8.9% en 2016, el consumo de

crack también disminuyó en hombres pasando de 3.5% a 2.4%. Sin embargo se observa un incremento en mujeres de 1.2% a 1.7%, con respecto al crack se mantiene estable en 0.4% en ambos años. La prevalencia en el último año de consumo de cocaína registra un incremento de 2011 a 2016, pasando de 0.8% a 1.5%, en hombres pasó de 1.6% a 2.6% y en mujeres se estima en 0.4% en el 2016. Con respecto al consumo de crack en el último año la prevalencia se registra estable con 0.3% en los dos años en hombres permanece con 0.5% y 0.1% en mujeres.

En la población de 35 a 65 años la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez pasó de 2.5% a 3.0% de 2011 a 2016, en el caso de los hombres fue 4.8% en 2011 a 5.8% en 2016, en mujeres se mantiene estable con 0.4% en ambos años. Con respecto al consumo de crack se mantiene estable de 2011 a 2016 con 0.6%, en hombres se mantiene en 1.2% y en mujeres menor al 0.1% en ambos años.

Alucinógenos

El consumo de alucinógenos puede estimarse por medio de las incautaciones, al respecto sabemos con fuente de la UNODC (2019) que:

- La sustancia de este grupo que con más frecuencia se incauta a nivel mundial fue la Fenciclidina (PCP), también conocida por el nombre coloquial “polvo de ángel”, que representó el 44 % del total de los alucinógenos incautados entre 2011 y 2017
- Asia Oriental y Sudoriental proporciona los mayores mercados para la ketamina, en el período 2013–2017, las autoridades de Asia, mayormente Asia Oriental y

Sudoriental, comunicaron el 96 % de la cantidad total de ketamina incautada en todo el mundo. Aproximadamente el 88 % de las incautaciones de alucinógenos, con excepción de la ketamina, se realizaron en América en el período 2015–2017.

- La Dimetiltriptamina (DMT) comenzó a dominar las incautaciones mundiales de alucinógenos (con excepción de la ketamina) en 2016 y 2017.

En México en población de 18 a 34 años la prevalencia de consumo de alguna vez de alucinógenos ha sido estable en 2011 y 2016 situándose en 1.3 %, se observa una disminución en hombres de 2011 a 2016 de 2.0% a 1.6%, mientras en mujeres se mantiene estable con 0.7% en los dos años. La prevalencia en el último año fue estable con 0.3% en 2011 y 2016, en hombres con 0.4% y en mujeres con 0.2% en ambos años.

En población de 35 a 65 años la prevalencia de consumo alguna vez de alucinógenos fue de 0.4% manteniéndose estable en 2011 y 2016 con 0.4%, en hombres y mujeres la prevalencia permanece estable con .7% y .1% respectivamente. En general la prevalencia de consumo en el último año es menor a .1% en 2011 y 2016 tanto en hombres y mujeres.

Inhalables

La mayor parte de los consumidores de inhalantes son niños y adolescentes, conforme el adolescente va creciendo disminuye su consumo (NIDA, 2017). En México la ENCODE (2014) reporta a los inhalables como la segunda sustancia más consumida con una prevalencia total de consumo de 5.9%, en el caso de los hombres este pasa de 4.9% en secundaria a 7.6% en bachillerato, en mujeres el incremento es menor de 5.6% a 6.0%. En

la prevalencia por edad se observa un incremento siendo a los 12 años de 1.8% a los 14 años de 7.9% y hasta los 17 años es la segunda sustancia más consumida con un 6.2% pero pasa a ser la tercera a los 18 años con 9.2%.

La ENCODAT (2016) reporta un incremento en la prevalencia de consumo de alguna vez de inhalables en población de 18 a 34 de 1.3% a 1.6%, en 2011 a 2016, en hombres el incremento pasó de 2.3% a 2.6% mientras que en mujeres fue de 0.4% a 0.7%. La prevalencia de consumo en el último año se reporta más baja 0.3% en el 2016, en hombres fue de 0.2% a 0.6% en 2011 y 2016 respectivamente, en mujeres se mantiene estable en 2011 y 2016 con 0.1%

En población de 35 a 65 años la prevalencia de consumo alguna vez se mantiene estable en 2011 y 2019 con 0.6%, permaneciendo estable tanto en hombres y mujeres con 1.1% y 0.1% respectivamente. La prevalencia de consumo el último año es menor a 0.1% en 2011 y 2016 tanto en hombres como en mujeres.

El consumo de sustancias psicoactivas se ha extendido en el mundo haciendo evidente que es un fenómeno global, no obstante existen diferencias entre los países en cuanto a los niveles de consumo.-, Europa occidental, Oceanía, América del Norte en particular Estados Unidos y Canadá tienen una prevalencia más alta de consumo de diferentes sustancias. En el caso de México las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco cabe destacar que dichas sustancias al ser legales tienen una mayor disponibilidad y por tanto un mayor consumo tal y como lo explica el modelo de distribución del consumo. Con respecto a las sustancias ilegales la más consumida es la marihuana observándose un incremento general

de su consumo en la población (adolescentes y adultos), el consumo de cocaína se ha mantenido estable, pero en general el consumo de drogas ilegales aumentó de 2011 a 2016. En los adolescentes puede observarse el incremento del consumo de marihuana, y que permanece estable el consumo de inhalables y cocaína. Una explicación del incremento del consumo de marihuana puede ser también dado por el modelo de distribución del consumo, México en 2016 fue el país con más incautaciones de marihuana además se estima que existen 114,360 hectáreas de cultivo en México, generando aproximadamente 6.574.104 toneladas de consumo, se estima que únicamente 400 son las que consumen en el país, el restante se exportaba a los Estados Unidos (ONUDD, 2018). Con la entrada de la legalización de la marihuana en EUA la exportación de la marihuana disminuyó considerablemente ampliando la cantidad y disponibilidad en México y posiblemente aumentando su consumo.

Al analizar los datos de las diferentes encuestas queda de manifiesto la importancia de reforzar acciones para reducir la demanda de las drogas principalmente con políticas de prevención y tratamiento especializada en población adulta joven ya que sólo uno de cada cinco personas recibe este tipo de ayuda (ENCODAT, 2016).

Capítulo 3 Tipos de Prevención

El consumo de sustancias obedece a causas multifactoriales las cuales aumentan o disminuyen la probabilidad de que una persona use o abuse de las drogas (Petratis, Flay & Miller, 1995). Llamamos factores de riesgo a las características o exposición de un individuo que hace que aumente su probabilidad de una enfermedad o lesión, en este caso el consumo de sustancia (OMS, 2019), los factores de protección por el contrario disminuyen la probabilidad de que aparezca o de que ocurra el consumo. Los programas de prevención deben tener como objetivo generar factores de protección carentes en los individuos, fortalecer los existentes y revertir o reducir los factores de riesgo (Hawkings, Catalano & Arthur, 2002). Para que el consumo de sustancias se presente, no basta con un factor de riesgo, influirán diversos agentes personales que se irán sumando e incrementarán la probabilidad de riesgo.

Algunos factores de riesgos individuales identificados son: incumplimiento de reglas en la niñez, conductas opositoras, las actitudes favorables al consumo, estrategias de afrontamiento poco efectivas, escasa habilidad comunicativa, la tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, el malestar afectivo (principalmente, el afecto deprimido), la apatía y la baja autoestima, presentar un bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad y estar vinculado con pares desviantes (Díaz & García-Aurrecochea, 2008; Frick & White 2008). En el ámbito familiar destacan: el consumo y permisividad de sustancias ilícitas en el seno de la familia, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar, y la falta de rigidez o inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, relaciones distantes y frías, el rechazo o la hostilidad

o, al contrario, el aglutinamiento y la falta de diferenciación entre los miembros de la familia, los límites rígidos o difusos, estar expuesto con frecuencia a situaciones familiares de conflicto y violencia y al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar (Ripple & Luthar, 1996; Díaz & García-Aurrecochea, 2008).

Como se señaló anteriormente los factores de riesgo no son aislados y la presencia de solo uno tiene menor probabilidad de causar el consumo, pero al irse sumando se genera una cadena más riesgosa, por ejemplo: el incumplimiento de reglas y las conductas de oposición en la niñez pueden juntarse con falta de habilidades de comunicación y baja autoestima en la adolescencia, si además en casa existe consumo y permisividad al uso de sustancias junto con inconsistencia de pautas disciplinarias, se tendrá una mayor probabilidad de consumo de sustancias.

Por el contrario, existen una serie de factores que protegen a las personas del consumo de sustancias aun cuando sus determinantes sociales son desfavorables, estos son los factores de protección los cuales favorecen estilos de vida saludables, no siempre son opuestos a los factores de riesgo y tampoco evitarán una adicción es decir aunque se tengan no impedirán que una persona consuma.

Algunos factores de protección identificados son: la información que tienen las personas para saber y comprender las dificultades y trastornos que les pueden provocar el uso y abuso de las drogas, acudir a la escuela y que esta proporcione información sobre las consecuencia del consumo de sustancias, orientación brindada por profesores hacia comportamientos más sanos y fomento del autoestima, relaciones interpersonales

significativas de apoyo con amigos y profesores, comunicación e interacción padres e hijos, coherencia y apoyo hacia los hijos, habilidades sociales que posibiliten una positiva y adecuada resolución de conflictos como la adecuada identificación, manejo y expresión de las emociones, del estrés y de la ansiedad y creencias espirituales como protectoras del consumo y atenuantes si se requiere un proceso de rehabilitación (Castro, 1997; Natera, Borges, Medina-Mora Solis & Tiburcio, 2001; Cáceres, Varela, Tovar, 2006; González & Rey, 2006).

Las aproximaciones preventivas más recientes buscan proteger a las poblaciones expuestas a factores de riesgo psicosociales que se han asociado con el consumo de sustancias. La prevención prepara y dispone con antelación los recursos necesarios para lograr un fin, de esta forma; implica una serie de acciones para impedir la aparición o el surgimiento de un problema. En el ámbito de las adicciones tiene el objetivo de minimizar la probabilidad de que una persona inicie el consumo, ya sea por medio de reducción de los factores de riesgo o la promoción de los factores de protección.

Existen diferentes niveles de prevención, la prevención universal tienen perspectivas más amplias, menos intensas y costosas que los programas selectivos e indicados. Están orientados a conseguir cambios duraderos y pretenden evitar o retrasar el consumo de sustancias tanto, legales como ilegales. Algunas ventajas de implementar programas de prevención universal son: no estigmatizar a los participantes, conductualmente se centra en cambiar conductas que suelen ser exhibidas por la mayoría de la gente, son menos costosas, la duración es breve y no requiere de reclutamientos especiales o incentivos para su participación (Becoña, 2002).

Cuando la intervención se dirige a poblaciones con necesidades específicas; es decir subgrupos de la población que han sido identificados con alto riesgo para el abuso de drogas; se habla de prevención selectiva. Este nivel de prevención pretende evitar el inicio del consumo de drogas, por medio del fortalecimiento de factores de protección, generalmente estos programas van dirigidos a adolescentes de poblaciones vulnerables; una intervención a nivel selectivo para consumo de sustancias es el entrenamiento en habilidades para la vida (Botvin & Griffin, 2007; Klimenko, Plaza, Bello, García, Sánchez, 2018). Las cuales según la OMS (2003) Se definen como un grupo de competencias psicosociales y destrezas interpersonales que pueden orientarse hacia acciones personales, interpersonales y aquellas necesarias para transformar el entorno de manera que sea propicio para la salud.

Por último, tenemos la prevención indicada dirigida a personas que han o están consumiendo drogas y padecen consecuencias negativas debido a este consumo; la prevención indicada se centra en la disminución de la progresión de un desorden (trastorno por consumo de sustancias), a diferencia de los niveles de prevención universal y selectivo, este es más largo e intensivo, únicamente se brindan a personas identificadas con consumo de alto riesgo y abuso de sustancias (Becoña 2002)

Dentro de las ventajas que tienen los programas de prevención selectiva e indicada cabe resaltar que son potencialmente eficientes, posibilitan el tratamiento de los problemas más tempranamente, sin embargo se destacan una serie de desventajas como son: su dificultad en determinar quién puede tener un riesgo alto, al brindar la intervenciones a los grupos

con riesgo alto, no contribuyen tanto mostrando rechazo a las intervenciones (Becoña, 2002)

Capítulo 4 Principios básicos del comportamiento en Adicciones

Se les llama principios básicos del comportamiento a los mecanismos que explican la adquisición, mantenimiento y extinción de los comportamientos. El conocimiento sobre estos principios ha sido generado por medio de la experimentación y constatado sistemáticamente, debido a su amplia generalización en las explicaciones del comportamiento, se han extendido como guía y orientación para generar comportamientos saludables en los humanos. En el área de las adicciones también se aplican los principios básicos del comportamiento para la comprensión y tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, logrando por medio de estos la reducción de los problemas causados por estos (Sánchez Sosa, 2008). A continuación exponen y explican algunos principios básicos del comportamiento:

El Condicionamiento Clásico: es uno de los procesos más tempranamente estudiados y teorizados en psicología, en la actualidad el condicionamiento clásico permite explicar múltiples problemas médicos y comportamentales que van desde las fobias hasta el abuso de drogas psicoactivas (Watson & Rayner., 1920; Wolpe, Brady, Serber & Liberman 1973). El condicionamiento clásico es útil para entender la adquisición, mantenimiento, tratamiento y recaída en las adicciones. Cuando se va a consumir una droga un reflejo incondicionado se presenta (palpitaciones, sudoración, salivar), la respuesta condicionada del consumo de la droga aumenta así como su frecuencia e intensidad debido a la contigüidad entre el consumo y las contingencias placenteras, lo que hace que el apetito por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia (Pavlov, 1960; Rescorla, 1968). En muchas ocasiones la Respuesta Incondicionada se asoció con otros estímulos del medio

dando como resultado que también adquieran propiedades condicionadas (Estímulo condicionado), y se presenten como respuestas condicionadas generando inquietud y deseo por consumir. La tolerancia puede actuar como una respuesta incondicionada a estímulos contextuales, cuando estos no se presentan, las dosis usadas con frecuencia pueden volverse mortales (Siegel & Ellsworth, 1986).

Otra técnica conductual basada en el condicionamiento clásico es la extinción pavloviana, en la cual una respuesta adquirida a través de la asociación entre estímulo incondicionado y condicionado deja presentarse. Una respuesta se extingue después de exponer en ocasiones repetidas el Estímulo Condicionado sin Estímulo Incondicionado, llegando al punto en que pierde su valor condicionado. Los tratamientos en adicciones que emplean esta técnica exponen a la persona a la sustancia de su preferencia, protegiéndolos del consumo para evitar que se establezca la asociación y se extinga la conducta de consumir (Rohsenow, Monti & Abrahams 1995).

Habitación: es una reducción de la respuesta (magnitud y duración) debido a la repetición de un estímulo, existen muchas reacciones reguladas por este principio variedad y selección de alimentos (Temple, Giacomelli, Roemmich, & Epstein, 2008) habitación auditiva en jóvenes y viejos (Pilotti, Balota Sommer & Khursid, 2000) y habitación a las drogas (McSweeney, Murphy & Kowal, 2005). En adicciones, la habitación es nombrada tolerancia este concepto describe reducción de los efectos percibidos por el uso frecuente de la sustancia.

Sensibilización: es el proceso contrario a la habituación, la magnitud, duración, e intensidad de la respuesta aumentan ante la presentación repetida del estímulo. La sensibilización al igual que la habituación filtra los efectos generalmente placenteros, generando un reporte de sensaciones aumentadas ante la presencia de la sustancia en el organismo, con cada nueva experiencia la persona se sensibiliza a los aspectos más placenteros de la droga, incrementando el consumo frecuente (Gutiérrez-Noriega, Zapata-Ortiz, 1994)

El condicionamiento operante: planteado por Skinner (1938), establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias, si se realiza una conducta y se obtiene una consecuencia agradable (reforzador) esta se fortalece, pero si es seguida por una consecuencia aversiva (castigo) se debilita. En adicciones, diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo, es un ejemplo del empleo del condicionamiento operante, en estos se busca encontrar reforzadores diferentes al uso de las drogas, por medio de diversas actividades que también sean placenteras (Higgins, Heil & Lussier, 2004).

Reforzamiento diferencial de otras conductas: es un procedimiento de elección, se utiliza cuando se busca el decremento en la ocurrencia de una conducta, existen varios tipos de conducta diferencial dentro de las que se desatacan dos; el Reforzamiento Diferencial de conductas Incompatibles (RDI) que consiste en reforzar una conducta que no puede hacerse al mismo tiempo que otra que se pretende eliminar; y el Reforzamiento Diferencial de conductas Alternativas (RDA) en este se refuerza cualquier respuesta alternativa que pudiese decrementar la posibilidad de que se lleve a cabo la conducta no deseada (consumo

de sustancias). En adiciones, la más frecuentemente utilizada es el Reforzamiento Diferencial de conductas Alternativas, como: la realización de ejercicio, asistir a reuniones donde no se consumen sustancias y actividades lúdicas (Kazdin, 1994).

Teoría del aprendizaje social: estudia las relaciones particulares del de la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia, toma en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla, el observar un modelo nos permite imitar su comportamiento y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones el consumo puede aprenderse por medio de la observación, este aprendizaje prestará atención a las expectativas que tiene el modelo sobre el consumo de drogas; si este es favorable se aprenderá más fácilmente. Para que el modelo se reproduzca es importante tomar el estatus del modelo, la interacción con el mismo y el afecto del observador hacia este (Bandura, 1986).

Otros conceptos claves en esta teoría son la autoeficacia y la expectativa de resultados, la primera se refiere a juicios sobre la capacidad que se tienen para realizar una conducta, en el caso específico del consumo de sustancias, la autoeficacia puede observarse en la capacidad percibida de lograr conductas alternativas al consumo que le permitan al usuario mantenerse en abstinencia. La expectativa de resultados, se refiere a la convicción del sujeto acerca de que una conducta conducirá a ciertos resultados; las personas que consumen sustancias tienden a considerar que consumir es lo único que puede ayudarles a cambiar estados afectivos, generando una expectativa de resultado positiva a su consumo (Abrams & Niaura, 1987; Bandura 1977).

Requisito de respuesta: para que una conducta se presente, debe tomarse en cuenta el esfuerzo que demanda, de esta forma la probabilidad de que ocurra una conducta, se reduce en la medida en que esa conducta demande un esfuerzo alto (Sánchez-Sosa, 2008). Este principio básico se conjuga con la autoeficacia, de tal forma que si a una persona se le demanda un comportamiento que requiere un alto grado de esfuerzo, la probabilidad de que ocurra será baja, si no ocurre, su autoeficacia se verá comprometida observándose con una menor capacidad de lograr sus metas, por lo que la generación de planes de acción debe comenzar con una complejidad baja e incrementarse paulatinamente.

Descuento Temporal: Este modelo plantea que las personas escogen un reforzador en función de la magnitud del tiempo de entrega, así un reforzador pierde su valor a medida que aumenta el tiempo para recibirlo. En personas que consumen sustancias se ha observado que se prefieren frecuentemente recompensas pequeñas e inmediatas, frente a las de mayor valor pero demoradas. Una forma de ver el descuento temporal en el consumo de sustancias es la preferencia por consumir (recompensa inmediata) a una actividad alternativa que genere bienestar (recompensa demorada) (Baker, Johnson, y Bickel, 2003; Kirby & Petry, 2004).

Capítulo 5 Modelo Transteórico del cambio y Entrevista Motivacional

Prochaska y DiClemente (1982) observaron que la motivación era fundamental para generar un cambio en las personas que consumen sustancias, según este modelo el cambio se da a través de una sucesión de etapas, por las que todas las personas transitan antes de alcanzar la abstinencia. Estas etapas no son lineales y la persona puede pasar de una a otras durante la intervención, el cambio de etapa está influido por la motivación derivada de los costos y beneficios, que percibe la persona al dejar de consumir. Los autores describen seis etapas o estadios en el proceso de cambio, las cuales son:

1. **Precontemplación:** las personas en esta etapa, no consideran necesario hacer un cambio, son defensivas y resistentes, tienden a evitar leer, escuchar o hablar acerca de sus hábitos de consumo. En esta etapa las personas no están realmente listas para recibir una intervención.
2. **Contemplación:** a diferencia de la etapa anterior, las personas contemplan la necesidad de un cambio, pero no han hecho algo para modificar el consumo de sustancias. En esta etapa las personas pueden aumentar su motivación al cambio por medio de la colaboración con un terapeuta y analizar las ventajas y desventajas de su consumo.
3. **Preparación:** las personas proponen firmemente un cambio y realizan acciones específicas para lograrlo, una de estas acciones es la de consultar a un terapeuta para solicitar ayuda. Las intervenciones tienen un mejor efecto cuando se

brindan en esta etapa, en donde junto con el terapeuta se crearan planes de acción para detener el consumo.

4. **Acción:** empiezan el cambio en sus comportamientos, es esta etapa las personas se encuentran realizando un conjunto de acciones de forma intensa, que les aleja del consumo de drogas, en esta etapa son frecuentemente las recaídas (el consumo de sustancias). Si la persona logra mantener los cambios conductuales por seis meses iniciará la etapa de mantenimiento.
5. **Mantenimiento:** en esta etapa las personas han generado un cambio que se mantiene, se observa la abstinencia y se evitan las recaídas. En esta etapa existe una menor probabilidad de recaída pero no se está exenta de que ocurra.
6. **Recaída:** se genera al consumir de nuevo la sustancia después de haber alcanzado un periodo de abstinencia, la recaída no significa que la persona ha fracasado, debe verse como una oportunidad de aprendizaje que permita evaluar la situación que lo llevó a consumir y generar una nueva estrategia para evitar el consumo bajo las mismas condiciones en el futuro.

Además de las etapas de cambio el modelo propone procesos de cambio, acciones que facilitan el movimiento entre una etapa de cambio y otra, Prochaska y Diclemente (1982) describen diez procesos de cambio:

1. **Aumento de la concientización:** implica realizar actividades para incrementar el grado de información que tiene un estímulo sobre la persona.
2. **Auto-reevaluación:** se realizan análisis que permiten a la persona emitir un juicio con respecto a su conducta de consumo.
3. **Revaluación Ambiental:** consiste en el análisis del impacto que tiene la conducta de su consumo en otras personas.
4. **Expresión Dramática:** es la experimentación y expresión de reacciones emocionales negativas evocadas y generadas por el consumo de sustancias.
5. **Auto-liberación:** consiste en incrementar la capacidad de elegir entre diferentes opciones (consumir y dejar de consumir).
6. **Liberación social:** se realizan cambios en ambiente social que permiten alcanzar la abstinencia.
7. **Manejo de contingencias:** Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a reestructurar las consecuencias que se tienen después del consumo, su objetivo es que la conducta problemática no sea la única que genere consecuencias positivas.
8. **Contra-condicionamiento:** acciones dirigidas a modificar las respuestas desencadenadas por estímulos condicionados al consumo.
9. **Control de estímulos:** se realiza un análisis para la identificación de estímulos, el cual permite modificar los elementos del medio ambiente y disminuir la probabilidad de que se presente el consumo.
10. **Relación de ayuda:** consiste en generar el acompañamiento de otras personas que faciliten el cambio en el consumo

Otro elemento importante son los niveles de cambio, que se refiere a los aspectos que la persona pretende modificar, este modelo describe cinco niveles de cambio: 1) los síntomas y malestares por el consumo de sustancias como: dolores, enfermedades y reacciones físicas, 2) cogniciones mal adaptativas, pensamientos que justifican el consumo de la sustancia como: “el consumir sustancias no me va a generar ningún daño” o “las drogas no son peligrosas”, 3) conflictos interpersonales generados por el consumo de la sustancia pueden ser: molestias con los amigos, deudas, problemas con otras personas por el consumo 4) conflictos en el sistema familiar como: rupturas de relaciones de pareja, dejar la responsabilidad del cuidado de los hijos o financieras 5) conflictos interpersonales como: tristeza generada por el consumo, baja autoeficacia por no percibirse con la capacidad de dejar de consumir.

Para lograr el cambio en el consumo de sustancias es importante prestar atención en la motivación y ambivalencia, que juega un papel importante para alcanzar la abstinencia y metas de la persona. El profesional de la salud debe ser capaz de identificar la etapa de y los niveles de cambio para implementar los procesos que permitan a la persona pasar por la rueda del cambio las veces que sean necesarias para lograr la cesación del consumo.

Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EI) es una entrevista directiva centrada en el cliente y orientada a incrementar la motivación interna de la persona para generar un cambio, se centra en la exploración y resolución de la ambivalencia, la cual se refiere a la contradicción que se tiene al querer cambiar una conducta o continuar con esta, por ejemplo: por un lado, la persona experimenta consecuencias placenteras al seguir

consumiendo (placer, facilidad para comunicarse, euforia etc.), pero también experimenta consecuencias negativas al hacerlo (resaca, gasto excesivo, problemas familiares etc.).

Además la Entrevista Motivacional involucra un estilo de relación entre las personas consumidoras y el profesional de la salud, caracterizada por la empatía y cordialidad, este estilo de relación facilita los cambios en el consumo de sustancias (Miller & Rollnick, 1999).

Existen cinco características de la entrevista motivacional descritos por Miller y Rollnick, (2012):

1) La aceptación: implica no juzgar a la persona, reforzar sus avances, mostrar empatía, apoyar la autonomía y valorarle aún con sus errores.

2) Evocar potencialidad: ser parte de la idea que la persona cuenta con muchas habilidades y fortalezas las cuales hay que evocar y potenciar.

3) Colaboración: en la entrevista motivacional no existe un experto sino dos, en consecuencia existe una colaboración activa que deja de lado la confrontación.

4) Compasión: se refiere a promover de forma activa el bienestar del otro y dar prioridad a sus necesidades.

Existen cuatro procesos básicos que deben establecerse al utilizar la Entrevista Motivacional: 1) generar un vínculo, 2) definir un objetivo, 3) potenciar la motivación intrínseca y 4) acordar un plan de acción. Estos procesos favorecen a la toma de decisiones y la reducción de la ambivalencia. Dentro de las estrategias comunicativas nucleares que ayudan a reducir la ambivalencia se encuentran 1) el uso de preguntas abiertas, 2) provocar

afirmaciones de automotivación, 3) escucha reflexiva (escuchar sin interferir), 4) hacer resúmenes sintetizando lo dicho por la persona y 5) ofrecer información y consejo cuando la persona acepte ser asesorado y sintonizando con las necesidades del cliente (Miller & Rollnick, 2012).

Por ultimo existen 5 principios que guían la interacción con las personas Miller y Rollnick (2012):

- 1) **Expresar empatía:** aceptar y respetar al paciente lo cual no significa aprobarlo.
- 2) **Desarrollar discrepancia:** guiar a verbalizar al usuario; las razones por las cuales desea y no cambiar.
- 3) **Evitar argumentar y discutir:** al hacerlo la persona se torna resistente y defensivos en su posición.
- 4) **Trabajar las resistencias:** evitar actitudes que puedan fomentarlas, en cambio no presionar para abordar los cambios rápidamente, si no al ritmo de la persona.
- 5) **Apoyar y fomentar la autoeficacia:** creer en la posibilidad del cambio de la persona, afirmando los pequeños cambios que vaya presentando.

La efectividad de diversas intervenciones usando la EM ha sido fundamentada en varios meta-análisis y revisiones sistemáticas (Lundahl y Burke, 2009; Rubak, Sandbeak, Lauritzen y Christensen, 2005; Smedslund, Berg, Hammerstrom, Steiro, Leiknes y Karlsen, 2011, Vasilaki, Hosier y Cox, 2006), en las cuáles se resaltan su bajo-coste y facilidad de implementación en el primer y segundo nivel de atención por profesionales no-especializados (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005).

Capítulo 6 Formulación de casos

El siguiente capítulo expondrá las intervenciones brindadas en el Centro de Prevención en adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV) escenario donde realice mi residencia al cursar la Maestría en Adicciones. El Centro de Prevención en adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, es una clínica perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM adscrita a la Coordinación de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos, desde hace 20 años brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología, la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales a través de la formación supervisada, por medio de la atención a personas con consumo de sustancias implementando programas de prevención universal, selectiva e indicada.

Las intervenciones brindadas en el CPAHAV, pertenecen a las “Intervenciones Breves” las cuales se caracterizan; por agrupar una serie de estrategias que tienen como objetivo el cambio conductual a corto plazo; la cantidad de sesiones que se dan oscilan entre 1 y 4; cuentan con un modelo teórico de referencia (cognitivo-conductual), que incluyen; una fase de evaluación; asesoramiento; entrenamiento breve; y seguimiento, son intervenciones estructuradas y buscan motivar a las personas a planificar el cambio de hábitos empleando un estilo de comunicación y aceptación (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Barlow y Hoffman, 1997; Rodríguez-Martos, 2002).

El componente fundamental que guía a las Intervenciones Breves es el autocontrol, el cual se define como el proceso por medio del cual las personas comienzan a dirigir y regular su propio comportamiento. Para desarrollar el autocontrol es necesario generar

estrategias que puedan utilizarse en situaciones de alto riesgo de consumo, así, como estrategias para modificar estilos de vida dañinos (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997).

Las Intervenciones Breves (IB) han logrado ser efectivas para disminuir o eliminar el consumo excesivo de diferentes sustancias (Ayala & Echeverría, 1998). Existen diferentes estudios que avalan su efectividad, en México uno de los primeros estudios fue realizado por Ayala, Echeverría, Sobell y Sobel en 1997, en el cual brindaron a 177 personas con problemas de consumo de alcohol una Intervención Breve de cuatro sesiones, en la primera sesión se analizaban los beneficios y costos del consumo de alcohol y se establecía una meta de tratamiento; en la segunda sesión se identifican situaciones de riesgo y sus consecuencias por medio de un Análisis Funcional de la Conducta y se enseñaba que la recaída es un proceso de aprendizaje; en la tercera sesión se generan planes de acción para poder enfrentar las posibles situaciones de riesgo; finalmente en la cuarta sesión se resumen los resultados y se restablece la meta para los próximos seis meses. Los resultados obtenidos mostraron cambios significativos en el patrón de consumo de alcohol, registrando un incremento del número de días que las personas permanecían en abstinencia y/o en consumo de bajo riesgo cuando consumían alcohol manteniéndose estos cambios en un periodo de 12 meses.

En otro estudio Martínez, Salazar, Pedraza, Ruiz y Ayala en 2008 evaluaron un programa de intervención breve para adolescentes de entre 14 y 18 años de edad que consumían alcohol en exceso u otras drogas. Realizaron la evaluación del programa por medio de un diseño de caso único con 25 réplicas, 17 casos de consumo de alcohol y 8

casos de consumo de marihuana. Al finalizar la intervención 24 adolescentes mostraron una disminución en el patrón de consumo con respecto al inicio del tratamiento, se observaron también cambios en la autoeficacia los adolescentes se percibieron con mayor capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo y menores problemas relacionados con su consumo.

En otro estudio, que tuvo como objetivo evaluar un programa de intervención breve motivacional para fumadores Lira-Mandujano, González-Betanzos, Venegas, Ayala y Cruz- Morales en 2009 aplicaron una Intervención Breve a 10 personas que deseaban dejar de fumar. Al comparar el patrón de consumo antes, durante y después de la aplicación se observó una reducción significativa de este, otros cambios registrados fueron en el nivel de autoeficacia específicamente en lo que concierne a enfrentar emociones desagradables, malestar físico y conflictos con otros.

Salzar, Perez, Ávila y Vacio en 2012 brindaron una intervención de una sesión de duración a la cual nombraron “Consejo Breve” y resultó ser efectiva para disminuir el patrón de consumo en los participantes. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol obtenida en la fase de evaluación, en comparación con la fase de seguimiento.

También se ha observado que la consejería breve brindada por profesionales de la salud es eficaz en el incremento de la abstinencia de alcohol, pasado de 2.1% días en abstinencia antes de la intervención a 17.4% días después de la intervención (Alba, Murillo & Castillo, 2013)

Al nivel de Prevención Universal, el CPHAV cuenta con el Programa de Crianza Positiva, fundamentado en el Entrenamiento a Padres, se justifica el uso de este programa en el área de las adicciones en el hecho de que el incumplimiento de reglas y la conducta oposicionista son variables predictivas para el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y drogas inyectables) (Frick & White 2008; Lober & Schmalings, 1985; López & Da Costa, 2008). Esta intervención busca dotar a los padres de hijos con y sin problemas de conducta de habilidades de manejo conductual (factor de protección), que permitan disminuir los problemas de conducta (factor de riesgo) y así decrementar la probabilidad del uso de drogas en la adolescencia. La efectividad de este tratamiento cuenta con el mejor soporte empírico para la modificación la conducta disruptiva en niños y adolescentes (Chorpita, Daleiden, Ebesutani, Young, Becker, Nakamura, Phillips, Ward, Lynch, Trent, Smith, Okamura, & Satarace, 2011; Morales, Martínez, Martín del Campo & Nieto, 2016).

Una intervención al nivel de Prevención Selectiva en el CPHAV es el Consejo Breve que es una intervención de una única sesión, en la cual se lleva a las personas reconocer los problemas potenciales que tiene su consumo en el momento actual, también se enfoca en resolver la ambivalencia con la finalidad de establecer un cambio en la manera en que consumen, para lograrlo se utilizan estrategias de retroalimentación sobre los efectos de las sustancias, se plantea metas claras y factibles con respecto a su consumo de sustancias. Esta intervención se apoya del uso de habilidades de escucha y apoyo de la Entrevista Motivacional que ayuda a reducir su resistencia al cambio (Martínez, Salazar, Pedraza, Ruiz & Ayala, 2008). Otra intervención al nivel de Prevención Selectiva es el Programa de Prevención para Adolescentes en Riesgo

(PROPAR), también fundamentado en el Entrenamiento a Padres pero dirigido a los tutores de adolescentes que presentan riesgo de consumo de sustancias, el objetivo del programa es que los responsables de los adolescentes sean capaces de aprender y aplicar técnicas para el manejo de la conducta de los adolescentes, promoviendo conductas que reduzcan la probabilidad de consumo en los adolescentes (Garnica, 2013).

Los programas de Prevención Indicada son con los que más cuenta el CPAHAV, existe un programa específico para el tratamiento de diferentes sustancias así como para dependencias altas, prevención de recaídas e inicio de consumo en adolescentes. A continuación se describe cada uno de estos programas:

Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP): Dirigido a personas cuya manera de beber es excesiva y les hace experimentar importantes consecuencias negativas, usualmente acompañadas de síntomas de dependencia leve o moderada. El programa se integra de cuatro sesiones; 1) balance decisional y establecimiento de metas, 2) evaluar situaciones de alto riesgo, 3) planes de acción y 4) restablecimiento de metas. El objetivo es reducir el consumo, ya sea por medio de la abstinencia o dentro de los límites establecidos como “no dañinos” es decir que no le generen tantas consecuencias negativas a la persona (Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2005).

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC): el programa se dirige a personas que consumen derivados de la cocaína (tetrahidrato de cocaína o crack) y desean dejar de hacerlo. El objetivo del programa es ayudar al usuario a que alcance la abstinencia

del consumo de cocaína ya sea reduciéndolo o por medio de la abstinencia. El programa se integra por ocho componentes: 1) balance decisional y establecimiento de metas, 2) manejo de problemas relacionadas con la cocaína, 3) identificar y manejar pensamientos relacionados con la cocaína, 4) identificar y manejar el deseo de la cocaína, 5) habilidades de rechazo, 6) decisiones aparentemente irrelevantes, 7) Solución de problemas y 8) restablecimiento de metas y planes de acción (Oropeza, Fukushima, García & Escobedo, 2007)

Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF): El objetivo principal de este programa de intervención breve es disminuir o eliminar el consumo de tabaco, para lograrlo utiliza técnicas motivacionales, auto-registros y planes de acción, se dirige a personas que no tienen diagnóstico de alguna enfermedad (hipertensión, dolor de pecho, úlceras, diabetes, o algún tipo de cáncer) y tienen consumo de tabaco. Se integra de cuatro sesiones: 1) tomar la decisión de fumar, 2) planes de acción para dejar de fumar y 3) mantenerme sin fumar y 4) restablecimiento de metas (Lira, Cruz, & Ayala, 2012)

Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM): dirigido a personas que desean disminuir o abstenerse al consumo de marihuana se integra por siete sesiones: 1) inducción, 2) decidir cambiar y establecimiento de metas, 3) identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo de marihuana, 4) planes de acción, 5) prevención de recaídas, 6) mantenimiento de la meta y 7) manejo del deseo y ansiedad (Medina, Chávez, López, Felix, Gordillo & Morales, 2012)

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo

Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA): es una intervención dirigida a jóvenes que presentan problemas relacionados por el consumo de alguna sustancia adictiva como: alcohol, marihuana, cocaína o inhalables y no presentan dependencia hacia la droga. Consta de cinco componentes: 1) balance decisional y establecimiento de metas, 2) situaciones de riesgo, 3) planes de acción, 4) metas de vida y 5) cruzando la meta (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz, Ayala, 2012).

Programa de Prevención de Recaídas (PPR): dirigido a personas que han logrado alcanzar la abstinencia y desean mantenerla pero también para usuarios que siguen consumiendo y quieren dejar de hacerlo consta de diez componentes: 1) análisis funcional de la conducta, 2) muestra de abstinencia, 3) emociones desagradables, 4) conflictos con otros, 5) presión social, 6) probando autocontrol, 7) necesidad física y tentación de consumo, 8) momentos agradables con otros, 9) emociones agradables y 10) malestar físico (Barragán, Flores, Ramírez & Ramírez, 2012)

Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC): dirigido a usuarios con dependencia alta a sustancias adictivas, con este programa se busca disuadir a la persona a alcanzar la abstinencia, debido a las consecuencias negativas y su grado de dependencia generado por su consumo excesivo. El PSC cuenta con 14 componentes: 1) análisis funcional de la conducta, 2) muestra de abstinencia, 3) uso del disulfiram, 4) metas de vida cotidiana, 5) rehusarse al consumo, 6) entrenamiento en habilidades de comunicación, 7) entrenamiento en solución de problemas, 8) habilidades sociales y recreativas, 9) control de las emociones “tristeza”, 10) control de las emociones “celos”, 11) control de las emociones “enojo” 12)

consejo marital, 13) búsqueda y mantenimiento de empleo y 14) prevención de recaídas. (Barragán, Flores, Morales, González, Martínez, Áyala, 2014).

Método

Participantes

Se trabajó con 30 personas asignadas al investigador por el CPAHAV para tratamiento, los cuales asistieron a voluntariamente a recibir el servicio en el CPAHAV. El 63 % del total fueron hombres y el 37 % fueron mujeres (Ver Figura 1). La media de edad fue de 26.63 años, con un rango de entre 6 a 56 años de edad. Al momento de acudir al centro la mayoría de los usuarios se encontraban solteros 63%, mientras que el 37% refirió estar casado (Ver Figura 2).

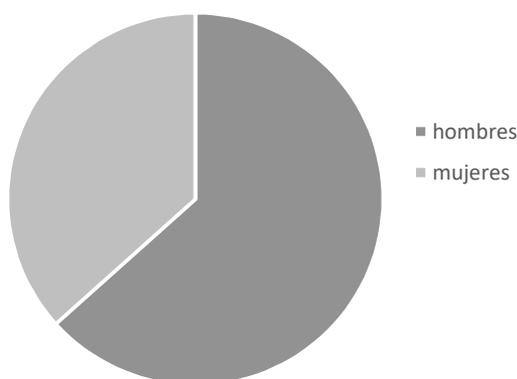


Figura 1. Sexo de los participantes atendidos

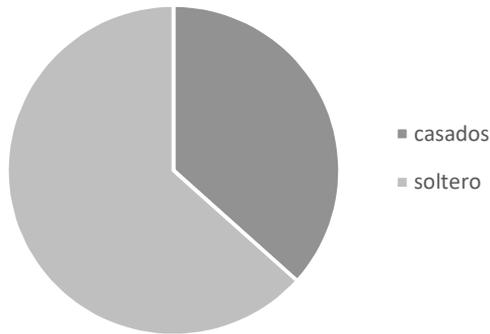


Figura 2. Estado Civil de los participantes

El porcentaje del nivel de escolaridad de los participantes fue de primaria el 4%, secundaria el 36%, bachillerato o carrera técnica el 56% y licenciatura el 10% (Ver Figura 3). Los motivos de consulta reportados fueron: problemas de conducta en niños el 4%, problemas de conducta en adolescente el 17%, consumo de sustancias el 72% y atención a familiares el 7% (Ver Figura 4).

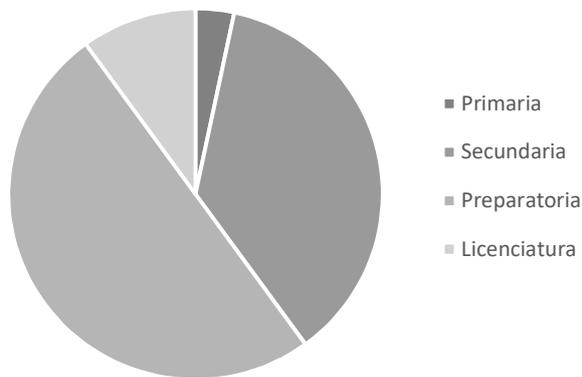


Figura 3. Escolaridad de los participantes

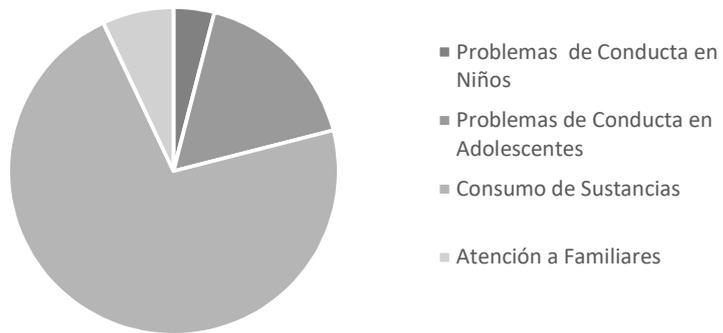


Figura 4. Motivos de consulta de los participantes del CAPAHAV

La sustancia de mayor consumo reportada por las personas atendidas y que representa la droga de impacto fue el alcohol con 50%, seguido de la marihuana con el 25%, el tabaco con 15% y la cocaína con 10 %. (Ver figura 5). Como sustancia secundaria de consumo, se observó a la cocaína con el 37%, el alcohol con el 18%, tabaco con 18%, marihuana con 18%, solventes con 9% y anfetaminas con 9% (Ver figura 6).

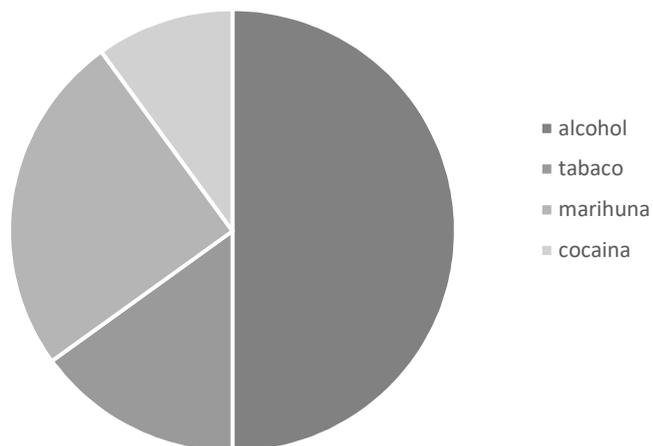


Figura 5. Sustancia más consumida por los participantes

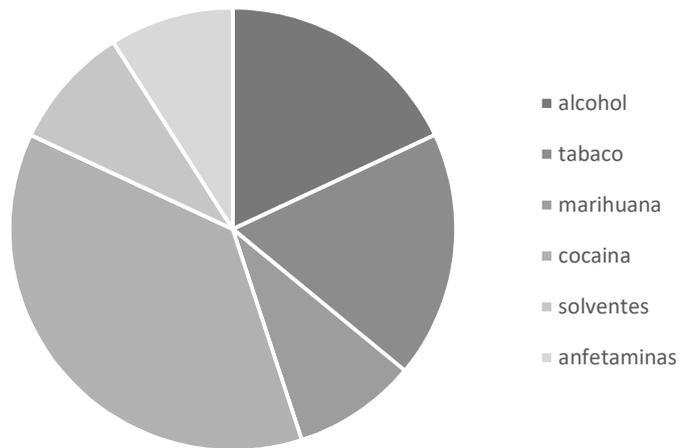


Figura 6. Segunda sustancia más consumida en los prticipantes

El promedio de edad de inicio de consumo de la sustancia en los participantes fue de 19 años y el promedio de consumo de la droga de impacto fue 7.8 años.

Procedimiento

Las personas fueron atendidas usando un diseño de caso único AB, La Línea Base (A) se obtuvo al realizar una Línea Base Retrospectiva a 6 meses, el tratamiento (B) se refiere a los diferentes programas brindados en el centro. Antes de iniciar el tratamiento a los participantes se les realizó una evaluación, para identificar el motivo de consulta y factores asociados asociadas; en el caso del consumo de sustancias la evaluación consistió en determinar: 1) sustancia principal de consumo, 2) nivel de dependencia y 3) situaciones de consumo. En los casos de problemas de conducta se evaluaron las habilidades de manejo conductual y en la atención a familiares: el tipo de afrontamiento frente al consumo. Con base en la evaluación se determinó el programa más conveniente y los componentes a brindar.

En el CPAHAV la evaluación se realizó a través de las sesiones de admisión y evaluación con duración aproximada de 60 min cada una. En la sesión de admisión en el caso de consumo de sustancias se aplicó una entrevista inicial, el ASSIST, el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck se firmó un consentimiento informado de participación en el tratamiento y se aplica una prueba de marcador biológico, con la información obtenida de estos primeros instrumentos, en caso de identificar un riesgo bajo por su consumo se determinaba la pertinencia de dar únicamente un consejo breve, si su riesgo era alto se identificaba problemáticas como: riesgo suicida, depresión o ansiedad moderada o severa, se emitía una referencia para su mejor manejo. Al acudir a la referencia o de no encontrarse alguno de estas problemáticas la persona pasaba a ser evaluada a una siguiente sesión para iniciar una intervención o tratamiento breve. Si el motivo de consulta era por problemas de conducta o atención a familiares por consumo de sustancias, en la sesión de admisión se aplicó una entrevista, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, en caso de encontrarse algún riesgo como los antes mencionados se emitía una referencia para posteriormente en la segunda sesión continuar con la evaluación.

En la sesión de evaluación, se aplicaron instrumentos complementarios con los cuales se determinó la asignación a una intervención o tratamiento breve lo cual dependía del nivel de dependencia y afectación que presentaba la persona, para el caso de trastornos por consumo de alcohol y dependencia severa se les asignaba a recibir un tratamiento breve, con el cual se brindan un mayor número de sesiones y se abordan los factores asociados al consumo (manejo de emociones, búsqueda de empleo, habilidades de comunicación). En la sesión de evaluación se establecía una meta de tratamiento la cual se monitoreo con el auto-registro, que se entregó y explicó al final de esta sesión.

Las sesiones de intervención iniciaban con la retroalimentación de los resultados obtenidos en la evaluación. Al inicio de cada sesión de intervención se revisaba el auto-registro de consumo, se reconocían los éxitos y se retroalimentaban las dificultades que tuvo al enfrentar las situaciones de riesgo de consumo o al implementar estrategias nuevas. Después se explicaban, modelaban, se ensayaban y retroalimentaban nuevas habilidades para alcanzar la meta propuesta. Al terminar cada sesión de intervención se entregó el autoregistro y se agendaron las citas subsecuentes. Las intervenciones se diseñaron tomando en cuenta los resultados de evaluación, con los cuales se seleccionaron los componentes y habilidades que serían enseñadas posteriormente en las diferentes sesiones. En cada sesión el profesional de la salud debía promover la implementación de las habilidades mediante la explicación de la habilidad, el modelamiento y la generación de planes de acción para su aplicación.

El alta de la intervención se efectuó al brindar las habilidades necesarias para alcanzar la meta propuesta por el participante. Posterior al alta se programaron sesiones de seguimiento, en estas se monitoreó el mantenimiento de la meta y el uso de las habilidades adquiridas. Las sesiones de seguimiento en el CPHAVA se programaron al mes, tres y seis meses después de haber efectuado el alta. Debido a la complejidad del fenómeno del consumo de sustancias y los estímulos que pueden generar una recaída, en caso de presentarse en los periodos de seguimiento, se programaban sesiones adicionales para alcanzar de nuevo la meta de consumo. En el caso de las intervenciones dirigidas a problemas de conducta o atención a familiares también se programaron sesiones de

seguimiento y en caso de ser necesario se brindaban sesiones adicionales entre los seguimientos.

Instrumentos

Para la formulación de tratamientos se aplican diferentes instrumentos acordes con la edad y características de la persona, a continuación se describen cada uno de estos:

Entrevista Inicial: Se integra de 53 preguntas, con las cuales indaga sobre; el consumo de sustancias, disposición al cambio, situación social-familiar, situación laboral/escolar, salud física y mental y consecuencias adversas al uso de sustancias. En el caso de problemas de conducta y atención a familiares existe una variante de esta entrevista que se centra en la indagación de los factores asociados a estas problemática.

Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias ASSIST (World Health Organization, 2002; Confiabilidad 0.71): Se integra de ocho reactivos con los cuales se indagan; las sustancias que se han consumido alguna vez en la vida, los problemas asociados al consumo y el riesgo y dependencia por el consumo de sustancias en los últimos tres meses. La aplicación de este instrumento permite, por medio del riesgo obtenido (leve, moderado, alto) establecer un primer criterio para la selección del tipo de intervención más recomendable (consejo breve, intervención breve o tratamiento breve)

Cuestionario de Abuso de Drogas CAD-20 (Skinner, 1982; Confiabilidad = 0.86): Es un instrumento que mide el nivel de dependencia a sustancias médicas y no médicas, fue formulado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 20 reactivos y de

acuerdo al puntaje obtenido puede clasificarse el nivel de dependencia que presenta la persona en baja, moderada, media o severa.

Sub-escalas WAIS-IV (Wechsler, 2008; Confiabilidad = 0.90): se utilizan las sub-escalas del “Wechsler Adult Intelligence Scale”; Símbolos y dígitos y Repetición de dígitos, para obtener indicadores de afectaciones a nivel cognitivo derivadas del consumo de sustancias.

Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Confiabilidad= 0.83; Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001; Confiabilidad= 0.84): Es una herramienta útil para valorar los síntomas de ansiedad. El cuestionario lo integran 21 preguntas con escala Likert con los cuales se obtiene un nivel de ansiedad (mínima, leve, moderada o severa).

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Garbin, 1988; Confiabilidad= 0.87; Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Verónica, Varela, 1998; Confiabilidad 0.87): Es un instrumento de 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta en escala Likert, los reactivos contempla los síntomas desde una semana previa a la aplicación. Al sumar los reactivos se obtiene un nivel de depresión (mínima, leve, moderada y severa).

Marcador biológico (antidoping): Mediante los metabolitos en la orina la prueba determina el consumo de marihuana, cocaína, anfetamina y metanfetamina, benzodiazepina y opioides. El resultado que arroja es de presencia o ausencia de metabolitos relacionados con la sustancia.

Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell & Sobell, 1992; Confiabilidad = 0.91):

Es un registro sobre el consumo de sustancias de los seis meses previos al ingreso del usuario al tratamiento, en este se anota la cantidad de consumo por día obteniendo una frecuencia de consumo que ayuda a comparar el consumo antes durante y al finalizar el tratamiento.

Escala de Dependencia al Alcohol EDA (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998; Confiabilidad = 0.92): Cuestionario que consta de 25 reactivos, cinco son dicotómicos, y el resto incluye de tres o cuatro opciones de respuesta. Al sumar los reactivos se obtiene un puntaje que determina el nivel de dependencia al alcohol, clasificándola en baja, media, moderada y severa. El cuestionario tiene como fundamento los criterios de dependencia del DSM-IV.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA (Annis & Martin, 1985; Confiabilidad = 0.98): Consta de 100 reactivos en escala Likert, esta formulado para medir situaciones específicas de consumo de alcohol consideradas de alto riesgo para presentar una recaída: las dimensiones por las que está integrada son: 1) emociones desagradables, 2) malestar físico, 3) emociones agradables, 4) probando autocontrol, 5) necesidad física, 6) conflicto con otros, 7) presión social y 8) momentos agradables con otros.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional CBCS (Echeverría & Ayala, 1977): Se trata de un cuestionario de ocho reactivos que evalúa el nivel de autoeficacia para remitirse al consumo de sustancias con una escala porcentual que va de 0 a 100%. La autoconfianza se mide en: 1) emociones desagradables, 2) malestar físico, 3) emociones

agradables, 4) probando autocontrol, 5) necesidad física, 6) conflicto con otros, 7) presión social y 8) momentos agradables con otros.

Escala de Satisfacción General (Azrin, Naster & Jones, 1973; Confiabilidad= 0.76): Consta de 10 reactivos que evalúan la satisfacción en diferentes áreas de vida de las persona como: 1) consumo, 2) progreso en el trabajo, 3) manejo de dinero, 4) vida social/recreativa, 5) hábitos personales, 6) relaciones familiares, 7) relaciones de pareja, 8) vida emocional, 9) comunicación y 20) satisfacción general. La escala se contesta eligiendo un número del 1 al 10 donde 1 es completamente insatisfecho y 10 completamente satisfecho.

Inventario de Prácticas de Crianza (IPC, López, 2013 = Confiabilidad= .92): Es un cuestionario auto aplicable constituido por 40 preguntas con siete opciones de respuesta tipo Likert, que van del cero (nunca) hasta el seis (siempre). A través de un análisis factorial se agruparon en seis subescalas con una varianza explicada de 64% las cuales son: 1) castigo, 2) ganancias materiales, 3) ganancias sociales, 4) interacción social, normas y límites.

Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil (CHAMI; Morales y Vázquez, 2011): Es un cuestionario auto-aplicable que se compone de 10 viñetas de evaluación sobre las habilidades de manejo de la conducta infantil, las viñetas muestran situaciones de interacción problemática con el niño, en donde los padres deben responder de manera abierta que harían ante esa situación.

Inventario de Conducta Infantil (ICI, Morales & Martínez, 2013= Confiabilidad=.93): Es un instrumento auto-aplicable compuesto por 30 reactivos que evalúan el reporte de los padres sobre la conducta de sus hijos cada reactivo se califica con base en una escala Likert que va de 0 a 3. Se compone de 4 sub-escalas que explican el 53% de la varianza y son: 1) comportamiento opositorista desafiante, 2) agresión, 3) inatención e 4) hiperactividad.

Resultados

A continuación se presentan el análisis de datos de las personas atendidas por el investigador en el CPAHAV, se exponen los resultados por: nivel de dependencia, situaciones de riesgo de consumo, nivel de intervención, confianza situacional, y satisfacción general.

Con respecto al nivel de dependencia al alcohol, el 47% de los usuarios presentó un nivel de dependencia bajo, el 23 % dependencia moderada y el 29% dependencia severa (Figura 7).

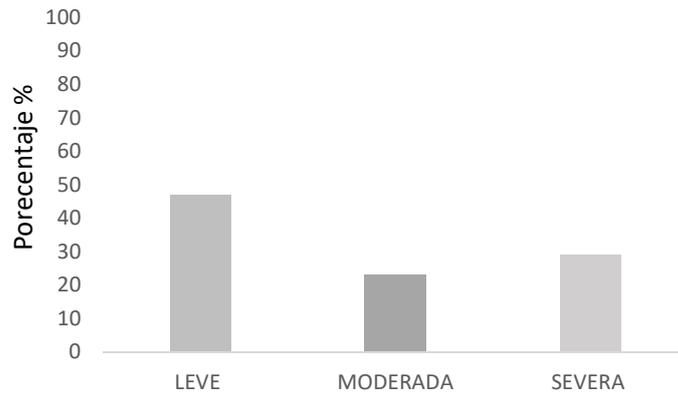


Figura 7. Nivel de dependencia del usuario

Con respecto a la Satisfacción de las personas atendidas en el CPAHAV, el promedio de Satisfacción en las diferentes áreas fue: en consumo 3.2pts, progreso en el trabajo o en la escuela 3.7pts, manejo del dinero 4.8 pts., vida social y recreativa 5.9 pts., hábitos personales 6pts., relaciones familiares 6.1pts, situación legal 8.9, vida emocional 5.6, comunicación 6.2, satisfacción en general 6.4 (ver figura 8)

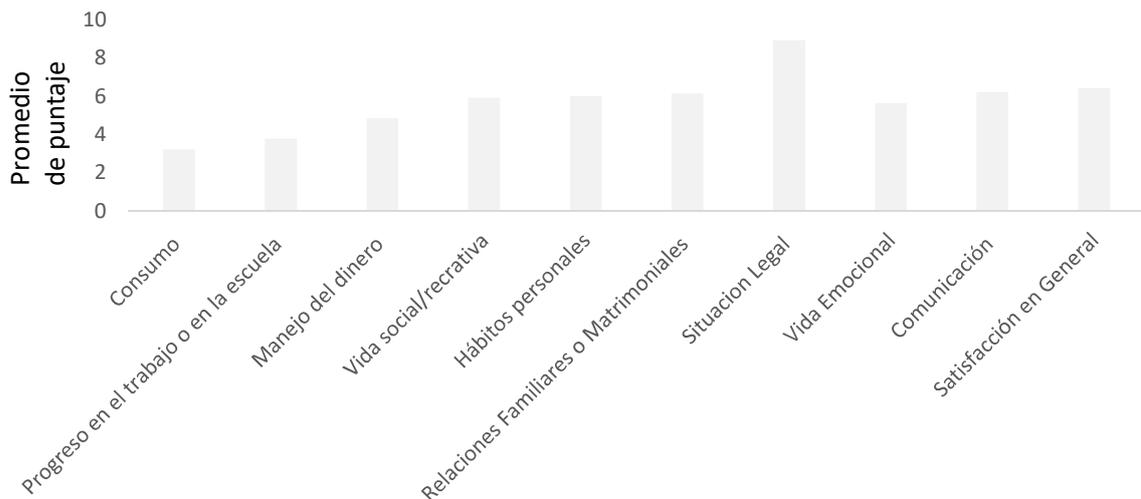


Figura 8. Satisfacción General de los participantes

En cuanto a la autoeficacia percibida para enfrentar las situaciones de consumo, los participantes presentaron los siguientes porcentajes de autoconfianza: emociones desagradables 60.4%, malestar físico 62.7%, Emociones Agradables 68.1%, Probando Autocontrol 55.4%, Necesidad Física 47.2 %, Conflictos con otros 60%, Presión Social 43.5%, Emociones Agradables 51.6% (Figura 9)

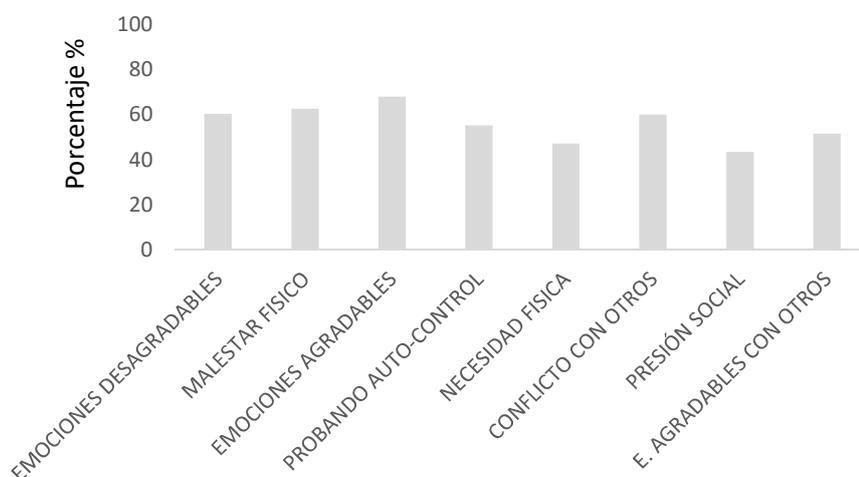


Figura 9. Promedio de autoeficacia en los participantes

En cuanto a las situaciones de riesgo que llevaron a los participantes a consumir sustancias, se obtuvieron por situación los siguientes porcentajes: emociones desagradables 50%, malestar físico 30.7%, emociones agradables 53%, probando autocontrol 37.2%, necesidad física 40.5%, conflictos con otros 18.9%, presión social 45.5%, momentos agradables con otros 41.5% (Figura 10)

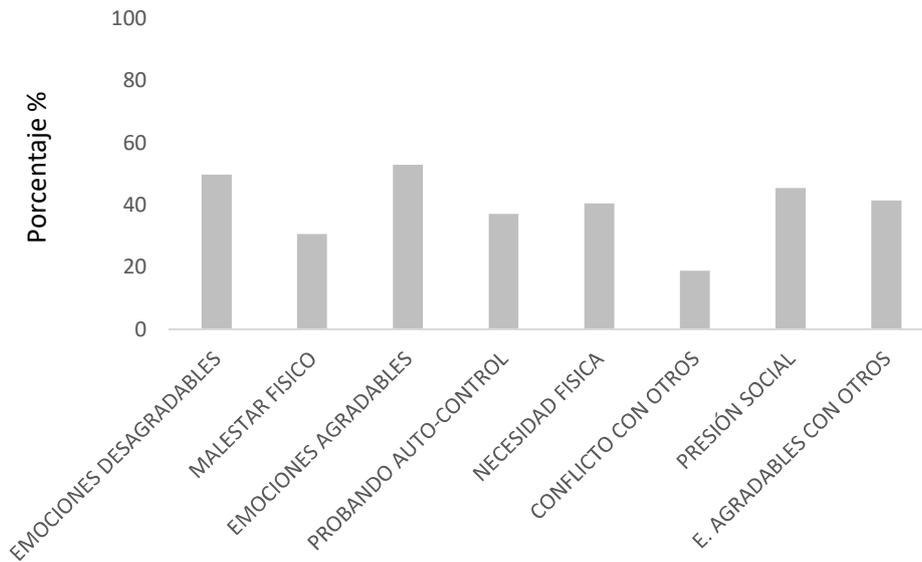


Figura 10. Promedio de situaciones de riesgo de consumo en los participantes

Con respecto a la asignación los diferentes niveles de intervención, el porcentaje por nivel fue: 26% en Consejo Breve, 70% en intervención breve y 4% en tratamiento breve (Figura 11). El porcentaje asignado a cada uno de los programas de intervención fue 30.4% para el Programa para Adolescentes en Riesgo, 8.7% a atención a familiares, 8.7% al Programa de Crianza Positiva, 8.7% a Intervención Breve Motivacional para usuarios de Marihuana, 8.7% al Programa Intervención Breve para Adolescentes que inician con el consumo de sustancias, 4.3% al Tratamiento Breve para Usuarios que consumen Cocaína , 4.3% a la Intervención Breve para Bebedores Problema, 4.3% a la Intervención Breve Motivacional para Fumadores, 4.3% al Programa de Prevención de Recaídas y 4.3% al Programa de Satisfactores Cotidianos (Figura 12).

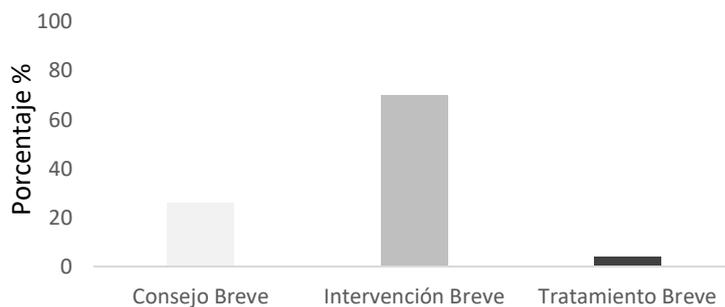


Figura 11. Nivel de Intervención de los participantes

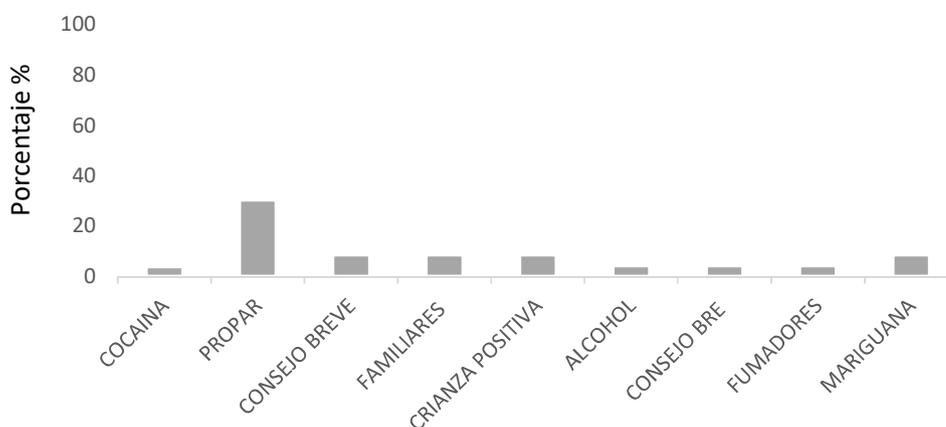


Figura 12. Programa de intervención asignado

El 56% de los participantes fueron dados de alta y el 34% de baja (Figura 13) Los participantes que fueron dados de alta se atendieron con los programas: PROPAR el 28%, Crianza Positiva el 15%, PIBA el 15%, Consejo Breve el 7%, Atención a Familiares el 7%, Alcohol el 7%, Fumadores el 7%, Marihuana el 7%, Prevención de recaídas 7% (Figura 14). Las sustancias consumidas por los participantes dados de alta fueron: alcohol con 50%, tabaco con 10%, marihuana con 30% y cocaína con 10% (Figura 15).

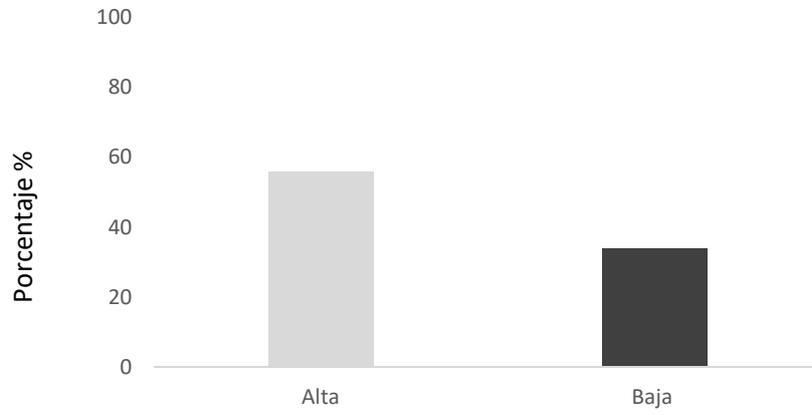


Figura 13. Estatus de los participantes

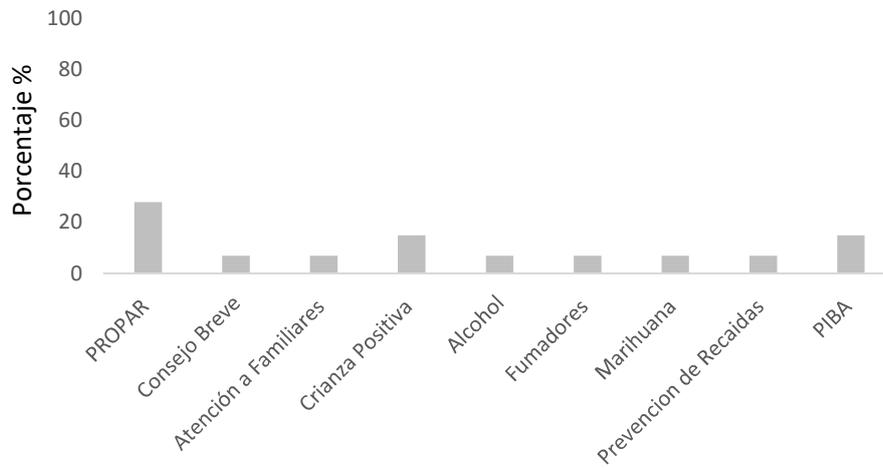


Figura 14. Programa de Intervención de los participantes dados de alta

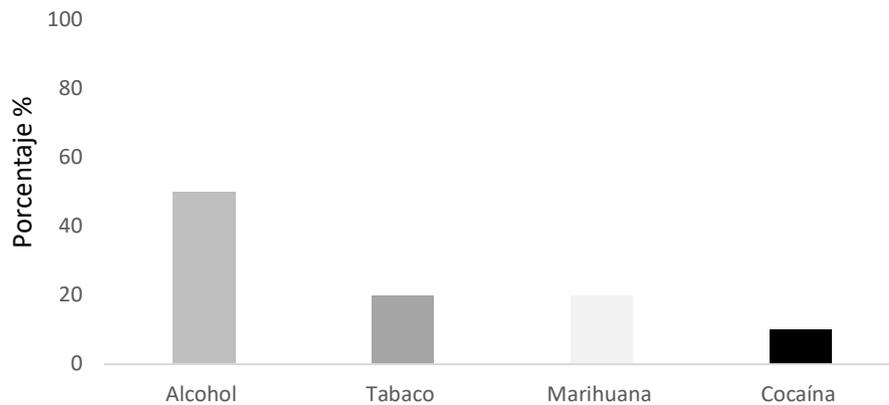


Figura 15. Sustancia consumida por los participantes dados de alta

De los participantes dados de baja, 30% fueron del Programa para Adolescentes en Riesgo, 20% de Consejo Breve, 10% del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, 10% atención a familiares, 10% de Prevención de Recaídas y 10% Programa de Satisfactores Cotidianos (Figura 16). Las sustancias consumidas por los participantes que fueron dados de baja fueron: 50% de Alcohol, 20% de Tabaco, 20% de Marihuana, 10% de Cocaína (Figura 17).

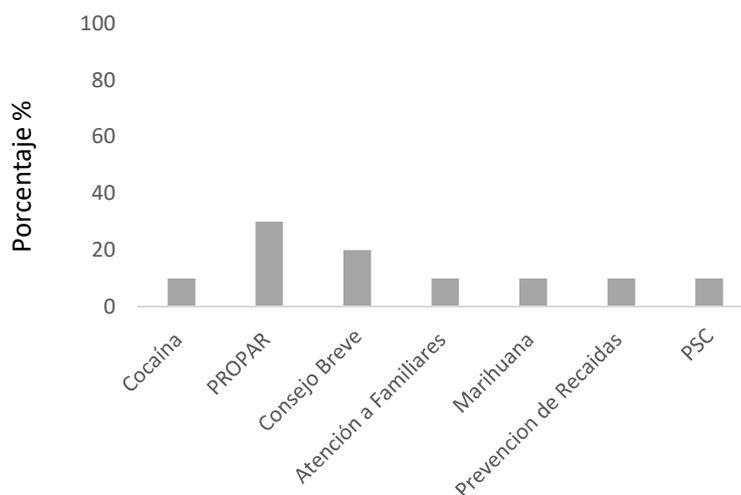


Figura 16. Programas de Intervención de los participantes dados de baja

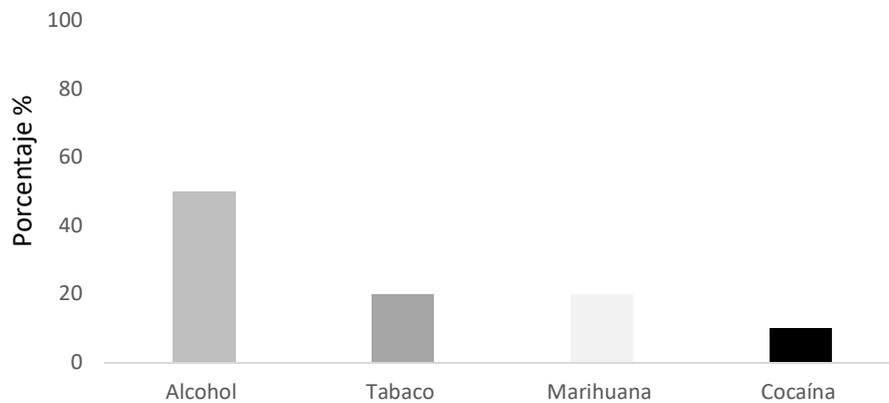


Figura 17. Sustancia consumida por los participantes dados de baja

Discusión y conclusiones generales

El CPHAV ofrece programas preventivos en sus tres niveles; universal, preventiva e indicada, las problemáticas que se atendieron fueron: problemas de conducta en niños y adolescentes, atención a familiares de personas consumidores de sustancias y a personas con consumo de alguna sustancia psicoactiva. Los tratamientos utilizados están formulados bajo el enfoque cognitivo conductual y cuentan con evidencia empírica de su efectividad.

El mayor porcentaje de atención se brindó a hombres, lo cual es congruente con lo observado a nivel global (ONUDC, 2019; OEA; 2019), ya que son los que presentan más problemas como consecuencia del consumo de sustancias. La edad de las personas que solicitaron atención en el centro fue variable, se atendieron casos de participantes de 6 años de edad, con la demanda de intervención por problemas de conducta por parte de sus padres. La edad mínima registrada por consumo de sustancias en los participantes atendidos

fue de 14 años, las sustancias reportadas con mayor frecuencia de consumo fueron: alcohol, marihuana y tabaco. El alcohol y el tabaco son las sustancias legales con mayor disponibilidad; llama la atención que la marihuana ocupó el segundo lugar de consumo desplazando al tabaco, si bien la población atendida no es una muestra representativa se observa una diferencia de consumo entre la marihuana y el tabaco de 10%, lo que en principio indicaría una mayor aceptación de su consumo, lo anterior es congruente con lo observado a nivel mundial, siendo la marihuana la droga ilegal más usada (ONUDD, 2019).

La media de edad de inicio de consumo de sustancias en los participantes fue de 19 años, esto implica una diferencia de 1.4 años con respecto a lo reportado en la ENCODAT (2016) que es de 17.8 años. Es importante tomar en cuenta la edad de inicio de consumo en la población, ya que entre más joven se consumen las drogas mayor probabilidad se tiene de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, debido a que el desarrollo neurológico en el cerebro durante la adolescencia continúa progresando.

El consumo de sustancias compulsivo en la adolescencia puede alterar la corteza prefrontal encargada de inhibir las emociones e impulsos, en consecuencia se desarrolla con mayor facilidad la dependencia, además la plasticidad que es mayor en esta etapa contribuye a que el cerebro adolescente aprenda con mayor rapidez la asociación entre el consumo y las consecuencias placenteras, esto hace que los adolescentes sean más vulnerables de pasar del uso controlado de las sustancias al consumo compulsivo y desarrollen una adicción que puede ser ; más severa, con una duración mayor y combinarse con el uso de otras sustancias que hacen sea más difícil de tratar en comparación con un adulto (NIDA, 2013). Por lo anterior es fundamental la aplicación de

programas que impidan el establecimiento del trastorno por consumo de sustancias en los adolescentes.

La mayor parte de los participantes atendidos fueron solteros y la escolaridad promedio fue de secundaria. Es importante tomar en cuenta el nivel escolar de las personas, esto permite manejar un lenguaje conveniente, ya que utilizar tecnicismos y un lenguaje no acorde a la escolaridad puede reducir la probabilidad de éxito de los tratamientos, por lo que resulta importante adaptar el contenido de los programas a la escolaridad que presentan las personas que solicitan tratamiento.

Los programas ofrecidos en el CPAHAV han sido formulados para responder a los diferentes niveles de dependencia, el nivel de dependencia identificado en la mayoría de los participantes fue leve, seguido de una dependencia severa y en menor medida dependencia moderada. Los programas ofrecidos por el centro han sido formulados para responder a los diferentes niveles de dependencia; frente a un nivel de dependencia leve se brindó un consejo breve e intervenciones breves; para dependencias moderadas se emplean las intervenciones breves con algún componente adicional que ayude a alcanzar las metas de tratamiento, en los casos de dependencia severa se cuenta con el Programa de Satisfactores Cotidianos, sin embargo frente a dependencias severas, es importante considerar coadyuvar la intervención con otros tratamientos principalmente farmacológicos que pueden incrementar el éxito de la intervención. Con estos programas de intervención el centro da respuesta a las necesidades que la población le demanda.

Al analizar la satisfacción general de las personas al iniciar el tratamiento, se registraron niveles bajos de satisfacción en tres áreas: 1) el consumo, 2) progreso en el trabajo o en la escuela y 3) manejo del dinero. Obtener estos resultados por parte del usuario implica el reconocimiento de consecuencias negativas derivadas del consumo, lo cual nos lleva a afirmar que los usuarios al solicitar atención se presentan en la etapa de cambio de “determinación”, esto es importante para los profesionales de la salud quienes necesitan conocer e identificar las etapas de cambio para promover los procesos de cambio y logren hacer que las personas avancen a las etapas de acción y mantenimiento. No todos los participantes se presentaron en el estadio determinación, en el caso de los adolescentes atendidos se observaron en la etapa de precontemplación, lo que supuso un reto para generar los procesos de autoconcientización, autorrevaluación y reevaluación ambiental, que permitiera hacerlos pasar de las etapas de determinación, acción y mantenimiento. Promover estos procesos se logró mediante estrategias claramente definidas, en el caso de la autoconcientización se formularon componentes psicoeducativos con información clara y objetiva sobre los efectos del consumo de drogas, la cual se leyó junto con los adolescentes en sesión, al terminar la lectura se les pidió identificaran la información que no conocía, permitiendo ampliar el espectro de conocimiento que tenían, logrando disminuir la ambivalencia y orientar su comportamiento para que dejara de consumir. Para promover la autorrevaluación, primero se indagó sobre el impacto que el consumo había tenido con los valores que le eran importantes (convivencia familiar, amigos, escuela), posteriormente se pidió que identificara que aspectos mejorarían si dejara de consumir la sustancia. Finalmente, la reevaluación ambiental se suscitó de manera similar a la autorrevaluación, se le pedía a la persona valorar el estado actual de sus relaciones

interpersonales (padre, madre, hermanos, amigos, maestros, pareja) y como cambiarían si se produjera el cese del consumo. Tomando en cuenta lo anterior haber atendido adolescentes implicó un mayor uso de habilidades para lograr generar un cambio en su conducta de consumo. Considero importante además de contar con programas de intervención específica con adolescentes como el PIBA, documentar el uso de las habilidades de comunicación que permitan establecer una mejor interacción con ellos y se puedan alcanzar las metas propuestas más fácilmente.

Las situaciones de riesgo que llevan a consumir a los participantes atendidos fueron: 1) emociones desagradables, 2) emociones agradables, 3) momentos agradables con otros y 4) presión social. Estos datos nos muestran que las personas que solicitaron atención presentaban dificultad para enfrentar estados emocionales displacenteros como: la tristeza, ansiedad o enojo, y que con el consumo buscan generar emociones agradables como: la alegría y el placer, así como también experimentar estas emociones positivas en compañía de otras personas, a su vez se observó la carencia de habilidades de rechazo de consumo cuando eran presionados por otras personas.

Las situaciones de consumo con menor reporte de confianza para enfrentarlas fueron: necesidad física y emociones agradables, lo que indicó que los participantes pueden presentar síntomas de abstinencia al suspender el consumo y que existe una búsqueda de sensaciones placenteras con otros.

Los programas de prevención indicada fueron los más empleados durante la Residencia, a estos le siguieron los programas de prevención selectiva, siendo el

entrenamiento a padres para la atención a adolescentes con problemas de conducta el más usado, seguido de la atención a familiares y problema de conductas en niños. Al aplicar los programas para cada una de las problemáticas, entendí lo importante que es contar con diferentes niveles de programas preventivos, pues no todos los participantes requirieron la misma dosis e intensidad de intervención, algunos de los participantes no se hubieran beneficiado de una intervención breve, pues presentaban un consumo experimental por lo que fue suficiente una intervención de sesión única, el caso inverso también ocurrió; cuando los participantes tenían un nivel de dependencia severo y no se beneficiarían de una intervención de corta duración.

Por lo anterior resulta importante a considerar; la dosis de intervención, que se refiere a la cantidad mínima de componentes para alcanzar la meta y a la frecuencia de la impartición de las sesiones. En muchas ocasiones se tuvo la convicción de brindar todos los componentes de un programa e incluso se añadían algunos complementarios, generando planes de tratamiento robustos, esta situación lejos de promover el alta de las personas al tratamiento generaba su deserción, esto puede explicarse de la siguiente manera; al implementar cierto número de estrategias se logra alcanzar las metas de tratamiento, sin embargo al generar un plan de tratamiento con un gran número de componentes y alcanzar las metas, generaba que los participantes dejaran de asistir y no se terminaban los planes de tratamiento planificado, estos planes no se adaptaban a avance que iba teniendo la persona, por tal motivo es importante poder reformular el tratamiento, la meta no debe ser brindar todos los componentes del programa, es mejor hacer una selección específica de los componentes por medio de los resultados de evaluación y modificarlo si es necesario ya

sea aumentando la cantidad de sesiones y su frecuencia o disminuyéndola de acuerdo al avance observado de las personas (CICAD, 2017).

Los programas con los cuales se dio de alta a los participantes fueron: PROPAR, Crianza Positiva, PIBA, Atención a Familiares, Prevención de Recaídas e Intervención breve para Alcohol, Tabaco, Marihuana. El entrenamiento a padres supuso la mayor cantidad de altas de entre todos los tratamientos brindados, lo cual puede explicarse por la estructura tan definida que tienen los programas de Crianza Positiva y PROPAR, pero además por la naturaleza de la problemática que se atienden con estos programas. A diferencia del consumo de sustancia se observó una demanda con mayor urgencia de tratamiento en los problemas de conducta, los padres se acercaban con la necesidad explícita de tratamiento siendo más receptivos a la intervención. En el caso particular de los niños la modificación de su compartimiento resultó más sencillo que en los adolescentes, ya que los patrones de interacción coercitivos o permisivos se han mantenido por un mayor periodo de tiempo con adolescentes, en consecuencia resultó más complicado lograr un cambio en las habilidades de manejo conductual en los padres que impacte en el comportamiento de sus hijos.

La sustancia con menor número de altas fue la cocaína con un 10% del total, atender a los participantes con consumo de cocaína resultó complejo ya que es una sustancia que genera efectos muy placenteros en periodos de tiempo cortos, lo que la convierte en una sustancia altamente adictiva. El tratamiento para este tipo de sustancia debe acompañarse en mucho de los casos de un tratamiento farmacológico o un periodo de internamiento que

ayude a disminuir la necesidad física de la sustancia en caso contrario las probabilidades de éxito únicamente con una intervención o tratamiento breve resultan muy bajas.

La atención en el CPAHAV es estructurada y secuenciada, al inicio del tratamiento existe una evaluación del patrón de consumo de drogas, en esta es importante identificar la sustancia problema, la cantidad y frecuencia de consumo, el nivel de dependencia y las situaciones precipitadores. Posteriormente en todas las intervenciones para sustancias psicoactivas se realiza un Balance Decisional donde se identifican las ventajas y las desventajas de consumir pero también de dejar de consumir. Después se le enseña a la persona a identificar las señales que llevan al consumo así como sus consecuencias mediante el Análisis Funcional, al lograr la identificación de las señales que llevan a consumir a las personas se generan estrategias, fundamentadas en el control de estímulos y en el reforzamiento diferencial de conductas alternativas que permiten la realización de otras actividades placenteras que compitan con el consumo de sustancias. Al finalizar el tratamiento se aplica una postevaluación para rectificar los cambios y se programan citas de seguimiento al mes, tres y seis meses después de haber concluido el tratamiento. De forma general esta es la estructura base de los programas de intervención breve para adicciones; de acuerdo a cada caso particular pueden emplearse algunos otros componentes como: manejo del deseo, control de las emociones, muestra de abstinencia entre otras, los cuales deben seleccionarse con base en los resultados de evaluación.

Uno de los procedimientos más importantes aprendido y empleado en todos los programas fue el Análisis Funcional de la Conducta (AFC). El AFC ayudó a la identificación de las relaciones funcionales entre los eventos, la conducta y sus

consecuencias, al aplicar este procedimiento puede entenderse cómo se mantiene el comportamiento y se obtienen elementos para planificar la intervención. En la problemática del consumo de sustancias a través del AFC pueden identificarse las consecuencias que mantienen el consumo ya sea por reforzamiento positivo (sabor placentero del alcohol, bienestar subjetivo, sentirse más seguro, acceso a nuevos contextos, más energía) como por reforzamiento negativo (olvidarse de los problemas, reducir niveles de ansiedad y evitar emociones negativas). El AFC es útil también para generar un ambiente reforzante a través del análisis de la obtención de actividades placenteras que no se relacionan con el consumo de sustancias.

Enseñar habilidades de manejo conductual ayuda a la reducción de diversas conductas disruptivas y no deseadas entre ellas el consumo de sustancias, el Programa de Crianza Positiva y PROPAR se enfocan en la enseñanza de estas habilidades. Las habilidades más útiles que observe para el manejo conductual fueron: la técnica de ignorar comportamiento inadecuado, con la que se enseña a los padres a no responder o prestar atención a la conducta problema, es particularmente útil frente a conductas problemas como: decir groserías o contestar a una instrucción, cuando esto ocurre el padre comienza a repetir las instrucciones o a pedirle reiteradamente que deje de ofenderlo, lo cual genera una escalada de emociones y una confrontación directa entre el adolescente o niño y sus padres, que puede incluso llegar a la agresión física, al ignorar la conducta no deseada ésta comienza a reducir. La técnica de ignorar es sin duda una habilidad necesaria para el manejo de la conducta en niños y adolescentes ya que produce la extinción de las conductas problema, sin embargo a la par del uso de esta habilidad es fundamental que el padre comience a elogiar las conductas deseadas (reforzamiento positivos), para aumentar la probabilidad de

que estas se repitan. Con la experiencia obtenida en la atención de problemas de conducta observe que los padres prestan demasiada atención a las conductas problemas y no refuerzan la conducta deseada, al actuar así sin querer los padres aumentan la conducta no deseada por medio de la atención y extinguen la conducta deseada. Una habilidad clave con los adolescentes además de las anteriores es establecer negociaciones, generalmente los padres no hablan con los adolescentes y menos establecen acuerdos, cuando llegan a hacerlo son los adolescentes los que guían la negociación causando que los padres acceden a las peticiones otorgando consecuencias positivas que no son proporcionales o no están relacionadas con la conducta negociada (comprar un celular por acudir a la escuela, acudir al cine por lavar los trastes), al enseñar a los padres a dirigir la negociación logran establecer consecuencias consensuadas relacionadas y proporcionales a la conducta.

La identificación de riesgos, generación de planes de acción y establecimiento de metas son procedimientos útiles que permiten alcanzar las metas propuestas por las personas. Al identificar los riesgos mediante el Análisis Funcional de la Conducta pueden generarse planes que ayuden a la persona a impedir el consumo de las sustancias ya sea por medio de la evitación o el enfrentamiento de situaciones de riesgo. Al inicio de la intervención se utiliza más la evitación de las situaciones de riesgo, la persona evita asistir a reuniones en donde antes consumía, pero conforme avanza el tratamiento es indispensable llevar a la persona a enfrentar reuniones, eventos y personas que lo llevan a consumir, por lo que es importante generar planes de acción para enfrentar estas situaciones. Las habilidades de rechazo de consumo de sustancias les ayudan a enfrentar la presión que otras personas pueden ejercer hacia ellos, se le recomienda a los usuarios pensar en todas las posibles alternativas que tienen para rechazar el consumo, se selecciona la más viable, aquella que

tenga más ventajas que desventajas, para después evaluar su efectividad y si es necesario cambiarla o añadir aspectos que la hagan más efectiva. Otro de los pasos que resultan muy importantes en la intervención es el establecimiento de metas, para llevarlo a cabo es vital la participación de los usuarios, serán ellos los que decidan la meta de su consumo, si es el terapeuta quien la decide puede generarse la resistencia que puede observarse incumpliendo la reducción o abstinencia, por lo cual es fundamental únicamente guiar a las personas al establecimiento de éstas.

Implementar el conocimiento teórico resultó fundamental en el desarrollo de habilidades y competencias para la atención clínica de personas con consumo de sustancias, esto solo puede lograrse a través de Centros de formación como el CPAHAV. Existen algunos aspectos que son fundamentales y solo pueden adquirirse por medio del trabajo en una clínica como: la atención a personas con consumo, la integración de un expediente, la supervisión de casos que permite la retroalimentación de los conocimientos y habilidades terapéuticas y el modelamiento realizado por compañeros con mayor experiencia. Realizar prácticas en este escenario me permitió desarrollar mis competencias profesionales y mi compromiso ético al aplicar programas basados en evidencia que ayudan disminuir el consumo de sustancias.

Capítulo 7 Programa de Prevención de Recaídas: Tratamiento Breve para un usuario con Abuso de Alcohol y Anfetaminas

El Programa de Prevención de Recaídas (PPR) se diseñó para el tratamiento de personas que consumen sustancias, han logrado alcanzar la abstinencia y desean mantenerla también puede brindarse a personas que siguen consumiendo y quieren dejar de hacerlo. El programa enseña a las personas que consumen sustancias a anticipar y enfrentar situaciones que puedan llevarlos a consumir, habilitando estrategias cognitivas y de autocontrol que les permitan evitar recaídas e incrementar la etapa de mantenimiento por medio de la identificación del contexto o variables que anteceden a una recaída, si ya ha ocurrido entonces es importante ayudar a recuperar la abstinencia antes de que se restablezca el patrón de consumo que se tenía (Marlatt & Gordon, 1985).

El PPR tiene como uno de sus fundamentos la teoría del aprendizaje social, el consumo de sustancias es un mal “mal hábito ” que ha sido sobreaprendido pero es susceptible de ser modificado como cualquier otro hábito, que puede generar algún perjuicio. El consumo de sustancias como hábito mal adaptativo es usualmente seguido por una gratificación inmediata ya sea una sensación de placer o una disminución de la tensión, en muchas ocasiones cuando las personas consumen sustancias lo hacen para evitar situaciones aversivas del medio ambiente (ansiedad social) convirtiendo el consumo en un mecanismo de enfrentamiento mal adaptativo (Marlatt & Gordon, 1985)

El término recaída se refiere a presentar de nuevo el consumo de una sustancia cuando se había alcanzado la abstinencia, es un retroceso en el intento de una persona por mantener el cambio de cualquier conducta meta en este caso la abstinencia y es esperada (Prochaska & Diclemente, 1982). Al presentarse una recaída se recomienda realizar un análisis que permita conocer la situación que antecedió al consumo y poder utilizar la recaída como una oportunidad nueva de aprendizaje, que permita a la persona mantenerse en abstinencia al encontrarse en un situación similar y dejando de lado la conceptualización negativa por haber consumido de nuevo la sustancia. De acuerdo con Marlatt y Gordon (1985) las recaídas son más frecuentes en los tres meses posteriores al término del tratamiento, por esta razón es importante contar con un programa que permita la recuperación ante un consumo no previsto mediante habilidades que incrementen la autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo

Es importante tener en cuenta que después de un periodo de abstinencia, las respuestas cognitivas y afectivas ejercerán una influencia significativa que determinarán si se restablecerá al patrón de conducta anterior, un consumo después de un periodo de abstinencia no implica necesariamente el retorno a patrones de consumo previos. Para anticipar la probabilidad de recaída debemos identificar la sensación de control percibida ante diferentes situaciones, cuando la persona no tiene consumo posee una sensación de control, pero frente una situación de riesgo, su confianza puede disminuir incrementando el riesgo potencial de recaída (Barragán, Flores, Ramírez, Ramírez, 2001)

Al respecto de las situaciones que pueden generar recaídas Cummings, Gordon y Marlatt (1980) identificaron que el 70% de las recaídas en usuarios que consumen

sustancias se explican por estados emocionales negativos con un 35%, conflictos interpersonales con un 15% y presión social con 20%. Annis y Martin (1985) identificaron situaciones de alto riesgo que son facilitadoras del comportamiento adictivo y alertan a las personas de problemas potenciales son: 1) emociones desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando autocontrol, 5) Necesidad Física y Tentación, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social, 8) Momentos agradables con Otros.

Frente a las situaciones de riesgo antes planteadas la persona puede utilizar estrategias efectivas que aumenten su autoconfianza y disminuyan la posibilidad de una recaída o respuestas inefectivas que decrementen su autoconfianza y maximicen la posibilidad de recaer. Las estrategias efectivas son un conjunto de habilidades que permiten el enfrentamiento ante situaciones de riesgo que evitan la reaparición de la conducta adictiva (Marlatt & Grodon, 1985).

El Programa de Prevención de Recaídas pretende enseñar al usuario a desarrollar planes de acción generando opciones cognitivas y conductuales, ensayándolas para evitar o enfrentar cada situación de riesgo (Marlatt & Rohsenow, 1980).

Las metas específicas del PPR son:

1. Anticipar y prevenir la ocurrencia de una recaída después de iniciado el intento de cambio de hábito
2. Ayudar a recuperarse de una caída antes de que se retome el patrón de consumo disfuncional.

3. Enseñar los factores determinantes en la recaída y la descripción general del proceso de recaída

Objetivo: Establecer la abstinencia del consumo de alcohol y cristal del participante, por medio del aumento en la ejecución de conductas alternativas al consumo promovidas mediante el entrenamiento en habilidades e impacten en la obtención de reforzadores positivos en el área social, familiar, emocional y laboral del usuario.

Método

Participante: persona masculina de 18 años de edad, soltero mencionó vivir con sus padres y hermana en una residencia propia. Su motivo de consulta al CPAHAV fue por consumo de alcohol y cristal.

Consumo de sustancias: La persona refirió consumir alcohol y cristal, el inicio del consumo de alcohol lo inició a los 17 años y el del cristal a los 18 años, negó el consumo de otras drogas. La cantidad de consumida de alcohol por ocasión fue de hasta 12 tragos estándar y de cristal 1 llave (.5g) medida utilizada para indicar una dosis. El consumo excesivo de alcohol y cristal inició en octubre de 2016 y se extendió hasta diciembre del mismo año, el consumo de cristal siempre fue antecedido por el consumo de alcohol, solo en una ocasión lo consumió sin alcohol. El consumo de ambas sustancias le generó consecuencias negativas; bajo rendimiento escolar, problemas con sus padres y tristeza, al llegar a su primera cita en el CAPAHAV en enero de 2017 refirió haber alcanzado un mes de abstinencia por propia cuenta, sus motivos principales para dejar de consumir fueron; el

daño físico que le estaba ocasionando (palpitaciones, dificultades para dormir y desgaste físico); las bajas calificaciones escolares; y problemas con sus padres.

Consecuencias negativas por el consumo de sustancias

A continuación se muestran las principales alteraciones que describió la persona derivadas del consumo de alcohol y cristal.

Tabla 1. Consecuencias por consumo de alcohol y cristal

Tipo de Alteraciones	Consecuencias
Alteraciones Físicas	Palpitaciones en el corazón, acidez estomacal, y pérdida de apetito.
Alteraciones del SNC	Alucinaciones auditivas, insomnio, lagunas mentales y temblor.
Alteraciones cognitivas	Problemas de atención, concentración y toma de decisiones.
Alteraciones emocionales:	Culpa, depresión, desesperación, pensamientos suicidas, inseguridad e irritabilidad cambios drásticos del estado de ánimo y temor.
Alteraciones interpersonales:	Aislamiento, pérdida de confianza por parte de sus padres, pérdida de amigos, problemas en su comunicación, ruptura de relaciones de pareja y quedarse fuera de casa.
Alteraciones de la conducta	Riñas, peleas, gritos, lesiones e insultos.
Alteraciones escolares:	Reprobar el año escolar, reprobar materias, inasistencias y retardos.
Alteraciones económicas:	Gasto excesivo en la compra de las sustancias

Nota: se describen las alteraciones generadas por el consumo de alcohol y cristal reportadas por el participante.

Situación Académica: el usuario mencionó encontrarse cursando el bachillerato, pero debido a su consumo había dejado de asistir 3 meses a la escuela y debía 5 materias. Antes de iniciar el consumo de alcohol y cristal consideraba su desempeño escolar como bueno, su promedio según refirió era de 8.0 y aspiraba a entrar a la universidad.

Situación económica: al inició el tratamiento dependía de sus padres y no tenía trabajo, sus padres le solicitaron aportar económicamente debido a que había dejado la escuela. Al preguntar sobre los ingresos económicos familiares refirió que eran menores a \$ 2699.00

Situación Social/recreativa: debido a las consecuencias negativas del consumo el participante comenzó a aislarse lo que le llevo a dejar la escuela por 2 meses, la convivencia con sus amigos disminuyó considerablemente. Al presentarse al tratamiento refirió no realizar, actividades recreativas. Su ambiente familiar lo describió tenso, sus padres están enojados por su; consumo, gasto excesivo, reprobación de materia y por sus inasistencias escolares.

Situación emocional: fue el área con mayor número de síntomas asociados, se identificaron síntomas de depresión; “no quiero levantarme”, “no tengo ganas de realizar actividades”, prefiere permanecer acostado, sentimientos de culpabilidad, tristeza, desmotivación y pensamientos de atentar contra su vida.

Relación de pareja: mencionó tener el apoyo de su pareja, al cual le platicaba las discusiones con sus padres y le ánimo a que pudiera acudir a tratamiento psicológico. Sin embargo también le expresaba su molestia al verlo consumir alcohol y cristal, generando discusiones y molestias entre ellos.

Procedimiento

Se utilizó un diseño de caso único (n=1), se realizó una evaluación al usuario antes del iniciar el tratamiento, al finalizar y un mes después de finalizar la intervención.

Sesión 1 Admisión: El objetivo de esta sesión fue indagar el motivo de consulta y los factores asociados para determinar el tipo de intervención más adecuada para él. La duración de la sesión fue de aproximadamente 2hrs. Los datos obtenidos de la admisión se narran a continuación:

Participante masculino de 18 años de edad, se presentó en regulares condiciones de higiene y aliño (playera sin mangas y pantalón de mezclilla sucio). Se estableció rapport con el objetivo de generar un clima de confianza, después se inició con la aplicación de; la Entrevista Inicial, el ASSIST, la ESG, CAD-20, a través de los cuales se obtuvo información sobre su consumo progresivo de alcohol y cristal el cual inició hace 3 meses, y de las consecuencias negativas debido a su consumo. Al presentarse al tratamiento mencionó una abstinencia de consumo de un mes a ambas sustancias. Debido a la descripción de su estado de ánimo el cual era bajo y con síntomas de depresión, se aplicaron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck obteniendo puntajes severos y moderados respectivamente; él refirió que se sentía triste por no recibir apoyo y comprensión de parte de sus padres al confesarles su orientación sexual, se le expresó empatía por dicha situación y se procedió a realizar la referencia al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” para una evaluación Psiquiátrica. Se brindó retroalimentación sobre sus síntomas de tristeza y se le indicó la importancia de poder

contar con una evaluación complementaria que permitiría tomar las medidas pertinentes para una mejor evolución de su situación afectiva. Al finalizar la sesión se realizó la prueba de marcador biológico, no se encontraron metabolitos de metanfetaminas en orina lo que respalda la abstinencia mencionada. En esta primera sesión se consideró que la etapa de cambio que presentaba era de acción, esto por la puesta en marcha de estrategias que le permitieron mantenerse en abstinencia.

Sesión 2 Evaluación: La duración aproximada fue de 1:30hrs. Al iniciar la sesión se estableció rapport y se indagó sobre su semana, refirió sentirse triste y no haber consumido, Se continuó con la aplicación de los instrumentos: CBCS, LIBARE, Subescala de Símbolos y dígitos y repetición de dígitos del WAIS, e ISCA se decidió la aplicación de este inventario debido a que el alcohol antecedió el consumo de cristal y solo en una ocasión consumió cristal sin alcohol. Se indagó sobre la referencia a la evaluación psiquiátrica, mencionó haber sacado una cita y estaba a la espera del día de su evaluación, se le reconoció su interés en el cuidado de su salud mental, recalando los aspectos positivos que tendría al acudir como regular su estado emocional. Al finalizar la sesión se explicó el llenado del autoregistro y se pidió que anotará si presentaba consumo.

Análisis de Resultados: con base en los resultados obtenidos se elaboró un plan de tratamiento y se eligió el Programa de Prevención de Recaídas como el idóneo, justificando su utilización; en la abstinencia alcanzada con sus propias estrategias desde hace un mes. El programa de Prevención de Recaídas se integra de 11 componentes, pero se decidió brindar únicamente los siguientes componentes: 1) Análisis Funcional de la conducta, 2) Muestra de Abstinencia, 3) Emociones Desagradables, además aunque en el

PPR no se brinda el componente 4) Metas de vida se decidió incorporarlo, 5) Conflicto con otros y 6) sesiones de seguimiento. La fundamentación a reducir el número de componentes del programa fue que las situaciones de riesgo de consumo se generaban específicamente por emociones desagradables y conflictos con otros; de forma explícita mencionó que no haber recibido apoyo de sus padres al confesarles su orientación sexual, le produjo tristeza misma que enfrentaba consumiendo alcohol y cristal siendo las emociones desagradables las situación de riesgo que con más frecuencia le llevaba a consumir. El consumo también era producido en menor frecuencia por situaciones como: la presión social, probando autocontrol, necesidad física, momentos y emociones agradables.

Sesión 3 Entrega de Resultados: Tuvo como objetivo brindar retroalimentación sobre la evaluación realizada y mostrar el plan de tratamiento formulado para la intervención. En esta sesión el usuario se presentó puntual, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Refirió que en la semana decidió salirse de la casa de sus padres e irse a vivir con sus abuelos, no asistió a la escuela por 3 días, se mantuvo sin consumo y refirió la presencia de ideas suicidas. Se realizó un Análisis Funcional y una Libare de la frecuencia de los pensamientos suicidas, se retroalimentó el Análisis Funcional tomando en cuenta la conducta que estaba realizando al tener las ideas suicidas, se identificó que al presentar estos pensamientos se mantenía sentado, lo cual centraba su concentración en esos pensamientos, posterior a la retroalimentación se brindó el componente Emociones Desagradables con el cual se explicó que las emociones negativas (tristeza, frustración, enojo) pueden precipitar el consumo. El Análisis Funcional ayudó a identificar que a los pensamientos suicidas le antecedían otros pensamientos que detonaban una baja autoeficacia y le producían mucho ansiedad ejemplos de estos pensamientos son: “no voy a

poder realizar las cosas”, “debo de ser el mejor” los cuales se volvían repetitivos y desencadenaban los pensamientos suicidas, para disminuir la frecuencia de estos pensamientos se realizó una reestructuración cognitiva orientada a la identificación de logros. Se le guío a que reconociera situaciones en donde pudo realizar actividades exitosamente, tomando en cuenta esos logros, además se generaron auto-instrucciones que fueran incompatibles con los pensamientos de baja autoeficacia como: “tranquilo”, “calma” y “relájate” también al reconocer aspectos positivos se generaron pensamientos más neutrales que podría evocar “he logrado otras cosas puedo salir adelante” y “puedo mejorar poco a poco, no necesito ser el mejor ahora”. Antes de finalizar la sesión se brindó retroalimentación sobre la evaluación realizada explicando que los niveles altos de ansiedad y depresión pueden ser consecuencia de su consumo de alcohol y cristal. Al finalizar la sesión se dio el autoregistro y se estableció la meta de no consumir alcohol y cristal.

Sesión 4-5 Análisis Funcional del Consumo. La primera sesión se inició indagando sobre su consumo y refirió no haber consumido, al observar al registro de pensamientos suicidas y de tristeza se identifican dos días con estos pensamientos, ante los cuales puso en práctica las habilidades de autoinstrucciones y el cambio de pensamientos. Se le reconoció el uso de las habilidades y se retroalimentó que la puesta en práctica, si bien no eliminó por completo los pensamientos le ayudó a reducir su duración. Mediante el autoregistro también se identificó la realización de actividades lúdicas en la semana observando que estas eran nulas. Al terminar la revisión del autorregistro se procedió a brindar el componente del Análisis Funcional, este componente se brindó en dos sesiones; en la primera sesión se explicó cómo realizar un Análisis Funcional del Consumo y su

utilidad en la identificación de situaciones que pudieran llevarlo a consumir, se revisaron los conceptos: contexto, conducta y consecuencia, se realizó un ejercicio para identificar los contextos que le llevaban a consumir alcohol y cristal y se reconocieron las consecuencias negativas su consumo. Antes de terminar la sesión se habló sobre las actividades lúdicas y su importancia en la vida diaria para manejar el estado de ánimo, al tener este tipo de actividades es más fácil manejar los pensamientos y la tristeza por lo que se le guío a planear estas actividades en la semana y propuso ir a ver a su abuelo y salir con amigos que no consumían. Al final de la sesión se entregó el auto-registro, se estableció la meta de no consumo y se le reconocieron los avances que había tenido; usar habilidades para el manejo de pensamiento suicidas, su asistencia y la abstinencia al consumo.

Al inicio de la segunda sesión del componente Análisis Funcional de la Conducta se indagó sobre su semana, refirió no haber consumido, aplicó las habilidades de cambio de pensamiento, auto-instrucciones y pudo acudir con su abuelo, salió con un amigo y con su tía, no refirió haber tenido pensamientos suicidas ni tristeza. En la sesión se realizó un Análisis Funcional de una conducta que le genera una sensación de bienestar, se tomó como ejemplo las actividades realizadas en la semana que le hicieron sentir bien, además se le retroalimentó que el uso de las estrategias de cambio de pensamientos y reestructuración cognitiva mejora su estado de ánimo, se reconoció su avance y se generaron planes de acción para la siguiente semana: salir con amigos e ir a un museo.

Sesión 6 Muestra de Abstinencia: Al inicio de la sesión se revisó el auto-registro, se mantuvo sin consumir sustancias, se observaron 2 días con tristeza mínima, no presentó

ideas suicidas, reportó haber acudido al museo y salir con sus amigos. Se indagó sobre el tratamiento psiquiátrico, mencionó que tenía tres semanas tomando fluoxetina, el médico se la indicó por dos meses. Se brindó psicoeducación sobre la acción del antidepresivo y como el efecto antidepresivo podría aparecer en las primeras dos semanas y hasta a un mes después, después se revisó el componente muestra de abstinencia, al iniciar se reconocieron las ganancias de no consumir que ha tenido hasta el momento como: mejorar su estado de ánimo, retomar sus materias, convivir mejor con sus amigos, realizar actividades lúdicas. Se le explicó que permanecer un tiempo mayor en abstinencia de consumo de alcohol y cristal le traería más beneficios como alcanzar las metas que se propusiera y mejorar su estado de ánimo, él decidió firmar la meta de abstinencia por 120 días y abstenerse del consumo de alcohol y de cristal. Se reforzó su avance y se citó para la siguiente semana.

Sesión 7 Emociones desagradables: Al inicio de la sesión se revisó el auto-registro se observó que dos días presentó tristeza intensa y pensamientos suicidas a pesar de eso no hubo consumo de sustancias. Al indagar la situación que lo hizo sentir así refirió que fue un problema con su pareja. Debido a esto se retomó el componente de emociones desagradables, se analizaron los pensamientos que le hacían sentir triste: “si no logro lo que quiero me decepciono de mí” se repasó el uso de auto-instrucciones y el cambio de pensamientos, además se le explicó que realizar actividades también le permite experimentar nuevos pensamientos. Se retomó el registro de la semana anterior y se mostró como experimentó menos emociones desagradables coincidiendo con la realización de otras actividades. Se realizó una reestructuración del pensamiento generando ideas más neutrales y que no propiciaran emociones desagradables “si no logró lo que quiero puedo seguir

intentándolo”, se reforzó la reestructuración y se le retroalimentó diciéndole que los acontecimientos no siempre dependen de nosotros. Al final se generaron planes de acción ante emociones desagradables, utilizando auto-instrucciones, reestructuración cognitiva e incorporando actividades lúdicas a realizar en su semana.

Sesión 8-9 Metas de Vida: la primera sesión del componente de metas de vida como en las sesiones anteriores se revisó el auto-registro, observando tres días con tristeza la cual logro manejarla al realizar otras actividades, no presento ideación suicida y no hubo consumo de alcohol ni de cristal. Se revisó el folleto de metas de vida aplicando la Escala de Satisfacción General, tomando en cuenta sus puntajes se decidió generar metas de vida con respecto al consumo, en la escuela, vida social y relaciones familiares. Específicamente decidió dejar de consumir alcohol y cristal, retomar las materias que adeuda, y mejorar la comunicación con su familia. Posteriormente se leyó junto con él la lectura “los 12 hilos de oro” que ayudó a identificar el poco auto-reforzamiento ante las acciones que le traen un beneficio, por tal razón se modeló el auto-reforzamiento y se ensayó conductualmente con los aspectos que resultaron satisfactorios en su semana. Al finalizar la sesión se realizaron planes de acción para generar actividades que le permitieran distraerse y le ayudaran a alcanzar sus metas.

Al inicio de la segunda sesión se revisó el auto-registro no reportó consumo de sustancia, se observan cuatro días con tristeza y con ideación de suicida. Para lograr manejar estos pensamientos utilizó la habilidades de autoinstrucciones, cambio de pensamiento y realizar otras actividades, que en esta semana fue buscar un trabajo, además se acercó a una tía a la cual le solicitó apoyo al conversar con ella expresar sus emociones

logró que disminuyeran las emociones desagradables y los pensamientos suicidas. Al terminar el análisis del autoregistro se monitorearon los avances de sus metas; con respecto al consumo de sustancias se mantuvo una semana más en abstinencia; identificó como acciones que facilitaron esta meta; mantenerse alejado de sus compañeros y al sentirse triste buscar la ayuda de una tía que le escucho y le ayudó a regular su tristeza. El segundo avance fue con relación a las materias que adeuda, decidió pasarlas en exámenes extraordinarios la acción que realizó fue buscar a sus profesores y preguntarles sobre las fechas y temas que vendrían en los extraordinarios. Pasar sus materias en extraordinarios limita el contacto con sus compañeros, disminuyendo la probabilidad del consumo de cristal. El tercer avance se relaciona con la meta laboral, la acción que realizó fue buscar un trabajo y encontró uno en una óptica. Después de escuchar las acciones realizadas para alcanzar las metas se reforzaron, se instigó el auto-reforzamiento para practicarlo con las metas alcanzadas en la semana. Se realizaron planes de acción para programar actividades lúdicas; hablar con su abuelo, salir al museo, con sus amigos y salir con su hermana. Al finalizar la sesión expresó su deseo de abordar la comunicación con su familia pues ha considerado regresar a vivir con sus padres.

Sesión 10 conflicto con otros: Al inicio de la sesión se revisó el auto-registro, no existieron pensamientos que ocasionaran sentimientos de tristeza o de suicidio, no hubo consumo de sustancias y realizó actividades como ir a trabajar y salir con su tía. En la semana le escribió a su mamá para preguntarle cómo estaba; ha considerado regresar a vivir con ella y con su padre. Pretende hablar con ellos para poder expresarle sus pensamientos y emociones, para lo cual se revisaron las habilidades de comunicación; iniciar conversaciones, saber escuchar, expresar emociones, dar y recibir reconocimiento y

hacer críticas positivas, se modelaron cada una de las habilidades y se finalizó con la ejecución de ensayos conductuales. Antes de terminar la sesión se generaron planes de acción enfocados a alcanzar sus metas, continuar con su trabajo, estudiar para sus exámenes y hablar con sus padres.

Sesión 11 Alta: Al inicio de la sesión de revisó el autoregistro observando que no presentó tristeza, ideas suicidas o consumo, en la semana realizó tres actividades lúdicas salir con sus amigos, salir con hermanos y hablar con su abuelo. Después se pidió que identificará los avances que ha conseguido hasta el momento, el usuario refirió principalmente la manera de abordar sus emociones pensamientos y acciones, especificó que las sesiones le habían ayudado a pensar mejor frente a las emociones desagradables, ahora puede analizar sus pensamientos y cambiarlos a que no le hacen sentir triste. También reconoció que puede enfrentar sus problemas, habló con sus padres y les expresó lo que siente y le molesta, reconoció la importancia de tener diferentes actividades para cambiar su estado de ánimo, por último refirió que ha realizado sus exámenes extraordinarios y continúa trabajando en la óptica. Para contar con indicadores y decidir brindar el alta al usuario, se aplicó: el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, la Escala de Satisfacción General, la Escala de Dependencia de Alcohol, el Cuestionario de Abuso de Drogas y la Escala de Satisfacción. Se observó una reducción de síntomas de ansiedad y depresión, aumento de confianza al enfrentar situaciones de riesgo, disminución de síntomas de dependencia y aumento de satisfacción en diferentes áreas de su vida. Al realizar el antidoping no existieron metabolitos positivos a metanfetamina, con los resultados obtenidos se decidió efectuar el alta. Antes de terminar la sesión se recordó la meta del cambio en el consumo, sus

estrategias y se reconocieron posibles escenarios que pudieran ocasionar una recaída y se generaron planes de acción. Finalmente se reconoció y reforzó su avance y se agendó seguimiento al mes.

Sesión 12 Seguimiento: Después de haber transcurrido un mes se tuvo la sesión de seguimiento, presentándose puntual a sesión y en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se indagó sobre lo ocurrido en el mes, refirió que siguió sin consumo de alcohol y cristal, durante este mes se negó al consumo en diferentes ocasiones, existió la oportunidad de consumir pero no lo hizo, continúa con su tratamiento farmacológico y sigue trabajando en la óptica, mencionó que le dieron un bono de puntualidad que le permitió irse de vacaciones. Se aplicaron los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, la Escala de Satisfacción General y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, no se registraron cambios en los puntajes entre la post evaluación y la evaluación de seguimiento.

Resultados

En este apartado se presentan los indicadores de evolución, antes y al finalizar la intervención

Patrón de Consumo de Alcohol

El patrón de consumo de alcohol se obtuvo al aplicar una Línea Base Retrospectiva de los últimos 6 meses, esto abarcó los meses de julio a diciembre 2016. De los días totales registrados 115 días el 62.5% permaneció en abstinencia, 69 días el 37.5% fueron de

consumo, en los cuales la cantidad total consumida fue de 130 tragos estándar, el promedio de tragos estándar por ocasión fue de 1.8. Al llegar a tratamiento el usuario contabilizó 38 días en abstinencia de consumo de alcohol y cristal, El día 197 se inició el tratamiento breve, el día 267 se efectuó el alta del usuario (Figura 18).

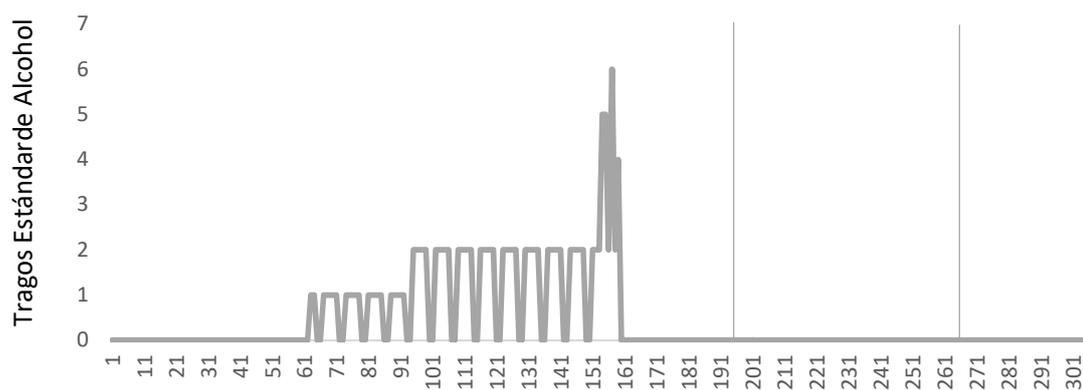


Figura 18. Cantidad de tragos estándar consumidos previo durante y al finalizar el tratamiento

Patrón de consumo de cristal

El patrón de consumo de cristal se obtuvo al aplicar una línea base retrospectiva de los últimos 6 meses, esto abarcó los meses de julio a diciembre 2016. De los días totales registrados 179 (97.3%) permaneció en abstinencia, 5 días (3.7%) fueron de consumo, en los cuales la cantidad total consumida fue de 2.2 gramos de cristal, el promedio de gramos por ocasión fue de .5 gramos. Al llegar a tratamiento el usuario contabilizó 38 días en abstinencia de consumo de alcohol y cristal, El día 197 se inició el tratamiento breve, el día 267 se efectuó el alta del usuario (Figura 19).

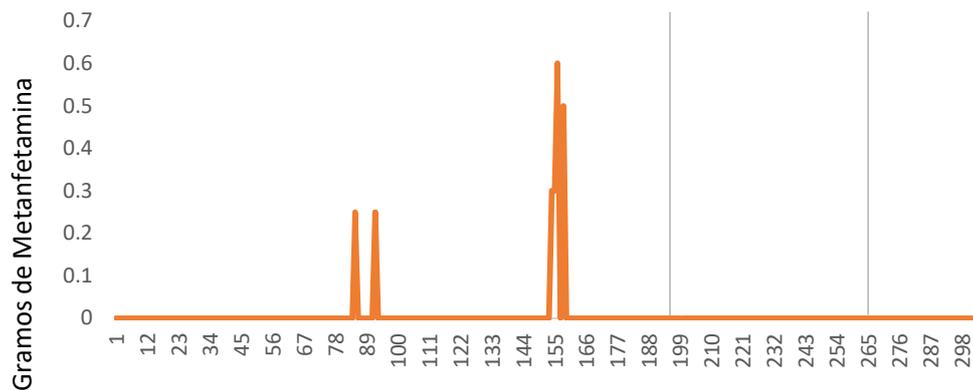


Figura 19. Cantidad de gramos de metanfetamina consumidos previo durante y al finalizar el tratamiento

Tabla 2. Características del consumo de alcohol y cristal del participante

	Pre Intervención	Post Intervención	Seguimiento
Total de tragos estándar consumidos	130	0	0
Media de consumo de alcohol	1.8	0	0
Días de consumo de alcohol	69	0	0
Total de gramos de consumo de cristal	2.2	0	0
Días de consumo de alcohol	5	0	0
Media de consumo de cristal	.4	0	0
Mayor periodo de abstinencia de alcohol y cristal	38	114	142

Nota: Al inicio del tratamiento completó 38 días de abstinencia, durante el tratamiento sumó 114 días y al final de tratamiento 142

Nivel de dependencia al alcohol y cristal.

Antes de iniciar la intervención, al aplicar la Escala de dependencia al alcohol (EDA), el usuario presentó un nivel de dependencia baja 10 pts. Al término del tratamiento y al mes de seguimiento no se reportaron síntomas de dependencia 0 pts. (Figura 20). La dependencia registrada al inicio del tratamiento al aplicar el CAD-20 fue sustancial (12pts) al terminó del tratamiento y en el seguimiento al mes no se reportan síntomas de dependencia al cristal (0 puntos) (Figura 21).



Precipitadores del consumo.

Al terminar la intervención y al mes de seguimiento se observó una disminución en las situaciones de riesgo que precipitan el consumo de alcohol y metanfetaminas en el participante: Emociones desagradables (Pre: 70%, Post 0%, Seguimiento, 0%), Emociones agradables (Pre 60%, 0%, Seguimiento, 0%) Probando autocontrol (Pre 65%, Post 0%, Seguimiento, 0%), Malestar Físico (Pre 60%, Post 0%, Seguimiento, 0%), Emociones agradables con otras (Pre 55 %, 0%, Seguimiento, 0%), Conflicto con Otros (Pre 55%, Post

0%, Seguimiento, 0%), Presión social (Pre 50%, Post 0%, Seguimiento, 0%), Necesidad Física (Pre 60%, Post 0%, Seguimiento 0%) y Momentos agradables con otros (Pre 55%, Post 0%, Seguimiento, 0%) (Ver figura 23).

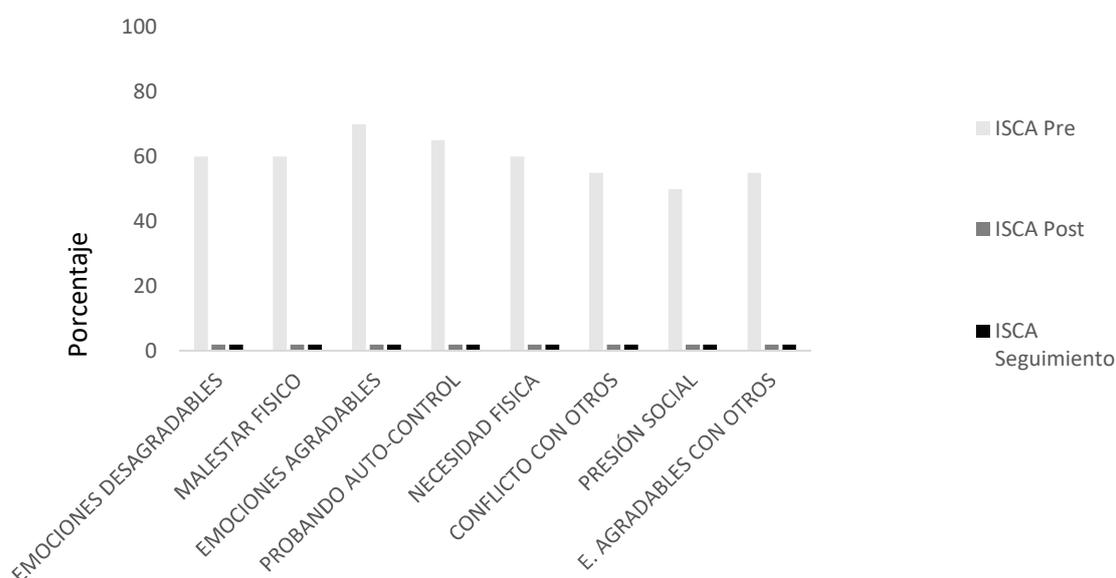


Figura 23. Porcentaje de situaciones de riesgo de consumo de alcohol

Nivel de autoeficacia en las situaciones de consumo.

Con respecto a la autoeficacia percibida que permite evitar consumir en las situaciones de riesgo, se observó el mantenimiento de los niveles de auto-eficacia e incremento en algunas situaciones: Probando autocontrol (Pre 90 %, Post 100% Seguimiento 100%), Necesidad Física (Pre 100%, Post 100%, Seguimiento 100 %), Presión social (Pre 100%, Post 100 %, Seguimiento 100%), Emociones Desagradables (Pre 100%, Post 100%, Seguimiento 90%), Malestar físico (Pre 100%, Post 100%, Seguimiento 100%), Conflicto

con Otros (Pre 100%, Post 100%, seguimiento 100%), Momentos agradables con otros (Pre 90%, Post 100%, Seguimiento100%) y Emociones agradables (Pre 100%, Post 100%, Seguimiento 90%) (Ver Figura 24).

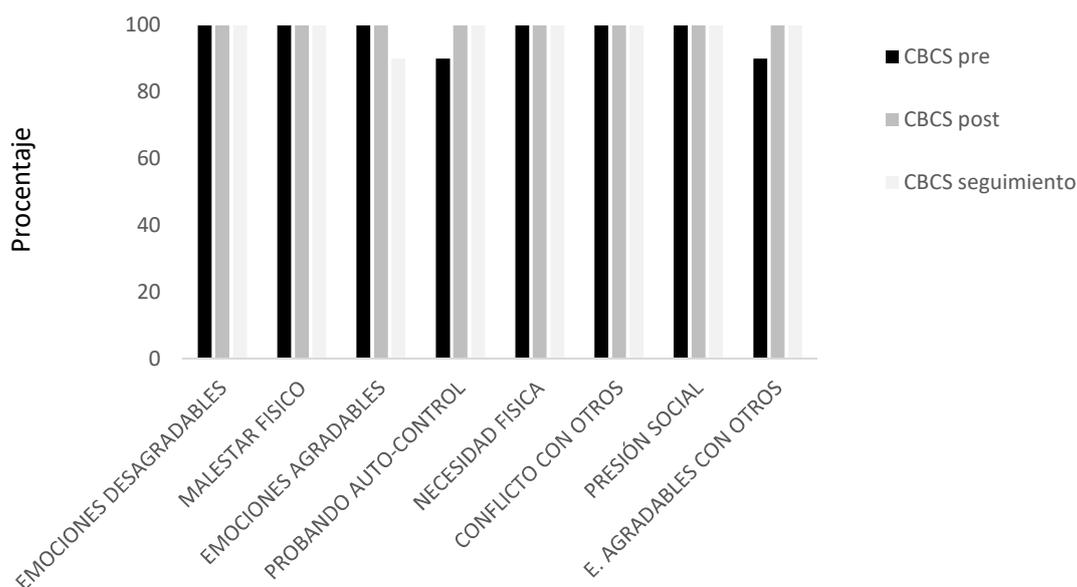


Figura 24. Porcentaje de confianza situacional

Indicadores de ansiedad y depresión.

Los síntomas comorbidos al consumo de alcohol y cristal (ansiedad y depresión), registraron una disminución en sus puntajes. Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck al inicio del tratamiento se obtuvieron 34 pts. Al finalizar el tratamiento se obtuvieron 3 pts. Y en el seguimiento al mes 1 pts. (Ver Figura 25). También se observó lo anterior con la sintomatología ansiosa, de acuerdo con el Inventario de Ansiedad de Beck, al inicio de la intervención se obtuvieron 23 pts. Al finalizar la intervención 0 pts. Y en el seguimiento al mes del tratamiento 0 pts. (Ver Figura 26).

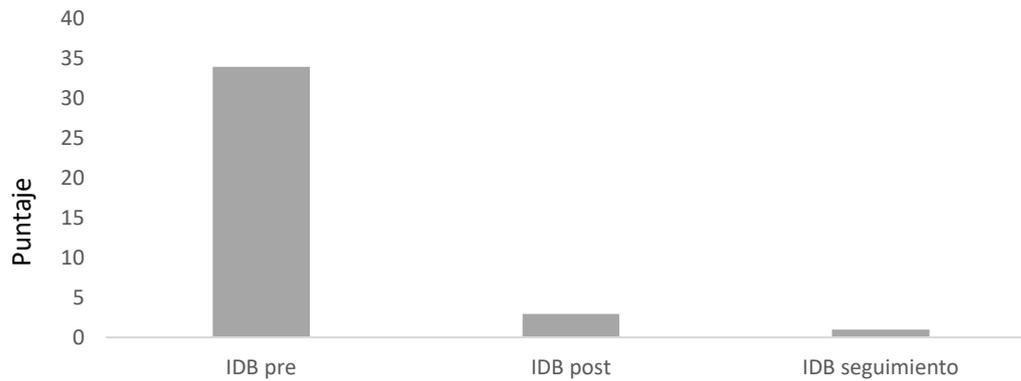


Figura 25. Puntajes en el Inventario de Depresión de Beck (IDB)

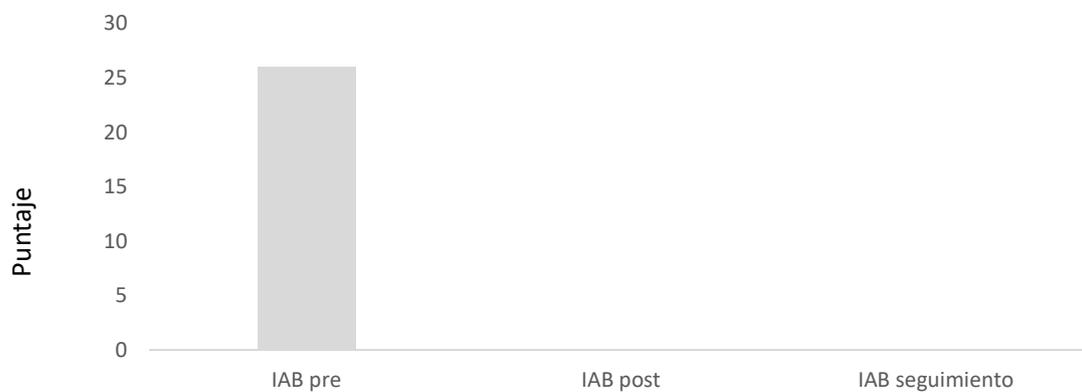


Figura 25. Puntajes en el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Nivel de satisfacción en las diferentes áreas de vida.

En el nivel de satisfacción en las distintas áreas de vida del usuario, se observó un aumento en los puntajes de satisfacción en todas las áreas de vida : Consumo (Pre 4, Post 10, seguimiento 10), Progreso en el trabajo o en la escuela (Pre 5, Post 9, Seguimiento 10), Manejo de dinero (Pre 3, Post 9, Seguimiento 10), Vida social y recreativa (Pre 4, Post 10, Seguimiento 10), Hábitos personales (Pre 5, Post 10, Seguimiento 9), Relaciones familiares (Pre 2, Post 9, Seguimiento 10), Vida emocional (Pre 4, Post 9, Seguimiento 9),

Comunicación (Pre 4, Post 10, Seguimiento 9) y Satisfacción general (Pre 5, Post 9, Seguimiento 10) (Figura 27).

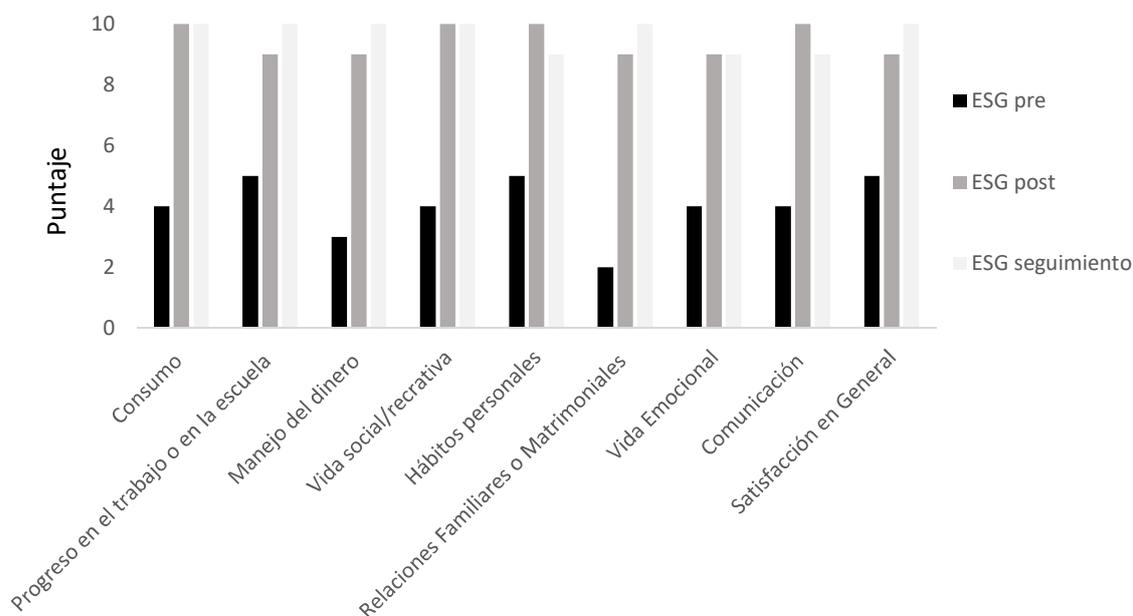


Figura 27. Puntajes de la Escala de Satisfacción General (ESG)

Discusión y conclusiones

A continuación se discuten los resultados presentados y los cambios observados en el participante al brindar la intervención basado en el Programa de Prevención de Recaídas (PPR).

Al observar las gráficas del participante puede observarse el mantenimiento de la meta que en este caso fue la abstinencia (ver figura 18 y 19), el usuario completo 140 días en abstinencia de consumo de alcohol y cristal. La abstinencia comenzó un mes antes de presentarse a tratamiento pero se mantuvo durante la intervención y a un mes de finalizar el

tratamiento. El estado de ánimo al inicio del tratamiento fue un aspecto relevante por los niveles severos de depresión y moderados de ansiedad. La explicación de estos síntomas pudo ser provocado por la suspensión del consumo, la depresión severa es uno de consecuencias generadas por la interrupción del consumo de cristal (NIDA, 2019), aunado a esto existieron cambios contextuales que pudieron incrementar los síntomas de depresión e ideación suicida como: dejar de acudir a la escuela, interrumpir las salidas con sus compañeros, la falta de realización de otras actividades placenteras, la falta de apoyo de los padres ante su orientación sexual, para lo cual resultó fundamental poder restablecer reforzadores vocacionales, sociales, recreativos y familiares (Hunt & Azrin, 1973). Debido a esta sintomatología se tomó la decisión de realizar una referencia a una evaluación psiquiátrica, le fue indicado un tratamiento farmacológico con fluoxetina (antidepresivo) tomándola 1 vez al día por la mañana.

El participante se presentó voluntariamente a recibir tratamiento, desde el inicio comunicó su preocupación por las consecuencias que tendría si continuaba consumiendo alcohol y cristal (insomnio y palpitaciones en el corazón, euforia, problemas familiares, descuido de su higiene personal y abandono de actividades escolares) por lo que su motivación de mantener un cambio fue alta. Al referir tener un mes en abstinencia a ambas sustancias se determinó que la etapa de cambio en la que se encontraba era la de acción (Prochaska & Diclemente, 1982), se justifica esta impresión con los comportamientos que le permitieron permanecer sin consumo durante un mes: evitar salir con sus amigos a los bares y dejar de acudir a la escuela en algunas ocasiones.

Se identificó que las emociones desagradables eran una situación con alta probabilidad de riesgo para consumir alcohol y cristal, lo que en un inicio le hizo sentir triste y lo llevó a consumir fue el rechazo percibido por parte de sus padres al no aceptar su orientación sexual. Se identificó que la función del consumo era evitar los pensamientos y emociones de tristeza lo cual es congruente con lo planteado por Marlatt y Gordon, (1985) ellos observaron que una de las razones por la que las personas consumen sustancias es para evitar estados emocionales negativos. Otras situaciones de riesgo identificadas fueron presión social y momentos agradables con otros.

Un episodio de consumo se iniciaba al presentar emociones desagradables, estas emociones le llevaban a buscar estar con sus compañeros para generar emociones agradables, el ambiente con sus compañeros al acudir a bares propiciaba el consumo de alcohol, al ingerirlo comenzaba a desinhibirse y aumentaba las emociones agradables, después sus compañeros le presionaban a consumir cristal, al hacerlo se presentaban sensaciones de euforia y alegría que le ayudaban a distraerlo de las emociones y pensamientos desagradables actuando como reforzamiento positivo del consumo, sin embargo al pasar los efectos de las sustancias, las emociones y pensamientos regresaban y aparecía un sentimiento de culpabilidad por consumir cristal, volviéndose con el paso del tiempo más intensos y difíciles de manejar, actuando como un castigo a la conducta de consumo. Es posible que los altos costos de su consumo como: bajar de peso, ansiedad, taquicardia, descuido de su higiene, estado de ánimo deprimido, reprobación de materias, conflictos con sus padres inclinaran la balanza para dejar de consumir y lo llevó a tener acciones de evitación como: dejar de frecuentar a sus amigos y lugares para no consumir y así dejar de experimentar consecuencias negativas. Al finalizar el tratamiento y al mes de

seguimiento no se identificaron situaciones de riesgo de consumo, durante este periodo no existieron eventos que lo llevaran a consumir alcohol y cristal, su nivel de autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo fue alto desde el inicio de tratamiento, y se mantuvo al finalizar la intervención y en el seguimiento.

Por medio del Análisis Funcional de la Conducta se identificó que las emociones y pensamientos desagradables explicaban el consumo de alcohol y cristal, por lo que se reforzó la estrategia de evitación de lugares y personas en donde y con quienes consumía. Para el manejo de las emociones y pensamientos desagradables se usó el componente del control de la tristeza mismo que se aplicó en más de una sesión, las estrategias enseñadas en este componente fueron: cambio de pensamientos y la realización de actividades placenteras, en cada sesión que se puso en práctica este componente, se crearon planes de acción para el uso del cambio de pensamiento y la realización de actividades placenteras las cuales redujeron los pensamientos y emociones de tristeza. Al poner en práctica las habilidades enseñadas por este componente, su autoeficacia para enfrentar las emociones desagradables aumentó, logrando manejar las situaciones que le generaban tristeza por medio principalmente de actividades incompatibles con el consumo y del apoyo de personas significativas, como su tía que le escuchaba cuando se sentía triste y pasar tiempo con su abuelo. Al finalizar la intervención se observó una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión de moderado y severa respectivamente a mínimo, el cual se mantuvo así hasta el seguimiento. Es importante mencionar que dichos cambios pueden explicarse por medio del empleo de las estrategias pero también por el tratamiento farmacológico que inició.

El componente muestra de abstinencia incrementa la probabilidad de no consumir, es importante generar un compromiso escrito con los usuarios (Barragán, Flores, Morales, Gonzáles & Martínez, 2005) la muestra de abstinencia ayudó a reafirmar la meta de no consumo, al revisar el componente el participante estuvo de acuerdo en mantener la abstinencia por un periodo de tres meses, los cuales cumplió sin presentar recaídas. Con el marcador biológico se pudo constatar el cumplimiento de la abstinencia del consumo de cristal al no observar metabolitos de metanfetamina (cristal) al terminar la intervención y al mes de seguimiento, en el caso del alcohol no pudo constatarse por medio de una prueba de metabolitos, pero si por medio del auto reporte. Se relaciona con la abstinencia el nivel de dependencia en los cuales se registró una disminución en ambas sustancias pasando de dependencia baja al inicio de la intervención a no registrar indicadores de dependencia al término del tratamiento y al mes de seguimiento. El patrón de consumo de alcohol y cristal previo a iniciar la intervención no fue intenso y ni de larga duración, lo cual contribuyó a no generar dependencia severa ni pérdida de control del consumo de alcohol y metanfetamina.

Por medio del componente metas de vida se identificaron áreas con poca satisfacción para las cuales se propuso una meta a mediano y largo plazo, el establecimiento de estas metas logró generar nuevos comportamientos como: una comunicación más asertiva con sus padres, pasar sus materias y encontrar un trabajo. Es muy importante reconocer que estos nuevos comportamientos propiciaron cadenas de conductas nuevas, funcionando como reforzamiento diferencial de conductas alternativas. En el caso del trabajo puede observarse más específicamente esta situación, ya que para acudir puntual al trabajo necesitó despertarse temprano, lo cual lo llevó a dormir antes, logrando cambiar su hábitos

de sueño; en el trabajo generó nuevas habilidades para tratar con los clientes, con sus compañeros y con su jefe, la actividad laboral detonó una serie de cambios en la vida del participante, en la óptica en la que inició a trabajar aprendió a utilizar los aparatos de graduación de lentes, comenzó a cubrir turnos extras e incluso recibió un bono de puntualidad con el cual pudo salir de vacaciones. Obtener un trabajo lo mantuvo alejado del consumo y le hizo aprender nuevas habilidades de comunicación lo cual lo llevó a incrementar su auto-confianza y lograr las metas que se propuso, experimentando satisfacción con otras actividades alternativas al consumo. Al terminar el tratamiento su satisfacción en todas las áreas de su vida se incrementó y se obtuvieron puntajes 9 y 10 en la Escala de Satisfacción General.

El tema de su relación familiar fue central en el tratamiento, al inicio de la intervención el participante vivía con sus padres pero se sentía incomodó por el rechazo ante la revelación de su orientación sexual, su padre lo hizo explícitamente y comenzó a tener una menor comunicación con él, su madre no lo expresó abiertamente pero también redujo la comunicación con él. Al tener calificaciones más bajas sus padres comenzaron a presionarle para que comenzará a trabajar y aportará económicamente a su casa lo cual desencadenó emociones desagradables y con esto el consumo más frecuente de alcohol y de cristal.

En la segunda sesión de tratamiento el participante comenzó con el control de estímulos (Prochaska & Diclemente, 1982) refirió que se había mudado a la casa de sus abuelos con ellos estuvo más cómodo y se propició un ambiente familiar positivo al no juzgar su orientación sexual, teniendo más comunicación con él, sus abuelos le promovían seguir

estudiando y le respaldaban en las decisiones que tomaba, ellos fueron quienes le aconsejaron acudir al centro a recibir ayuda psicológica. No obstante a los cambios que tuvo al irse a vivir con sus abuelos para el participante era muy importante mejorar la comunicación con sus padres, por tal motivo se brindó el componente de habilidades de comunicación, para poder aplicar las habilidades que le permitieran expresar sus emociones, hacer y recibir críticas, solicitar ayuda, expresar desacuerdo y asumir responsabilidad, estas habilidades le permitieron retomar el dialogo con sus padres, que si bien no logró que su padre aceptará su orientación sexual, si permitió que expresará sus desacuerdos, la razones de su consumo y solicitar su ayuda, al finalizar el tratamiento utilizaba estas habilidades y regresó a vivir a casa de sus padres.

Dentro de las limitaciones identificadas en el tratamiento una se relaciona con la imposibilidad de rectificar el consumo de alcohol, las pruebas por metabolitos con las que cuenta el CPAHAV ayudan a la identificación de cocaína, marihuana, metanfetaminas, benzodiazepinas y barbitúricos. Sin embargo no se cuenta con una prueba para la detección del consumo de alcohol, que no sea el alcoholímetro, esta prueba resulta inviables para la rectificación del consumo de alcohol, por lo que se hizo únicamente por medio del auto-reporte, el cual fue congruente con la observación clínica en el alcance de sus metas, no presentar consecuencias negativas, además de que en ninguna sesión se presentó con aliento alcohólico o signos de una intoxicación por alcohol o metanfetaminas. No obstante poder contar con una prueba que logrará identificar el consumo de alcohol después de unos días de haberlo suspendido ayudaría a la rectificación objetiva y confiable del consumo de alcohol.

Otra limitación se relaciona con la falta de componentes específicos del PPR para la ideación suicida, lo cual supuso un reto por los síntomas de depresión y riesgo suicida que refirió en un inicio y durante algunas sesiones, cabe señalar que estos pensamientos nunca evidenciaron una planeación estructurada, las ideas eran de no querer seguir viviendo para dejar de experimentar emociones negativas. El Programa de Prevención de Recaídas cuenta con un componente para el manejo de emociones desagradables, en el cual se incluye el cambio de pensamiento, sin embargo hubo que utilizarlo en varias sesiones para manejar los síntomas de depresión y la ideación suicida. Para el mejor manejo de estos síntomas se emplearon 2 estrategias: la primera fue la canalización con el médico psiquiatra para comenzar con un tratamiento farmacológico, la segunda fue monitorear la cantidad y frecuencia de los pensamientos de tristeza, trabajar en el cambio de pensamientos y generar actividades que permitieran experimentar placer. Dentro de las habilidades enseñadas y no descritas en el PPR estuvo el auto-elogio que se brindó con la intención de incrementar el reconocimiento de sus capacidades y con esto su autoconfianza que ayudara a la resolución de problemas.

La intervención resultó exitosa pues logró mantener la abstinencia del usuario evitando las recaídas y logrando manejar los pensamientos de tristeza. El participante aprendió con éxito distintas habilidades (distracción del pensamiento, cambio de pensamiento, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación, identificación de precipitadores de consumo) que le permitieron enfrentar aspectos relacionados con el consumo así como también problemas de la vida cotidiana generando un cambio en diferentes áreas de su vida (comunicación, escuela, trabajo, hábitos personales). El éxito de la intervención en gran medida se debió a la selección de los componentes mínimos para alcanzar un cambio pero

también a la fidelidad con la que se brindaron, esto solo pudo lograrse con la formación brindada por parte del Programa de Maestría y Doctorado con Residencia en Adicciones y con la supervisión que recibí por parte de los supervisores del CPAHAV que ayudaron a desarrollar y consolidar mis competencias profesionales.

Apéndices

En esta sección se presentan las evaluaciones realizadas (pre, post y seguimiento), así como los ejercicios realizados con el participante.

Los apéndices se presentan de la siguiente manera:

Apéndice A: Instrumentos de evaluación pre intervención.

Apéndice B: Material de Intervención

Apéndice C: Instrumentos de evaluación post intervención

Apéndice D: Instrumentos de evaluación de seguimiento

Apéndice A: Instrumentos de Evaluación Preintervención



Centro de Prevención en Adicciones
"Dr. Héctor Ayala Velázquez"



FICHA DE ADMISIÓN
Centro de Prevención en Adicciones
"Dr. Héctor Ayala Velázquez"

FECHA: 21-12-2016 EXP. NUM. 2016-237
 Estudiante Académico UNAM Administrativo UNAM Público General

1.- Nombre: _____

2.- Edad: 18 años Sexo: (M) Nombre(s): _____

3.- Motivo de Consulta: Problemas de adaptación, alcoholismo, depresión, ideas de suicidarse en la habitación de UTESS.

4.- ¿Qué sustancia consume? Alcohol, infatamina (crystal), última consume 10 días atrás en un sistema UNAM, mercado, reservas, guardería, en los dominos.

5.- ¿Desde hace cuánto tiempo? Febrero de 2016 Diario 12 te.

6.- ¿Cuántas veces a la semana consume? Diario

7.- ¿Qué cantidad por ocasión? 12 + e.

8.- ¿Vía de Administración? Ingerido

9.- En alguna ocasión ¿ha visto personas u objetos que no existen, o ha escuchado voces que no existen? (esto le ocurre sin estar bajo los efectos de la sustancia y le ocurre actualmente?) No

10.- ¿Ha tenido intentos suicidas? No, pero me gustaría matarme y hacer lo que quiero.

SI LAS RESPUESTAS 9 A 10 CONTESTO "NO", CONTINUE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

11.- ¿En los últimos 6 meses ha consumido medicamentos para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno por déficit de atención e hiperactividad? No

12.- Dirección: _____ Colonia Tadema

Delegación: _____ C.P. _____
 13.- Teléfono: celular Celular: _____

COPIA DEL PRESENTE FORMA PARTE DEL ARCHIVO DE GESTION DE CALIDAD

No quería levantarse, no quería hacer nada, no se levantaba. Narración q. inmadura, visitar gente que te apoyan, mas superficiales.



Centro de Prevención en Adicciones
"Dr. Héctor Ayala Velázquez"



14.- Si eres menor de edad, nombre del Responsable: _____

15.- Estado Civil: soltero

16.- Estudias: (SI) (NO) Escolaridad: _____

Carrera: _____

Semestre: _____

17.- Trabajas: (SI) (NO) Donde Trabajas: _____

18.- ¿Ha tenido tratamiento en el último año? Sí _____ No

¿Dónde? _____

19.- ¿Qué es lo que sucedió, por lo cuál decidió solicitar atención en este momento?
Sus consumo de drogas. Dificultad con padre

20.- ¿Cómo te enteraste de los servicios que presta el centro?

Volante Trípticos Internet Gaceta Unam Radio TV

Servicios Médicos UNAM Amigo Cine-Debate

Otro: Conocido Abuelita

21.- Se proporcionó consejo breve si _____ no _____

Cita Asignada:

Día:	<u>13-1-17</u>	Hora:	<u>1:00</u>
Atendió:	<u>Lydia Barragán Torres</u>	Terapeuta:	<u>David Anaya Mora</u>

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales: <u>C.A.E.M</u>	Fecha: <u>13-1-14</u>	No de expediente: <u>207294</u>
Estado civil	1) Soltero/ Unión Libre Separado Divorciado Viudo	2) Casado
Vive :	2) Familia de Origen	2) Familia Propia
1) Soltero	<input checked="" type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hijos	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> otros
Lugar de residencia :	<input checked="" type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> sin dirección permanente	<input type="checkbox"/> rentado <input type="checkbox"/> pensión
<input type="checkbox"/> Otra		
Número de personas que conforman la familia:		<u>3</u>
Número de personas de la familia trabajo:		<u>1</u>
Ingreso mensual familiar	Ocupación:	
Menos de \$2699	Estudiante de tiempo completo	<input checked="" type="checkbox"/>
Entre \$2700 a menos de \$6799	Estudiante con actividad laboral	
Entre 6800 a menos de 11599	Actividad laboral estable (más de 6 meses)	
Entre 11600 a menos de 34999	Actividad laboral inestable (menos de 6 meses)	
Entre 35000 a menos de 84999	Desempleado (busca empleo)	
Más de 85000	Desocupado (no busca empleo)	
	Hogar	
	Pensionado	
En caso de de trabajar, tiempo que lleva en el trabajo actual:		<u>U A</u>
En caso de no trabajar, tiempo que lleva desempleado:		<u>U A</u>
En caso de ser estudiante		
La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿Asistes a la escuela de manera regular	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿Cuál es tu promedio escolar?	10 9 <u>8.000</u>	7 6 5
Tienes alguna materia reprobada	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿Cómo consideras tu desempeño escolar?	Muy bueno	Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular
Muy buena	Bueno	Regular
	Malo	Muy Malo
¿Has dejado de estudiar durante seis meses o más?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿Has reprobado algún año en la escuela?	<u>Si</u> <input checked="" type="checkbox"/>	

ASSIST

Nombre del usuario: CAW No. Expediente: 2971 Fecha: 13-1-17

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?		
a. Tabaco	No	SI
b. Bebidas alcohólicas	No	SI
c. Cannabis	No	SI
d. Cocaína	No	SI
e. Estimulantes de tipo anfetamina	No	SI
f. Inhalantes	No	SI
g. Sedantes o pastillas para dormir	No	SI
h. Alucinógenos	No	SI
i. Opiáceos	No	SI
j. Otros (especifique)	No	SI

Si las respuestas son negativas, pregunte:
¿Cuándo fue la última vez que consumió alguna de estas sustancias?
¿Cuándo fue la última vez que consumió alguna de estas sustancias cuando era estudiante?

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique)	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "nunca" en todas las secciones, pase a la pregunta 6.
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros (especifique)	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique)	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros (especifique)	0	5	6	7	8

6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)			
	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

mencionadas en la pregunta 1).

7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1)

en la pregunta 1).

8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:

Cuatro días o menos por mes en promedio, durante los últimos tres meses.	→	Intervención Breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Más de cuatro días por mes en promedio, durante los últimos tres meses	→	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Por cada sustancia (rotulada "a" a la "j") sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis, se calcularía como: P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada y se calcula como P2a+P3a+P4a+P6a+P7a.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (Consejo Breve)	Requiere Intervención Breve	Tratamiento más intensivo (PSC/PPR)
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas	36	0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina	40	0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros (especifique)		0 - 3	4 - 26	27 +

ANEXO 6



PSC

CENTRO ACASULCO
Programa de Servicios de Atención Psicológica

20 INVENTARIO DE BECK

Exp 2017-2871

Usuario: CACAIFecha: 20-1-17Pre-tratamiento Post-tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()
3er seguimiento () 4to seguimiento ()

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste ② Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	0. Yo no me siento que esté siendo castigado ① Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
0. En general no me siento descorazonado por el futuro ① Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1. Estoy desilusionado de mí mismo ② Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. ② Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas ③ Me culpo por todo lo malo que sucede
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo ② Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	0. Yo no tengo pensamientos suicidas ① Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo ③ Me siento culpable todo el tiempo	0. Yo no lloro más de lo usual ① Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar ① Me enoja o me irrito más fácilmente que antes 2. Me siento irrito todo el tiempo 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo ② Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada

20 Beck, Steer, & Garbin, (1988).

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

<p>0. ²¹ Yo no he perdido el interés en la gente</p> <p>① Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</p> <p>2. He perdido en gran medida el interés en la gente</p> <p>3. He perdido todo el interés en la gente</p>	<p>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <p>1. He perdido más de dos kilogramos</p> <p>② He perdido más de cinco kilogramos</p> <p>3. He perdido más de ocho kilogramos</p> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____</p>										
<p>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <p>1. Pospongo tomar decisiones más que antes</p> <p>② Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</p> <p>3. Ya no puedo tomar decisiones</p>	<p>0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</p> <p>① Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</p> <p>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</p> <p>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</p>										
<p>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</p> <p>① Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a)</p> <p>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)</p> <p>3. Creo que me veo feo (a)</p>	<p>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>① Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>										
<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p>① Requiero de más esfuerzo para iniciar algo</p> <p>2. Tengo que obligarme para hacer algo</p> <p>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo</p>	<p>Nivel de depresión</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel de depresión</th> <th>Puntaje Crudo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mínima</td> <td>0 a 9</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>10 a 16</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td>17 a 29</td> </tr> <tr> <td>Severa</td> <td>30 a 63</td> </tr> </tbody> </table>	Nivel de depresión	Puntaje Crudo	Mínima	0 a 9	Leve	10 a 16	Moderada	17 a 29	Severa	30 a 63
Nivel de depresión	Puntaje Crudo										
Mínima	0 a 9										
Leve	10 a 16										
Moderada	17 a 29										
Severa	30 a 63										
<p>0. Puedo dormir tan bien como antes</p> <p>1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</p> <p>② Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</p> <p>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir</p>	<p>Diagnóstico:</p>										
<p>0. Yo no me canso más de lo habitual</p> <p>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</p> <p>② Con cualquier cosa que haga me canso</p> <p>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>	<p>Observaciones:</p>										

²¹ Beck, Steer, & Garbin, (1988).

INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD**(BAI)**Iniciales: CPA/CAI No. de Expediente: 2017-2571 Fecha: 20-1-12

Pre-tratamiento (x) Post-tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()

3er seguimiento () 4to seguimiento ()

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	✓			
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	✓			
3. Debilitamiento de las piernas	✓			
4. Dificultad para relajarse		✓		
5. Miedo a que pase lo peor				✓
6. Sensación de mareo		✓		
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				✓
8. Inseguridad				✓
9. Terror				✓
10. Nerviosismo				✓
11. Sensación de ahogo		✓		
12. Manos temblorosas	✓			
13. Cuerpo tembloroso	✓			
14. Miedo a perder el control	✓			
15. Dificultad para respirar	✓			
16. Miedo a morir	✓			
17. Asustado		✓		
18. Indigestión o malestar estomacal		✓		
19. Debilidad			✓	
20. Ruborizarse		✓		
21. Sudoración (no debida al calor)			✓	

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM

0 - 5	Mínima
6 - 15	Leve
16 - 30	Moderada
31 - 63	Severa

Puntaje

25 pts Moderada

Iniciales CALM No. de Expediente: 2017-2871 Fecha: 20-1-17

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN GENERAL

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no influya los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

	Completamente Insatisfecho										Completamente Satisfecho
1. Consumo	1	2	3	④	5	6	7	8	9	10	
2. Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	⑤	6	7	8	9	10	
3. Manejo del dinero	1	2	③	4	5	6	7	8	9	10	
4. Vida social/recreativa	1	2	3	④	5	6	7	8	9	10	
5. Hábitos personales	1	2	3	4	⑤	6	7	8	9	10	
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1	②	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	
8. Vida emocional	1	2	3	④	5	6	7	8	9	10	
9. Comunicación	1	2	3	④	5	6	7	8	9	10	
10. Satisfacción general	1	2	3	4	⑤	6	7	8	9	10	

Exp. 2017-28+1

CPA-19/ISCA versión 2

65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban copas	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a)	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar mi diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que quería hacer	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	0	1	2	3
Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos en mi hogar)	0	1	2	3
93. Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho un nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

No. de expediente: 2017-2871

es: CAAM

Fecha: 20-1-17

Pre-tratamiento <input checked="" type="checkbox"/>	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
--	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Indicaciones: La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume alcohol a cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de la escala que a continuación se le presenta:

Nunca consumió en esa situación, marque 0	Si usted "Rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1	Si usted "Frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2	Si usted "Casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3
---	--	--	--

Añote la droga que usted consume con mayor frecuencia: alcohol

	N	RV	F	CS
tuve una discusión con un amigo	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
estaba deprimido	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
finalmente todo iba por buen camino	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
me sentía nervioso de salud	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
veía un anuncio de mi bebida favorita	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
me disgustó la presencia de alguien	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
alguien me criticaba	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
alguien me invitaba a sus casa y me ofrecía una copa	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
no podía dormir	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
quería aumentar mi placer sexual	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
de daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
me sentía muy contento	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
me entristecía al recordar algo que había sucedido	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
sentía que no tenía a quien acudir	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
sentía que me estaba deprimiendo	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
me sentía rechazado sexualmente	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
estaba aburrido	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3

30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pasaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía un dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probará	0	1	2	3
46. Cuando saí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Si me sentía mareado o con nauseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0			
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO y marque de lado derecho del reactivo. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta que ha ocurrido con más frecuencia en su caso. Por favor responda a todos los reactivos.

Exp. 2017-0111

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS CAD - 20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?	✓	
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		X
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		X
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?	✓	
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?	✓	
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?	✓	
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?	✓	
8. ¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?	✓	
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?	✓	
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?	✓	
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?	✓	
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?	✓	
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		X
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?	✓	
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		X
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		X
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?	✓	
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?	✓	
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?	✓	
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		X

Sesión: 2 Usuario: CAIM Terapeuta: Rudolf Herrera Fecha: 20-1-17

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

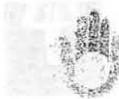
Mora



- a) No b) Sí.
19. Como consecuencia de su forma de beber, ¿ha escuchado cosas que no existen?
- a) No b) Alguna vez c) Varias veces
20. Cuando bebe, ¿ha tenido miedo y sensaciones extrañas?
- a) No b) Algunas veces c) Frecuentemente
21. Como consecuencia de haber bebido ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo, que en realidad no existen? (gusanos, arañas).
- a) No b) Alguna vez c) Varias veces
22. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria).?
- a) Nunca b) Sí, durante menos de una hora.
c) Sí, durante varias horas d) Sí, durante uno o varios días
23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no pudo?
- a) No b) Alguna vez c) Varias veces
24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?
- a) No b) Sí.
25. Después de tomar una o dos copas, ¿puede dejar de beber?
- a) Sí b) No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

³ Skinner & Horn, (1984).



1 ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Nombre: CALVA Fecha: 2017-17

Pre - tratamiento (x) Post - tratamiento () 1er seguimiento () 2do
seguimiento () 3er seguimiento () 4to seguimiento ()

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol en los últimos 12 meses*. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

1. ¿Cuántas copas bebió la última vez?
a) Lo suficiente para sentirse bien b) Lo suficiente para emborracharse
c) Lo suficiente para perderse
2. ¿Con frecuencia sufre de crudas los domingos o los lunes por las mañanas?
a) No b) Sí
3. ¿Le tiemblan las manos o tiene escalofrío cuando vuelve a encontrarse sobrio?
 a) No b) Algunas veces c) Casi cada vez que bebo
4. ¿Al día siguiente de beber se siente enfermo con vómitos, dolor estomacal o retortijones?
a) No b) Algunas veces c) Casi cada vez que bebo
5. ¿Ha estado intranquilo y/o ha visto, oído o sentido cosas que no existen?
a) No b) Algunas veces c) Casi cada vez que bebo
6. ¿Cuándo bebe se tropieza, se tambalea y zigzaguea al caminar?
a) No b) Algunas veces c) Varias veces

*ó a partir del último período de evaluación al siguiente, p. ejemplo: Desde el Post-tratamiento al 1er. Seguimiento, etc.
Skinner & Horn, (1984).



7. Al día siguiente de beber, ¿ha sentido bochorno y sudoración con fiebre?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
8. Después de beber, ¿ha visto cosas que en realidad no existen?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
9. ¿Siente pánico (terror) al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?
- a) No, nunca b) Algunas veces c) Frecuentemente
d) Casi cada vez que bebo
11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?
- a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
12. Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas), ¿termina usted bebiendo en exceso otra vez?
- a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado por estar bebiendo?
- a) No b) Alguna vez c) Más de una vez
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?
- a) No b) Alguna vez c) Varias veces
15. ¿Bebe durante todo el día?
- a) No b) Sí.
16. ¿Después de haber bebido en exceso, tiene pensamientos o ideas confusas, poco claras?
- a) No b) Sí pero solo por unas horas c) Sí, por uno o dos días.
d) Sí, durante varios días.
17. Como consecuencia de beber, ¿ha tenido palpitaciones?
- a) No b) Alguna vez c) Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?

² Skinner & Horn, (1984).

LINEA BASE RETROSPECTIVA

Mes 1 (primer mes)			Mes			Año		
			Julio			2016		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 2			Mes			Año		
			Agosto			2016		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 3			Mes			Año		
			Septiembre			2016		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 4			Mes			Año		
			Octubre			2016		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 5			Mes			Año		
			Noviembre			2016		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 6			Mes			Año		
			Diciembre			2016		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						
Mes 7 (mes actual)			Mes			Año		
			Enero			2017		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
29	30	31						

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.
31.

1.º e
de La
2.º e
3.º e.
de La
menor
fines
de scurs



PSC

CENTRO ACASULCO
Programa de Satisfacción Clientes



SÍMBOLOS Y
DÍGITOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9
⊥	⊥	⊥	⊥	U	0	^	x	=

PUNTAJE

52

EJEMPLOS

2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3
⊥	-	⊥	^	⊥	⊥	x	-	U	⊥	⊥	-	⊥	⊥	-	⊥	⊥	⊥	⊥	⊥	⊥	-	⊥	0	⊥

1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
-	⊥	⊥	⊥	^	0	⊥	⊥	^	⊥	x	U	⊥	0	⊥	^	⊥	x	-	=	⊥	x	⊥	^	⊥

6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
0	⊥	U	-	=	⊥	x	⊥	^	⊥	0	⊥													

9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6



PSC

CENTRO ACASULCO
Programa de Satisfacción Continua



**REPETICIÓN DE DÍGITOS
SÍMBOLOS Y DÍGITOS**

Exp. 2017-2841

Iniciales: CACM

Fecha: 20-1-17

Edad: 18 Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Puntuación Normalizada	Conocimientos	Comunicación	Automática	Semiotización	Repetición de Dígitos	Vocabulario	Símbolos y Dígitos	Figuras Incompletas	Diseño con Cubos	Orden de Figuras	Ensamble de Dígitos	Puntuación Normalizada
19	29	21-23		28	17	78-80	87-90					19
18	28	20		25	25	70-77	83-86					18
17	27	20	16	24	24	74-75	79-82	21			44	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	45	306	43	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	34	42	15
14	23-24	22	15	21	14	63-65	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		69-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-63	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	55-61	15-16	35-36	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-21	41-43	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-23	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	6-6	6	16-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	15-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

REPETICIÓN DE DÍGITOS	CALIFICACIÓN
<i>Nota absoluta</i>	<i>Escalas</i>
5-8-2	3
6-9-4	3
8-4-3-9	4
7-2-3-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-9-3-6	5
8-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-8-8	9
<i>Nota bruta</i>	
2-2	2
5-8	2
8-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-8-8	4
1-5-2-8-8	5
8-1-8-4-7	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-3	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
Ad <u>5-8-3-8</u>	
Mayor No encerrado	

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

Iniciales: CAAM No. de expediente: 2017-2871
 Fecha: 20-1-17

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
X					

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas con su consumo. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si ésta "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "totalmente seguro" de poder resistir beber. Como el ejemplo.

Me siento 0% -----100%

Sustancias: Alcohol

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en aquellas situaciones que involucran.

Emociones Desagradables (Si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal)

Me siento 0% -----100%

Malestar Físico (Si no pudiera dormir; si me sintiera nerviosa y tensa)

Me siento 0% -----100%

Emociones Agradables (Si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino)

Me siento 0% -----100%

Probando mi Control Sobre la Droga (Si pensaré que ya no tengo problemas con la droga; si me sintiera seguro beber sólo unas copas)

Me siento 0% -----100%

Necesidad Física (Si tuviera urgencia de beber una copa; si pensara que fresca y sabrosa puede ser la bebida)

Me siento 0% -----100%

Conflicto con Otros (Si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento 0% -----100%

Presión Social (Si alguien me presionara a beber; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa)

Me siento 0% -----100%

Momentos Agradables con Otros (si quisiera celebrar con una amiga; si me estuviera divirtiendo con un amigo y quisiera sentirme mejor)

Me siento 0% -----100%



Centro de prevención en adicciones



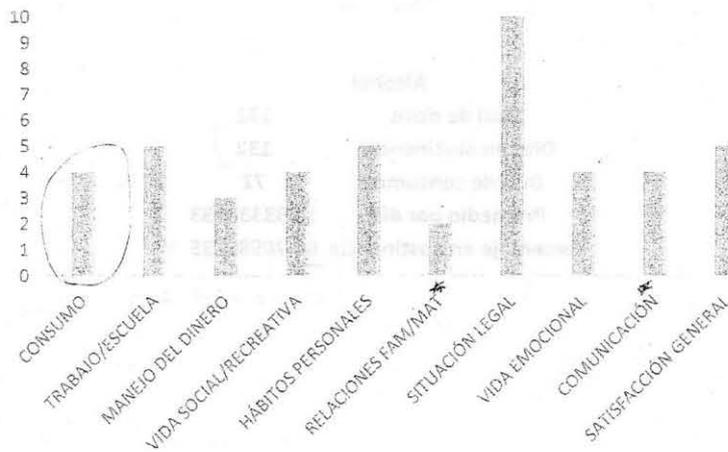
Terapeuta: David Amaya Mora
 Iniciales: CACM
 Edad: 18 años

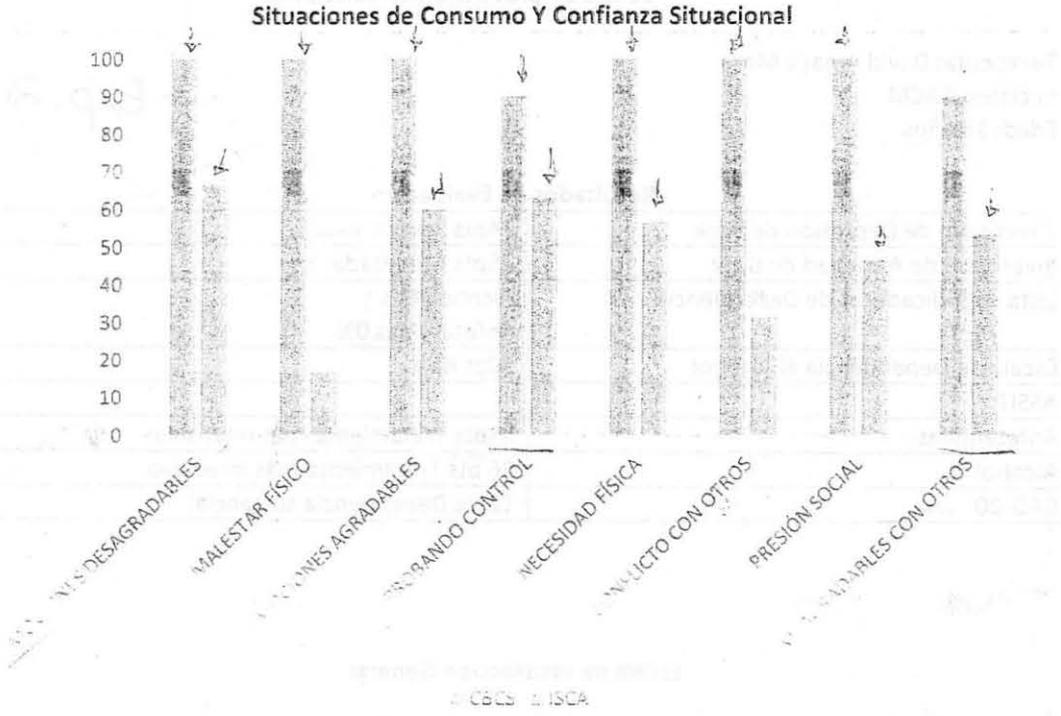
Exp. 2017-287

Resultados de Evaluación

Inventario de Depresión de Beck	34pts Severa
Inventario de Ansiedad de Beck	25pts Moderada
Lista de Indicadores de Dependencia	Alcohol 43% Anfetaminas 0%
Escala de Dependencia al Alcohol	10pt Baja
ASSIT	
Anfetaminas	35pts Tratamiento más intensivo
Alcohol	36 pts Tratamiento más intensivo
CAD-20	12pts Dependencia sustancial

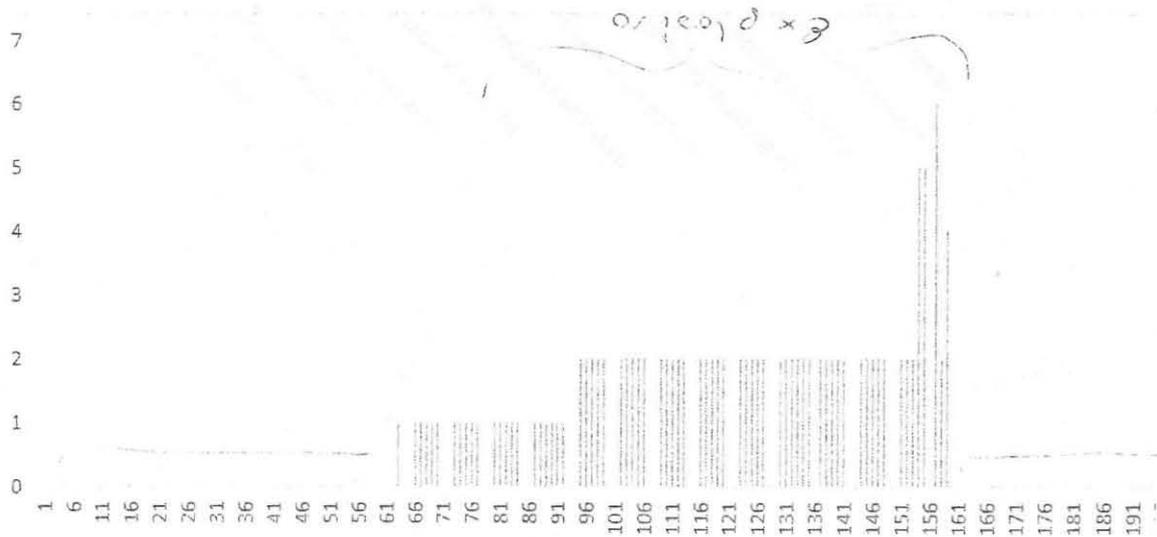
Escala de satisfacción General





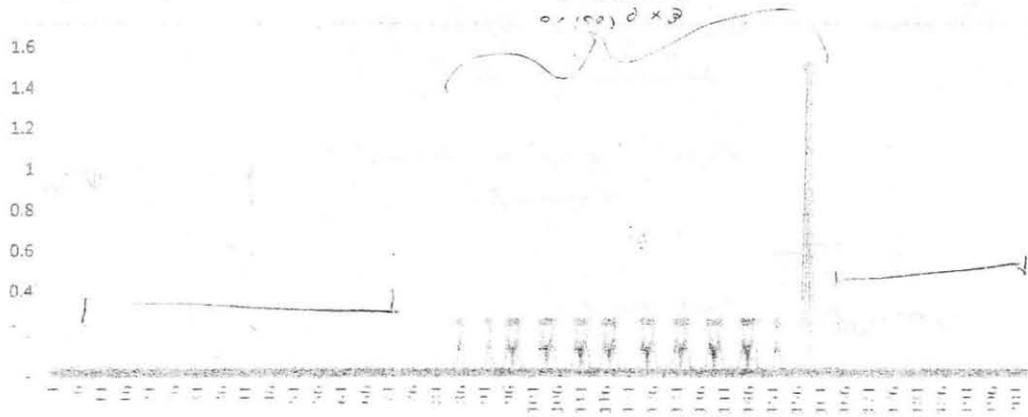
Alcohol

Total de dosis	132
Días en abstinencia	132
Días de consumo	72
Promedio por día	1.833333333
Porcentaje en abstinencia	64.70588235 %



Antetaminas

Total de dosis	7,45
Días en abstinencia	181
Días de consumo	23
Promedio por día	0.3239130435
Porcentaje en abstinencia	88.7254902



Plan de tratamiento

- Admisión
- Evaluación
- ✓ Análisis Funcional de la conducta de consumo y no consumo
 - Muestra de Abstinencia
 - Emociones desagradables
 - Emociones Agradables
 - Probando Autocontrol
 - Momentos Agradables con Otros
 - Habilidades de Comunicación

Restablecimiento de Metas

Cesar
Firma del Usuario

OMY
Firma del terapeuta

Rydia Paragón Torres
Firma del Supervisor

Nombre: CACM

No. De expediente: 2017-2571

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS

ASSIST				
Sustancia	Puntaje	Consejo Breve	Intervención Breve	Tratamiento Breve
Alcohol	36 pts	0-10	11-26	27 o más ✓
Tabaco	N/A	0-3	4-26	27 o más
Otras	café, alcohol	0-3	4-26	27 o más ✓

CAD-20	
Puntaje	Dependencia
0	No reportó
1-5	Bajo
6-10	Moderado
11-15 12	Sustancial ✓
16-20	Severo

MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional		
Tres indicadores de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Si	No
Tres indicadores de trastorno del estado de ánimo bipolar	Si	No

Detección y evaluación juego patológico	
De 0 – 26 sin problema	N/A
De 27 – 52 Juego patológico	N/A

ETAPA DE CAMBIO	
Pre contemplación	
Contemplación	
Ambivalencia	
Determinación	✓
Acción	
Mantenimiento	

ANTIDOPING			Sustancias
Exhalación	Negativo	Positivo	
Orina	Negativo	Positivo	

1/2 Ansiedad
No decaída

1/2 Depresión
Severa

CUESTIONARIO BREVE SITUACIONAL	
1. EMOCIONES DESAGRA	66.6
2. MALESTAR FÍSICO	70.0
3. EMOCIONES AGRADAB	66.6
4. PROBANDO CONTROL	56.6
5. NECESIDAD FÍSICA	56.6
6. CONFLICTO CON OTR	35.0
7. PRESIÓN SOCIAL	46.6
8. MOMENTO AGRAD. OTR	53.3

PUNTAJES T SCL-90											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

WAIS			
REPETICIÓN DE NÚMEROS	PUNTUACIÓN NORMALIZADA	SIMBOLOS Y DÍGITOS	PUNTUACIÓN NORMALIZADA
17	19	87-90	19
	18	83-86	18
	17	79-82	17
16	16	76-78	16
15	15	72-75	15
14	14	69-71	14
	13	66-68	13
13	12	62-65	12
12	11	58-61	11
11	10	52-57 ✓	10 ✓
10	9	47-51	9
✓	8 ✓	41-46	8
9	7	35-40	7
8	6	29-34	6
	5	23-28	5
7	4	18-22	4
	3	15-17	3
6	2	13-14	2
4-5	1	12	1
0-3	0	0-11	0

EDA	
Puntaje	Dependencia
0	No reporta
1-13 10	Baja ✓
14-21	Moderada
22-30	Media
31-47	Severa

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)	
TOTAL DE DÍAS DE CONSUMO	
TOTAL DE DÍAS DE ABSTINENCIA	
TOTAL DE CANTIDAD DE CONSUMO	
PORCENTAJE DE CONSUMO POR OCASIÓN	
PORCENTAJE DE CONSUMO SEMANAL	
PORCENTAJE DE CONSUMO MENSUAL	

	AUC CONSUMIBLE LÍQUIDO	AUC GANANCIA \$200	AUC GANANCIA \$3000	AUC GANANCIA TIEMPO LIBRE	AUC PERDIDA \$1500
DESCUENTO TEMPORAL					
DESCUENTO PROBABILIDAD					

Nombre y firma del Supervisor

Lydia Barragán Torres
Lydia Barragán Torres.

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



Exp. 2017-2871

REGISTRO DE OCURRENCIA DE CONDUCTAS EFICIENTES PARA ALCANZAR METAS

A continuación se te presenta un Registro para que anotes las Conductas que has llevado a cabo para alcanzar 3 diferentes metas en tu vida diaria. 1) Evalúa 3 áreas de tu vida en las que te sientas muy insatisfecho y anota el nivel de insatisfacción de 1 a 10 puntos siendo 1 totalmente insatisfecho y 10 Muy satisfecho; 2) Describe: Cuáles las conductas que realizas, para alcanzar cada una de 3 diferentes metas?, por ejemplo: cuando me alejo de consumidores para evitar que me ofrezcan o se me antoje consumir, al ir a mi terapia, cuando me levanto temprano para llegar a tiempo al trabajo, cuando pago mi deuda, hago ejercicio, etc. ; 3) Evalúa de 1 a 5 puntos ¿Qué tan útil te es realizar esa conducta para alcanzar tu meta?, siendo 1 punto Nada y 5 puntos Mucho; 4) Describe cómo podrías mejorar las conductas que te permiten alcanzar tus metas.

Apéndice B Material de Intervención

IDENTIFICA 3 ÁREAS DE TU VIDA EN LAS QUE TE SIENTAS MÁS INSATISFECHO Y EVALÚALAS DE 1 A 10 PTOS. SIENDO 1 TOTALMENTE INSATISFECHO Y 10 MUY SATISFECHO.	DESCRIBE LAS CONDUCTAS REALIZADAS PARA ALCANZAR 3 METAS DIFERENTES	EVALÚA DE 1 A 5 PUNTOS ¿Qué tan útil te ha sido realizar esas conductas para alcanzar cada una de estas metas? Siendo 1 Nada y 5 Mucho	DESCRIBE CÓMO MEJORARÍAS LAS CONDUCTAS NECESARIAS PARA LOGRAR ALCANZAR TUS METAS
1. 10	1. evitando situaciones de consumo	5	
2. 8	2. acudir a un terapeuta y ser responsable	5	
3. 9	3. establecer conversaciones y escuchar lo que piensan	5	

MENÚ DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA TRISTEZA

1. "Me siento muy mal, estoy muy tenso y ya no puedo más"

Pensamiento Positivo: Relaxate y vuelve a intentar, lo
todo puede cambiar

2. "No puedo hacer nada bien, soy un fracaso"

Pensamiento Positivo: Aprende a hacerlo bien.

3. "Todo está mal, ya no tengo ganas de nada, quisiera mejor morirme"

Pensamiento Positivo: Si no todo está mal, no te queda
otra opción más que intentarlo, todo puede dar

4. "Creo que soy un tonto, nadie me quiere contratar y tienen razón quien va a querer a un tonto como yo"

Pensamiento Positivo: No creer lo que los demás piensen
sí, no lo que te piensas de ti

5. "Estoy desesperado, ya no puedo más, siento que voy a morirme, necesito un trago"

Pensamiento Positivo: tranquilízate

6. "Estoy muy sola, nadie me quiere, nadie quiere estar conmigo"

Pensamiento Positivo: Hay que seguir adelante, tengo
a mis amigos y una parte de
mi familia.

PERIODO DE NO CONSUMO:

Yo

[Redacted box]

me comprometo a no consumir durante 120 días.

Del 17 de Febrero de 2017

Al
17 de Mayo de 2017

Recuerda que con este periodo de no consumo obtendrás beneficios tales como

Mejora de salud, terminar mis estudios, comunicación con mi familia

Además de darle a tu vida un nuevo rumbo hacia la felicidad.

!!!! MUCHO ÉXITO!!!!

VENTAJAS DEL NO CONSUMO

* Mejoras en tu estado de ánimo, en tu memoria, en la toma de decisiones y en tu estado físico.

* Interrumpir viejos hábitos y patrones de consumo para que puedas realizar nuevas actividades agradables que te hagan sentir más contento y aumentar tu número de amigos.

* Aumentas la confianza en ti mismo y el auto control.

* Recobrar la confianza de amigos y familiares.

* Favorece el aprendizaje de habilidades que permiten alcanzar y mantener un estilo de vida saludable.

* Evitas molestias físicas en tu cuerpo.

¿Qué ventajas consideras que tendrías tú con un periodo de no consumo?

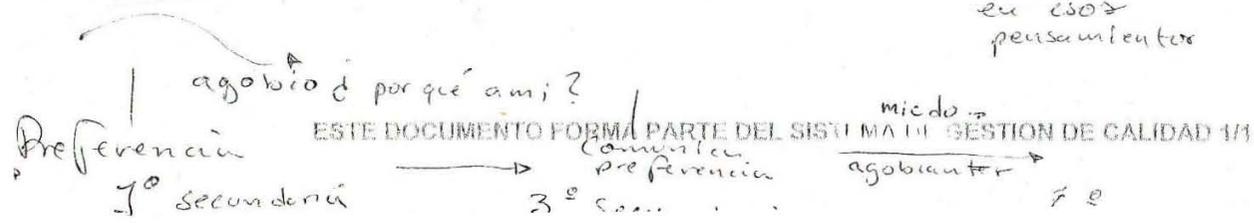
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿RECUERDAS CUALES SON LAS RAZONES QUE TIENES PARA DEJAR DE CONSUMIR?

Exp. 2017-2871

REGISTRO CCC

HORA Y FECHA	CONTEXTO	CONDUCTA	CONSECUENCIA	LUGAR Y PERSONAS PRESENTES
	- No entraste a clase	Emoción Culpa 10 Pensamientos que va a pasar cuando mis papeles se entregan y si no alcanzo a salir este año de la escuela. que voy a hacer con mi vida de que voy a vivir, de donde voy a obtener dinero para hacer algo que voy a hacer	Conducta Ir con amigos a tomar Me quedaba todo el tiempo con ellos no me gustaba estar solo explicación me concentré en cosas pensamientos	Al tomar se iban los pensamientos disfrutaba el momento No pensaba en ellos



Apéndices C: Instrumentos post evaluación

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO y marque del lado derecho del reactivo. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta que ha ocurrido con más frecuencia en su caso. Por favor responda a todos los reactivos.

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS CAD - 20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		X
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		X
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		X
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?	✓	
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?	✓	
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		X
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?	✓	
8. ¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		X
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		X
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		X
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		X
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?		X
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		X
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		X
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		X
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		X
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		X
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		X
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		X
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?	✓	

Sesión: Evaluación Usuario: CACU Terapeuta: David Amador Fecha: 27-03-

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



a) No b) Sí.

19. Como consecuencia de su forma de beber, ¿ha escuchado cosas que no existen?

a) No b) Alguna vez c) Varias veces

20. Cuando bebe, ¿ha tenido miedo y sensaciones extrañas?

a) No b) Algunas veces c) Frecuentemente

21. Como consecuencia de haber bebido ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo, que en realidad no existen? (gusanos, arañas).

a) No b) Alguna vez c) Varias veces

22. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria)?

a) Nunca b) Sí, durante menos de una hora.
 c) Sí, durante varias horas d) Sí, durante uno o varios días

23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no pudo?

a) No b) Alguna vez c) Varias veces

24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?

a) No b) Sí.

25. Después de tomar una o dos copas, ¿puede dejar de beber?

a) Sí b) No c) No me ha tomado

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

O p h

³ Skinner & Horn, (1984).



7. Al día siguiente de beber, ¿ha sentido bochorno y sudoración con fiebre?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
8. Después de beber, ¿ha visto cosas que en realidad no existen?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
9. ¿Siente pánico (terror) al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite?
- a) No b) Algunas veces c) Varias veces
10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?
- a) No, nunca b) Algunas veces c) Frecuentemente
d) Casi cada vez que bebo
11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?
- a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
12. Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas), ¿termina usted bebiendo en exceso otra vez?
- a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado por estar bebiendo?
- a) No b) alguna vez c) Más de una vez
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?
- a) No b) alguna vez c) Varias veces
15. ¿Bebe durante todo el día?
- a) No b) Si.
16. ¿Después de haber bebido en exceso, tiene pensamientos o ideas confusas, poco claras?
- a) No b) Sí pero solo por unas horas c) Sí, por uno o dos días.
d) Sí, durante varios días.
17. Como consecuencia de beber, ¿ha tenido palpitaciones?
- a) No b) alguna vez c) Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?

² Skinner & Horn, (1984).



1 ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Nombre: C A C M Fecha: 24-03-2019

Pre - tratamiento () Post - tratamiento (x) 1er seguimiento () 2do
seguimiento () 3er seguimiento () 4to seguimiento ()

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol en los últimos 12 meses*. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

1. ¿Cuántas copas bebió la última vez?
 - a) Lo suficiente para sentirse bien
 - b) Lo suficiente para emborracharse
 - c) Lo suficiente para perderse
 - e) No he bebido
2. ¿Con frecuencia sufre de crudas los domingos o los lunes por las mañanas?
 - a) No
 - b) Sí
3. ¿Le tiemblan las manos o tiene escalofrío cuando vuelve a encontrarse sobrio?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi cada vez que bebo
4. ¿Al día siguiente de beber se siente enfermo con vómitos, dolor estomacal o retortijones?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi cada vez que bebo
5. ¿Ha estado intranquilo y/o ha visto, oído o sentido cosas que no existen?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi cada vez que bebo
6. ¿Cuándo bebe se tropieza, se tambalea y zigzaguea al caminar?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Varias veces

*ó a partir del último periodo de evaluación al siguiente, p. ejemplo: Desde el Post-tratamiento al 1er. Seguimiento, etc.
Skinner & Horn, (1984).

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Iniciales C A C M No. de Expediente: 2017-2871 Fecha: 24-03-2017

Pre-tratamiento	Post-tratamiento <input checked="" type="checkbox"/>	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	--	----------------	----------------	----------------	----------------

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN GENERAL

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no influya los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

	Completamente Insatisfecho					Completamente Satisfecho				
1. Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Vida social/recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Hábitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Vida emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 3. Me siento irritado todo el tiempo
- 4. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- ① Yo no he perdido el interés en la gente
- 2. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 3. He perdido en gran medida el interés en la gente
- 4. He perdido todo el interés en la gente

- 1. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- ② Pospongo tomar decisiones más que antes
- 3. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 4. Ya no puedo tomar decisiones

- ① Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 2. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a)
- 3. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
- 4. Creo que me veo feo (a)

- ① Puedo trabajar tan bien como antes
- 2. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 3. Tengo que obligarme para hacer algo
- 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo

- ① Puedo dormir tan bien como antes
- 2. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 3. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 4. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir

- ① Yo no me canso más de lo habitual
- 2. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 3. Con cualquier cosa que haga me canso
- 4. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- ① Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1. He perdido más de dos kilogramos
 - 2. He perdido mas de cinco kilogramos
 - 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____

- ① Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- ① Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Nivel de depresión	Puntaje
Crudo	
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 63

Diagnóstico:

Observaciones:

INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

Usuario: C A C M No. de Expediente: 2017-2871

Fecha: 24.03-2019

Pre-tratamiento () Post-tratamiento (†) 1er seguimiento () 2do seguimiento ()
3er seguimiento () 4to seguimiento ()

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|---|--|
| <p>① Yo no me siento triste
2. Me siento triste
3. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
4. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p> <p>① En general no me siento descorazonado por el futuro
2. Me siento descorazonado por mi futuro
3. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
4. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p> <p>1. Yo no me siento como un fracasado
② Siento que he fracasado más que las personas en general.
3. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
4. Siento que soy un completo fracaso como persona</p> <p>① Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
2. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
3. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
4. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p> <p>† En realidad yo no me siento culpable
2. Me siento culpable en gran parte del tiempo
3. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
4. Me siento culpable todo el tiempo</p> <p>① Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
2. Me enoja o me irrita más fácilmente que antes</p> | <p>① Yo no me siento que esté siendo castigado
1. Siento que podría ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que he sido castigado</p> <p>① Yo no me siento desilusionado de mi mismo
1. Estoy desilusionado de mi mismo
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio</p> <p>0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
① Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> <p>① Yo no tengo pensamientos suicidas
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviera oportunidad</p> <p>① Yo no lloro más de lo usual
1. Llora más de lo que solía hacerlo
2. Actualmente lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p> <p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual
① Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2. Mi apetito está muy mal ahora
3. No tengo apetito de nada</p> |
|---|--|

INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD

(BAI)

Iniciales: C A C M No. de Expediente: 2017-2871 Fecha: 24-3-17Pre-tratamiento () Post-tratamiento () 1er seguimiento () 2do seguimiento ()

3er seguimiento () 4to seguimiento ()

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	<input checked="" type="checkbox"/>			
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Debilitamiento de las piernas	<input checked="" type="checkbox"/>			
4. Dificultad para relajarse	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. Miedo a que pase lo peor	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Sensación de mareo	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. Inseguridad	<input checked="" type="checkbox"/>			
9. Terror	<input checked="" type="checkbox"/>			
10. Nerviosismo	<input checked="" type="checkbox"/>			
11. Sensación de ahogo	<input checked="" type="checkbox"/>			
12. Manos temblorosas	<input checked="" type="checkbox"/>			
13. Cuerpo tembloroso	<input checked="" type="checkbox"/>			
14. Miedo a perder el control	<input checked="" type="checkbox"/>			
15. Dificultad para respirar	<input checked="" type="checkbox"/>			
16. Miedo a morir	<input checked="" type="checkbox"/>			
17. Asustado	<input checked="" type="checkbox"/>			
18. Indigestión o malestar estomacal	<input checked="" type="checkbox"/>			
19. Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/>			
20. Ruborizarse	<input checked="" type="checkbox"/>			
21. Sudoración (no debida al calor)	<input checked="" type="checkbox"/>			

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM

0 - 5	Mínima
6 - 15	Leve
16 - 30	Moderada
31 - 63	Severa

Puntaje

0 pts Mínima

HOJA DE EGRESO

ALTA BAJA PRIMER CONTACTO SIN ASISTENCIA REFERENCIACIÓN

No. de Expediente	2017-2871	Fecha:	24-3-17
Usuario	C.A.G.M.		
Terapeuta	David Domínguez Noya		
Programa	PSE		
No. de sesiones			

DESCRIPCIÓN DE LA ALTA O BAJA DEL USUARIO

Se efectúan el control del consumo de alcohol a 1 y a 3 meses de la intervención de control y control.

Al aplicar la postintervención se obtienen resultados similares en cantidad y frecuencia de consumo general de alcohol entre 9 y 10 en las 10 áreas.

El CAD-20 y el BDA muestran disminución mínima tanto para alcohol como para drogas.

En lista de Intendencia de Dependencia del INSAH registra dependencia a la

• Actualmente se tiene 100% de cumplimiento en las metas.

Metas conseguidas

• Identificación de situaciones de riesgo (familia) y desarrollo de habilidades para enfrentar las situaciones de riesgo. Construcción cognitiva de conciencia de metas (trabajo) el cual se cumplió y pasar sus exámenes. Abstención al alcohol y control y reducción de ideas suicidas. 70% cumplimiento prima cológico

Firma de autorización

Firma del usuario

Lydia Barragán Torres

Dr. Lydia Barragán Torres
Jefa del Centro de Prevención en Adicciones
"Dr. Héctor Ayala Velázquez"

[Firma]

Nombre y Firma del usuario

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

Iniciales: CACM

No. de expediente: 2017-2871
 Fecha: 24-03-2017

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
	X				

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas con su consumo. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si ésta "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "totalmente seguro" de poder resistir beber. Como el ejemplo.

Me siento 0% -----100%

Sustancias: alcohol crack

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en aquellas situaciones que involucran.

Emociones Desagradables (Si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Malestar Físico (Si no pudiera dormir; si me sintiera nerviosa y tensa)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Emociones Agradables (Si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Probando mi Control Sobre la Droga (Si pensaré que ya no tengo problemas con la droga; si me sintiera seguro beber sólo unas copas)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Necesidad Física (Si tuviera urgencia de beber una copa; si pensara que fresca y sabrosa puede ser la bebida)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Conflicto con Otros (Si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Presión Social (Si alguien me presionara a beber; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Momentos Agradables con Otros (si quisiera celebrar con una amiga; si me estuviera divirtiendo con un amigo y quisiera sentirme mejor)

Me siento 0% -----100%
 C-----A

Apéndice D Instrumentos de Postevaluación

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

Iniciales: CAUM No. de expediente: 207-2571
 Fecha: 21-11-17

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
		<i>[Handwritten mark]</i>			

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas con su consumo. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si ésta "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "totalmente seguro" de poder resistir beber. Como el ejemplo.

Me siento 0% 100%

Sustancias: alcohol

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en aquellas situaciones que involucran.

Emociones Desagradables (Si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal)
 Me siento 0% 100% A, C

Malestar Físico (Si no pudiera dormir; si me sintiera nerviosa y tensa)
 Me siento 0% 100% A, C

Emociones Agradables (Si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino)
 Me siento 0% 100% A, C

Probando mi Control Sobre la Droga (Si pensaré que ya no tengo problemas con la droga; si me sintiera seguro beber sólo unas copas)
 Me siento 0% 100% A, C

Necesidad Física (Si tuviera urgencia de beber una copa; si pensara que fresca y sabrosa puede ser la bebida)
 Me siento 0% 100% A, C

Conflicto con Otros (Si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)
 Me siento 0% 100% A, C

Presión Social (Si alguien me presionara a beber; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa)
 Me siento 0% 100% A, C

Momentos Agradables con Otros (si quisiera celebrar con una amiga; si me estuviera divirtiendo con un amigo y quisiera sentirme mejor)
 Me siento 0% 100% A, C

INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD

(BAI)

Iniciales: CALM No. de Expediente: 2017-2871 Fecha: 11-9-17

Pre-tratamiento () Post-tratamiento () 1er seguimiento (x) 2do seguimiento ()

3er seguimiento () 4to seguimiento ()

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	x			
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	x			
3. Debilitamiento de las piernas	x			
4. Dificultad para relajarse	x			
5. Miedo a que pase lo peor	x			
6. Sensación de mareo	x			
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	x			
8. Inseguridad	x			
9. Terror	x			
10. Nerviosismo	x			
11. Sensación de ahogo	x			
12. Manos temblorosas	x			
13. Cuerpo tembloroso	x			
14. Miedo a perder el control	x			
15. Dificultad para respirar	x			
16. Miedo a morir	x			
17. Asustado	x			
18. Indigestión o malestar estomacal	x			
19. Debilidad	x			
20. Ruborizarse	x			
21. Sudoración (no debida al calor)	x			

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM

0 – 5	Mínima
6 – 15	Leve
16 – 30	Moderada
31 – 63	Severa

Puntaje

0 Mínima

Iniciales CAUM No. de Expediente: 2017-2871 Fecha: 21-09-17

Pre-tratamiento	Post-tratamiento ✓	1° seguimiento ✓	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	--------------------	-----------------------------	----------------	----------------	----------------

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN GENERAL

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no influya los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

	Completamente Insatisfecho					Completamente Satisfecho				
1. Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Vida social/recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Hábitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Vida emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

 Usuario: CACM No. de Expediente: 21-24-17

 Fecha: 2007-28-71

Pre-tratamiento () Post-tratamiento () 1er seguimiento (x) 2do seguimiento ()

3er seguimiento () 4to seguimiento ()

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Yo no me siento triste</p> <p>2. Me siento triste</p> <p>3. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>4. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p> | <p>0. Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1. Siento que podría ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que he sido castigado</p> |
| <p>1. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>2. Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>3. Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>4. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p> | <p>0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo</p> <p>1. Estoy desilusionado de mi mismo</p> <p>2. Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3. Me odio</p> |
| <p>1. Yo no me siento como un fracasado</p> <p>2. Siento que he fracasado más que las personas en general.</p> <p>3. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>4. Siento que soy un completo fracaso como persona</p> | <p>0. Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> |
| <p>1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>2. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p>3. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>4. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p> | <p>0. Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera oportunidad</p> |
| <p>1. En realidad yo no me siento culpable</p> <p>2. Me siento culpable en gran parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>4. Me siento culpable todo el tiempo</p> | <p>0. Yo no lloro más de lo usual</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p> |
| <p>1. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</p> <p>2. Me enoja o me irrita más fácilmente que antes</p> | <p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora</p> <p>3. No tengo apetito de nada</p> |

- 3. Me siento irritado todo el tiempo
- 4. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- ① Yo no he perdido el interés en la gente
- 2. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 3. He perdido en gran medida el interés en la gente
- 4. He perdido todo el interés en la gente

- ① Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 2. Pospongo tomar decisiones más que antes
- 3. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 4. Ya no puedo tomar decisiones

- ① Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 2. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a)
- 3. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
- 4. Creo que me veo feo (a)

- ① Puedo trabajar tan bien como antes
- 2. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
- 3. Tengo que obligarme para hacer algo
- 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 1. Puedo dormir tan bien como antes
- ② Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 3. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 4. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir

- ① Yo no me canso más de lo habitual
- 2. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 3. Con cualquier cosa que haga me canso
- 4. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- ① Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1. He perdido más de dos kilogramos
- 2. He perdido más de cinco kilogramos
- 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____

- ① Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- ① Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Nivel de depresión	Puntaje
Crudo	
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 63

Diagnóstico:

Lo + Mínima

Observaciones:

Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
CAD-20	Cuestionario de Abuso de Drogas
CCS	Cuestionario Breve de Confianza Situacional
CPAHAV	Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”
EDA	Escala de Dependencia al Alcohol
EI	Entrevista Motivacional
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENCODAT	Encuesta Nacional de Drogas Alcohol y Tabaco
ENCODE	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes
ESG	Escala de Satisfacción General
ISCA	Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol
IB	Intervenciones Breves
IBBP	Intervención Breve para Bebedores Problema
IBUM	Intervención Breve para Usuarios de Marihuana
IBMF	Intervención Breve Motivacional para Fumadores
LIBARE	Línea Base Restrospectiva
LSD	Lysergic Acid Diethylamide (Dietilamida de ácido lisérgico)
NIDA	National Institute of Drug Abuse (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas)
PIBA	Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas
PPR	Programa de Prevención de Recaídas
PROPAR	Programa para Adolescentes en Riesgo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
TBUC	Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)

Referencias

- Alba, L., H., Murillo, R., Castillo, J. S. (2013) Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Publica* 55 (196:216)
- Abrams, D., & Niaura, R. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. In *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-178). Guilford Press.
- Annis, H.M. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. Toronto, Canada: *Addiction Research Foundation*.
- Ayala, H.E. y Echeverría, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 1, 71-93.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM.
- Azrin, N. H., Naster, B. J., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 365-382.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1977). Self. Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Baker, F., Johnson, M. W., y Bickel, W. K. (2003). Delay discounting in current and never-before cigarette smokers: similarities and differences across commodity, sign, and magnitude. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 382-392.
- Barlow, D.H. y Hoffman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. D.M. Clark y C.G. Fairburn (eds.). Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford. Oxford University Press.
- Barragan, T. L., Flores, M. M., Morales, C. S., González, V. J., Martínez, R. M. J., Áyala V. H. (2014) *Manual del Terapeuta Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas*. Mexico: Secretaria de Salud
- Barragan, T. L., Flores, M. M., Ramírez, G. A. N, Ramírez, M. C. (2014) *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: Secretaria de Salud
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bell, N., Forthum L.F. y Sun S. (2000) "Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior", *Substance Use and Misuse*, núm. 35, pp. 77-206.

- Bien, T., Miller, W., y Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315–336. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x
- Botvin, G. y Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19: 607–615. doi: 10.1080/09540260701797753.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Castro, M.E. (1997). *Chimalli: Modelo preventivo de riesgos psicosociales en la adolescencia*. México: Pax.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K., & Satarace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 155-172
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones*. Publicación realizada en el marco del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD bajo la presidencia de Brasil

- Cruz, A. R. R., Castillo, M. M. A., da Silva Gherardi-Donato, E. C., Torres, R. A. B., & García, N. A. A. (2017). Modos de implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en trabajadores, *Journa Health NPEPS*, 2(2), 430-443.
- Cruz Martin del Campo S., L., (2007) *Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas*. Trillas: Mexico, D.F.
- Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. *The addictive behaviors*, 291-321
- Díaz Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 223-232.
- Drope J., Schluger N., Cahn Z., Drope J., Hamill S., Islami F., Liber A., Nargis N., Stoklosa M. (2018). The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies Recuperado de <https://tobaccoatlas.org/>
- del Pilar González, M., & Yedra, L. R. (2006). La escuela y los amigos: Factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 23-37.
- Echeverría, L., Ruíz, G., Salazar, M., Tiburcio, M. & Ayala, H. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría, L., & Áyala, H. (1977). *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Elzo, J., Elorza, M.A. y Laespada, M.T. (1994). *Alcoholismo juvenil*. Bilbao: Deustuko Unibertsitatea.

- Estruch, R. (2002) Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adiciones*, 14, (Sup1)
- Fleiz, Clara, G. Borges, E. Rojas, C. Benjet y M.E. Medina-Mora 2007 “Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana: Un estudio de cohortes”, *Salud Mental*, núm. 30, pp. 63-73.
- Frick, P. J., y White S. F., (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for development models of aggressive and antisocial behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359-375.
- Friedman, H. (2002) Health psychology, Upper Saddle River, Nueva Jersey, Pearson Education.
- Gil-Lacruz, M (2007) Psicología social: un compromiso aplicado a la salud, Zaragoza, Universidad de Zaragoza.
- Garnica, G. (2013). Efectividad de la modificación de contingencias parentales para disminuir conductas problemáticas en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 79-87.
- Gutiérrez-Noriega, C., & Zapata Ortiz, V. (1944). Cocainismo experimental: I. Toxicología general, acostumbramiento y sensibilización. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(4), 279-306.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., & Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 431-461.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27(6), 951-976.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México: INPRFM, 2012. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234804/RESUMEN_METODOL_GICO.pdf

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.

Kazdin, A.E. (1994). *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Manual Moderno

Kirby, K. N., & Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction*, 99(4), 461-471. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x>

Klimenko, O., Guzmán, D. A. P., Cardales, C. B., González, J. J. G., & Espitia, N. D. C. S. (2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *Psicoespacios*, 12(20), 144-172.

- Lira, J., Cruz, E., & Ayala, H. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve motivacional para fumadores*. México. Secretaría de salud
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Venegas, C. A. C., Ayala, H. E., & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud mental*, 32(1), 35-41.
- Loeber, R., & Schmalings, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A metaanalysis. *Journal of abnormal child psychology*, 13(2), 337-353.
- López, C.F. (2013). Inventario de prácticas de crianza. En C.S. Morales, & R.M.J. Martínez (Eds), *Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva. Manual del Terapeuta* (pp-14-19). México: CENADIC-SSA.
- López KS, Costa ML. Antisocial Behavior Alcohol consumption by school adolescents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(2): 299-305.
- Lundahl, B. y Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 12321245. doi: 10.1002/jclp.20638
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R., (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research*, 1, 159-199.

- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Pedroza, C. F. J., Ruiz, T. G. M., & Ayala, V. H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127.
- Medina, G. M. A., Chávez A. M. E., López, C. F., Felix, R. V., Gordillo, M. T., Morales, C. S., (2012) *Manual del Terapeuta para la Aplicación del Intervencion Breve para Usuarios de Marihuana*: México. Secretaria de Salud
- Medina-Mora, M. E., J. Villatoro, P. Cravioto y C. Fleiz 2004 “Uso y abuso de alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones”, en Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, México: CONADIC.
- McSweeney, F.K., Murphy, E.s. & Kowal, B.P. (2005). Regulation of Drug Taking by Sensitization an Habituation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(3),163-184.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Morales C.S. & Martínez, R.M.J. (2013) Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva. Manual del Terapeuta, CENADIC-SSA.
- Morales, C. S. & Vázquez, P.F. (2014). Prácticas de crianza asociadas a la reducción de los problemas de conducta infantil: una aportación a la salud pública. *Acta de Investigación Psicológica*, 4, 1700-1715.

Morales, C. S., Martínez, R. M. J., Martín del Campo S. R. & Nieto, G. J (2016). Las prácticas de crianza y la reducción de los problemas de conducta infantil. *Psicología Conductual*, 24(2), 341.

National Institute on Drug Abuse (2007) La metanfetamina. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina> en 2019, September 23

National Institute on Drug Abuse (2010) Principios de Tratamiento para la Drogadicción. (NIDA publicación No. 10-4180(S) Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>

National Institute on Drug Abuse (2011). Abuso de inhalantes. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/abuso-de-inhalantes>

National Institute on Drug Abuse (2013) Adicción y adolescencia. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

National Institute on Drug Abuse (2018) Las drogas, el cerebro y la conducta (NIDA publicación No. 18-DA-5605) Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M. E, Solis, L., & Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.

Organización de los estados americanos (2019): Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004) Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de

https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994) Glosario de términos de alcohol y Drogas.

Recuperado de

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2003). Skills for Health. Recuperado de:

http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf

Organización Mundial de la Salud (2019) Factores de Riesgo. Recuperado de:

https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Oropeza, R., Fukushima, E., García, L. y Escobedo, J. (2007). *Guía de Aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. México: Secretaría de Salud.

Pastor, Juan-Carlos y M.J. López-Latorre (1993) “Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación”, en *Anales de Psicología*, núm. 9, pp. 9-30.

Parker, D., & Harman, M. S. (1980). A critique of the distribution of consumption model of prevention. Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism. Washington: US Superintendent of Documents.

Pilotti, M., Baolota, D.A., Sommers, M. & Khurshid, A. (2000). Auditory habituation in Young and older adults: The verbal transformation effect. *Psychology and Aging*, 15 (2), 313-322

- Pavlov, I. P. (1960). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. New York: Dover. (Original work published 1927)
- Pérez, B. (2002). El alcohol como problema de salud pública. La responsabilidad de los poderes públicos. *Adicciones*, 14(1), 291-301.
- Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 117(1), 67.
- Pons, Xavier 2007 *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*, Alicante, Editorial Club Universitario.
- Pons D., X. (2008) Modelos Interpretativos del consumo de drogas. *Polis* (online) 4, 157-186 Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Rescorla, R. A. (1968). Probability of shock in the presence and absence of CS in fear conditioning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 66, 1-5.
- Riley, D., y O'Hare, P., (2000) "Harm reduction: history, definition and practice", en James Inciardi y L. Harrison, comps., *Harm reduction: national and international perspectives*, Londres, Sage.
- Ripple, C. H., & Luthar, S. S. (1996). Familial factors in illicit drug abuse: an interdisciplinary perspective. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 22(2), 147-172.

- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14, 337-351.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., & Abrams, D. B. (1995). Cue exposure treatment in alcohol dependence. In D. C. Drummond, S. T. Tiffany, S. Glautier, & B. Remington (Eds.), *The Wiley series in clinical psychology. Addictive behaviour: Cue exposure theory and practice* (pp. 169-196). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Rubak, S., Sandbaek A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Salazar, G. M. L., Valdez, R. J. F., Martínez, M. K. I., & Pedroza C. F. J. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10, 803-815.
- Salazar, M. L., Pérez, J. L., Ávila, O. P., & Vacio, M. A. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22(2), 247-256.
- Sanchez-Craig, M., & Wilkinson, D. A. (1989). Brief treatments for alcohol and drug problems: *Practical and methodological issues*.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Competencias científicas y profesionales: Cimientos metodológicos y de integración en las ciencias del comportamiento. *Competencias profesionales y científicas del psicólogo. Universidad Nacional Autónoma de México. México*, 247-282.

- Siegel, S. & Ellsworth, D.W. (1986). Pavlovian conditioning and death from apparent overdose of medically prescribed morphine: A case report. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 24, 278-280.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363-371.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Stephens, R. S., Curtin, L., Simpson, E. E., & Roffman, R. A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19(1), 23-32.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back. In *Measuring alcohol consumption* (pp. 41-72). Humana Press, Totowa, NJ.
- Temple, J.L., Giacomelli, A. M., Roemmich J.N. & Epstein, L. H. (2008). Dietary variety impairs habituation in children. *Health Psychology* 27 (1,Suppl), 10-19.
- UNODC. (2018). Informe Mundial Sobre Las Drogas. Oficina de las Naciones Unidas Contra La Droga y el Delito. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html>
- UNODC. (2019). Informe Mundial Sobre Las Drogas. Oficina de las Naciones Unidas Contra La Droga y el Delito. Recuperado de

<https://www.unodc.org/ropan/es/presentan-informe-mundial-sobre-las-drogas-2019.html>

Vega, A. (1992) “Modelos interpretativos de la problemática de las drogas”, en Revista Española de Drogodependencias, núm. 7, pp. 22-232.

Ventosa, L., 1990 Delincuencia y disocialidad, Barcelona, Fundació Jaume Bofill.

Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles N, Fregoso Ito D, Bustos Gamiño M et al. Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014. Reporte de drogas. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud; 2015.

Watson, J.B. & Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-4

Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale–Fourth Edition (WAIS–IV)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wolpe, J., Brady, J. P., Serber, M., Agras, W. S., & Liberman, R. P. (1973). The current status of systematic desensitization. *American Journal of Psychiatry*, 130(9), 961-965.

World Health Organization. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.