



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EL PROGRAMA DE SATISFACTORES  
COTIDIANOS EN POLICONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
TOMÁS CASTILLO CABRERA

TUTORA:  
LYDIA BARRAGÁN TORRES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:TUTOR  
DR. CÉSAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. JUDITH MARINA MENEZ DÍAZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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.

*Your history's not going to go away; it isn't the same thing as dirt on the floor or paint peeling off the walls; it's not going to be solved in that way. It's more like learning how to carry it, to contact it, to see it. Because it's based on the psychology of the normal, the therapist is part of that too. And so they too are working with those very same processes. And so it requires a therapist just to see the value of it and to be willing to look at their own difficult emotions and thoughts and find a way to carry them gently in the service of the clients that they're serving.*

**- Steven C. Hayes**

## **Agradecimientos**

Al Tolín: perdón, me tardé unos meses; gracias, llegué.

A mi familia: ermana, pato, papá y mamá.

A mi familia grande: Tita, primos y tíos.

A mis amigos: Vio, Jav, Ale, Memix, Deivi, Coi y Goncey.

A los que permitieron que fuéramos siempre ocho: Ale, Marquisio, Bexa, San, Clau, Yaz y Alex.

A mis usuarios: puente constante de experiencia.

Al doc Solís: gracias por creer.

A los que me escribieron esa carta que tanto tocó: Rafa, Jud, Isma, Monchis.

A mis dos bastiones en el proceso: Silvia y Lydia.

Finalmente, a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología, al programa de Maestría y Doctorado en Psicología y al CONACyT.

Para (y gracias a) Lilley.

## Índice

Resumen.....	6
Introducción .....	7
Notas iniciales.....	10
1. Panorama general del consumo de sustancias .....	11
1.1 Breve revisión histórica del consumo de sustancias.....	11
1.2 Epidemiología mundial.....	23
1.3. Epidemiología nacional .....	30
2. Explicaciones para los problemas de conductas adictivas.....	33
2.1. Perspectiva biológica farmacológica .....	33
2.2. Perspectiva conductual.....	35
2.3. Perspectiva social y cultural.....	37
3. Tratamientos para los problemas de conductas adictivas .....	39
3.1. Grupos de autoayuda.....	40
3.2. Tratamientos médico-psiquiátricos.....	41
3.3. Tratamientos psicológicos .....	42
Modelo cognitivo conductual .....	43
Modelo psicodinámico.....	42
Modelo sistémico .....	43
4. Formulación de programas .....	46
4.1. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas .....	53
4.2. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema .....	64
4.3. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína .....	71
4.4. Intervención Breve Motivacional para Fumadores.....	84
4.5. Intervención Breve para Usuarios de Marihuana.....	92
5. Reporte de caso único .....	99
5.1. Resumen de caso.....	104
5.2. Resultados de la evaluación inicial .....	105
5.3. Resumen del tratamiento.....	110

5.4. Resultados de la intervención .....	119
5.5. Discusión del caso.....	122
6. Discusión general.....	126
Referencias.....	131

## Resumen

El presente reporte documenta la experiencia profesional adquirida a lo largo de los dos años del programa de Maestría en Psicología con residencia en Adicciones. Primero, se expone un panorama general del consumo de sustancias psicoactivas a nivel internacional, partiendo de una breve revisión histórica de su uso, hasta llegar a la situación actual en el mundo y en México, con algunas cifras estadísticas de la progresión epidemiológica de este problema de salud.

Posteriormente, se presentan algunas perspectivas comunes que se han propuesto para dar explicación al fenómeno del consumo de sustancias, desde el nivel sociocultural hasta el individual. Después, se describen los tratamientos más populares en la actualidad para la problemática expuesta en el presente documento: el abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas. Más adelante, se presentan algunos de los programas de tratamiento practicados durante la residencia en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez, junto con los reportes de caso representativos para cada uno de dichos programas. Luego, se expone a detalle el Programa de Satisfactores Cotidianos, y su implementación en el reporte de caso único. Finalmente, en el séptimo capítulo, se presenta una discusión general de los programas trabajados, los resultados obtenidos y algunas conclusiones relacionadas con la experiencia profesional adquirida en el transcurso de la Maestría en Psicología con residencia en Adicciones.

## Introducción

La adicción a sustancias psicoactivas es un problema que afecta a la población mundial desde lo individual hasta lo colectivo. Ha tenido un fuerte impacto en políticas públicas, salud, violencia, seguridad, economía, estructuras comunitarias y familiares.

El consumo de sustancias es un fenómeno multifactorial, por lo que existen varias aproximaciones que han permitido desarrollar técnicas eficaces para la prevención y el tratamiento de las adicciones.

El enfoque cognitivo-conductual ha recibido particular atención en las últimas décadas debido a que parte de modelos teóricos que han probado su eficacia a partir de evidencia empírica, permitiendo una mejora continua en su estructura y aplicación.

La entrevista motivacional, propuesta por Miller y Rollnick a mediados de los años 80, ha crecido y se ha articulado de manera cada vez más concisa mediante herramientas y estrategias derivadas de las terapias conductuales y de la teoría del aprendizaje social desarrollada por Albert Bandura a finales del siglo XX.

En el programa de Maestría en Psicología con residencia en Adicciones se incorporan elementos necesarios para el entrenamiento profesional especializado de alta calidad, en el que se reflejan los conocimientos más relevantes y actualizados de la psicología en este tema, con una perspectiva cognitivo-conductual y psicosocial.

El objetivo del presente reporte es presentar una descripción detallada de la experiencia profesional adquirida en el programa de Maestría, partiendo de la identificación del panorama general del consumo de sustancias en la actualidad, así como de considerar sus implicaciones sociales e individuales y las soluciones que pueden desprenderse desde la psicología aplicada.



En primer lugar, se exponen cuestiones epidemiológicas mundiales y nacionales acerca del problema de uso, abuso y dependencia de sustancias. Para esto, se presenta inicialmente una breve revisión histórica acerca del origen de las drogas y de cómo éstas han formado parte de la sociedad a lo largo de la historia.

Posteriormente se elabora una revisión más detallada acerca de la epidemiología actual del consumo de sustancias en México; se hace especial énfasis en las tendencias de los últimos veinte años, con la finalidad de observar patrones generales de consumo a nivel colectivo e individual.

Más adelante se reporta la problemática de las adicciones dentro del contexto de la salud pública. Se exponen tres perspectivas de estudio del fenómeno: farmacológica, conductual y social. Se muestra también una revisión de los factores de riesgo y protección asociados a los problemas de consumo de sustancias, y las estrategias para su prevención y tratamiento.

Se presenta un panorama general sobre los programas de tratamiento actuales, destacándose sus fortalezas y debilidades. Se presenta primero el enfoque de los grupos de autoayuda, los cuales surgen a partir del movimiento del grupo Oxford, a principios del siglo XX, y que son el antecedente a las agrupaciones actuales de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Posteriormente se presenta el modelo médico de las adicciones con énfasis en los avances que la psiquiatría y las neurociencias han hecho hasta ahora para la comprensión y el tratamiento de dicho problema. Por último, en esta sección se presentan los distintos tipos de tratamiento psicológico que se han desarrollado y utilizado para apoyar a las personas con esta problemática. Se pone énfasis especial en los tratamientos cognitivo-conductuales basados en las técnicas de entrevista motivacional debido a que estos programas de tratamiento profesionales son los que más altos índices de efectividad alcanzan a partir de intervenciones breves con

duraciones que van desde una sesión hasta un año, dependiendo de la severidad del problema y de la disposición al cambio que muestre la persona que busca la atención.

En la siguiente sección de este documento se presenta la formulación de programas, en la que se describen brevemente cinco de los programas de tratamiento más utilizados en las instituciones profesionales de salud pública del país. A pesar de que todos los programas que se presentan tienen algunas similitudes, debido a que derivan de la misma base teórica y terapéutica, cada uno de ellos tiene particularidades que permiten enfocarse en una problemática específica (en función de los grupos de edad, la sustancia de impacto y el nivel de dependencia). Acompañado de una breve descripción de cada programa, se presenta un caso en el que se impartió el tratamiento, y se añaden las dificultades y los logros obtenidos.

Por último, se presenta un reporte detallado de caso único de tratamiento, seleccionado por su duración, por los niveles de dependencia de la persona que buscó apoyo en el centro y por los resultados obtenidos. En esta sección se elabora una integración de la revisión teórica y de la aplicación terapéutica de todas las técnicas derivadas de la investigación empírica en el campo de las adicciones. Se discuten los resultados, algunos cursos de acción alternativos y los alcances y limitaciones de la intervención, así como contribuciones personales al programa que podrían incluirse y probarse en futuras investigaciones para mejorar la efectividad de este en el tratamiento de los casos severos de dependencia a sustancias.

## Notas iniciales

Con fines de parsimonia, las palabras *droga*, y *sustancia psicoactiva* (o, simplemente, *sustancia*) se utilizan de manera intercambiable a lo largo del presente documento, pese a las similitudes y diferencias inherentes a los términos.

Se considera aquí que una droga es cualquier sustancia química (natural o sintética) cuya ingesta afecta el comportamiento de un individuo (a partir de cambios en el afecto, el pensamiento, la percepción y/o la conciencia) como el resultado de una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC).

Las sustancias psicoactivas pueden ser clasificadas en tres grupos: (1) los depresores enlentecen el funcionamiento del SNC, (2) los estimulantes aceleran o excitan el funcionamiento del SNC y (3) los alucinógenos alteran la percepción de la realidad (interoceptiva y/o exteroceptiva) de quien los consume.

Los efectos individuales del consumo de sustancias pueden variar de persona en persona en función de factores como la cantidad, calidad o cualidad de la droga; la edad, el peso, las características biológicas, el estado de ánimo, la experiencia previa y las expectativas del consumidor; las normas y expectativas sociales, el lugar de consumo, la presencia de otras personas, además de otros factores ambientales (ruido, iluminación, temperatura, etc.).

Existen diversas razones por las que la gente consume drogas (placer, imitación, tensión, soledad, aburrimiento, dolor, preocupación, dependencia, participación ceremonial, etc.). El siguiente capítulo aborda el panorama general del consumo de sustancias, desde los primeros registros históricos de su prevalencia hasta la situación actual de consumo a nivel nacional y mundial.

## **1. Panorama general del consumo de sustancias**

En este primer capítulo se presenta una revisión global sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Con este fin, se expone brevemente el curso histórico de dicho uso y, posteriormente, se presentan algunos datos epidemiológicos relevantes acerca de la actualidad de su uso, abuso y dependencia a nivel nacional e internacional.

### **1.1 Breve revisión histórica del consumo de sustancias.**

La búsqueda humana de estados alterados de conciencia es, quizás, tan antigua como la humanidad misma; la meditación, algunas técnicas de respiración, la oración, el arte, la música, la pasión sexual, la privación sensorial, el ayuno y la vigilia prolongada, entre otras prácticas, son ejemplos de ejercicios para la búsqueda de estados de conciencia alterados (Hajar, 2016).

Debido a que las sustancias psicoactivas producen efectos sobre el pensamiento, el afecto, la percepción y/o el comportamiento de quien las consume, su uso ha sido, históricamente, el método más común para la búsqueda de dichos estados de conciencia (Guerra-Doce, 2015)

Los primeros seres humanos en habitar el planeta vivían de la caza y la recolección. La evidencia sugiere que el uso humano de sustancias psicoactivas derivadas de plantas (*aleloquímicos*) ha estado presente desde tiempos prehistóricos (Fig. 1). El inicio de estas prácticas, sin embargo, es desconocido, por lo que su origen exacto se ubica en una escala temporal sin límites fijos (Sullivan & Hagen, 2001).

La investigación antropológica muestra que las tribus aborígenes más antiguas que aún habitan el planeta hacían uso de la planta *pituri* (*Dubiosa hopwoodii*) por sus contenidos de nicotina; esta información da indicios de que, desde la prehistoria, los humanos acumularon y transmitieron, por generaciones, información sobre plantas de uso farmacológico (Croq, 2007).

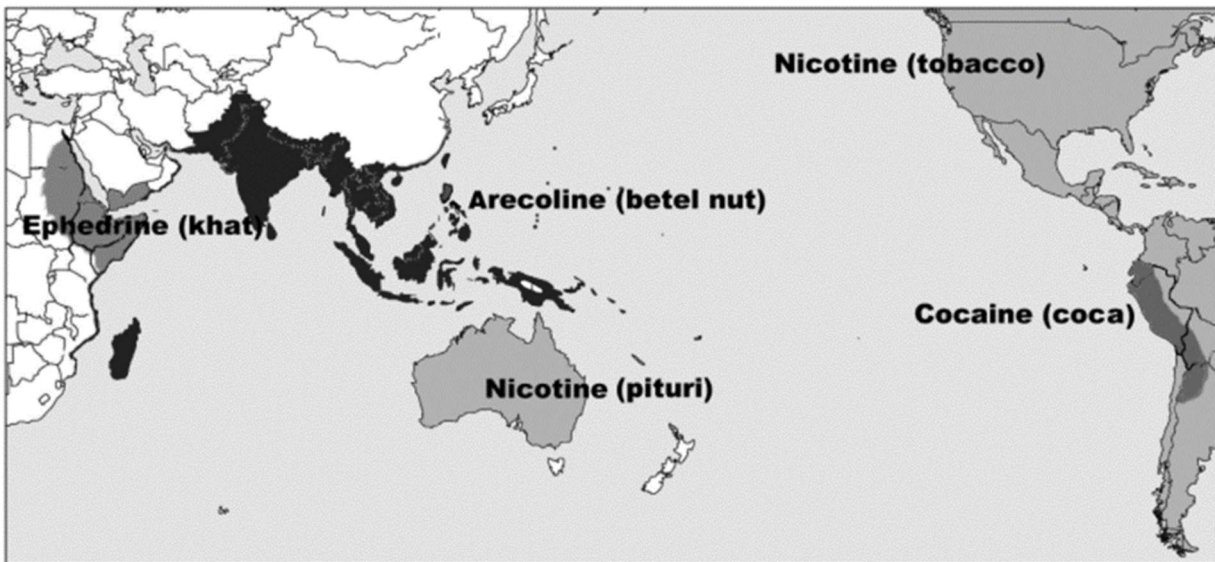


Figura 1. Ubicuidad de algunos aleloquímicos en el mundo precolonial (Tomado de Sullivan & Hagen, 2001).

La evidencia arqueológica también sugiere que el uso humano de sustancias psicoactivas existe desde épocas prehistóricas. Se cree que desde la era paleolítica los humanos mostraban un impulso innato a experimentar estados de conciencia alterados a través del consumo de sustancias psicotrópicas (Saniotis, 2010).

El uso de sustancias está registrado desde las civilizaciones más antiguas. Originalmente, los aleloquímicos estaban disponibles únicamente en regiones aledañas a su cultivo y producción; con el paso del tiempo, han surgido cambios importantes en la variedad, disponibilidad, producción, distribución y uso de sustancias, así como en la percepción cultural

sobre dicho uso y su impacto social. La introducción de sustancias nuevas a las comunidades genera reacciones de aceptación y/o rechazo (Adrian, 2015).

Históricamente, la prevalencia de no-consumidores de sustancias siempre ha sido mayor que la de consumidores, por lo que las políticas sociales suelen enfocarse en medios para la regulación del consumo. Estos medios (prevención, restricción, castigo y/o tratamiento para los usuarios) se han enfocado en evitar los problemas individuales y colectivos asociados al consumo de sustancias, aunque siempre traen consigo consecuencias impredecibles y, en ocasiones, negativas (Adrian, 2015).

El estudio, descripción y comprensión de la naturaleza de los problemas relacionados con el consumo de sustancias facilita la búsqueda de medidas de prevención y tratamiento para los usuarios y tiene un impacto directo en la percepción social de dicho consumo. En la actualidad el avance de la psicología y las neurociencias ha dejado claro que el abuso de y la adicción a sustancias es un fenómeno de salud que puede prevenirse y tratarse. Sin embargo, la percepción social no ha sido siempre la misma (Vetulani, 2001).

A lo largo del tiempo y alrededor del mundo, las sustancias psicoactivas han sido utilizadas con tres finalidades principales: (1) ceremoniales, (2) médicas y (3) recreativas o sociales (Hajar, 2016; Saniotis, 2010). Con el paso del tiempo, la demanda de estas sustancias ha dado lugar a que se añadan finalidades económicas, políticas y de control social (Adrian, 2015).

En cuanto a sus efectos, las sustancias psicoactivas han sido clasificadas en cuatro categorías; (1) los alucinógenos modifican las funciones normales de la percepción a través de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, gusto, etc.); (2) los embriagadores causan un estado de intoxicación temporal que suele ser acompañado de estados de ánimo alegres o extáticos en los que las funciones mentales y de conciencia normales no se ven demasiado alteradas; (3) los

hipnóticos y narcóticos producen estados de sopor, estupor, sueño, tranquilidad y relajación física y/o mental; (4) los estimulantes provocan un incremento en la actividad física que, normalmente, facilita las actividades de trabajo cotidianas (Hajar, 2016).

Se desconocen culturas en las que el uso de sustancias no haya estado presente, por lo que se cree que dicho uso ha jugado un rol importante en la supervivencia y la coherencia social humanas desde las culturas más antiguas (Vetulani, 2001). Se ha planteado, incluso, que los estados alterados de conciencia facilitaron el desarrollo antropológico de las manifestaciones más simbólicas de la vida y de la mente (Guerra-Doce, 2015; Hajar, 2016).

De todas las regiones geográficas, el continente americano tiene la mayor variedad y abundancia de aleloquímicos; es en regiones específicas de América que muchos antropólogos han hecho trabajo de campo para el estudio del uso de psicoactivos por comunidades rurales o nativas. La prevalencia actual de uso en estas comunidades permite reconocer que se trata de prácticas antiguas; sin embargo, sólo a través de estudios arqueológicos ha sido posible aproximarse al tiempo durante el cual el consumo de sustancias ha estado presente en la humanidad. Los restos fósiles de ciertas plantas, los alcaloides encontrados en artefactos arqueológicos y restos humanos, algunos residuos ornamentales de recipientes para bebidas alcohólicas e imágenes artísticas que representan plantas psicoactivas o estados de conciencia alterados son evidencia prehistórica del uso de dichas sustancias (Guerra-Doce, 2015)

Los patrones de uso de sustancias varían de acuerdo con las épocas y las regiones geográficas; la aculturación de las drogas siempre ha jugado un papel fundamental en su recepción, posición, uso, popularidad y efectos sociales en cada cultura (Crocq, 2007).

### ***Uso religioso.***

Por milenios, los sacerdotes y chamanes han hecho uso de sustancias que inducen estados de trance disociativo. El término comúnmente utilizado para referir este tipo de trance es enteógeno o enteogénico, que significa “generador de inspiración divina” (Rick, Bigwood, Staples, Ott, & Wasson, 1979. p. 146).

El hongo de Amanita muscaria fue muy importante en rituales religiosos hace más de 4,000 años en la India y regiones aledañas de Asia. En la América precolombina, los hongos de psilocibina y el cactus del peyote también fueron utilizados para buscar estados de introspección espiritual (Crocq, 2007).

### ***Uso medicinal.***

Muchas drogas han sido utilizadas con fines medicinales en la historia de la humanidad. Del opio existen registros de uso médico desde el siglo IX a.C. en la Odisea de Homero como ansiolítico y antidepresivo. Se estima que los Sumerios cultivaban opio con fines medicinales hace más de 5000 años. El papiro de Ebers, uno de los documentos médicos más antiguos que se conoce (c. 1500 a.C.) también tiene registros del uso de la semilla de la Amapola Real (*Papaver somniferum*) como sedante (Crocq, 2007).

### ***Uso recreativo.***

El uso recreativo de algunas sustancias psicoactivas también ha estado presente por milenios en una proporción significativa de la población. Las más comunes son el alcohol, el tabaco, el café y el té; por su estatus legal, generalmente su uso es considerado “normal”, a diferencia de las drogas más “duras”, como el Cannabis, la Coca, el Opio, y todos sus derivados,



comúnmente asociadas a la desviación social y al vicio. Todas estas sustancias han permeado e impactado de maneras diversas en la cultura y la sociedad a nivel mundial (Crocq, 2007).

El desarrollo de la química del siglo XIX permitió obtener nuevas sustancias psicoactivas a través de la experimentación con compuestos conocidos. De manera similar a otras sustancias más antiguas, su uso inicial fue con fines medicinales, aunque posteriormente se descubrieron sus propiedades recreativas o sociales, junto con su potencial de abuso y dependencia (Vetulani, 2001).

Las sustancias más prevalentes en los registros históricos de la humanidad han sido productos encontrados en la naturaleza y preparaciones derivadas de éstos (Adrian, 2015).

Existe evidencia de la antigüedad en el uso de una gran variedad de plantas psicoactivas y derivados. Algunos ejemplos son las nueces de Betel, hace más de 13000 años, en Asia; la hoja de coca, hace más de 9000 años, en América; la amapola, planta del opio, hace más de 7000 años, en el Mediterráneo; el cactus de San Pedro y el peyote, hace más de 6000 años, en América; la planta de cannabis, hace más de 6000 años, en China; el tabaco, hace más de 4000 años, en Sudamérica, y los hongos alucinógenos, hace más de 2000 años, en Mesoamérica, entre otras (Guerra-Doce, 2015).

Se sabe que algunas culturas aborígenes australianas consumían *Pituri* por su contenido nicotínico; considerando los más de 40 000 años de presencia de estas culturas en el planeta, es posible que el uso de estas y otras plantas nativas haya existido desde hace mucho tiempo (Saniotis, 2010).

Las plantas de tabaco (*Nicotiana tabacum* y *N. rustica*) estaban ya extendidas a lo largo del continente americano con fines medicinales y ceremoniales antes de la llegada de los conquistadores españoles, y son consideradas uno de los cultivos más antiguos de la época

precolonial. El tabaco fue llevado a Europa tras la colonización española y popularizado, con fines médicos, por Jean Nicot en el siglo XVI d.C. (Saniotis, 2010; Sullivan & Hagen, 2001).

La nicotina es la tercera sustancia psicoactiva de mayor consumo a nivel mundial, sólo por debajo del café y el alcohol. Desde su introducción en el viejo continente, esta sustancia ha sido prohibida, legalizada, gravada, comercializada y regulada. Actualmente, existe una clara postura política y social con respecto a los riesgos de salud implicados en su uso (Adrian, 2015).

El alcohol, segunda sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial, se obtiene a partir de la fermentación de prácticamente cualquier hidrato de carbono.

Existen registros arqueológicos de la presencia de bebidas fermentadas desde, aproximadamente, el año 7000 a.C. (Vetulani, 2001). El papel del alcohol como embriagante está bien documentado desde épocas bíblicas. Durante la edad media, su uso fue considerado un pecado, no tanto por sus efectos embriagantes, sino por el tipo de comportamientos indulgentes asociados con el estado de ebriedad. En el siglo XIX d.C. comenzó, de manera formal, la oposición política al consumo del alcohol, debido a los problemas sociales derivados de su abuso. Durante este mismo siglo surgió la primera aproximación terapéutica para la adicción, la cual consideraba al alcohol como agente causal, más que un problema moral del bebedor.

Posteriormente, a inicios del siglo XX d.C., llegó la prohibición como política pública en Norteamérica; esta trajo consigo algunas consecuencias positivas a nivel de salud pública, aunque también dio lugar a un aumento en el mercado ilegal y el crimen, así como un impacto negativo en la economía como resultado de la falta de ingresos por los impuestos a la venta legal. Finalmente, la venta de alcohol volvió a legalizarse, y con ella regresaron los problemas de salud asociados a su consumo (Adrian, 2015).

El té y el café son las sustancias más consumidas en el mundo actualmente. El té es una infusión de planta, de origen chino, introducida en Europa en el siglo XVI d.C. por comerciantes portugueses. Pese a que desde su introducción tuvo una aceptación generalizada, su consumo fue más común en la aristocracia. La oposición al té surgió más como una protesta política ante el imperio británico durante la Revolución Norteamericana que como una prohibición de la infusión en sí misma; esto dio lugar a la popularización en el consumo del café en Norteamérica (Adrian, 2015).

Se cree que el café fue descubierto en Yemen en el siglo XV d.C. y que su uso, igual que el del té y el tabaco, se extendió hacia gran parte del medio oriente y Europa para el siglo XVI d.C. Desde su descubrimiento y popularización, el consumo de café ha transitado intentos de prohibición por sus propiedades estimulantes, hasta alcanzar la aceptación global a partir del siglo XVII d.C. (Adrian, 2015).

El cáñamo hindú (*Cannabis sativa* y *C. indica*) es otra planta con propiedades psicoactivas con una amplia trayectoria histórica. El rango geográfico de la presencia del cannabis es, también, amplio (Saniotis, 2010). Existen registros escritos sobre su uso en China que datan del año 2700 a.C., aproximadamente. Su presencia también está registrada en la India, en el Medio Oriente y en África, principalmente en culturas islámicas, donde el uso del alcohol está prohibido. Su uso se extendió a occidente a partir del siglo XVI d.C. Para el siglo XIX d.C., después de las guerras napoleónicas, el consumo de cannabis ya era popular en Europa y América; desde entonces, el uso recreativo de esta sustancia ha estado presente en prácticamente todo el mundo (Vetulani, 2001).

De la misma manera que con otras sustancias, los intentos por regular el consumo de cannabis han estado presentes por mucho tiempo. El fin del siglo pasado y el inicio del actual

significó una transición en el estatus legal de la sustancia en muchas partes de Norteamérica y Europa. Como con el alcohol, las políticas públicas sobre el uso, posesión y comercialización de la sustancia han tenido un gran impacto social en términos de políticas de seguridad, salud y economía (Adrian, 2015).

Otra sustancia con relevancia histórica es la cocaína; se trata de un alcaloide presente en las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca*). Originalmente fue utilizado por oriundos de la región de los Andes desde hace aproximadamente 7,000 años como una fuente de energía para el trabajo, dadas las dificultades inherentes a las condiciones de altitud de la región (Saniotis, 2010; Sullivan & Hagen, 2001).

Al ser masticada, la coca ayuda a sus consumidores a no sentir los síntomas de la fatiga y el hambre, promoviendo la resistencia física, el incremento en el tiempo de vigilia y la concentración. Muchas comunidades de regiones cercanas a los Andes continúan utilizando la planta de esta manera con los mismos fines. A finales del siglo XIX d.C., las compañías farmacéuticas aislaron el alcaloide de las hojas y su uso se popularizó en Norteamérica y Europa. De esta forma, el consumo medicinal de la cocaína tuvo un incremento a nivel mundial (principalmente como anestésico local y como agente estimulante, promotor de la vigilia y la atención). Además de la presencia actual del alcaloide a nivel mundial, su impacto más importante a finales del siglo XIX d.C. ocurrió con la comercialización de una bebida francesa llamada “Vin Mariani”, mezcla del alcaloide y vino, que a la postre dio lugar al nacimiento de la Coca-Cola, la cual sustituyó en su fórmula el vino por nueces de cola y, a inicios del siglo XX d.C., el extracto de coca por cafeína (Vetulani, 2001).

Además de las sustancias mencionadas en párrafos anteriores, existen muchas otras cuya presencia ha tenido impactos similares en la sociedad (principalmente, en función de del tipo y

grado de intoxicación que produce su consumo). Las distintas variedades de hongos alucinógenos, el peyote, el opio y sus derivados, además de todas las sustancias psicoactivas sintetizadas en laboratorios desde finales del siglo XIX a.C. hasta la actualidad (LSD, MDMA, anfetaminas, metanfetaminas, entre otras), han tenido cursos históricos que parecidos a los de los aleloquímicos más antiguos de los que existe registro. Tomando esto en consideración, no sorprende que todas éstas (o su mayoría) hayan visto procesos de aceptación, escepticismo y/o rechazo asociados a su consumo con fines medicinales, ceremoniales o recreativos; incluso que, en la actualidad, las políticas públicas sean modificadas hacia una regulación más flexible con el fin de evitar los problemas sociales implicados en su prohibición (Adrian, 2015).

La decocción del hongo *Amanita muscaria* data de más de 10,000 años en regiones Indoarias. Con base en algunas evidencias arqueológicas de ornamentos, se cree que el consumo de estas preparaciones estuvo presente en rituales Zoroastrianos y en algunos cultos del cristianismo primigenio en Roma. El uso de las preparaciones de *Amanita muscaria* fuera de ceremonias religiosas no perduró hasta la actualidad, posiblemente debido al tabú asociado al hongo, considerado como uno de los más venenosos, aunque en realidad no lo sea (Vetulani, 2001).

El opio es otra sustancia popular desde la antigüedad. Se conoce desde hace más de 6,000 años, aproximadamente, y se obtiene de la planta de amapola real (*Papaver somniferum*). Ha sido utilizado con fines medicinales y recreativos. Las culturas más antiguas que tienen registros de su consumo son la griega, la romana y la árabe (Vetulani, 2001).

El estramonio (*Datura stramonium*) es un alucinógeno fuerte con acción repulsiva al consumo que contiene escopolamina, atropina y hiosciamina. Esta raíz solía utilizarse con fines espirituales y/o religiosos en ciertos rituales de la antigua Grecia y de Asia. También existen

registros históricos de su uso por parte de tribus indígenas en Mesoamérica. Otro psicoactivo de origen vegetal es la Ibogaína (*Tabrenanthe iboga*). Esta sustancia también fue ampliamente utilizada en ceremonias religiosas de varias tribus de África Central. Actualmente, ha recibido atención considerable debido a sus capacidades para inhibir conductas asociadas al craving o impulso fuerte por el consumo de ciertas drogas (Vetulani, 2001).

Las principales sustancias con presencia en América, previo a la llegada de los colonizadores españoles en el siglo XV d.C. (además de la nicotina y la cocaína), son algunos alucinógenos como la mescalina (peyote), la psilocibina (hongos alucinógenos) y el DMT (ayahuasca), entre otros aleloquímicos (Saniotis, 2010; Vetulani, 2001).

El ácido barbitúrico fue sintetizado en 1864 por A. v. Baeyer, y sus derivados de uso farmacológico (e.g. Barbital, Fenobarbital) fueron introducidos al mercado farmacéutico, como sedantes e hipnóticos, a inicios del siglo XX d.C. Dada su letalidad, los barbitúricos fueron gradualmente reemplazados por las benzodiazepinas, una familia de sustancias funcionalmente similares, pero con un índice terapéutico mucho mayor y, por lo tanto, más seguras para su uso clínico. Las benzodiazepinas fueron inicialmente sintetizadas en 1933 e introducidas al mercado en los años 60 del mismo siglo (Vetulani, 2001).

La anfetamina fue introducida en el occidente alrededor del año 1924, aunque la efedrina (*Ephedra sinica*) era conocida en China desde hace más de 5,000 años. Originalmente, la anfetamina se sintetizó como un remedio para el asma, pero su uso se fue expandiendo a problemas de obesidad, depresión y fatiga, entre otros. Con la llegada de la segunda guerra mundial, el uso de la anfetamina y la metanfetamina (otro derivado) se volvió común alrededor del mundo (Ross, 2018; Vetulani, 2001).

El LSD (dietilamida de ácido lisérgico) es un compuesto alucinógeno sintético descubierto por A. Hofmann en 1938. Fue sintetizado del cornezuelo del centeno (*Claviceps purpurea*), un hongo cuyos alcaloides tienen diversas propiedades y aplicaciones medicinales en la actualidad. El impacto social del LSD puede verse reflejado en algunos experimentos humanos realizados por la CIA en Estados Unidos (bajo el nombre de “Proyecto MKUltra”), así como en los usos espirituales y recreativos que actualmente se le dan a la sustancia (Vetulani, 2001).

Algunas otras sustancias vegetales de menor popularidad utilizadas en épocas antiguas son el “Frijolito de Texas” (*Sophora secundiflora*), como alucinógeno, hace más de 10,000 años por nativos de Norteamérica; la nuez de Areca (*Areca catechu*), utilizada por sus propiedades estimulantes desde el siglo IV a.C. en el Sur y Sureste de Asia; el Khat (*Catha edulis*), común en algunas regiones del norte de África desde antes de la llegada de los colonizadores europeos, y la Belladona (*Atropa belladonna*) y la Mandrágora (*Mandragora officinarum*), alucinógenos utilizados por los pueblos Asirios hace más de 7,000 años (Saniotis, 2010, Sullivan & Hagen, 2001).

En la actualidad, los métodos de extracción, procesamiento y síntesis de sustancias psicoactivas han facilitado el acceso a químicos cada vez más potentes y, por lo tanto, riesgosos para la salud (Vetulani, 2001).

A continuación, se presenta un panorama general sobre el consumo de sustancias a nivel mundial y nacional; en éste, se revisan aspectos sociales, políticos, legales, culturales y de salud asociados para, finalmente, describir y explicar la situación de los diversos enfoques y tratamientos terapéuticos que existen a la fecha para prevenir y tratar los problemas de adicción a sustancias psicoactivas (Vetulani, 2001).

La adicción a sustancias con capacidad para alterar el estado de ánimo es un problema internacional en aumento (Saniotis, 2010).

Dado el impacto social de las sustancias psicoactivas, es importante conocer los orígenes de su uso, su trayectoria histórica y su prevalencia global en la actualidad. Entender a fondo su funcionamiento es la única vía para diseñar programas de prevención y tratamiento para los patrones de consumo problemáticos a nivel individual y colectivo, como la adicción (Saniotis, 2010).

## **1.2 Epidemiología mundial**

Diversos grupos de investigación recopilan de manera regular estimaciones de la prevalencia global del uso de sustancias, la dependencia, la discapacidad y la mortalidad relacionadas. La farmacología y la neurociencia analizan las respuestas biológicas al uso de sustancias, la sociología examina las influencias sociales sobre las decisiones de las personas de consumirlas y la antropología proporciona una rica información de uso en una variedad de contextos culturales (Wadley, 2016). Es útil recopilar estos datos para proporcionar un panorama global de la distribución del uso de sustancias y la mortalidad y carga de enfermedad asociadas, y para resaltar las brechas clave en la evidencia (Peacock et al, 2017).

La serie de Estadísticas de Salud Mundial es un informe anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el estado de la salud mundial. La edición de 2018 contiene los últimos datos disponibles para 36 indicadores de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. También se vincula con las tres prioridades estratégicas alineadas a los ODS del 13º Programa General de Trabajo de la OMS: lograr la cobertura universal de salud,



abordar las emergencias de salud y promover poblaciones más sanas (Estadísticas mundiales de salud 2018).

Según la OMS el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas son los principales factores de riesgo globales para la discapacidad y la pérdida prematura de la vida. (Mathers & Loncar, 2006, Peacock et al, 2018). La OMS y los gobiernos han utilizado ampliamente estas proyecciones de salud para ayudarles a planificar sus políticas de salud. Estos datos son críticos para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente aquellos que requieren la cuantificación de la prevalencia del uso de sustancias y la dependencia para calcular el tratamiento apropiado y la cobertura de intervención (Peacock et al, 2018). Sin embargo, debido a que se basan en estimaciones las proyecciones deben actualizarse constantemente. Por ejemplo, la última base de datos de la OMS disponible en línea como panel de visualizaciones de datos de Estadísticas de salud mundial, tuvo su última actualización el 20 de marzo de 2018 y muestra los datos compilados en el 2016.

### ***Tabaco.***

Los impactos del consumo de tabaco en la salud humana están bien documentados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que habrá más de 8 millones de muertes relacionadas con el tabaco al año para 2030, lo que representa el 10% de las muertes anuales en todo el mundo (Mathers & Loncar 2016).

Tabla 1

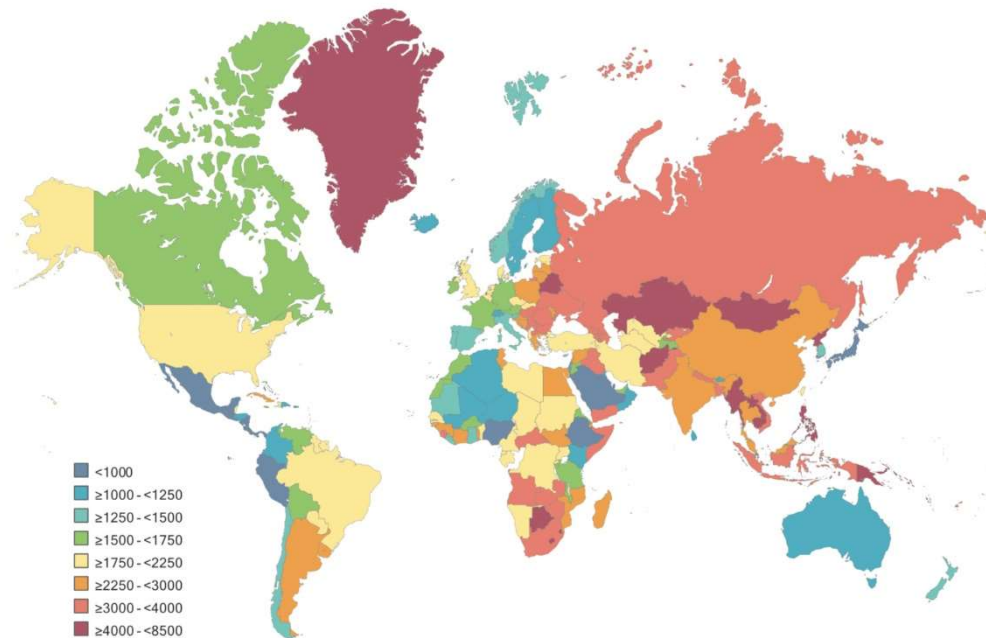
*Registro de porcentajes de recurrencia en el consumo de tabaco por continente y sexo*

*(a partir de 15 años en adelante; Tomado del panel de visualizaciones de la OMS, 2018)*

Región	Prevalencia en el consumo de cigarrillos de tabaco en mayores de 15 años (2016)		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
África	9.8	17.5	2.2
América	16.9	21.4	12.4
Sureste asiático	16.9	31.6	2.2
Europa	29.4	38.1	20.7
Mediterráneo	18.1	34.0	2.2
Pacífico oeste	24.5	46.0	3.0
<b>Global</b>	<b>19.9</b>	<b>33.7</b>	<b>6.2</b>

Los niveles actuales del índice de impacto del hábito de fumar (SIR, por sus siglas en inglés) se utilizaron como indicador indirecto del riesgo acumulado de fumar basado en el exceso de mortalidad por cáncer de pulmón. SIR mide absoluto de mortalidad por cáncer de pulmón debido al tabaquismo en la población de estudio, en relación con el absoluto de mortalidad por cáncer de pulmón en los fumadores de toda la vida de la población de referencia. Los valores de SIR se calcularon a partir de las variables de impacto de fumar proyectadas para países individuales para grupos de edad de 30 a 44 años en adelante (Ezzati & López., 2004, Mathers & Loncar, 2016).

La distribución mundial en el consumo de tabaco muestra patrones heterogéneos, con una mayor prevalencia en algunos países de Europa, África y el Sureste asiático.



*Figura 2.* Mapa de distribución del consumo de tabaco por país en 2015. Utiliza DALY (tasa estandarizada por edad por 100 000 habitantes; Tomado de Peacock et al., 2018)

### ***Alcohol.***

Las tasas de mortalidad por causas de muerte donde el alcohol es uno de los factores de riesgo subyacentes representan todas las muertes que ocurren en un país, independientemente de si el alcohol fue un contribuyente directo o indirecto (WHO, 2004).

En el informe generado por el Centro Mundial de Investigaciones Publicitarias (por sus siglas en inglés: WARC) y publicado por el Instituto para Métricas y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington se presenta un catálogo de datos globales y también nacionales sobre el consumo mundial de bebidas, especialmente bebidas alcohólicas de 1963 a 2003 con una última modificación de la entrada el 6 de noviembre de 2018.

Más de una cuarta parte (27%) de los jóvenes de 15-19 años son bebedores. Las mayores tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes de 15-19 años corresponden a Europa (44%), las

Américas (38%) y el Pacífico Occidental (38%). Las encuestas escolares indican que, en muchos países, el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años, con diferencias muy pequeñas entre niños y niñas (WARC, 2018).

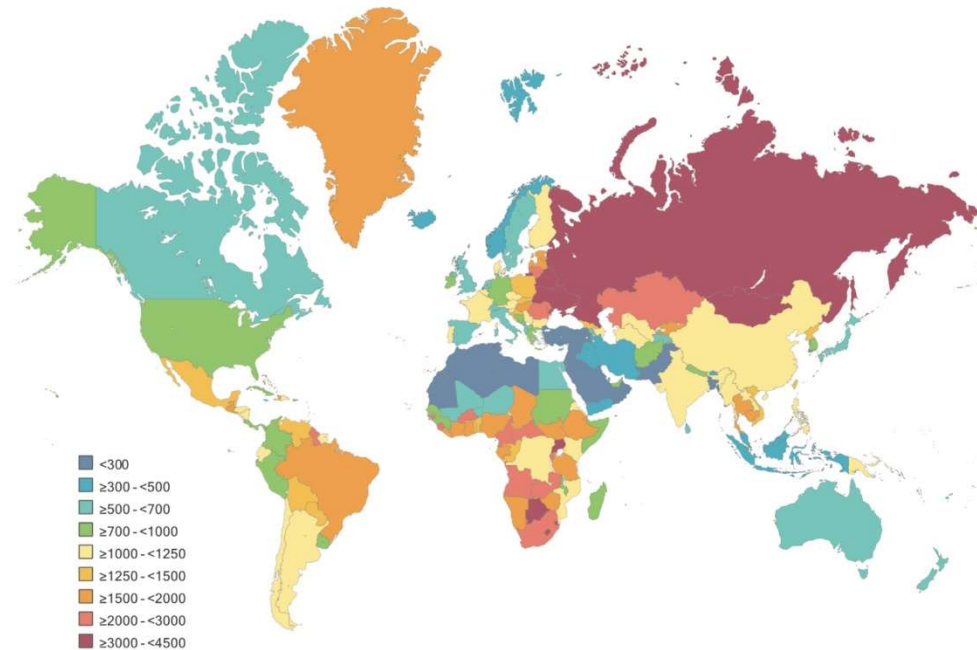
Tabla 2

*Registro de porcentajes de consumo de alcohol por continente (a partir de 15 años en adelante; Tomado del panel de visualizaciones de la OMS, 2018)*

<b>Región</b>	<b>Consumo anual de litros de alcohol per cápita en mayores de 15 años (2016)</b>
África	6.3
América	8.0
Sureste asiático	4.5
Europa	9.8
Mediterráneo	0.6
Pacífico oeste	7.3
<b>Global</b>	<b>6.4</b>

A nivel mundial, el 45% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas. La cerveza es la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido (34%), seguida del vino (12%). Desde 2010, solo se han producido cambios menores en las preferencias de bebidas alcohólicas. Los cambios más importantes tuvieron lugar en Europa, donde el consumo de bebidas espirituosas disminuyó en un 3%, mientras que el de vino y cerveza aumentó (WHO, 2018). El consumo de alcohol no registrado sugiere que una proporción significativa de las bebidas alcohólicas son compradas por personas que residen fuera del país.

La distribución mundial en el consumo de alcohol también muestra patrones heterogéneos, con una mayor prevalencia en algunos países de Europa, África y América Latina.



*Figura 3.* Mapa de distribución del consumo de alcohol por país en 2015. Utiliza DALY (tasa estandarizada por edad por 100 000 habitantes; Tomado de Peacock et al, 2018)

***Otras sustancias (estimulantes, depresores y alucinógenos).***

El uso de drogas psicoactivas ocurre en todas las sociedades humanas. Una variedad de disciplinas contribuye a la comprensión de la influencia de las drogas en el mundo (Wadley, 2016). A nivel internacional existe un compromiso político para evaluar patrones y tendencias en el consumo de drogas, y la interpretación de estos a menudo se considera un elemento central para juzgar la efectividad o no de las políticas en esta área (Vandam, 2017). La estimación de la prevalencia del uso y la carga asociada de enfermedad y mortalidad a nivel nacional, regional y mundial es fundamental para cuantificar el alcance y la gravedad de la carga derivada del uso de estas sustancias (Peacock et al, 2018).

A diferencia del alcohol y el tabaco, la distribución mundial en el consumo de otras sustancias muestra patrones más homogéneos, aunque existe una mayor prevalencia en Norteamérica y Europa.

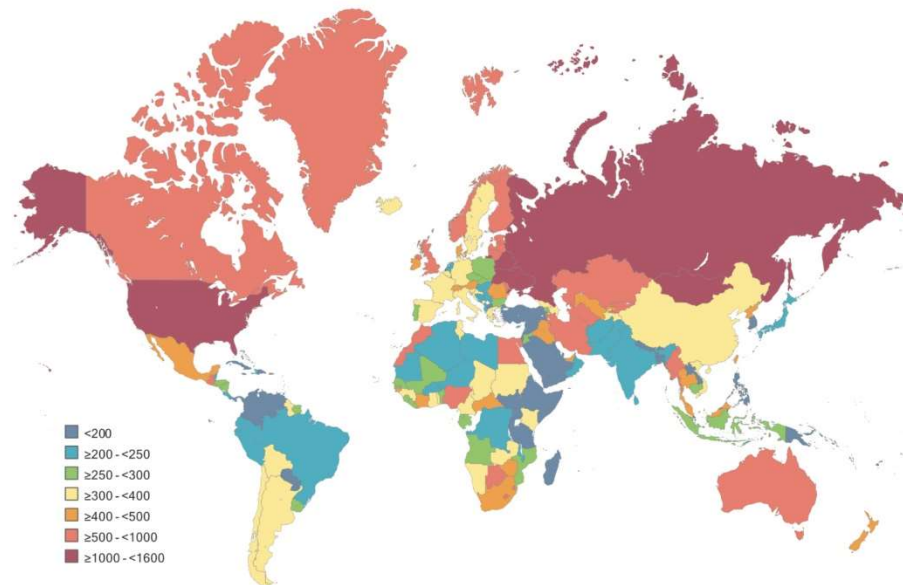


Figura 4. Mapa de distribución del consumo de drogas ilícitas por país en 2015. Utiliza DALY (tasa estandarizada por edad por 100 000 habitantes; Tomado de Peacock et al, 2018)

Es importante considerar que el uso efectivo de los datos existentes depende, en gran medida, de las condiciones socio económicas de cada país. Los países con carencias económicas y estructurales a menudo reflejan problemas en cuanto a trabajadores de la salud que, a menudo, también carecen de la capacidad técnica para identificar y evaluar cuestiones políticas fundamentales relacionadas con la fuerza laboral de salud. Además, la falta de datos completos, confiables y actualizados, y la ausencia de definiciones y herramientas analíticas acordadas comúnmente, dificultan la tarea de monitorear estos problemas en todos los entornos, desde el punto de vista global y regional a nivel nacional y subnacional (Valdivia & Margozzini, 2016., Vandam et al, 2017).

### **1.3. Epidemiología nacional.**

En la sección anterior se muestran datos actuales sobre el consumo de sustancias adictivas a nivel mundial. En conjunto con esta información, el panorama epidemiológico nacional permite conocer un panorama poblacional sobre el problema de consumo de sustancias, así como su dinámica a lo largo del tiempo.

En México, el consumo de sustancias se ha monitoreado desde distintas fuentes. La fuente de información epidemiológica más relevante antes del surgimiento de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) era la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011); adicionalmente se tienen datos derivados de otras encuestas como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA, 2016).

La ENCODAT surge como un proyecto nacional de continuidad a la ENA, con objetivos y metodología similares.

La ENCODAT muestra información sobre consumo de sustancias en personas de entre 12 y 65 años de edad. Dicha información se divide por tipo de sustancia, sexo, grupos de edad y entidad federativa. Se presentan datos sobre consumo alguna vez en la vida, consumo en el último año y dependencia en el consumo. La Tabla 3 muestra los principales resultados obtenidos por la ENCODAT (2017).

Tabla 3

*Registro de porcentajes de consumo de sustancias a nivel nacional*

Sustancia	Porcentaje de consumo por año			
	2002	2008	2011	2016
Mariguana	3.5	4.2	6.0	8.6
Cocaína	1.2	2.4	3.3	3.5
Crack	0.1	0.6	1.0	0.9
Alucinógenos	0.3	0.4	0.7	0.7
Inhalables	0.5	0.7	0.9	1.1
Heroína	0.1	0.1	0.2	0.2
Metanfetaminas	0.1	0.5	0.8	0.9
Drogas ilegales	4.1	5.2	7.2	9.9
Cualquier droga	5.0	5.7	7.8	10.3

Como puede observarse, los datos epidemiológicos a nivel nacional muestran una tendencia de aumento en el consumo de sustancias ilícitas, tanto en la población general, como por grupos de edad y por sexo, este aumento advierte la necesidad e importancia de estrategias que permitan resolver este problema de salud pública.

Conocer el panorama general del consumo de sustancias a nivel internacional y nacional mediante estudios y encuestas con validez empírica y metodológica es un primer paso estratégico. La implementación de políticas públicas para la regulación del comercio lícito e ilícito de dichas sustancias es sólo un ejemplo (Ver capítulo 1). Además de la regulación, sin embargo, existen estrategias a nivel de prevención y tratamiento para las cuales es necesario comprender el problema desde la perspectiva individual de quienes tienen acceso, prueban por primera vez o consumen de manera regular sustancias con potencial adictivo.

Cualquier implementación de política pública en materia de salud requiere un estudio minucioso de los métodos y procedimientos más eficaces para la prevención y tratamiento del problema en cuestión.



La siguiente sección presenta una revisión de los distintos tratamientos médicos y psicológicos que, hasta ahora, se han utilizado para la prevención y el tratamiento de las conductas de consumo de sustancias adictivas. Esta revisión trata aspectos teóricos y prácticos sobre cada uno de los modelos de tratamiento, con la finalidad de identificar cuáles han resultado, con el paso del tiempo, más eficaces.

## **2. Explicaciones para los problemas de conductas adictivas**

La opinión generalizada sobre el problema de las adicciones es de carácter biopsicosocial si se aborda al individuo de manera global, como un todo; es decir, como un ente biológico, psicológico y sociocultural.

Tanto el inicio de los hábitos de consumo adictivo de sustancias como el mantenimiento de estos no aparecen de manera espontánea o aleatoria, sino que son la respuesta o el resultado de una serie de situaciones previas que predisponen a ella. Es importante aclarar que cada persona es diferente a la hora de afrontar situaciones, y que la vivencia de estas no tiene que acabar necesariamente con un hábito de consumo. El consumo de sustancias adictivas no tiene una causa única (Altman, Everitt, Robbins, Glautier, *et al*, 1996., Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, & Tapia-Conyer, 2001).

### **2.1. Perspectiva fisiológica.**

El consumo de sustancias adictivas, desde el punto de vista fisiológico, empieza por la diferenciación entre el concepto de uso y abuso. El abuso implica la continuación del uso de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que acarrea para la persona y que resulta en dependencia. Los síntomas físicos varían según la sustancia.

La búsqueda de una sustancia adictiva inicialmente es una conducta guiada por un objetivo que luego tiene recompensa (los efectos de la sustancia). Este tipo de aprendizaje asociativo ocurre en la región dorso medial del estriado cerebral, esta área se asocia al reforzamiento y el sistema de recompensa dopaminérgico. Cuando la recompensa disminuye, la intensidad o deseo de buscar la droga disminuye. En los consumidores a largo plazo esta

disminución no ocurre pues en el cerebro está ocurriendo un proceso de aprendizaje por condicionamiento. Los estímulos condicionados son suficientes para inducir a la búsqueda de los efectos de la sustancia. Ese proceso ocurre en la región dorsolateral del estriado, en conexión con el córtex. La sustancia adictiva causa cambios físicos en las neuronas del cerebro que pueden permanecer mucho tiempo después de dejar de consumirla (Altman, Everitt, Robbins, Glautier, *et al*, 1996., Volkow & Morales, 2015).

La dopamina, un neurotransmisor, es un componente esencial del proceso de recompensa, cada vez se activa a raíz de una experiencia placentera, un aumento en la secreción de dopamina envía la señal de que está sucediendo algo importante y es necesario recordarlo. Esta señal crea cambios en la conectividad de las neuronas que hacen que resulte más fácil repetir la actividad una y otra vez de manera automática. Las sustancias adictivas producen una euforia intensa y oleadas de dopamina que refuerzan la conexión entre el consumo y el placer resultante. Los cambios que se producen en el circuito de recompensa pueden desencadenar deseos incontrolables de consumir aun si la sustancia no está disponible. Por ejemplo, personas que han estado diez años sin consumir pueden experimentar deseos de hacerlo cuando vuelven a un vecindario o una casa donde lo hicieron en el pasado, el cerebro recuerda. Por esta razón, consumir drogas a temprana edad puede causar cambios en el cerebro en desarrollo y aumentar la probabilidad de una adicción (Altman, Everitt, Robbins, Glautier, *et al*, 1996., Baler, & Volkow, 2006., Volkow & Morales, 2015., NIDA).

Entre factores biológicos que inciden en la posibilidad de que una persona desarrolle una adicción se considera la genética. Una vez que se comienza el consumo de sustancias, el abuso de estas depende de rasgos heredados que pueden retrasar o acelerar el avance de la enfermedad. Los efectos que los factores ambientales tienen en la expresión génica de una persona

representan entre un 40 % y un 60 % del riesgo de adicción de una persona. A pesar de que no se considera una causa directa de adicción, existe un extenso debate entre las investigaciones que defienden la existencia de una predisposición genética y otras que insisten en que esta asociación se debe realmente al aprendizaje (Ibañes, 2008., NIDA, 2018).

## **2.2. Perspectiva conductual.**

Desde el punto de vista conductual, el aprendizaje juega un papel fundamental en el consumo de sustancias adictivas. Definido de manera general, el aprendizaje puede entenderse como un cambio duradero en el comportamiento a partir de interacciones específicas entre el ambiente y las respuestas de acercamiento o evitación del individuo.

Como mecanismo de adaptación, el aprendizaje tiene un rol igual de importante que la genética y la biología, pues permite que los organismos hagan adecuaciones comportamentales necesarias para la supervivencia a corto y largo plazo. Los dos principales mecanismos de aprendizaje descritos desde la perspectiva conductual, y que son relevantes para la explicación de la conducta de consumo de sustancias son el condicionamiento clásico o respondiente y el condicionamiento operante o instrumental. En términos simples, el condicionamiento respondiente hace referencia al cambio en la conducta producto de la asociación de estímulos; un estímulo con propiedades de elicitar reflejos biológicos en el individuo, al ser apareado con otro que no, puede provocar que este último también los elicite. La luz de un relámpago, por ejemplo, puede terminar por generar una respuesta de sorpresa o miedo, cuando consistentemente le sigue el estruendo de un trueno.

El condicionamiento operante, por otra parte, se refiere a un proceso mediante el cual un individuo aprende a emitir respuestas o conductas voluntarias en función de sus consecuencias

inmediatas y mediatas en un contexto específico; se trata de una asociación entre estímulos y respuestas. La luz del relámpago y el estruendo del trueno, por ejemplo, pueden anteceder una tormenta; si, en presencia de estos estímulos contextuales, un individuo decide moverse de lugar y, con ello, consigue guarecerse de la lluvia, aumentará la probabilidad de que este movimiento se repita en condiciones similares. Así, se dice que la consecuencia (evitar la lluvia) refuerza la respuesta (moverse de lugar) en ese contexto (la presencia de relámpagos y truenos).

Tanto el condicionamiento operante como el clásico son mecanismos relevantes para la explicación del comportamiento de consumo de sustancias desde la perspectiva conductual. El consumo de cualquier sustancia puede tener una consecuencia favorable para el individuo, al menos en el corto plazo (sentir una emoción agradable, o dejar de sentir una desagradable, por ejemplo). Si, en presencia de un contexto específico (una fiesta, una pelea, o cualquier otro evento ambiental) un individuo consume una sustancia que propicie una consecuencia agradable, la probabilidad de que esta respuesta (el consumo) se repita, aumenta. La asociación entre los estímulos antecedentes a la conducta voluntaria de consumo, además, puede propiciar que estímulos originalmente neutros para el individuo produzcan la respuesta de necesidad de consumo (un baño, un parque, o una persona o situación en particular, por ejemplo).

En algunos casos, los individuos que han experimentado vivencias traumáticas o con un alto contenido emocional desarrollan hábitos de abuso de consumo de sustancias como respuesta de escape que les permite sobrellevar situaciones complicadas. La función de estas conductas es conseguir un estado de relajación o tranquilidad (González, García & González, 1996).

### **2.3. Perspectiva social y cultural.**

Durante años la dependencia al consumo de sustancias se consideró una problemática social y no una enfermedad. La importancia del papel que desempeña la sociedad en la etiología y la rehabilitación de las conductas adictivas ha ocasionado perjuicios a la prevención y tratamiento efectivos de las mismas. Está claro que no todos los consumidores de sustancias adictivas se vuelven adictos y que las sustancias pueden usarse intermitentemente en contextos recreativos sin generar dependencia, como el consumo de alcohol social o fumar heroína ocasionalmente, por ejemplo, pero el contexto social no deja de ser fundamental en el abordaje de las conductas adictivas (Altman, Everitt, Robbins, Glautier, *et al.*, 1996., Gárciga Ortega, 2013). “Los factores ambientales que aumentan el riesgo de adicción son los que se relacionan con la familia, la escuela y el vecindario” (NIDA, 2018).

### **2.4. Factores de riesgo y protección.**

Los factores de riesgo asociados con la experimentación y el abuso de sustancias provienen de la esfera interpersonal y cognitiva. La probabilidad de uso se incrementa cuando los menores no perciben riesgo asociado con la experimentación o el abuso y cuando presentan síntomas de depresión (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carre & Juárez, 1995).

Los cambios sociales ocurridos en México en las últimas décadas derivados de variaciones en la dinámica estructural demográfica de la población, las recurrentes crisis económicas y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, han contribuido a la afectación de los ámbitos individual, familiar y social en los que interviene el abuso de sustancias. El riesgo de consumo y adicción a las drogas es mayor en

los adolescentes y en las personas que sufren de trastornos mentales que en otros grupos, además influyen la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente, el sexo y la raza (Ibañes, 2008., NIDA, 2018).

El abuso con potencial adictivo es un problema relevante de salud pública que genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. Entre estas destacan la dependencia a sustancias, los accidentes y lesiones, problemas cardiovasculares y respiratorios, cáncer, cirrosis, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, psicosis tóxicas, entre muchas otras, que generan discapacidades y muerte prematura, así como la asociación con la presencia de violencia y el suicidio (Consejo Nacional contra las Adicciones 2008., Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, & Tapia-Conyer, 2001).

### **3. Tratamientos para los problemas de conductas adictivas**

Las adicciones suponen un grave problema de salud pública. El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población.

Existen varios enfoques para tratar las conductas adictivas como los grupos de autoayuda (entre estos destaca el de doce pasos), tratamientos médico-psiquiátricos que involucra el uso de medicamentos e internamiento hospitalario, terapia psicológica o una combinación de estos. El tipo específico de tratamiento o la combinación varía según las necesidades individuales del paciente.

Los investigadores y los responsables de la formulación de políticas de salud para el tratamiento de conductas adictivas hacen hincapié en la necesidad de implementar intervenciones y directrices basadas en la evidencia (Miller, Zweben & Johnson, 2005). La evaluación científica del tratamiento del abuso de sustancias desde diversos puntos de vista puede contribuir en gran medida a mejorar la calidad de la atención y la vida de los usuarios de sustancias y la eficacia y eficiencia en el tratamiento del abuso de sustancias. A través de la integración dialéctica de estos diversos enfoques, la participación social, la evidencia clínica y el humanismo pueden combinarse en beneficio de la atención humana (Broekaert, Autrique, Vanderplasschen & Colpaert, 2010).



### **3.1. Grupos de autoayuda.**

Las organizaciones de autoayuda son un recurso importante para abordar el abuso de sustancias. La información obtenida de grupos de trabajo nacionales e internacionales sobre organizaciones de autoayuda para el abuso de sustancias se complementa con la revisión de publicaciones científicas, comentarios de los participantes de los grupos de trabajo, observadores y miembros de los grupos de autoayuda.

Los pacientes con trastornos por uso de sustancias tienen tasas altas de recaídas posteriores al tratamiento y episodios adicionales de servicios de atención ambulatoria, residencial e intensiva. La autoayuda puede proporcionar un elemento de apoyo continuo (ayuda mutua) y estructura que reducen la recaída y uso de servicios (Humphreys, Wing, McCarty, Chappel, Gallant, et al, 2004).

Las organizaciones de ayuda mutua relacionadas con las adicciones contribuyen significativamente a la salud pública al reducir el consumo de sustancias y los costos de atención médica. Proyectos de investigación también han documentado otros beneficios de la participación en grupos de autoayuda, incluida la autoeficacia, el apoyo social mejorado, la depresión y la ansiedad reducidas, y el manejo más efectivo del estrés (Humphreys, & Tucker, 2002., Humphreys, Wing, McCarty, Chappel, Gallant, et al, 2004).

Los grupos de autoayuda pueden ser beneficiosos, pero es necesario aprender más acerca de su funcionamiento y cómo pueden ser apoyados a través de acciones clínicas, sociales y políticas (Humphreys, Wing, McCarty, Chappel, Gallant, et al, 2004; Timko, DeBenedetti & Billow, 2006).

### **3.2. Tratamientos médico-psiquiátricos**

A partir de la necesidad de implementar tratamientos eficaces, se ha considerado a las adicciones como una enfermedad que afecta el desempeño del cerebro y del comportamiento, y que es factible de tratarse, generalmente, la elección del tratamiento del abuso de sustancias se ha basado en la experiencia clínica (Rojas, Real, García-Silberman & Medina, 2011., Nanni, 2014). Existen tratamientos farmacológicos específicos para determinados aspectos de la dependencia química, y fármacos que alivian el síndrome de abstinencia asociado a la dependencia de sustancias. En el caso del tratamiento médico el internamiento hospitalario puede tener por único objetivo inicial la desintoxicación, seguida por un tratamiento ambulatorio cuando sea posible, si es que el paciente tiene conciencia de su enfermedad, un claro concepto del problema y la voluntad de cambiar sus conductas. En caso de no ser así, se debe continuar la rehabilitación en régimen de internamiento (Kosten & Kleber, 1998., Nanni, 2014).

El tratamiento farmacológico de la adicción es parte del tratamiento y debe complementarse con abordajes terapéuticos de orientación cognitiva, conductual, o combinadas. Es necesario educar sobre el consumo de drogas, los síntomas psíquicos y la medicación, fomentando el cumplimiento psicofarmacológico con estrategias de refuerzo como medidas psicoterapéuticas para mejorar la adhesión al tratamiento. Un tratamiento efectivo contempla las múltiples necesidades del sujeto, no sólo su consumo de drogas (Kosten & Kleber, 1998., Miner, Rosenthal & Hellerstein, 1997).

Los abordajes y terapias centradas en la desintoxicación o en los programas de mantenimiento pretenden modificar las condiciones biológicas y psicológicas creadas por el abuso en el consumo de sustancias mediante el recurso a ciertos fármacos y a técnicas

psicológicas para conseguir un cierto grado de control sobre el deseo compulsivo de consumir. El abordaje estrictamente psicoanalítico de la dependencia a sustancias intenta modificar las causas de los estados de sufrimiento que determinan el consumo (Ingelmo, Ramos, Méndez & González, 2000., Acosta, 2011).

### **3.3. Tratamientos psicológicos**

El tipo de tratamiento más utilizado en México es el cognitivo conductual, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia. Los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean los tratamientos cognitivo-conductuales, las intervenciones breves, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad (Rojas, Real, García-Silberman & Medina, 2011).

#### ***Modelo psicodinámico.***

Las terapias psicodinámicas se centran en revelar los conflictos inconscientes que determinan los problemas este enfoque se guía por el principio de que la mente inconsciente alberga sentimientos y recuerdos de raíces profundas que pueden afectar al comportamiento. El entendimiento psicoanalítico de las adicciones ha estado presente en el campo psicológico a partir de aproximaciones teóricas y prácticas diversas en general en oposición a las propuestas surgidas desde la medicina. Pese a que existen intentos de acercamiento entre ambas visiones, psicoanalítica y médica, desde el mismo psicoanálisis (Ingelmo, Ramos, Méndez & González,

2000., Acosta, 2011) esta oposición representa un problema al momento de lograr una comprensión del fenómeno de la adicción que permita diseños terapéuticos más integrales y eficaces para enfrentar este tema (Acosta, 2011).

### ***Modelo sistémico.***

El tratamiento actual del abuso de sustancias se caracteriza por una demanda constante para aplicar intervenciones basadas en la evidencia. La práctica sustentada en la evidencia es inherente al paradigma empírico-analítico de la atención y la ciencia que se basa en estudios aleatorizados y controlados (Miller, Zweben & Johnson, 2005). El modelo sistémico en el seguimiento de tratamientos psicológicos sigue un método cualitativo, mediante una estrategia descriptiva y observacional por medio de entrevistas estructuradas (Ledezma & Centeno, 2017).

### ***Modelo cognitivo-conductual.***

El modelo cognitivo-conductual ha demostrado que la tasa de abandono al año en aquellos pacientes que acuden a la terapia de grupo es del 35%. Estas técnicas terapéuticas se dirigen a ayudar al paciente a reducir o suprimir las conductas desadaptativas y aprender conductas que prevengan la recaída. En contraste, la mitad de los pacientes que participan en este tipo de terapia la abandonan al tercer mes. Las recaídas en el primero y noveno mes son mayores en aquellos que no acuden a terapia (Sánchez, Pérez & Solano, 2009., Kim, Choi, Shin, Kim, *et al*, 2011).

Respecto al tratamiento del abuso de sustancias, se ha demostrado la eficacia de una terapia cognitiva aplicada por los profesionales de la salud con énfasis en lo espiritual. Este enfoque puede acelerar la recuperación, mejorar el cumplimiento del tratamiento, prevenir la recaída y reducir las diferencias y distanciamiento en el tratamiento al proporcionar servicios acordes al contexto cultural y social del paciente. Este acercamiento es útil si se considera que existe una diversidad de religiones y concepciones espirituales a nivel regional y mundial y que considerarlas dentro del contexto del paciente permiten una atención más integral (Hodge, 2011). La terapia cognitivo-conductual es una opción terapéutica adecuada para aumentar las tasas de abstinencia y más si se tiene en cuenta a la persona en su totalidad.

Los modelos cognitivo-conductuales parten de la explicación conductual del comportamiento de consumo de sustancias. Se trata, pues, de patrones de comportamiento susceptibles de modificación a través de los mismos procesos de aprendizaje mediante los que fueron adquiridos. Estos tratamientos fomentan el desarrollo de habilidades específicas de manera ordenada y estructurada (Marlatt, 1985).

Las intervenciones de corte cognitivo-conductual integran componentes de análisis funcional de la conducta, control de estímulos, manejo del deseo de consumo, solución de problemas y planeación de actividades alternativas al consumo, entre otros (Schuurmans, et al., 2006). Cada uno de estos componentes están dirigidos a que el usuario de sustancias desarrolle habilidades y aprenda a enfrentar y resolver los problemas asociados al consumo de una forma más adaptativa.

Ningún sistema de tratamiento único puede resolver los problemas que conlleva el abuso de sustancias. Esto requiere una interacción entre la evidencia, los hechos y la seguridad

metodológica y la incertidumbre de la duda científica. Los enfoques de atención están interconectados por una dedicación humana común para lograr la mejor respuesta para las demandas de tratamiento de los consumidores de sustancias (Broekaert, Autrique, Vanderplasschen & Colpaert, 2010). La investigación clínica ha dado resultados útiles que dan resultados fundamentos para seleccionar de entre los modelos existentes a aquellos que mejor responden a las necesidades de los pacientes con diferentes características; para ello deben basarse en una sólida metodología científica que incluya grupos controles y que aporten elementos para que puedan llevarse a la práctica (Rojas, Real, García-Silberman & Medina, 2011).

#### **4. Formulación de programas**

En este capítulo se describen las actividades llevadas a cabo a lo largo del programa de maestría como parte del proceso formativo y profesional para el aprendizaje y la atención de las conductas de consumo de sustancias y problemas asociados.

El presente reporte de experiencia describe el trabajo llevado a cabo en el centro de prevención en adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CPAHA). En este centro, se llevaron a cabo actividades de atención ambulatoria, principalmente individual, para los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicología de las adicciones cuenta con diversos escenarios para la formación teórica y práctica de profesionales de la salud. El CPAHAV, fundado en 1993, pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM y brinda atención psicológica ambulatoria a usuarios y familiares de usuarios de sustancias adictivas a través de programas de prevención y tratamiento basados en evidencia. Los estudiantes de posgrado son los encargados de brindar estos servicios, pues el objetivo principal del centro es la formación de profesionales de la salud mental especializados en el campo de las adicciones, así como la investigación basada en evidencia que permita desarrollar e implementar programas de calidad para la prevención y el tratamiento de las diversas problemáticas asociadas al consumo de sustancias.

El CPAHAV brinda atención con base en nueve programas diferentes, cada uno enfocado en la atención de problemáticas y poblaciones específicas.

***Programa de Prevención de las Conductas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva.***

Este programa está enfocado en la prevención selectiva de las conductas adictivas a través de un taller dirigido a padres de familia de niños con problemas de comportamiento. El taller, dividido en cuatro sesiones de 2 horas cada una, se centra en la detección y el manejo de problemas de conducta infantil más comunes mediante la comprensión de las causas y efectos (análisis funcional) que sostienen dichos problemas, con la finalidad de que los padres de familia sean capaces de identificar los motivos del comportamiento de sus hijos y, de esta manera, puedan hacer modificaciones en su estilo de crianza que faciliten los comportamientos adaptativos, previniendo así problemas futuros como el consumo de sustancias adictivas.

***Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.***

Este programa se enfoca en la atención para adolescentes de entre 14 y 18 años de edad que reportan problemas, personales o sociales, asociados al consumo de alguna sustancia adictiva como alcohol, cocaína, marihuana o inhalables. Se trata de un programa de atención individual, de corte cognitivo-conductual, para jóvenes que aún no presentan dependencia física o psicológica hacia la o las sustancias que consumen; está dividido en cinco sesiones y se centra en dar a conocer los problemas asociados al consumo a corto y largo plazo, así como en el establecimiento de una meta concreta con respecto al consumo mediante el desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas saludables y adaptativas a dicho consumo.



### ***Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.***

Se trata de una intervención breve motivacional dirigida a ayudar a las personas que reportan problemas con su forma de beber alcohol (sin presentar una dependencia severa) a modificar su comportamiento. A través de la detección de los problemas asociados al consumo, el modelo facilita a los usuarios de alcohol las herramientas para reconocer las consecuencias problemáticas a corto y largo plazo, desarrollar e implementar un plan para la solución de problemas relacionados con la ingesta excesiva y, finalmente, lograr cambios adaptativos en su comportamiento. Este modelo se divide en 4 módulos, con un total aproximado de 8 sesiones, tomando en cuenta la entrevista inicial, la evaluación, el tratamiento mismo y los seguimientos periódicos al finalizar el tratamiento.

### ***Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.***

Este modelo de tratamiento breve tiene como objetivo ayudar a los usuarios de cocaína que buscan apoyo para lograr la abstinencia, mediante la reducción gradual en el consumo o a través del cese súbito. Se trata de una intervención de corte cognitivo-conductual dirigido a personas con problemas de abuso o dependencia a la sustancia y con una edad mínima de 16 años. El tratamiento está dividido en tres etapas, con un total aproximado de 12 sesiones, considerando la entrevista inicial, la evaluación, el proceso de tratamiento y los seguimientos periódicos.

### ***Intervención Breve Motivacional para Fumadores.***

Este programa de intervención breve va dirigido a las personas que buscan apoyo para dejar de fumar y que no presentan complicaciones médicas o psiquiátricas asociadas al consumo

de tabaco. Es un tratamiento cognitivo-conductual, dividido en siete sesiones, en el que, a través de técnicas de auto-registro, determinación en alcanzar la meta, búsqueda de apoyo social y técnicas de afrontamiento, se plantea el objetivo de lograr la abstinencia absoluta en el consumo. Las sesiones del tratamiento se dividen en tres etapas: evaluación, tratamiento y seguimientos periódicos.

### ***Intervención Breve para Usuarios de Marihuana.***

Se trata de un programa de intervención motivacional breve, de corte cognitivo-conductual, cuyo principal objetivo es ayudar a los usuarios de marihuana a alcanzar la abstinencia en el consumo de la sustancia. A través de estrategias que permiten identificar riesgos de salud y problemas asociados a corto y largo plazo, la intervención se centra en técnicas motivacionales que facilitan el compromiso con la abstinencia, la solución de problemas desde comportamientos más adaptativos y el manejo adecuado de las emociones desagradables, potencialmente asociadas con el consumo de la sustancia. El tratamiento está dividido en tres etapas, con un total aproximado de 13 sesiones, incluyendo la entrevista inicial, la evaluación, el proceso de tratamiento y los seguimientos periódicos.

### ***Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas.***

Este modelo está estructurado en forma de taller y tiene como objetivo que los familiares y parejas de los usuarios de sustancias reciban apoyo emocional y las herramientas necesarias para afrontar los problemas asociados al consumo de su familiar. Está basado en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), por lo que retoma ocho de los componentes del mismo: Efectos

del consumo de sustancias, Análisis funcional de la conducta del consumidor, Control de enojo, Control de tristeza, Control de Ansiedad, Solución de problemas, Habilidades de comunicación, Metas de vida y Mejorando las relaciones interpersonales. El taller se divide en 11 sesiones, tomando en cuenta la evaluación inicial y la final.

### ***Programa de Satisfactores Cotidianos.***

Basado en el *Community Reinforcement Approach (CRA)*, desarrollado por Hunt y Azrin (1973), este programa brinda tratamiento para los usuarios de sustancias adictivas que han desarrollado cualquier nivel de dependencia a las mismas, con el objetivo de que alcancen la abstinencia a partir del contacto directo con otro tipo de reforzadores más adaptativos e incompatibles con la conducta de consumo. Está constituido por 11 componentes orientados al establecimiento y consecución de metas asociadas con un estilo de vida que gire en torno al bienestar y el autocuidado en función de lo que para cada consumidor es importante a mediano y largo plazo. Se trata de aprender y poner en práctica habilidades nuevas o poco entrenadas que permitan afrontar situaciones problemáticas sin recurrir al consumo de sustancias adictivas. Debido a que se trata de un programa que se ajusta a las necesidades específicas de cada usuario, además de que, partiendo del modelo transteórico de la entrevista motivacional, las recaídas son parte del proceso normal de cambio, su duración puede variar mucho entre usuario y usuario. Estos son los once componentes del programa:

- Análisis Funcional de la conducta de consumo y de no consumo
- Muestra de abstinencia
- Metas de vida cotidiana
- Rehusarse al consumo

- Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en solución de problemas
- Habilidades sociales y recreativas
- Control de las emociones
- Consejo marital
- Búsqueda y mantenimiento de empleo
- Prevención de recaídas

Los componentes del programa no siguen un orden específico, pues se adecuan a lo que el terapeuta considera prioritario basado en los criterios clínicos y en la información que se obtiene en la fase de evaluación inicial.

### ***Programa de Prevención de Recaídas.***

Este programa preventivo se enfoca en brindar apoyo a los consumidores de sustancias que se encuentran en fase de abstinencia y que desean mantenerse sin consumo. En la medida en que el tiempo de abstinencia aumenta, los usuarios van adquiriendo y fortaleciendo habilidades para afrontar situaciones de riesgo, lo cual disminuye gradualmente las probabilidades de una recaída. El modelo se basa en el entrenamiento de habilidades que favorecen las conductas alternativas al consumo ante situaciones de riesgo, pues las recaídas no son un evento aislado, sino la respuesta ante una serie de factores acumulativos que pueden desencadenar en el consumo de sustancias. Mediante estrategias adaptativas que permiten enfrentar las situaciones de riesgo de consumo, los usuarios van adquiriendo mayor control y confianza para alargar los periodos de abstinencia cada vez más. El programa consta de, aproximadamente, 13 sesiones, tomando en cuenta la evaluación inicial y los seguimientos finales. La mayoría de los

componentes se basan en enfrentar situaciones difíciles en las que, dada la historia de consumo, los usuarios solían hacer uso de sustancias.

Durante el programa de Residencia de la Maestría se llevaron a cabo diversas actividades de atención para usuarios de sustancias adictivas, con énfasis la intervención; a continuación, se presentan cinco casos representativos de los programas de intervención con los que se trabajó a lo largo de la residencia del en CPAHAV:

- Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas
- Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína
- Intervención Breve Motivacional para Fumadores
- Intervención Breve para Usuarios de Marihuana

El *Programa de Satisfactores Cotidianos*, sobre el que se centra este reporte de experiencia profesional, se expone a detalle más adelante. Tanto el *Programa de Prevención de las Conductas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva* como el *Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas* escapan al alcance del presente reporte de experiencia profesional debido a que la impartición de cada uno de sus componentes fue llevada a cabo por distintos talleristas. Por último, no hubo oportunidad de trabajar con el *Programa de Prevención de Recaídas* de manera específica, probablemente debido a que quienes suelen acudir al CPAHAV buscando apoyo son, con mayor frecuencia, usuarios activos y no en fase de abstinencia.

#### **4.1. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas**

##### ***Resumen de caso.***

En el primer caso se presenta a un usuario adolescente de sexo masculino de 17 años de edad que reporta como motivo de consulta el consumo de marihuana y LSD. El usuario menciona haber iniciado el consumo de estas sustancias de manera regular hace un año, aproximadamente. Durante la entrevista inicial, refiere relacionarse poco con la gente y tener pocos amigos cercanos, lo cual, a su vez, le genera sentimientos de tristeza y aislamiento que han disparado el aumento en la frecuencia de consumo.

##### ***Resultados de la evaluación inicial.***

En función de la evaluación inicial, se determinó que el nivel de atención derivado del riesgo de la problemática de consumo que presentó el usuario era una intervención breve. Estos datos se muestran en la tabla 4.

Tabla 4

*Nivel de atención de acuerdo con el patrón de consumo reportado por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Alcohol</i>	2	Consejo breve
<i>Tabaco</i>	2	Consejo breve
<i>Mariguana</i>	19	Intervención breve
<i>LSD</i>	24	Intervención breve

También se obtuvieron los datos de dependencia; estos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

*Niveles de dependencia reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Escala de Dependencia a la Nicotina (Fageström)</i>	1/10	Muy baja
<i>Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)</i>	11/20	Moderado

En el protocolo de evaluación inicial también se incluyen indicadores clínicos de depresión y ansiedad (tabla 6) y de las etapas de cambio del modelo transteórico de la entrevista motivacional (tabla 7).

Tabla 6

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	20/63	Moderado
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	5/63	Mínimo

Tabla 7

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>
<i>Precontemplación</i>	2
<i>Contemplación</i>	5
<i>Determinación</i>	5
<i>Acción</i>	7
<i>Mantenimiento</i>	3

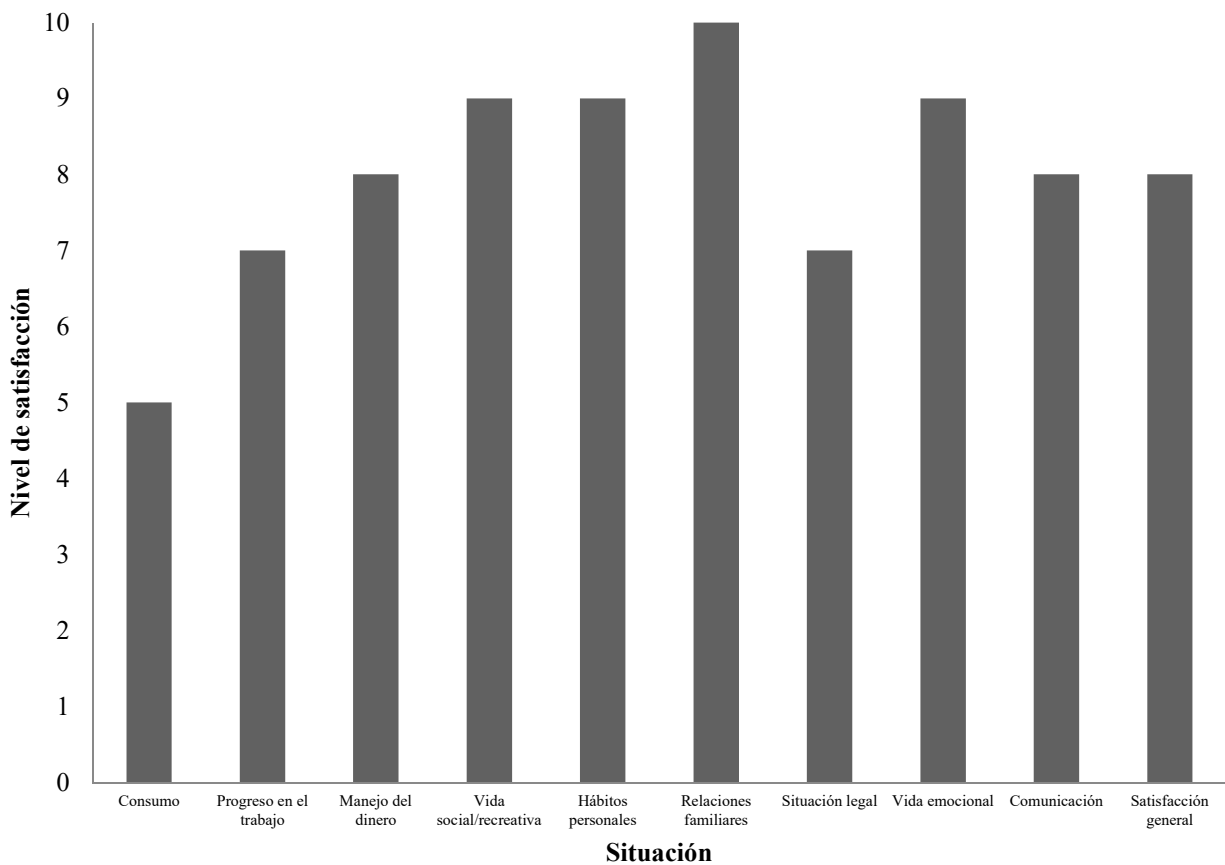
Durante la evaluación inicial también se lleva a cabo una prueba biológica de orina que permite detectar el consumo de algunas sustancias. La Tabla 8 muestra los resultados.

Tabla 8

*Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario en la evaluación inicial*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<i>Orina</i>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Positivo

Los niveles de satisfacción en las distintas áreas de la vida del usuario también se toman en cuenta desde la evaluación inicial. Estos se muestran en la Figura 5.



*Figura 5.* Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario.

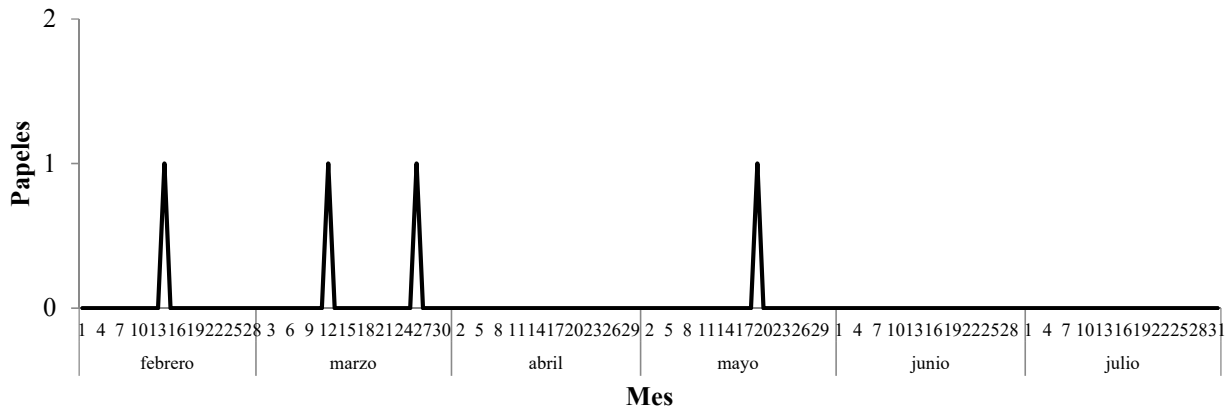


El registro de los últimos 6 meses de consumo del usuario se toma mediante un instrumento llamado Línea Base Retrospectiva (LIBARE), también durante la evaluación inicial. Los resultados se muestran en la Tabla 9, mientras que las gráficas correspondientes se muestran en las Figuras 6 y 7.

Tabla 9

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 195 días previos al inicio de la intervención.*

<b>Patrones (Período de registro: 195 días)</b>	<b>LSD (papeles)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	4	33
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	1.00	3.00
<i>Promedio semanal</i>	0.13	1.09
<i>Días de consumo</i>	4	11
<i>Días de abstinencia</i>	191	184



*Figura 6. Patrón de consumo de LSD (en unidades o "papeles") durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.*

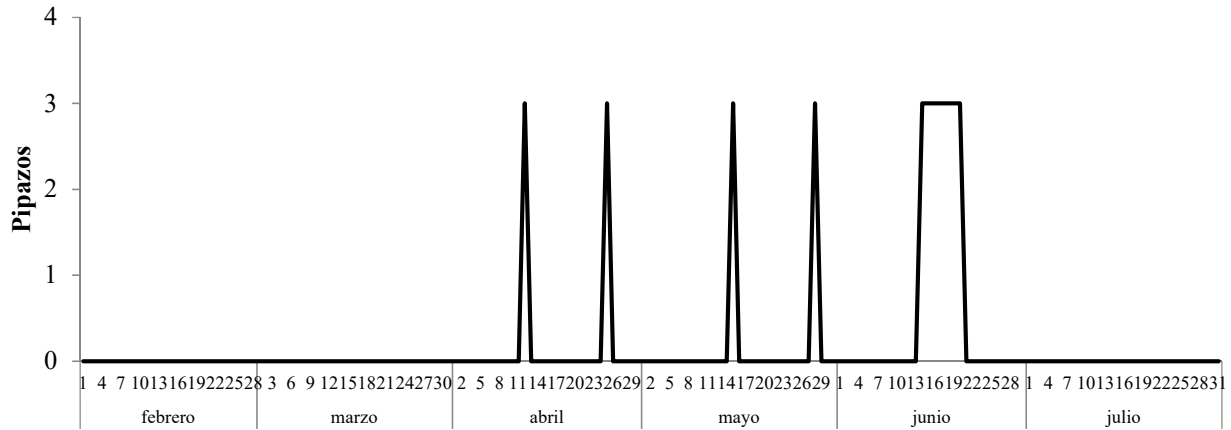


Figura 7. Patrón de consumo de Marihuana (en inhalaciones de humo o “pipazos”) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

Otra medición importante que se registra durante la evaluación inicial tiene que ver con las situaciones de riesgo en las que el usuario ha reportado consumir con mayor probabilidad, así como la confianza que expresa para poder mantenerse sin consumir ante dichas situaciones. La Figura 8 resume los datos obtenidos.

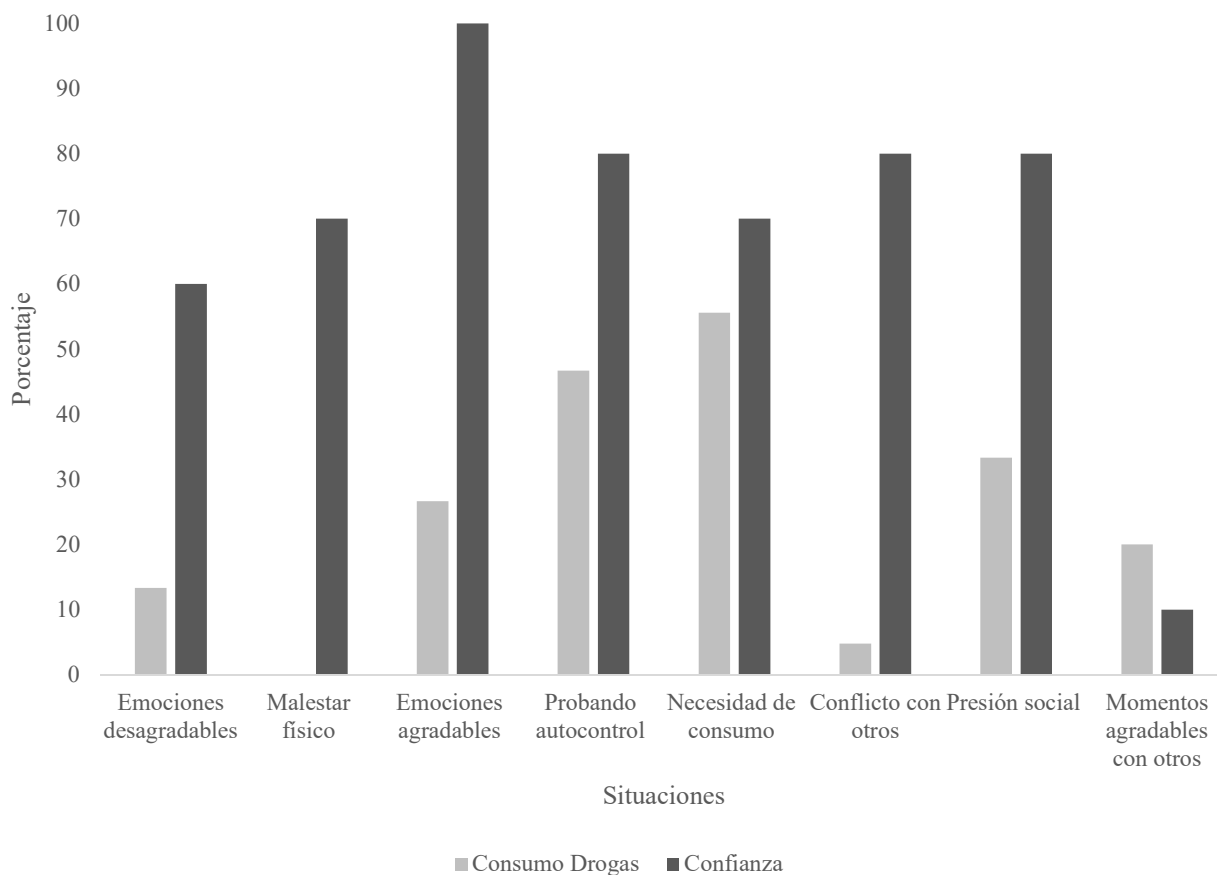


Figura 8. Porcentajes de probabilidad de consumo de sustancias y de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.

***Resumen del tratamiento.***

Se llevó a cabo un total de ocho sesiones; una para la admisión, una para la evaluación inicial, cinco para la aplicación del programa de intervención y una para dar seguimiento un mes después de concluido el proceso.

Pese a que el programa contempla una sesión de inducción al mismo, posterior a la evaluación y entrevista iniciales, este proceso de inducción se llevó a cabo a lo largo de las primeras tres sesiones, no como una sola sesión focalizada. En esta inducción se retroalimentó sobre el inicio y el patrón actual de consumo de marihuana y LSD. El usuario reportó, al

momento de la entrevista, un inicio experimental en un contexto social de convivencia con su primo. También reportó no identificar riesgos asociados al consumo de marihuana, pero sí del LSD, pues refirió haber vivido dos experiencias con alucinaciones desagradables que le produjeron mucho miedo. A partir de los problemas asociados a esos consumos iniciales (uno de los cuales fue que un tío lo llevó al CPAHAV), fue posible hacer una inducción paulatina para identificar situaciones de riesgo y consecuencias a corto y largo plazo del consumo y del no-consumo de sustancias ilegales. Se identificó como principal factor protector la relación con su tío (con quien el usuario vivía al tiempo del tratamiento). Las principales situaciones de riesgo identificadas fueron la presión de su primo y la necesidad propia de consumo de la sustancia.

En la primera sesión de tratamiento, se llevó a cabo un balance decisional en el que el usuario contempló factores a favor y en contra de su patrón actual de consumo, en contraste con posibles ventajas y desventajas de una vida sin consumir sustancias. Pese a no ver muchas desventajas asociadas al consumo de marihuana, se le recordó al usuario que se trata de una sustancia ilegal, además de los problemas familiares que, a final de cuentas, habían resultado en su llegada al CPAHAV. Tomando en consideración el consumo de LSD y el de marihuana de manera conjunta, el usuario hizo un balance con tendencia favorable a dejar de consumir, pues esta decisión le permitiría acercarse a una vida sin problemas en casa con su tío, a una mejor convivencia con su primo y a evitar experiencias desagradables como las que había vivido anteriormente con el consumo del LSD.

En la segunda sesión, se retomó la información recolectada durante evaluación para dar retroalimentación sobre las principales situaciones de riesgo de consumo. También se llevó a cabo un análisis funcional de antecedentes, conducta de consumo, y consecuencias a corto y largo plazo de dicho consumo.

Durante la tercera sesión, se retomó lo trabajado en las sesiones anteriores con la finalidad de identificar un plan de acción que facilitara alcanzar la meta trazada a partir del balance de decisiones, en este caso, la abstinencia. Los planes de acción giraron, principalmente, en torno a llevar a cabo actividades sociales y recreativas con su primo que no involucraran consumo (jugar videojuegos, ir al cine o practicar deporte juntos). El usuario también planteó como plan de acción, tras haber identificado situaciones que disparaban la necesidad de consumo, deshacerse de la marihuana que le quedara en casa, llevar a cabo ejercicios de respiración, llevar a cabo actividades relacionadas con sus estudios de preparatoria, como leer y estudiar, y escuchar música en su casa.

La cuarta sesión tuvo como objetivo identificar metas de vida y enlazarlas con los planes de acción establecidos la sesión anterior. El usuario reportó tener menos problemas en casa con su tío y, también, haber empezado a ejercitarse con su primo. A partir de la abstinencia de dos semanas reportada durante el inicio de la sesión, se hizo hincapié en la importancia del resultado logrado; después, el usuario identificó y estableció metas a corto (concluir satisfactoriamente el proceso de tratamiento psicológico y continuar en abstinencia), mediano (mejorar su desempeño en la escuela y mejorar sus relaciones familiares) y largo plazos (vivir una vida sin consumo de sustancias, terminar la preparatoria y entrar a la universidad). La importancia de establecer estas metas en orden, de manera escalonada y tomando en cuenta el progreso actual del usuario permitió que éste se mostrara motivado y comprometido para lograrlas.

Para la quinta sesión, el usuario reportó seguir en abstinencia, aunque mencionó que le estaba costando trabajo, pues su primo había dejado el tratamiento y estaba consumiendo nuevamente. Se retomaron elementos trabajados en sesiones anteriores, y algunos planes de acción fueron reestablecidos, de manera que no dependieran directamente de la interacción con

su primo, sino que estuvieran más vinculados con actividades que el usuario pudiera llevar a cabo por su cuenta, entre ellas el ejercicio, las técnicas de relajación, y el estudiar fuera de casa. Se hizo un cierre de tratamiento tomando en cuenta el esfuerzo realizado, los planes de acción llevados a cabo, las metas establecidas y los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso. También se programó una sesión de seguimiento un mes posterior a esta quinta sesión.

Los resultados obtenidos al término de la intervención se muestran a continuación, resumidos en las Tablas 10 a la 12, junto con las Figuras 9 y 10.

Tabla 10

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario al final de la intervención*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	12/63	Leve
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	7/63	Leve

Tabla 11

*Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario al final de la intervención*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<i>Orina</i>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Negativo

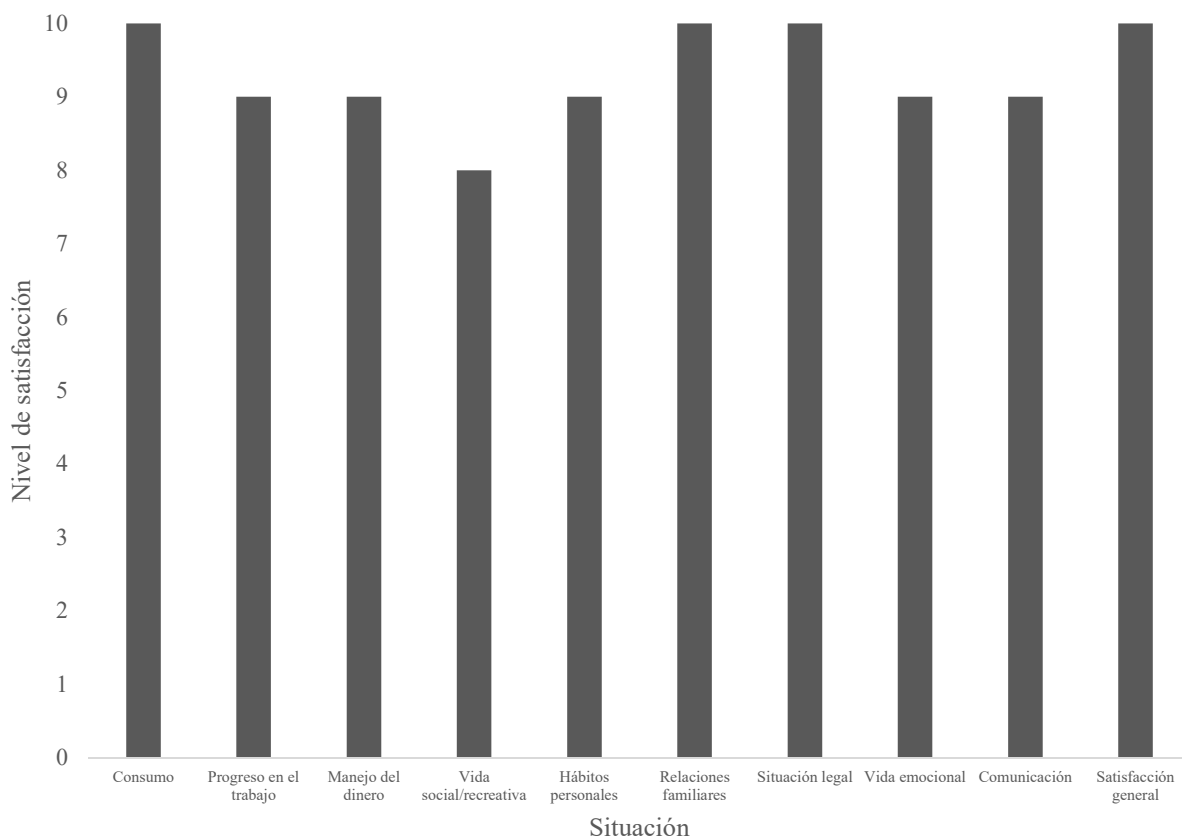


Figura 9. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario al final de la intervención.

Tabla 12

Registro de consumo de sustancias a lo largo de la intervención con el usuario.

<b>Patrones (Período de registro: 45 días)</b>	<b>LSD (papeles)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	0	3
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	0.0	3.0
<i>Promedio semanal</i>	0.0	0.6
<i>Días de consumo</i>	0	1
<i>Días de abstinencia</i>	45	44

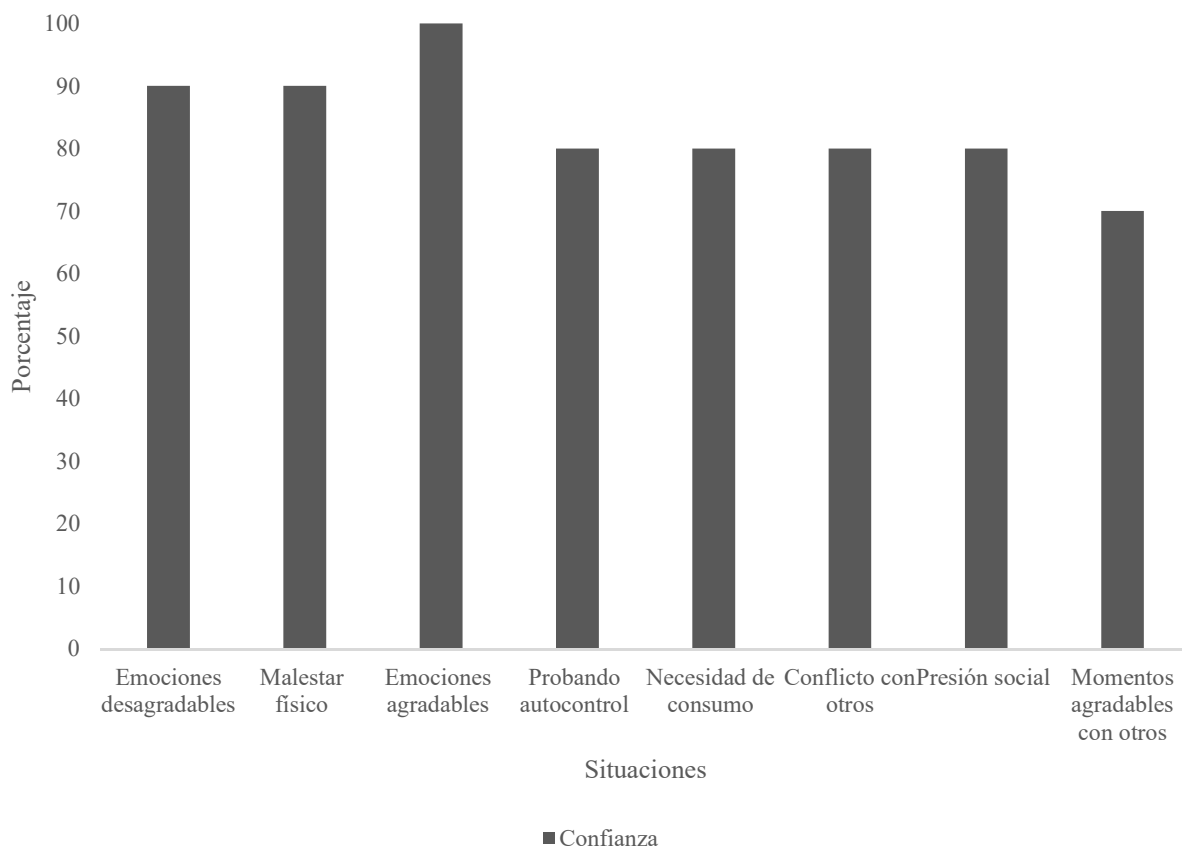


Figura 10. Porcentajes de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones de consumo.

### ***Discusión del caso.***

El caso presentado muestra el impacto que una intervención a tiempo puede tener, a mediano plazo, sobre los patrones de consumo y el estilo de vida de un adolescente que inicia el consumo de sustancias psicoactivas. La intervención fue efectiva para que el usuario fuera capaz de identificar los efectos a corto y largo plazo del consumo, así como las ventajas y desventajas de continuar o cambiar este patrón. En cuanto a los ámbitos de su vida afectados al momento de la evaluación inicial, el usuario reportó una mejora considerable en sus relaciones familiares, su situación legal, el avance en la escuela y en su satisfacción general. Es importante notar que hubo un ligero aumento, al término de la intervención, en algunos síntomas de ansiedad, lo cual es



consistente con el cambio en el patrón de consumo, pues, al no recurrir al uso de sustancias para mitigar esta emoción desagradable, fue necesario desarrollar habilidades de enfrentamiento que, posiblemente, incrementaron un poco estos síntomas; sin embargo, el usuario reportó sentirse satisfecho con el cambio logrado y motivado para continuar con este estilo de vida.

#### 4.2. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores

##### Problema.

##### *Resumen de caso.*

En el segundo caso se presenta a un usuario de sexo masculino de 42 años de edad que acude al centro debido a problemas para controlar la forma en que consume alcohol. Al momento de la entrevista inicial, reporta haber consumido cinco botellas de vodka durante un fin de semana dos semanas atrás, después de un año y medio en abstinencia. El usuario refiere sentir una necesidad frecuente de consumo, y menciona que no le gustaría regresar al patrón de consumo anterior, en el que bebía cinco días por semana, una botella por ocasión, aproximadamente.

##### *Resultados de la evaluación inicial:*

Los resultados de la evaluación inicial se presentan en las Tablas 13 a la 18 y en las Figuras 11 a la 13.

Tabla 13

*Nivel de atención de acuerdo con el patrón de consumo reportado por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Alcohol</i>	25	Intervención breve
<i>Tabaco</i>	0	N.A.
<i>Otras</i>	0	N.A.

Tabla 14

*Niveles de dependencia reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)</i>	15/40	Zona II
<i>Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)</i>	26/47	Media

Tabla 15

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	4/63	Mínimo
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	4/63	Mínimo

Tabla 16

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>
<i>Precontemplación</i>	0
<i>Contemplación</i>	0
<i>Determinación</i>	7
<i>Acción</i>	<b>8</b>
<i>Mantenimiento</i>	4

Tabla 17

*Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario en la evaluación inicial*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<i>Orina</i>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Negativo

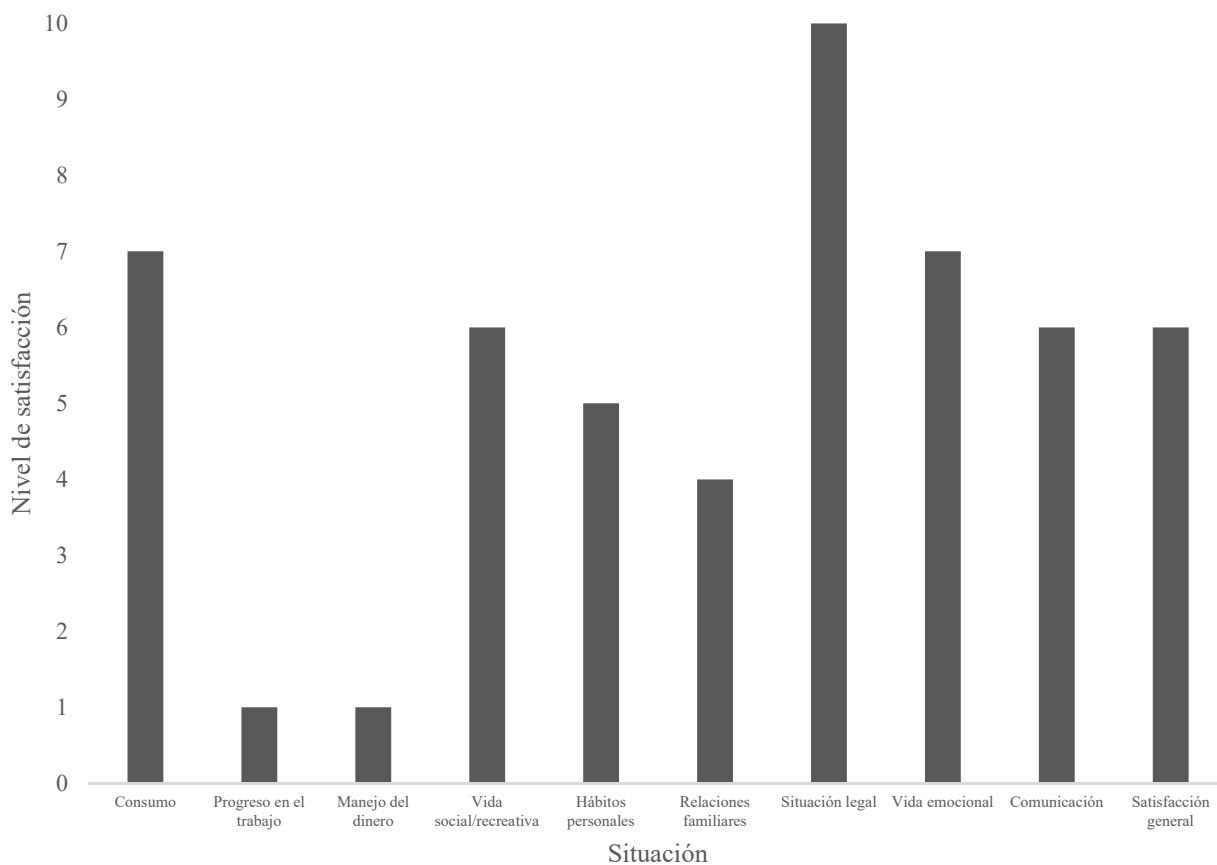


Figura 11. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario.

Tabla 18

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 195 días previos al inicio de la intervención.

<b>Patrones (Período de registro: 195 días)</b>	<b>Alcohol (botellas)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	5
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	1.67
<i>Promedio semanal</i>	0.22
<i>Días de consumo</i>	3
<i>Días de abstinencia</i>	156

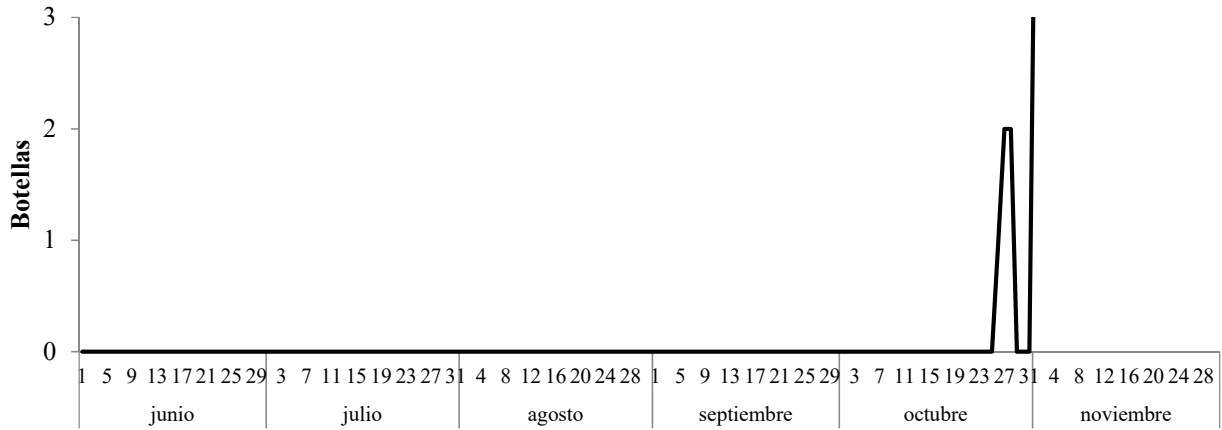


Figura 12. Patrón de consumo de alcohol (en botellas) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

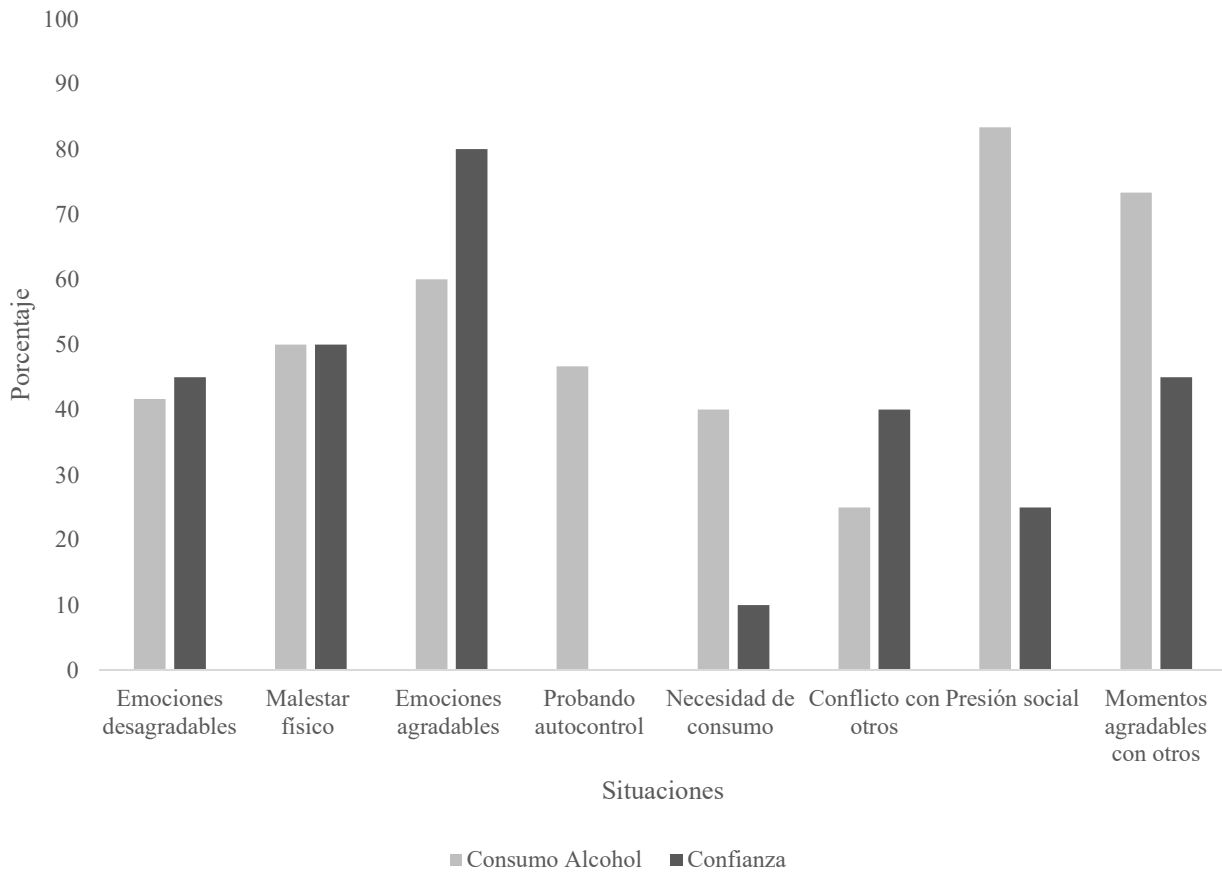


Figura 13. Porcentajes de probabilidad de consumo de sustancias y de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.

### ***Resumen del tratamiento.***

Se llevó a cabo un total de cinco sesiones, de seis que se tenían programadas; una para la admisión, una para la evaluación inicial y las tres restantes para la aplicación del programa de intervención; el usuario dejó de asistir tras la quinta sesión y no respondió a las llamadas telefónicas que se realizaron como parte del protocolo de rescate.

Durante las primeras dos sesiones, correspondientes a la admisión y evaluación inicial del usuario, se recolectaron datos relacionados con el motivo de consulta, patrones de consumo y problemas asociados con dicho consumo. Una vez recolectada esta información, se determinó que el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* era adecuado para apoyar al usuario a lograr un cambio en sus patrones de consumo de alcohol.

En la tercera sesión se hizo una revisión breve de los resultados de la evaluación y se estableció la abstinencia como meta de la intervención. El usuario reflexionó sobre sus principales situaciones de consumo: *Presión social, Emociones agradables y Momentos agradables con otros*. También se discutieron las situaciones de menor confianza para lograr la abstinencia y su relación con las situaciones de consumo. A partir de un balance decisional y de una evaluación de los principales motivos para cambiar, el usuario consideró que la abstinencia era la mejor opción.

Durante la cuarta sesión, el usuario volvió a revisar las situaciones que lo ponían en riesgo de consumo y las consecuencias que dicho consumo habían tenido sobre su estilo de vida. El objetivo de esta sesión fue que el usuario pudiera identificar relaciones funcionales entre situaciones generales y precipitadores específicos, el consumo de alcohol y las consecuencias inmediatas y mediatas de dicho consumo. El usuario identificó dentro de las situaciones de riesgo, mencionadas en el párrafo anterior, disparadores específicos como el fin de la jornada en

el trabajo con sus compañeros (el usuario trabajaba como supervisor de obras arquitectónicas en campo, y era usual que al terminar la jornada todos los trabajadores en la construcción bebieran alcohol juntos), las reuniones con los jefes y la presión por parte de sus compañeros (mencionó sentirse orgulloso de que sus compañeros se impresionaran por su forma de beber cerveza).

También identificó que las consecuencias inmediatas de su consumo de alcohol, generalmente, eran sentirse más alegre y desinhibido para convivir con sus compañeros de trabajo, mientras que las consecuencias a largo plazo eran problemas con su esposa e hijos, problemas de salud, resacas de días y tener dificultades para cumplir con sus responsabilidades laborales.

La quinta sesión se enfocó en el desarrollo de estrategias de enfrentamiento para las situaciones de alto riesgo, tomando en consideración la meta de abstinencia elegida por el usuario. Nuevamente, se revisaron las tres principales situaciones de riesgo de consumo: *Presión social*, *Emociones agradables* y *Momentos agradables con otros*. Tras proponer diferentes opciones y analizar sus posibles consecuencias, el usuario estableció como planes de acción retirarse del lugar de trabajo unos minutos antes de terminar la jornada laboral e informar a su jefe directo de trabajo sobre sus problemas con el consumo de alcohol y el cambio que estaba llevando a cabo, con la finalidad de que no le ofreciera alcohol durante las reuniones. Las posibles consecuencias identificadas por el usuario fueron la incomodidad de tener que irse un poco más temprano y la pena de hablar con su jefe del problema que tenía, junto con el posible apoyo de su jefe para salir un poco más temprano y para no invitarlo a tantas juntas (el usuario mencionó tener una relación cercana con su jefe, por lo que se consideró que los planes de acción elegidos eran viables).

Como se mencionó en párrafos anteriores, el proceso de tratamiento no concluyó. Como parte del protocolo, se realizaron tres llamadas telefónicas de rescate, pero el usuario no las

respondió. Debido a que no fue posible llevar a término el proceso, en la Tabla 19, se muestra únicamente el registro de consumo de alcohol durante la intervención:

Tabla 19

*Registro de consumo de alcohol durante la intervención con el usuario.*

<b>Patrones (Período de registro: 35 días)</b>	<b>Alcohol (botellas)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	0
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	0.0
<i>Promedio semanal</i>	0.0
<i>Días de consumo</i>	0
<i>Días de abstinencia</i>	35

### ***Discusión del caso.***

Este caso ejemplifica algunas de las dificultades inherentes a la práctica de intervención y tratamiento para el consumo de sustancias adictivas; también algunos alcances.

Es importante notar las características del patrón de consumo del usuario previo al inicio del tratamiento, así como el motivo de consulta. Como puede observarse en la gráfica de la LIBARE, el usuario había tenido una reincidencia dos semanas antes de acudir al centro, tras cerca de un año y medio en abstinencia. Una posible alternativa habría sido elegir el Programa de Prevención de Recaídas como modelo de tratamiento, pues las características de la problemática planteada por el usuario también se ajustaban a este modelo. Sin embargo, la respuesta a las primeras sesiones fue favorable: el usuario fue capaz de identificar situaciones de riesgo, precipitadores, sus patrones de consumo y las consecuencias de este; también elaboró planes de acción a partir de este análisis y fue capaz de permanecer en abstinencia durante el tiempo en que se mantuvo asistiendo a tratamiento.

Aunque debe tenerse en consideración la posibilidad de que otro programa de intervención fuera más adecuado para alcanzar las metas de tratamiento, existen otros factores a considerar sobre el por qué del abandono en el proceso. Villa y Hermida (2000) reportan un promedio cercano al 70% en las tasas de abandono de programas ambulatorios para el tratamiento del consumo de sustancias adictivas. Los autores mencionan factores inherentes al usuario, como características sociodemográficas, personalidad, psicopatología, historia de consumo, severidad de la adicción, situación legal, estado de salud y motivación para el tratamiento, además de factores inherentes al tratamiento, como recursos del programa, orientación teórica, relación terapéutica, características del terapeuta, experiencia y composición del equipo terapéutico, estabilidad de los miembros del equipo, apoyo familiar, contexto terapéutico (residencial/ambulatorio) y tipo de tratamiento (farmacológico/psicológico). Tomando en consideración las elevadas tasas de abandono, comunes en los tratamientos para el consumo de sustancias adictivas, y la diversidad de factores asociados, es difícil apuntar con precisión a un solo factor para explicar por qué el proceso se vio trunco antes de su conclusión. También es valioso reconocer que todos los programas y protocolos que existen en la actualidad (no solo con los que se trabaja en el Programa de Maestría con Residencia en Adicciones) tienen limitaciones para las que es necesario seguir trabajando en la investigación y en la práctica profesional.

### **4.3. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.**

#### ***Resumen de caso.***

En el tercer caso se presenta a un usuario de sexo masculino de 24 años de edad que acude al centro por problemas con el consumo de cocaína inhalada. El usuario reporta consumir



alcohol de manera conjunta con la cocaína en algunas ocasiones, así como dificultades para controlar dicho consumo, y problemas económicos y familiares asociados. También reporta consumir marihuana de manera ocasional para controlar el deseo de consumir cocaína. Al momento de la sesión de entrevista inicial el usuario reporta un mes de abstinencia tras haber estado en un centro de internamiento.

***Resultados de la evaluación inicial.***

Los resultados de la evaluación inicial se presentan en las Tablas 20 a la 25 y en las Figuras 14 a la 18.

Tabla 20

*Nivel de atención necesario de acuerdo con el patrón de consumo reportado por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Alcohol</i>	5	Intervención breve
<i>Cocaína</i>	21	Intervención breve
<i>Marihuana</i>	10	Intervención breve
<i>Otras</i>	0	N.A.

Tabla 21

*Niveles de dependencia reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)</i>	4/47	Baja
<i>Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)</i>	17	Severa

Tabla 22

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	11/63	Leve
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	15/63	Leve

Tabla 23

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>
<i>Precontemplación</i>	0
<i>Contemplación</i>	6
<i>Determinación</i>	<b>9</b>
<i>Acción</i>	2
<i>Mantenimiento</i>	0

Tabla 24

*Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario en la evaluación inicial*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<b>Orina</b>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Negativo

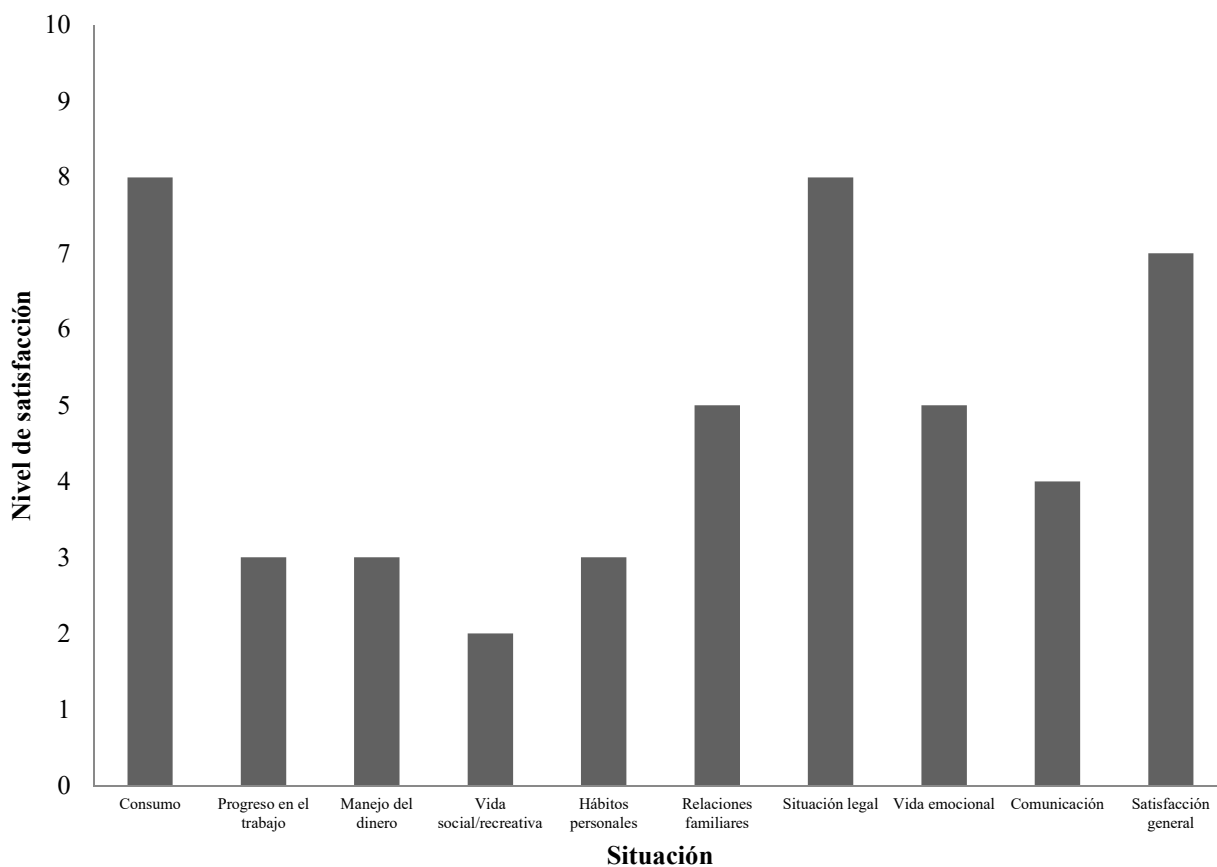


Figura 14. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario.

Tabla 25

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 195 días previos al inicio de la intervención.

<b>Patrones (Período de registro: 195 días)</b>	<b>Alcohol (latas)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>	<b>Cocaína (papeles)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	140	430	99.25
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	1.09	3.26	1.34
<i>Promedio semanal</i>	5.10	15.68	3.62
<i>Días de consumo</i>	129	132	74
<i>Días de abstinencia</i>	63	60	118

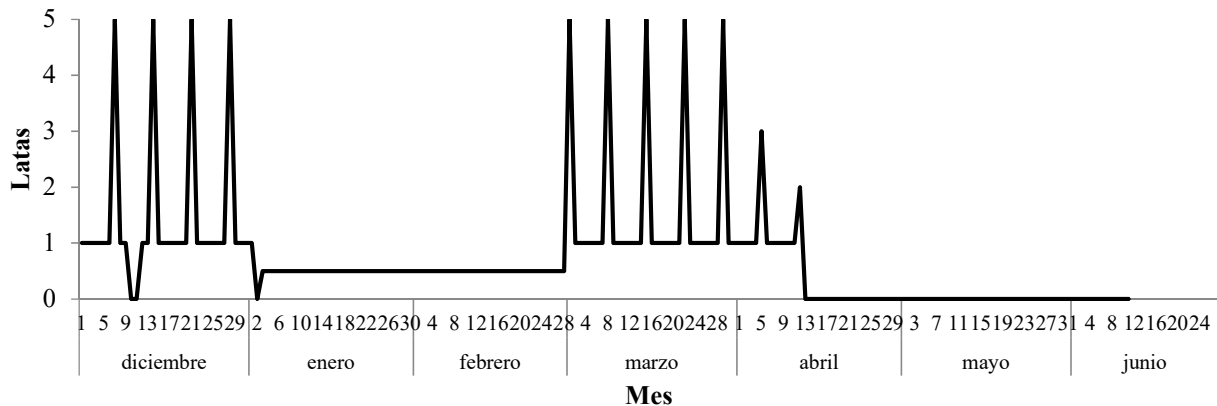


Figura 15. Patrón de consumo de alcohol (en latas de cerveza) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

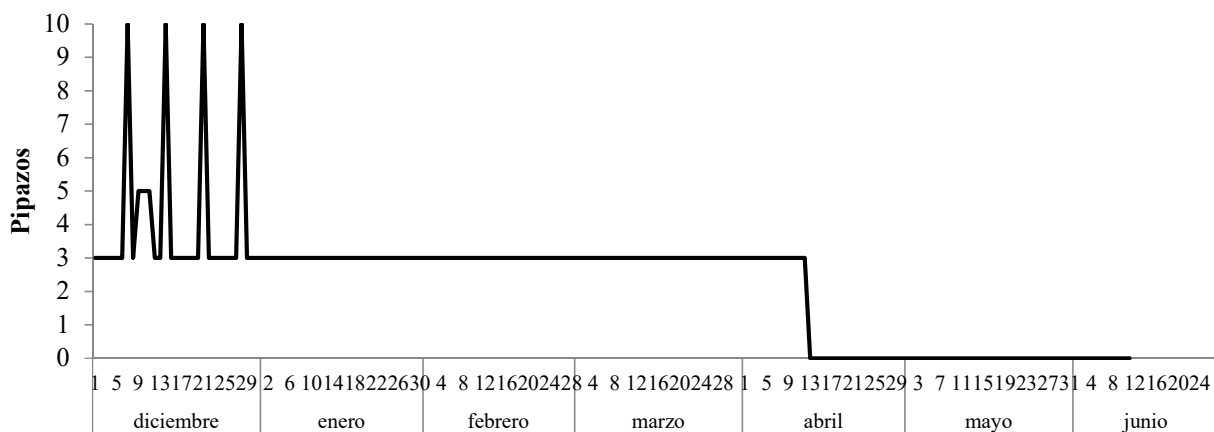


Figura 16. Patrón de consumo de marihuana (en número de inhalaciones de humo o “pipazos”) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

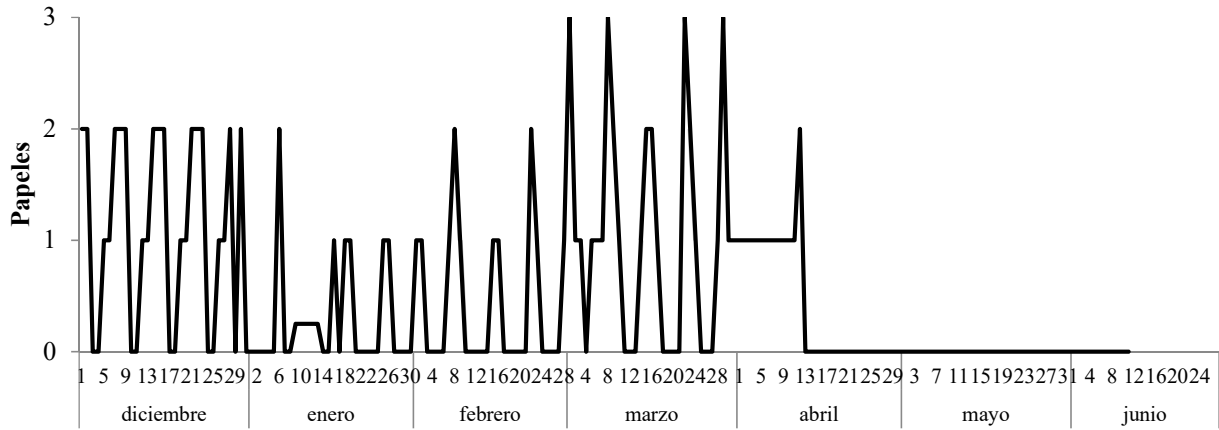


Figura 17. Patrón de consumo de cocaína (en “papeles”) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

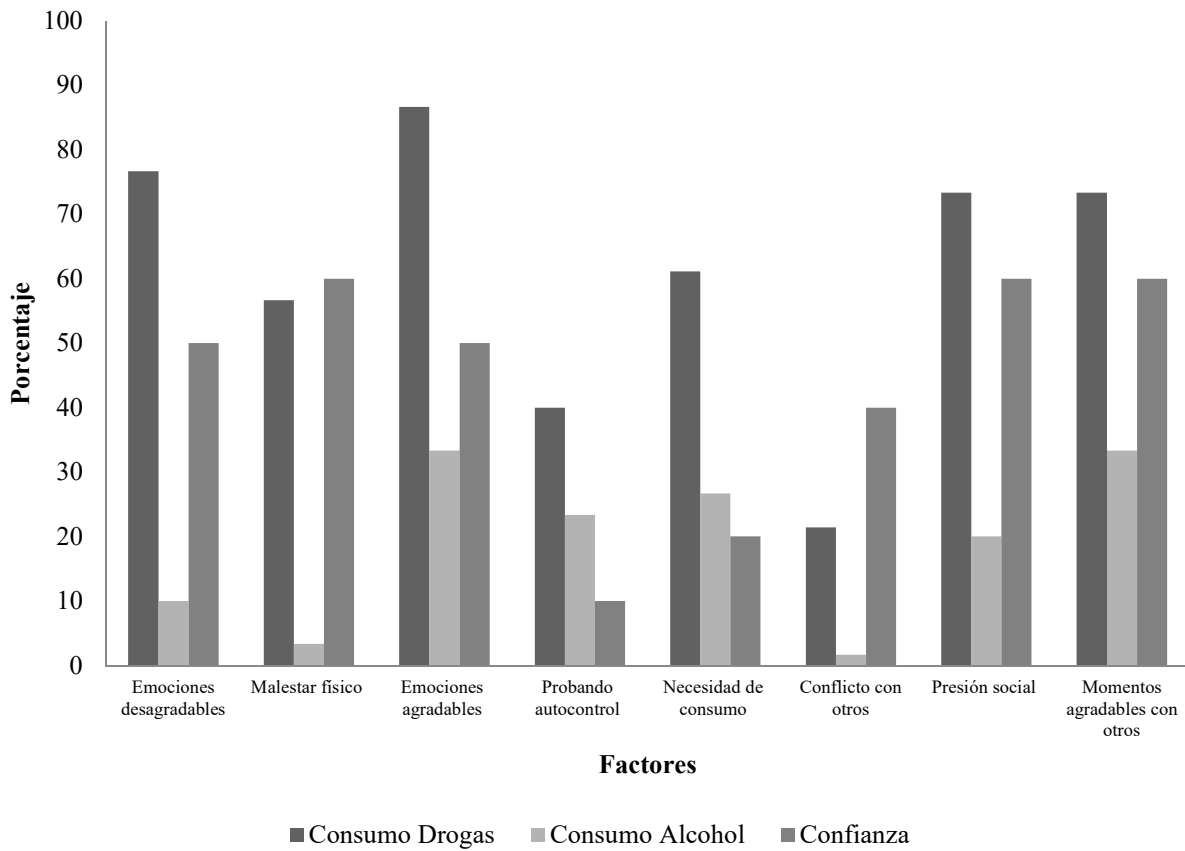


Figura 18. Porcentajes de probabilidad de consumo de sustancias y de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.

### ***Resumen del tratamiento.***

Se llevó a cabo un total de 12 sesiones; una para la admisión, una para la evaluación inicial, ocho para la aplicación del programa de intervención y dos más de seguimiento.

Durante las primeras dos sesiones, correspondientes a la admisión y evaluación inicial del usuario, se recolectaron datos relacionados con el motivo de consulta, patrones de consumo y problemas asociados con dicho consumo. Tras estas dos primeras sesiones, se eligió el modelo de *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína* para apoyar al usuario en lograr un cambio en sus patrones de consumo.

En la tercera sesión, se presentaron los resultados de la evaluación inicial y se estableció la abstinencia como meta de la intervención. Dentro de las principales ventajas que el usuario encontró en consumir cocaína destacaron la convivencia social, el placer y las sensaciones agradables asociadas al consumo y el alejarse de sus problemas cotidianos; dentro de las principales ventajas de dejar de consumir, el usuario identificó un mejor manejo del dinero, una mejor salud y una mejor relación con los miembros cercanos de su familia. Dado que el usuario acababa de salir de un proceso de internamiento de tres meses, eligió como meta de consumo mantenerse en abstinencia, por primera vez, en su contexto cotidiano. Al finalizar la sesión el usuario reconoció la importancia de la abstinencia para lograr cambios en áreas de su vida que estaban estancadas o en las que, recurrentemente, experimentaba inestabilidad, como el trabajo, las relaciones sociales y la familia.

Durante la cuarta sesión, a través del análisis funcional, se trabajó en identificar situaciones de riesgo, precipitadores, patrones de consumo y consecuencias a corto y largo plazo. Con este fin, se volvieron a revisar los resultados de la evaluación inicial. El usuario identificó precipitadores en cada una de las cuatro situaciones de consumo principales: Emociones

agradables, Emociones desagradables, Presión social y Momentos agradables con otros. También identificó riesgos y consecuencias positivas (sentirse “acelerado”, hablar mucho y dejar de preocuparse, por ejemplo) y negativas (“crudas” y dolores de cabeza al día siguiente, gastos excesivos de dinero, tristeza y problemas familiares, por ejemplo) del consumo. Por último, se establecieron planes de acción alternativos al consumo en situaciones de riesgo: comenzar a ejercitarse diariamente en un deportivo familiar en vez del frontón que solía frecuentar, convivir más con su madre y su hermana, y contactar al terapeuta vía telefónica cuando estuviera experimentando alguna emoción difícil.

En la quinta sesión, se trabajó en que el usuario identificara pensamientos asociados con el consumo de cocaína, con la finalidad, primero, de notar su papel en la relación funcional con el consumo y, después, de aprender a manejarlos adecuadamente para que los planes de acción previamente establecidos tuvieran una mayor probabilidad de éxito. Los principales pensamientos que el usuario fue capaz de identificar fueron: “Necesito consumir cocaína en este momento, ya no aguanto más”, “En cuanto salga del trabajo voy a ir a conectar droga”, “Sólo voy a comprar un papel y ya me regreso a mi casa” y “No voy a dejar de consumir nunca”. Se abordaron las técnicas de evitación y enfrentamiento de pensamientos, para después dar pie a la reestructuración cognitiva e incorporar los planes de acción. Algunos ejemplos utilizados para la reestructuración fueron: “Siento que ya no aguanto, pero ya lo he logrado antes”, “Saliendo del trabajo tengo la oportunidad de ir a descansar y continuar con mi meta de abstinencia para sentirme mejor mañana”, “Antes de decidir si comprar un papel voy a respirar y relajarme”, “Hoy dejaré de consumir, mañana quién sabe...”.

En la sexta sesión, se retomaron los análisis funcionales de consumo de las sesiones anteriores con la finalidad de que el usuario pudiera identificar precipitadores y cómo estos se

encadenaban con el deseo de consumo. A lo largo de esta sesión, se incorporaron acciones de evitación y distracción, pues la mayoría de los pensamientos asociados al consumo eran de naturaleza hedónica. Las actividades elegidas por el usuario fueron salir a hacer ejercicio y distraerse en casa platicando con su mamá. Estas actividades ya se habían elegido como planes de acción con anterioridad, por lo que se evaluó su efectividad y se propuso hablar sobre el deseo y la auto plática constructiva (p. ej. “En este momento me siento ansioso y con ganas de consumir, pero si lo dejo pasar es probable que me sienta mejor porque lograré mi meta de no consumir ante estas situaciones”).

En la séptima sesión, se atendió el componente social del patrón de consumo del usuario mediante el entrenamiento en habilidades asertivas de rechazo. El usuario se dedicaba a la cocina y refirió que, en el medio laboral, existe mucha disponibilidad y consumo de droga y alcohol. Curiosamente, las situaciones de mayor riesgo para el usuario estaban más asociadas con la búsqueda activa en lugares ajenos al trabajo; sin embargo, el usuario identificó ofrecimientos que le hubieran hecho en el pasado y se llevaron a cabo ensayos conductuales de respuestas asertivas ante posibles ofrecimientos.

En la octava sesión, se habló sobre las *decisiones aparentemente irrelevantes* que pueden terminar encadenándose con una conducta de consumo. El objetivo fue que el usuario identificara situaciones pasadas en las que una conducta que no pareciera tener relación con la cocaína terminara llevándolo a consumir. Puntualmente, el usuario identificó dos veces en las que tomó una de estas decisiones. La primera fue un día en que, tras salir del trabajo, cambió su ruta habitual para llegar a casa y decidió regresar en metro en vez de en camión; una vez en el metro, se desvió hacia la estación donde regularmente acudía para comprar cocaína, y terminó comprando y consumiendo. La segunda fue un día en que despertó más temprano de lo común y,



en vez de volver a dormirse, salió a caminar; una vez fuera de casa, fue al lugar donde compraba y guardo los papeles de cocaína para el fin de su jornada laboral. En la sesión se identificaron estas situaciones y se hizo una generalización para poder atender “señales rojas” o acciones poco habituales, aparentemente irrelevantes, que le pudieran llevar a consumir cocaína, para posterior a la identificación, poder tomar una decisión de acuerdo con la meta de abstinencia establecida.

Durante la novena sesión, se trabajó en habilidades de solución de problemas. La premisa del entrenamiento en esta habilidad es que, normalmente, las conductas poco adaptativas, las emociones difíciles y las interacciones sociales problemáticas pueden tener un impacto desfavorable en los usuarios de sustancias, quienes, a su vez, recurren al consumo para evadir las experiencias desagradables que estos problemas les producen. Así, si un usuario aprende a solucionar problemas de manera efectiva, podrá mantenerse en abstinencia aún en presencia de las dificultades de la vida diaria. En esta sesión, se retomaron las situaciones de riesgo y se analizaron potenciales soluciones para problemas que el usuario hubiera tenido en el pasado, como cuando decidió hablar con su hermana sobre su estado de ánimo en vez de optar por el consumo, o cuando notó que aceptar el internamiento resultó útil para detener el patrón de consumo que ya no podía sostener.

En la décima sesión se revisaron las metas y planes de acción establecidos al inicio del tratamiento y se evaluó su eficacia a la luz del trabajo realizado en todas las sesiones. Dado que el usuario mantuvo la abstinencia a lo largo del tratamiento, el restablecimiento de la meta sólo se hizo en términos de dar mantenimiento al cambio logrado, así como seguir trabajando en los planes de acción. A lo largo del tratamiento, el usuario reportó tener dificultades para relacionarse con su madre, por lo que el plan de acción cambió a comunicarse con su hermana cuando experimentara dificultades o malestar. En cuanto al ejercicio, el usuario refirió que le

había funcionado bastante bien y que quería darle continuidad. En términos generales, el usuario se mostró satisfecho con el cambio logrado y se le dio de alta, programando dos sesiones más de seguimiento.

Los resultados obtenidos al término de la intervención se muestran resumidos a continuación, resumidos en las Tablas 26 a la 28, junto con las Figuras 19 a la 20.

Tabla 26

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario al final de la intervención*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	10/63	Leve
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	8/63	Leve

Tabla 27

*Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario al final de la intervención*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<i>Orina</i>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Negativo

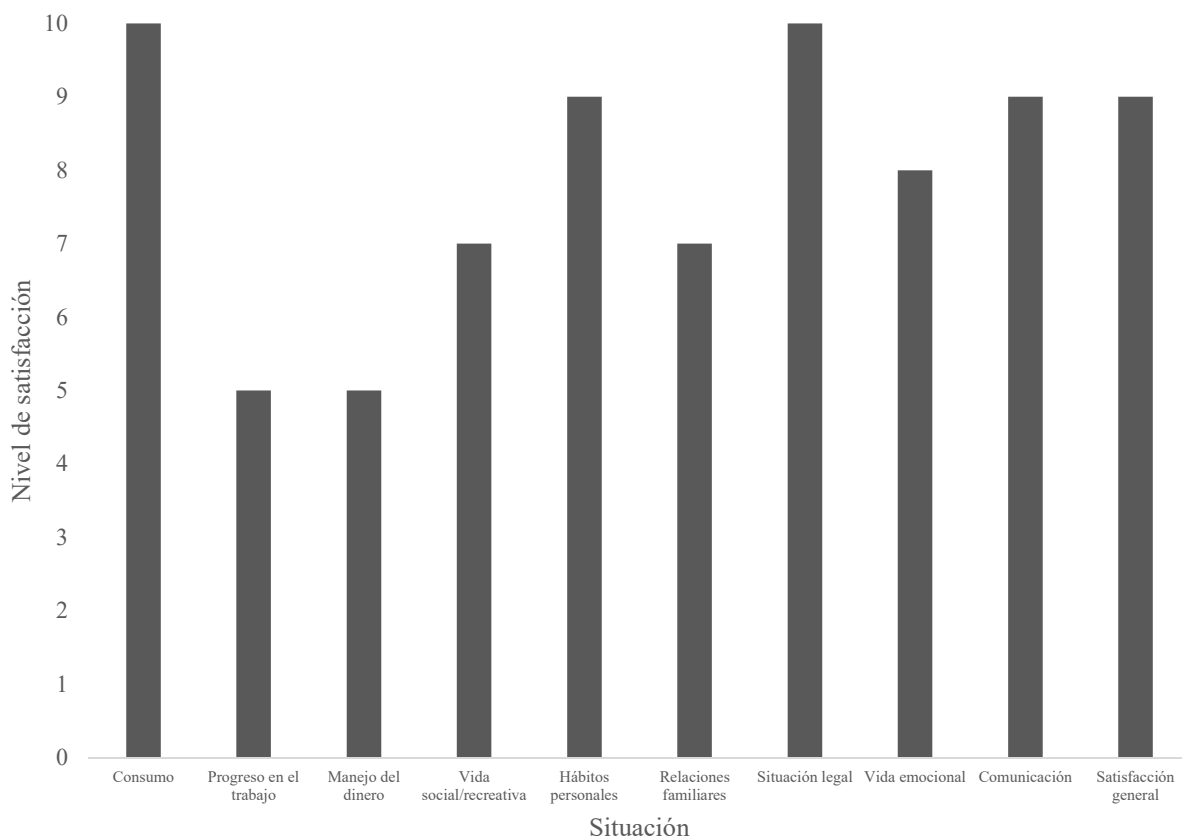


Figura 19. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario al final de la intervención.

Tabla 28

Registro de consumo de sustancias a lo largo de la intervención con el usuario.

<b>Patrones (Período de registro: 80 días)</b>	<b>Alcohol (latas)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>	<b>Cocaína (papeles)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	0	0	0
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	0.0	0.0	0.0
<i>Promedio semanal</i>	0.0	0.0	0.0
<i>Días de consumo</i>	0	0	0
<i>Días de abstinencia</i>	80	80	80

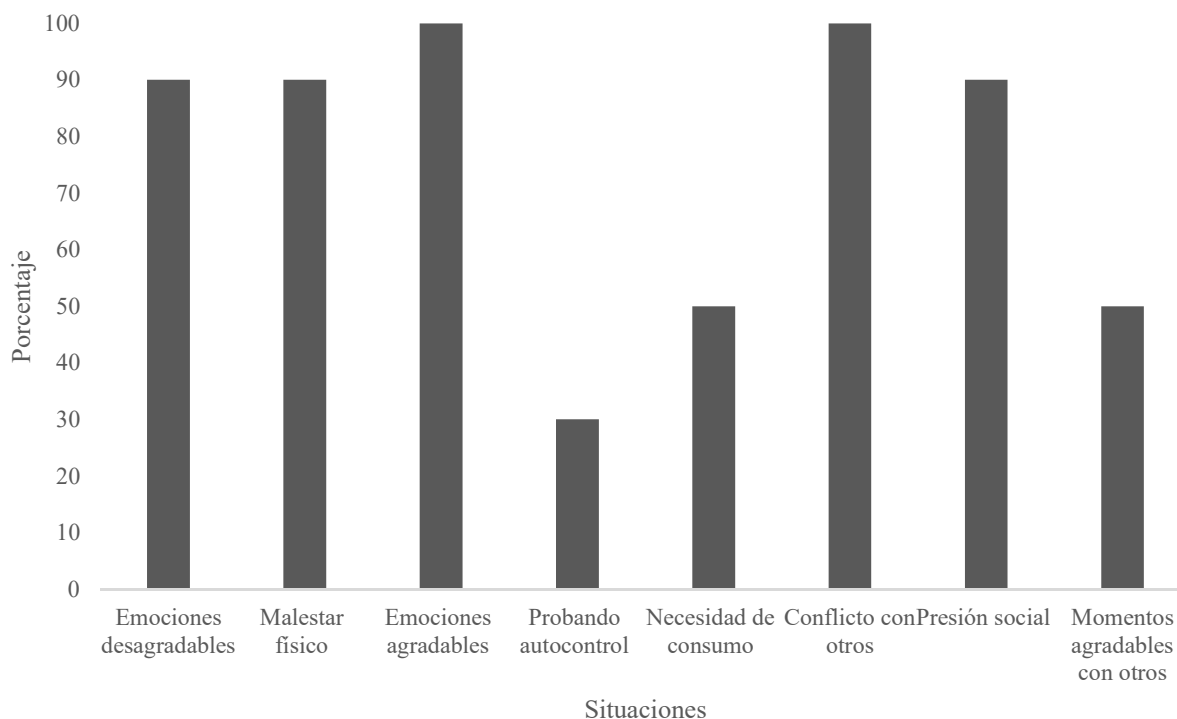


Figura 20. Porcentajes de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones de consumo.

### ***Discusión del caso.***

En este caso se puede ver la flexibilidad para decidir sobre el programa de intervención que mejor se adecua a las necesidades de cada usuario. Pese a que la información recabada durante la evaluación inicial podría haber sugerido el uso del *Programa de Prevención de Recaídas*, se optó por el *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*, por la especificidad de sus contenidos y la relación con la problemática expuesta por el usuario.

A lo largo del tratamiento, el usuario reportó “cravings” que fueron en aumento en la medida en que dicho tratamiento avanzaba. Esto era de esperarse, pues el usuario había salido recientemente de un internamiento de tres meses. Los procesos de internamiento pueden resultar útiles en la medida en que retiran al usuario del contexto en el que ocurre su vida cotidiana, junto con sus problemas y sus fuentes de adquisición de drogas. El reto empieza cuando los usuarios

regresan a su contexto, pues es necesario que desarrollen habilidades que les permitan enfrentar “en tiempo real” todos los planes de acción que en un proceso de internamiento pueden plantearse. A través del tratamiento, el usuario pudo identificar situaciones, precipitadores, patrones de consumo, consecuencias inmediatas y mediatas, así como trazar cursos de acción alternativos y, sobre todo, ponerlos en práctica para hacer contacto con fuentes de reforzamiento distintas al consumo.

Pese a que, a lo largo del tratamiento, el usuario reportó dificultades en sus relaciones familiares, fue capaz de identificar este tipo de precipitadores y actuar de una manera más adaptativa y cercana al tipo de vida que quería tener, en donde el consumo era un obstáculo más que una verdadera solución a sus problemas.

#### **4.4. Intervención Breve Motivacional para Fumadores.**

##### ***Resumen de caso.***

En el cuarto caso se presenta a un usuario de sexo masculino de 28 años de edad que acude al centro buscando apoyo para cesar el consumo de tabaco. El usuario reporta interés en cambiar su patrón de consumo debido, principalmente, a preocupaciones relacionadas con llevar un estilo de vida saludable y no depender del tabaco para poder trabajar y llevar a cabo su vida diaria. Desde la sesión de entrevista inicial, el usuario muestra disposición para el cambio y se compromete a llevar a cabo las tareas asignadas e iniciar con la meta de abstinencia desde el primer día.

### **Resultados de la evaluación inicial.**

Los resultados de la evaluación inicial se presentan en las Tablas 29 a la 34 y en las Figuras 21 a la 23.

Tabla 29

*Nivel de atención de acuerdo con el patrón de consumo reportado por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Alcohol</i>	6	Consejo breve
<i>Tabaco</i>	18	Intervención breve
<i>Otras</i>	0	N.A.

Tabla 30

*Niveles de dependencia reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)</i>	N.A.	N.A.
<i>Escala de Dependencia a la Nicotina (Fageström)</i>	4	Baja
<i>Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)</i>	N.A.	N.A.

Tabla 31

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	6/63	Mínimo
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	5/63	Mínimo

Tabla 32

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Rango</b>
<i>Reconocimiento</i>	28	20 (bajo/muy bajo)
<i>Ambivalencia</i>	12	30 ( <b>bajo</b> )
<i>Acción</i>	15	10 (muy bajo)

Tabla 33

Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario en la evaluación inicial

Prueba	Sustancia	Indicador
<b>Orina</b>	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Negativo

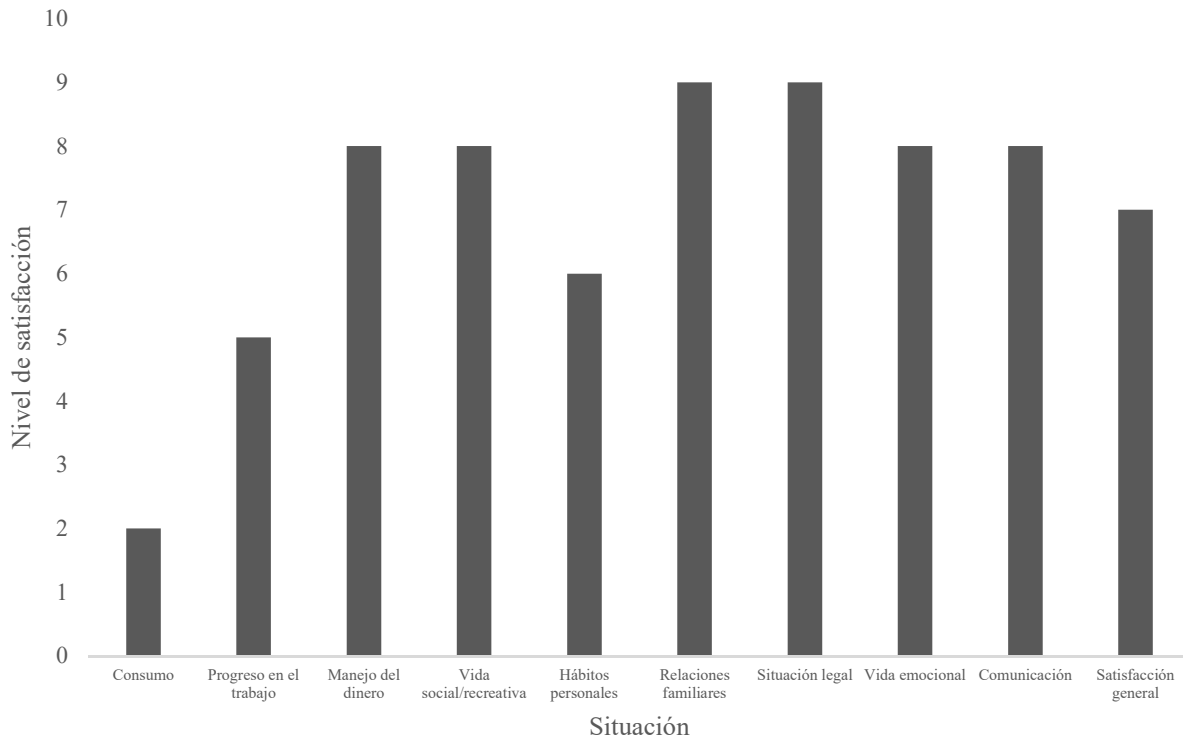


Figura 21. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario.

Tabla 34

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 195 días previos al inicio de la intervención.

<b>Patrones (Período de registro: 103 días)</b>	<b>Tabaco (cigarros)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	707
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	7.07
<i>Promedio semanal</i>	48.05
<i>Días de consumo</i>	100
<i>Días de abstinencia</i>	103

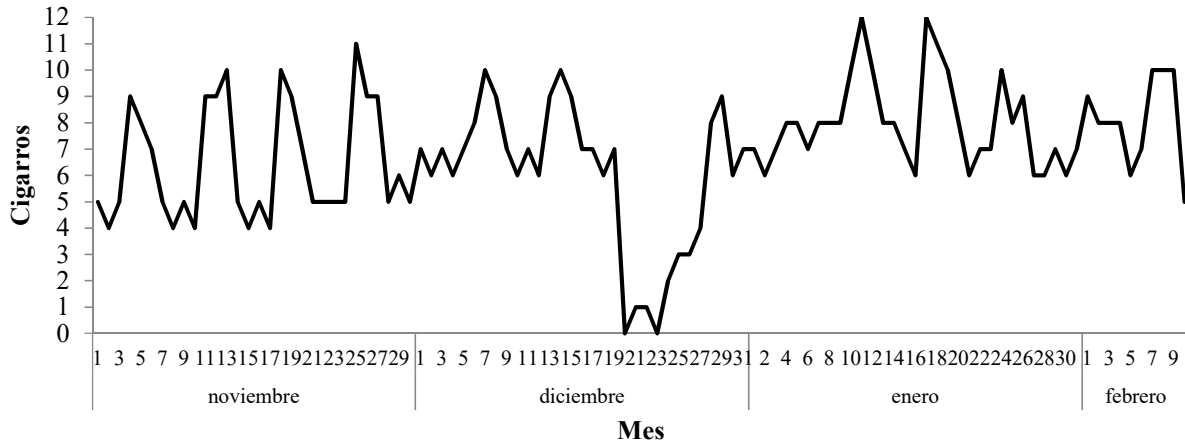


Figura 22. Patrón de consumo de tabaco (en cigarrillos) durante los tres meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.

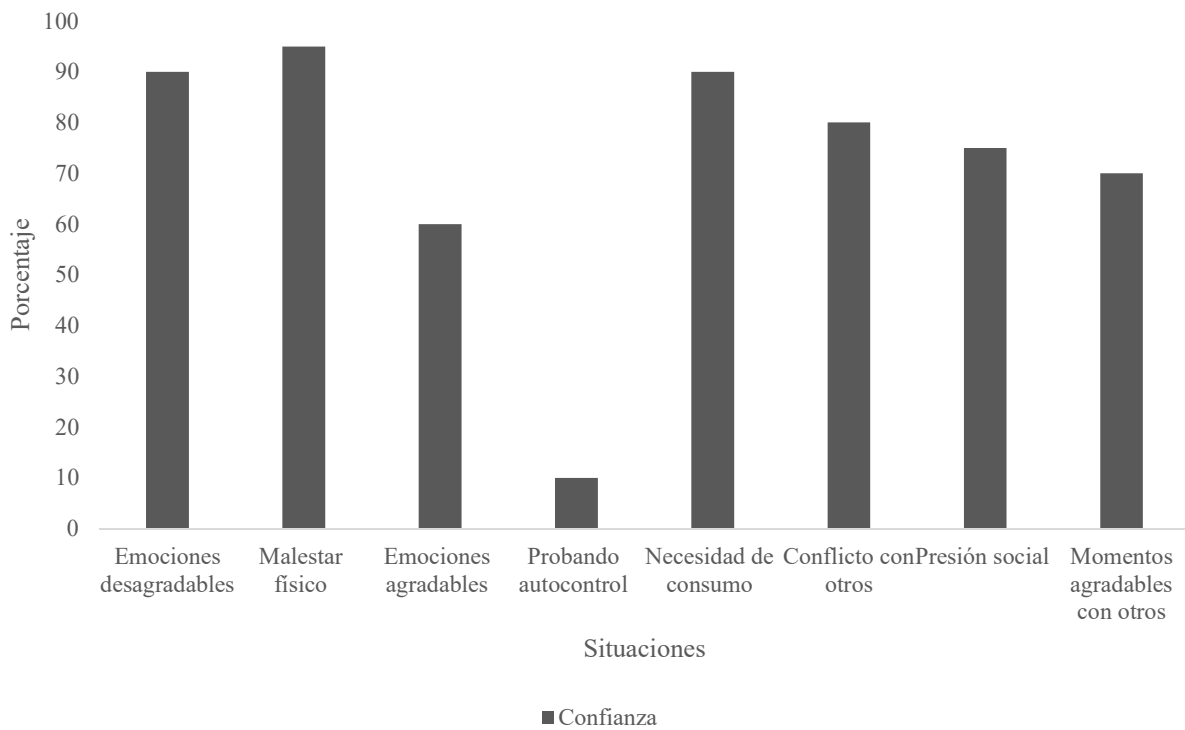


Figura 23. Porcentajes de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.



### ***Resumen del tratamiento.***

Se llevó a cabo un total de seis sesiones; una para la admisión, una para la evaluación inicial y cuatro para la aplicación del programa de intervención.

Durante las primeras dos sesiones, correspondientes a la admisión y evaluación inicial del usuario, se recolectaron datos relacionados con el motivo de consulta, patrones de consumo y problemas asociados con dicho consumo. El usuario planteó, desde la primera sesión, que su intención era dejar de fumar por completo. Tras estas dos primeras sesiones, se eligió el modelo de *Intervención Breve Motivacional para Fumadores* para apoyar al usuario con alcanzar la meta de la abstinencia.

En la tercera sesión, se retomaron los datos obtenidos durante la admisión y evaluación del usuario. La LIBARE funcionó para presentar, de manera ordenada, el patrón de consumo en el último año. Dado que el usuario estaba determinado para dejar de fumar, el balance decisional fue una herramienta que sólo permitió identificar los motivos por los que el usuario tenía esta meta. Dentro de los principales puntos a favor de continuar fumando, el usuario identificó el placer que le daba después de la comida, en la noche, antes de dormir, y cuando sentía estrés por llevar a cabo trabajos relacionados con sus estudios de Maestría. Las ventajas de dejar de fumar que el usuario enlistó incluyeron el cuidado de su salud física, el ahorro de dinero, el no sentirse esclavizado por la necesidad de consumo en los momentos específicos del día en que solía fumar y el tener una buena presentación que no fuera empañada por el olor a cigarro cuando convivía con gente a lo largo del día. Al finalizar la sesión, el usuario eligió la abstinencia directa como estrategia para cesar el consumo de tabaco.

En la cuarta sesión, se retomó de manera formal en análisis funcional de la conducta de consumo. El usuario identificó antecedentes (situaciones y precipitadores directos) y

consecuencias del consumo de cigarro. Dado que en la sesión anterior el usuario ya había hablado de estas situaciones, se profundizó en las consecuencias. A corto plazo, la consecuencia más destacada que el usuario identificó fue una reducción súbita en la ansiedad, sobre todo en situaciones académicas y previas al sueño. También identificó una experiencia placentera relacionada con terminar de comer, como si fuera un ritual. Las consecuencias desagradables, a largo plazo, que el usuario identificó fueron comentarios específicos de su novia relacionados con su olor corporal y oral; también notó que, en las ocasiones en que fumaba menos o no fumaba, se sentía mejor al despertar y producía menos flemas. Al término de la sesión, el usuario refirió sentirse motivado por mantener la abstinencia lograda hasta entonces.

En la quinta sesión, se habló sobre los planes de acción que el usuario había estado llevando a cabo hasta ese momento, y se evaluó si era necesario cambiarlos o, simplemente, perfeccionarlos. El usuario habló de las dificultades que experimentaba en los momentos específicos del día en los que estaba acostumbrado a fumar. Se trabajaron planes de acción para enfrentar los pensamientos asociados al consumo. El usuario decidió que utilizaría chicles o dulces para poder distraerse un poco de la ansiedad que le causaba el no fumar, y también decidió que llevaría un registro de lápiz y papel anotando los momentos en que sintiera “craving” y cuánto tiempo duraba.

En la sexta y última sesión, se revisaron los logros obtenidos a lo largo del tratamiento y se le felicitó al usuario por haber alcanzado la meta. El usuario reportó que algunos momentos seguían siendo tan difíciles como al inicio del proceso, pero que se sentía más hábil para poder enfrentar estos deseos súbitos de fumar, ya que tenía estrategias concretas para distraerse, además de que siempre recordaba los motivos por los que había tomado la decisión. Al finalizar

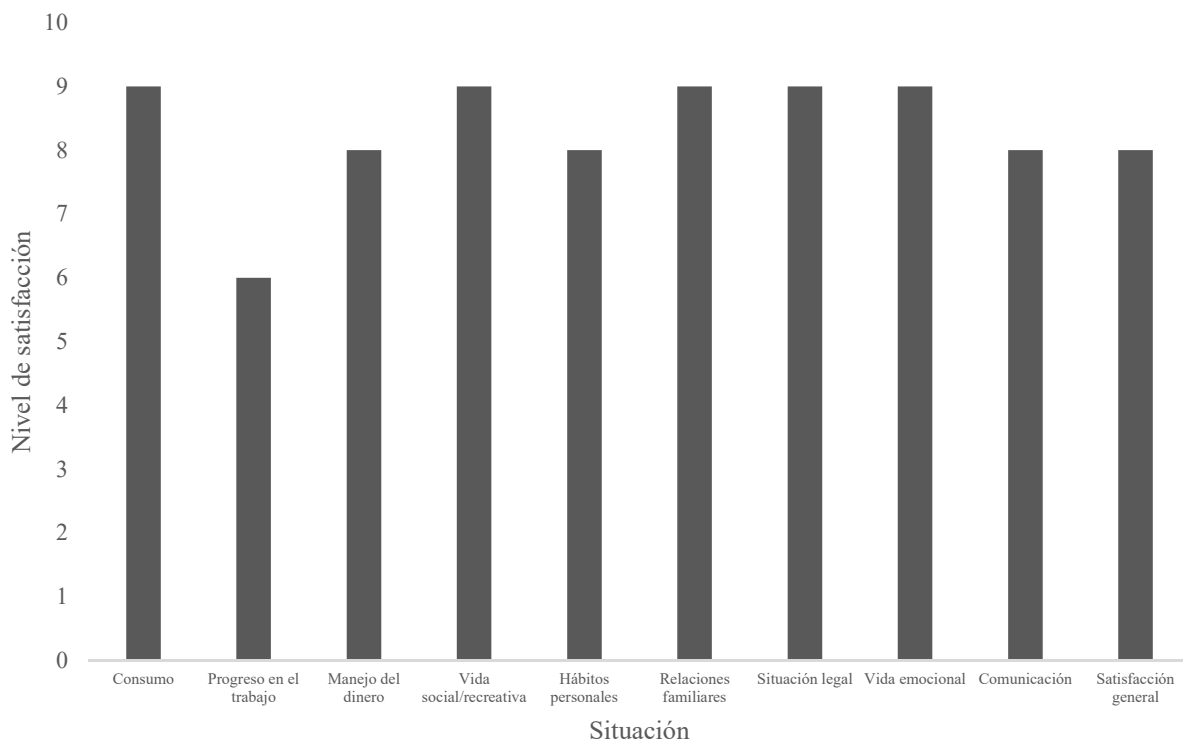
la sesión, el usuario llenó los formatos de evaluación final y reportó sentirse satisfecho con el cambio logrado.

Los resultados obtenidos al término de la intervención se muestran resumidos a continuación, resumidos en las Tablas 35 y 36, junto con las Figuras 24 y 25.

Tabla 35

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario al final de la intervención*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	5/63	Mínima
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	7/63	Leve



*Figura 24.* Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario al final de la intervención.

Tabla 36

Registro de consumo de tabaco a lo largo de la intervención con el usuario.

<b>Patrones (Período de registro: 42 días)</b>	<b>Tabaco (cigarros)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	0
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	0.0
<i>Promedio semanal</i>	0.0
<i>Días de consumo</i>	0
<i>Días de abstinencia</i>	42

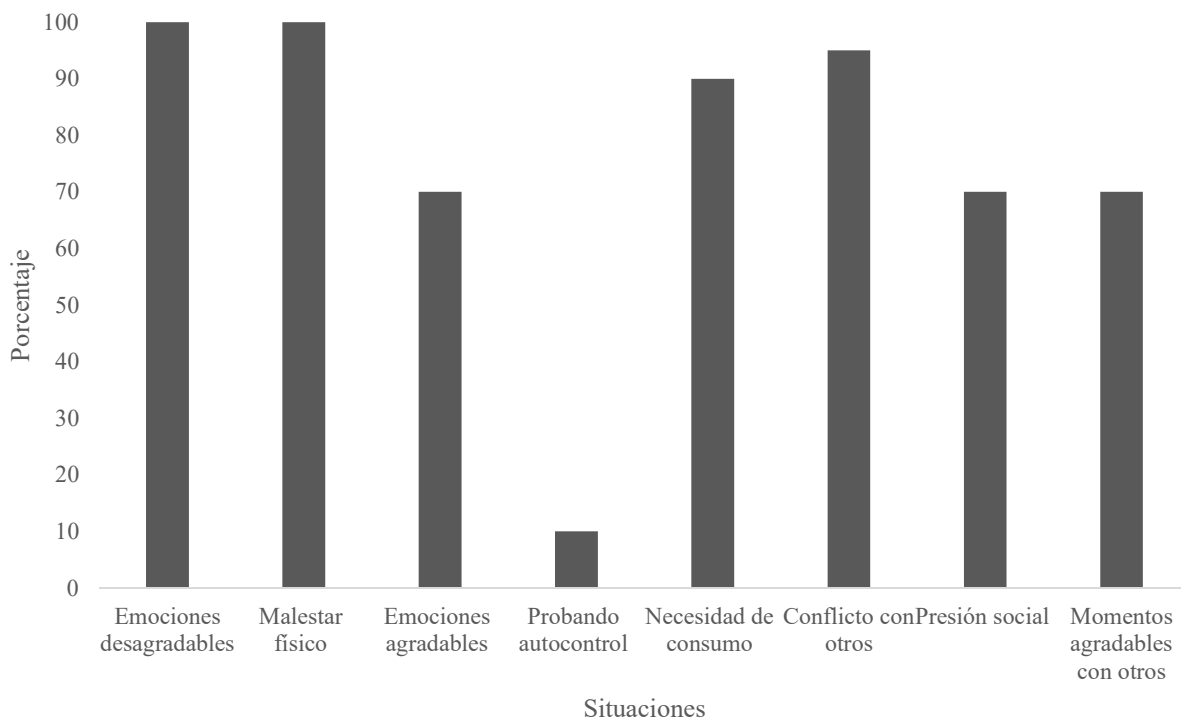


Figura 25. Porcentajes de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones de consumo.

### ***Discusión del caso.***

En este caso fue posible presentar de manera clara una intervención exitosa de principio a fin. Un factor relevante para destacar fue la disposición del usuario para colaborar en el tratamiento. Debe notarse que, desde antes de la sesión de admisión, el usuario ya se encontraba

en una fase de contemplación/acción, pues llevaba algunos intentos por dejar el consumo del cigarro. Otro factor de apoyo para el éxito del tratamiento fue el orden que se siguió en las sesiones; dado que el protocolo del programa es bastante directo, siempre hubo tiempo para explorar a fondo motivos, metas, obstáculos y pensamientos asociados al consumo y al no consumo. Por último, el nivel de adicción reportado a través del instrumento Fageström, y el patrón de conducta registrado a través de la LIBARE permiten observar que, si bien había un consumo diario, y en momentos muy específicos del día, la frecuencia y cantidad de consumo eran relativamente moderadas, por lo que fue posible llevar a cabo de manera exitosa la decisión del cese súbito, en vez de una reducción gradual, que quizás habría tomado más tiempo.

En cuanto a las escalas de satisfacción, el usuario reportó sentirse satisfecho en general, aunque refirió que aún le resultaba difícil tolerar los “cravings” y que algunos otros hábitos (sobre todo relacionados con la escuela y el trabajo) necesitaban más atención para poder manejar mejor sus niveles de estrés, precipitador importante de su consumo.

#### **4.5. Intervención Breve para Usuarios de Marihuana.**

##### ***Resumen de caso.***

En el quinto caso se presenta a un usuario de sexo masculino de 23 años de edad que acude al centro debido a problemas con el consumo diario de marihuana. El usuario reporta intentos sin éxito de regular o cesar el consumo de esta sustancia y busca apoyo para conseguir la abstinencia. Al momento de la entrevista inicial, el usuario refiere que su principal motivación es encontrar y mantener un empleo que le permita dar soporte económico a su hija de 9 meses.

### **Resultados de la evaluación inicial.**

Los resultados de la evaluación inicial se presentan en las Tablas 37 a la 42 y en las Figuras 26 a la 28.

Tabla 37

*Nivel de atención de acuerdo con el patrón de consumo reportado por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Alcohol</i>	3	Consejo breve
<i>Tabaco</i>	5	Intervención breve
<i>Mariguana</i>	17	Intervención breve

Tabla 38

*Niveles de dependencia reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)</i>	5	Zona I
<i>Escala de Dependencia a la Nicotina (Fageström)</i>	0/10	Muy baja
<i>Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)</i>	5/20	Baja

Tabla 39

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	3/63	Mínimo
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	6/63	Leve

Tabla 40

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por el usuario en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>
<i>Precontemplación</i>	3
<i>Contemplación</i>	9
<i>Determinación</i>	7
<i>Acción</i>	3
<i>Mantenimiento</i>	0

Tabla 41

Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina del usuario en la evaluación inicial

Prueba	Sustancia	Indicador
Orina	Anfetamina	Negativo
	Benzo	Negativo
	Cocaína	Negativo
	THC	Positivo

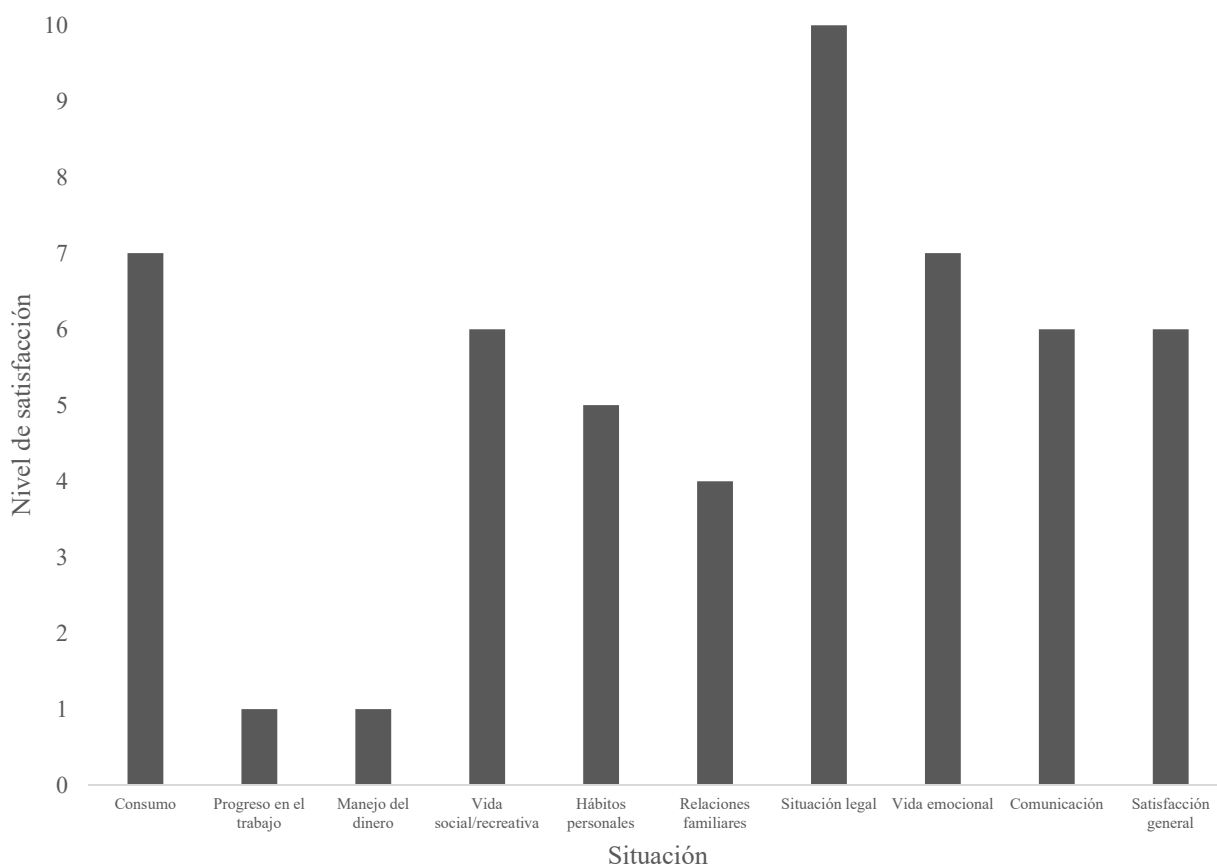
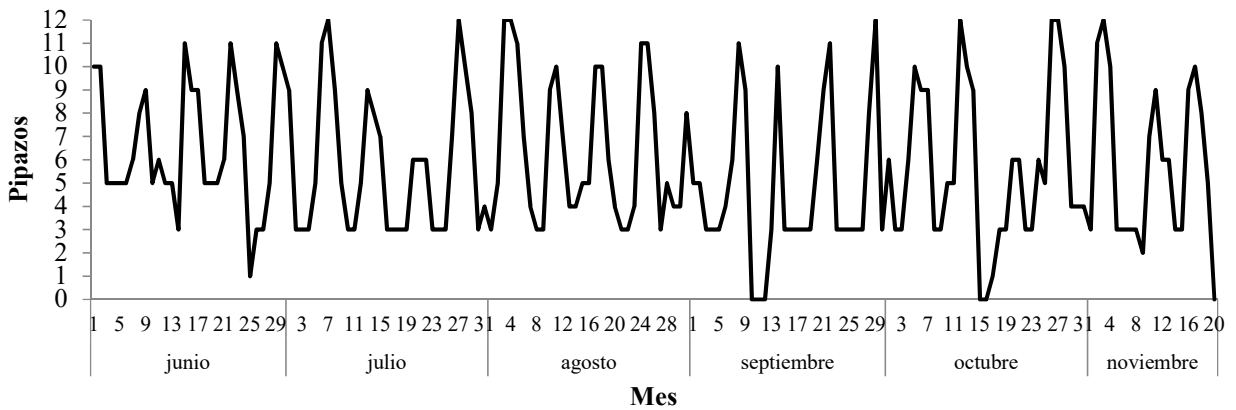


Figura 26. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por el usuario.

Tabla 42

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 173 días previos al inicio de la intervención.*

<b>Patrones (Período de registro: 173 días)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	1005
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	6.02
<i>Promedio semanal</i>	44.25
<i>Días de consumo</i>	167
<i>Días de abstinencia</i>	6



*Figura 27. Patrón de consumo de marihuana (en inhalaciones de humo o “pipazos”) durante los seis meses anteriores a la evaluación inicial del usuario.*



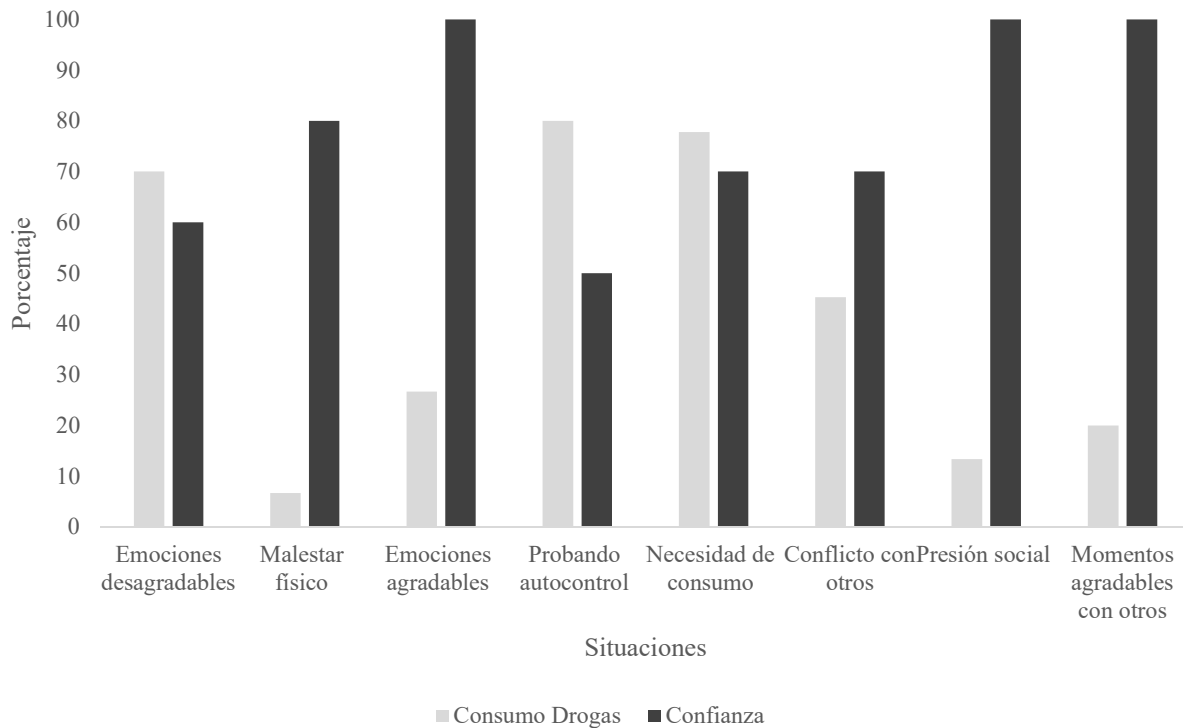


Figura 28. Porcentajes de probabilidad de consumo de sustancias y de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.

**Resumen del tratamiento.**

Se llevó a cabo un total de dos sesiones, correspondientes a la admisión y evaluación inicial. En estas sesiones, se recolectaron datos relacionados con el motivo de consulta, patrones de consumo y problemas asociados con el consumo. A partir de la información recabada, se determinó que el programa de *Intervención Breve para Usuarios de Marihuana* era una opción viable de tratamiento para el usuario. Desafortunadamente, tras la segunda sesión, la madre del usuario se comunicó al CPAHAV vía telefónica para informar que su hijo había conseguido un empleo que interfería con los horarios de terapia, por lo que ya no asistiría al tratamiento. De los casos expuestos en el presente reporte, este es el más breve. Como se expuso en el segundo caso,

el abandono es, desafortunadamente, una dificultad persistente en los programas de tratamiento de las conductas de consumo de sustancias adictivas.

Debido a que no fue posible terminar el proceso, no hay más resultados para este caso que los presentados anteriormente. Sólo cabe añadir que el usuario reportó un intento de cinco días sin consumo entre la primera y la segunda sesión.

### ***Discusión del caso.***

Este es otro caso que ejemplifica las dificultades inherentes a la práctica de intervención y tratamiento para el consumo de sustancias adictivas. A lo largo de la duración del Programa de Maestría con residencia en Adicciones, fue posible atestiguar y trabajar de primera mano con casos en los que el principal interesado en el tratamiento era más el familiar (en este caso, la madre del usuario) que el usuario mismo. Esto suele dificultar el proceso, debido a que puede ser una tarea más tardada mover al usuario en la etapa de cambio, de acuerdo con el modelo de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2012). Asistir a un centro de tratamiento para complacer a un familiar, o, simplemente, para evitar mayores problemas con este, puede parecer contraproducente; sin embargo, también puede ser un punto de inicio valioso. Quizás, en muchas ocasiones los usuarios que acuden desde esta vía no logren permanecer o concluir un proceso inicial, pero saben que existe la posibilidad de que un especialista, fuera del núcleo familiar y de las relaciones sociales que conocen, los ayude; esto puede, a su vez, brindarle al usuario una sensación de apoyo y, al mismo tiempo, puede permitirles expandir sus redes sociales y encontrar habilidades de resolución de problemas más adaptativas. Así, es importante que los terapeutas dominen el modelo de la entrevista motivacional y puedan identificar la etapa de cambio en que se encuentra el usuario, de manera sensible y sin juzgar cualquiera que sea la

problemática referida por los usuarios de sustancias. Así, a partir de un primer contacto que no resulte aversivo, es posible que los usuarios regresen en otro momento, motivados quizás por factores intrínsecos que, de no haber tenido ese primer acercamiento, podrían no ser suficientes para buscar apoyo profesional.

## 5. Reporte de caso único

El capítulo anterior describe de manera breve algunos de los programas que se impartieron, aprendieron e implementaron como parte del programa de Maestría en Psicología con residencia en Adicciones. A continuación, se explica de manera detallada el *Programa de Satisfactores Cotidianos*, foco central del presente reporte de caso de experiencia profesional. El programa de satisfactores cotidianos es una adaptación del *Community Reinforcement Approach*, desarrollado por Azrin y Azrin (1970). Está dirigido a usuarios con niveles de dependencia moderada y severa a cualquier tipo de sustancia que impida o dificulte un adecuado funcionamiento en la vida cotidiana. Consiste en una serie de 12 módulos o componentes que se enfocan en diversos aspectos de dicho funcionamiento.

Desde el enfoque que plantea el programa, es necesario identificar, a partir del análisis funcional, situaciones y contextos disparadores, patrones de consumo, y consecuencias inmediatas y mediatas del mismo. En función de este análisis es posible plantear conductas alternativas al consumo que puedan encontrar consecuencias a mediano y largo plazo que resulten gratificantes para el usuario y le permitan llevar un estilo de vida en abstinencia. Con base en una entrevista y evaluación iniciales, es necesario detectar qué áreas de la vida del usuario se han visto más afectadas por el consumo de sustancias y cuáles son sus principales fortalezas y apoyos sociales para comenzar una vida en abstinencia.

Cada uno de los componentes del programa se enfoca en un ámbito específico, por lo que el programa tiene flexibilidad con respecto a qué componentes pueden trabajarse y en qué orden deben ser implementados. El usuario así recibe un tratamiento ajustado a sus necesidades particulares que le permite desarrollar habilidades y autoeficacia para lograr la meta de dejar de consumir sustancias adictivas.

La Tabla 43 muestra un resumen de los componentes del PSC, junto con una descripción breve de cada uno, así como las técnicas terapéuticas que se practican en cada componente. También se señala el número aproximado de sesiones en que se implementan y los instrumentos correspondientes.

Tabla 43

*Descripción, duración aproximada e instrumentación técnica de los componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Técnicas</b>
<i>Admisión (1 sesión)</i>	Determinar si el usuario es candidato al programa y/o requiere atención psiquiátrica, a través de la aplicación de instrumentos de tamizaje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista conductual</li> <li>• Escala de dependencia al alcohol</li> <li>• Cuestionario de abuso de drogas</li> <li>• Inventario de ansiedad y depresión de Beck</li> <li>• Carta compromiso</li> <li>• Autorregistro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Modelamiento</li> </ul>
<i>Evaluación (2 sesiones)</i>	Contar con datos que permitan conocer el patrón de consumo, así como el nivel de satisfacción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• LIBARE</li> <li>• Inventario de Situaciones de consumo de Drogas</li> <li>• Inventario de Situaciones de consumo de Alcohol</li> <li>• Cuestionario Breve de Confianza Situacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Satisfacción General</li> </ul>	
<i>Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo (2 sesiones)</i>	Conocer qué dispara el consumo de sustancias y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas incompatibles; también analizar conductas no relacionadas con el consumo y destacar sus beneficios para motivar al usuario a establecer, mantener e incrementar la frecuencia de dichas conductas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Material didáctico</li> <li>• Formatos de análisis funcional (consumo y no consumo)</li> <li>• Formato de planes de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> </ul>
<i>Muestra de abstinencia (1 sesión)</i>	Establecer un compromiso de abstinencia, por escrito, con el usuario como meta terapéutica, preferentemente por 90 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Formato de planes de acción</li> <li>• Carta compromiso</li> <li>• Reporte de evaluación inicial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> </ul>
<i>Rehusarse al consumo (1 sesión)</i>	Que el usuario identifique situaciones de riesgo de consumo (externas e internas) con la finalidad de enfrentarlas en su vida cotidiana eficazmente mediante el aprendizaje y la utilización de las habilidades para rehusarse al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• ISCA</li> <li>• ISCD</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Menú de cambio de ideas de consumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Habilidades de comunicación (1 sesión)</i>	Que el usuario mejore la forma de interactuar con las personas con las que convive para obtener una mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y que esto propicie un ambiente más favorable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Análisis funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>

<i>Solución de problemas (1 sesión)</i>	Que el usuario identifique y adquiera habilidades de enfrentamiento efectivas ante situaciones difíciles en su ambiente y su vida cotidiana, con la finalidad de solucionarlas, adaptarse a su ambiente, disminuir tensión y, consecuentemente, mantenerse la abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Lluvia de ideas</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Consejo marital (3 sesiones)</i>	Que los cónyuges (en caso de que el usuario tenga pareja) incrementen su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que les permitan mejorar su comunicación, intercambiar gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Folleto de control de enojo y celos</li> <li>• Folleto de habilidades de comunicación</li> <li>• Formato de planes de acción</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Registro diario de reconocimiento mutuo</li> <li>• Escalas de satisfacción marital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Control de emociones: Ansiedad (1 sesión)</i>	Que el usuario aprenda a identificar emociones desagradables como enojo, tristeza, ansiedad o celos, con la finalidad de adquirir las estrategias necesarias para controlar su intensidad y duración y, así, favorecer el mantenimiento de su abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Análisis funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> </ul>
<i>Control de emociones: Tristeza (1 sesión)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didáctico del componente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>
<i>Control de emociones: Enojo (1 sesión)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú de cambio de ideas asociadas a la emoción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Control de emociones: Celos</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de ejercicios de control de la</li> </ul>	

<i>(1 sesión)</i>		emoción correspondiente	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de planes de acción</li> </ul>	
<i>Metas de vida cotidiana (1 sesión)</i>	Que el usuario adquiera habilidades para clarificar y establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Formato de metas de vida cotidiana</li> <li>• Lectura: los 12 hilos de oro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Habilidades sociales y recreativas (1 sesión, con la opción de asistir semanalmente al Club Social)</i>	Que el usuario integre en su repertorio conductas que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Formato de registro de habilidades sociales y recreativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
<i>Búsqueda y mantenimiento de empleo (2 sesiones)</i>	Que los usuarios adquieran conductas eficaces para conseguir y conservar un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Formato de identificación de puesto</li> <li>• Registro de competencias ocupacionales</li> <li>• Solicitud(es) de empleo</li> <li>• Formato de lineamientos del CV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>



---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de búsquedas</li> <li>• Lista de apoyos interpersonales</li> <li>• Agenda de citas</li> </ul>	
<i>Prevención de recaídas (1 sesión y 3 seguimientos)</i>	Que el usuario aprenda a prevenir el consumo de alcohol o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles que puedan presentarse en su vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Formato de análisis funcional de las conductas de consumo y no consumo</li> <li>• Material didáctico del componente</li> <li>• Formato de secuencia de eventos de consumo</li> <li>• Formato y registro de planes de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Modelamiento</li> <li>• Ensayo conductual</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Análisis funcional</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> <li>• Cierre terapéutico</li> </ul>

---

A continuación, se presenta un caso representativo del tratamiento a través del Programa de Satisfactores Cotidianos con una usuaria con policonsumo de sustancias y nivel de dependencia severo.

### **5.1. Resumen de caso.**

En este reporte, se presenta el caso de una usuaria de sexo femenino de 24 años de edad que acude al centro por problemas de policonsumo frecuente de sustancias adictivas. Durante la sesión inicial, la usuaria reporta sentirse triste y desesperada por la situación que vive, también menciona tener mucho interés en conseguir la abstinencia, pese a que lo considera difícil, específicamente con el consumo de alcohol. La usuaria reporta consumo de alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas, metanfetaminas, LSD, hongos alucinógenos y benzodiazepinas.

## 5.2. Resultados de la evaluación inicial.

Los resultados de la evaluación inicial se presentan en las Tablas 44 a la 49 y en las Figuras 29 a la 34.

Tabla 44

*Nivel de atención de acuerdo con el patrón de consumo reportado por la usuaria en la evaluación inicial*

<b>Sustancia</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Intervención</b>
<i>Marihuana</i>	34	Tratamiento breve
<i>Alcohol</i>	33	Tratamiento breve
<i>Tabaco</i>	22	Tratamiento breve
<i>Estimulantes</i>	21	Tratamiento breve
<i>Alucinógenos</i>	21	Tratamiento breve
<i>Tranquilizantes</i>	17	Tratamiento breve

Tabla 44

*Niveles de dependencia reportados por la usuaria en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Dependencia</b>
<i>Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)</i>	19	Zona III
<i>Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)</i>	27/47	Media
<i>Escala de Dependencia a la Nicotina (Fageström)</i>	3	Baja
<i>Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)</i>	12	Sustancial

Tabla 45

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por la usuaria en la evaluación inicial*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	33/63	Severa
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	46/63	Severa

Tabla 46

*Puntajes asociados con la etapa de cambio reportados por la usuaria en la evaluación inicial*

<b>Etapa</b>	<b>Puntaje</b>
<i>Precontemplación</i>	3
<i>Contemplación</i>	7
<i>Determinación</i>	<b>10</b>
<i>Acción</i>	8
<i>Mantenimiento</i>	0

Tabla 47

*Indicadores de consumo a partir de la prueba biológica de orina de la usuaria en la evaluación inicial*

<b>Prueba</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Indicador</b>
<i>Orina</i>	Anfetamina	Positivo
	Benzo	Positivo
	Cocaína	Negativo
	THC	Positivo

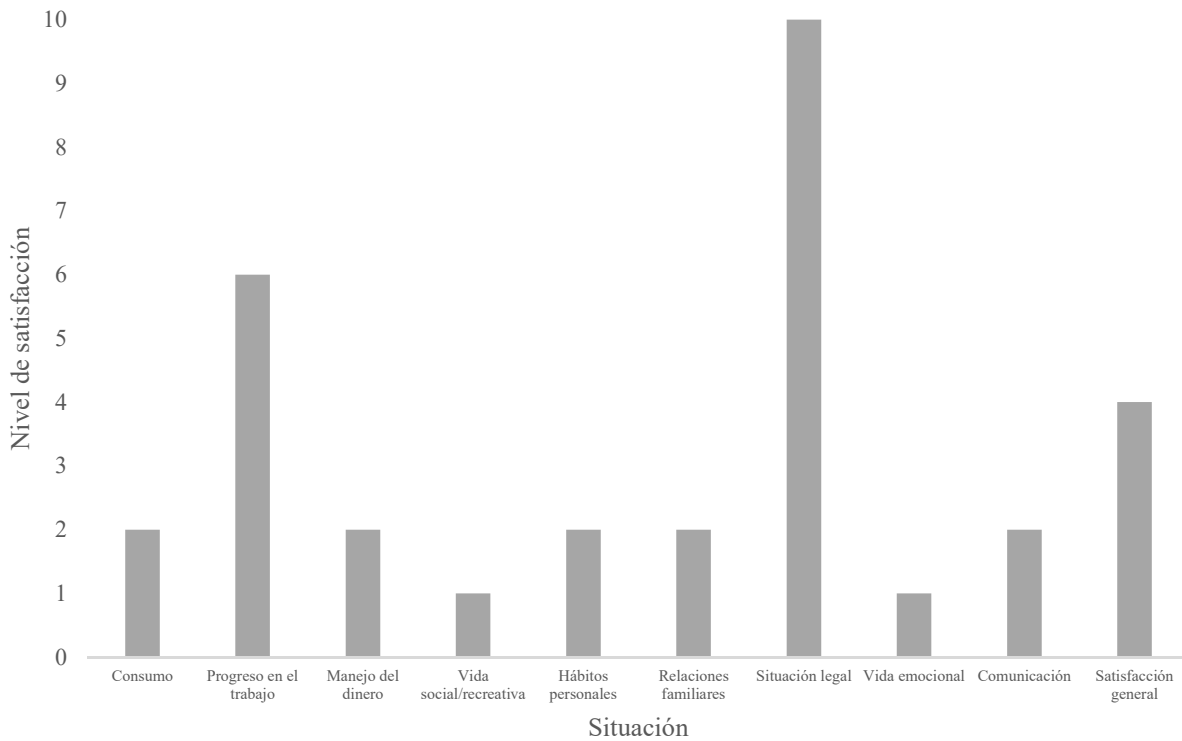


Figura 29. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por la usuaria.

Tabla 48

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los últimos 202 días previos al inicio de la intervención

<b>Patrones (Período de registro: 202 días)</b>	<b>Alcohol (tragos)</b>	<b>Anfetamina (pastillas)</b>	<b>Hongos (unidades)</b>	<b>Mariguana (pipazos)</b>
<i>Unidades totales de consumo</i>	583	49	2	10
<i>Promedio por ocasión de consumo</i>	5.4	1.06	1	1.1
<i>Promedio semanal</i>	20.2	1.67	0.07	0.34
<i>Días de consumo</i>	108	46	2	9
<i>Días de abstinencia</i>	94	156	200	193
<i>Porcentaje de días de consumo</i>	53%	23%	1%	4%

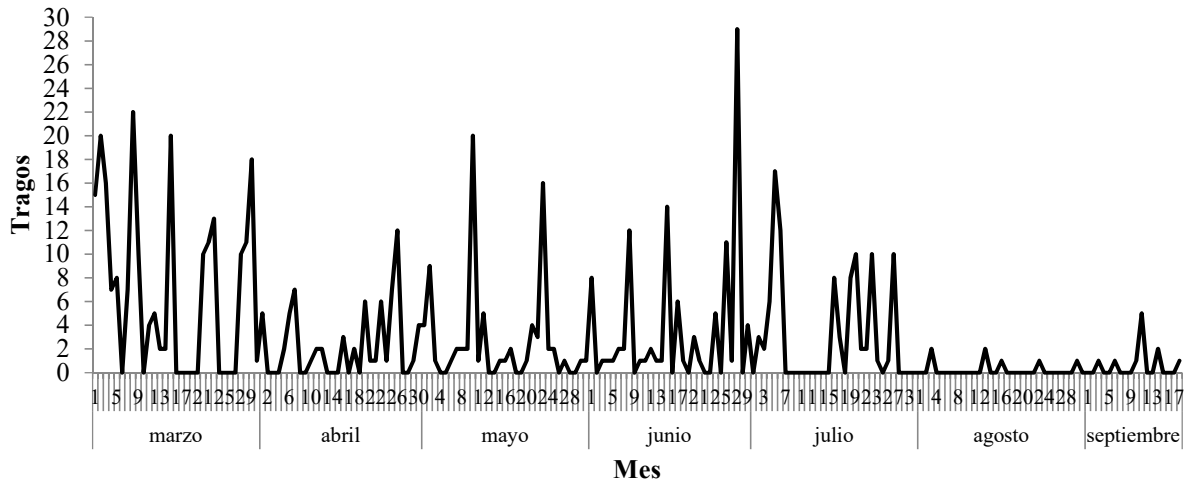


Figura 30. Patrón de consumo de alcohol (en tragos estándar) durante los siete meses anteriores a la evaluación inicial de la usuaria.

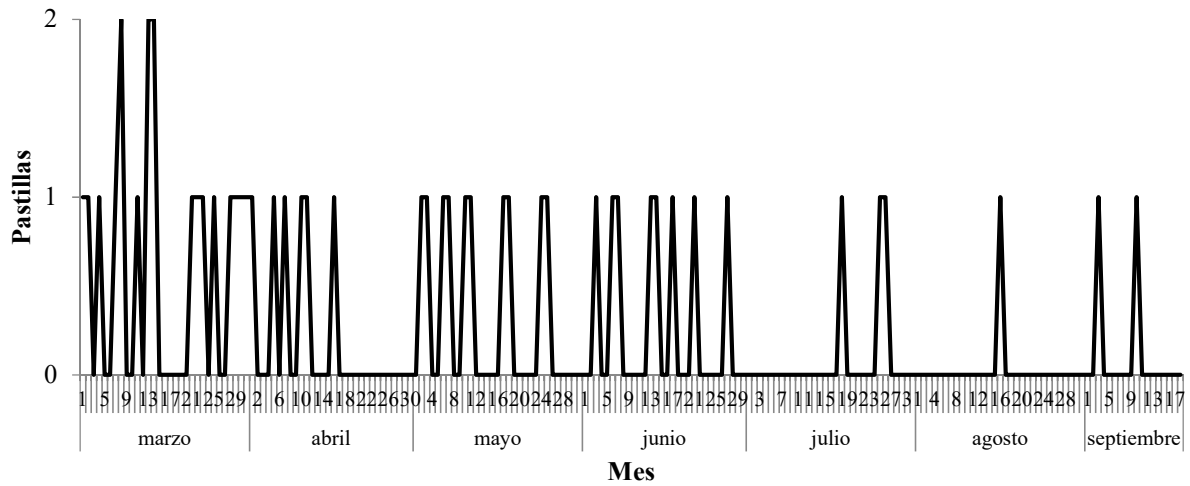


Figura 31. Patrón de consumo de anfetaminas (en pastillas) durante los siete meses anteriores a la evaluación inicial de la usuaria.

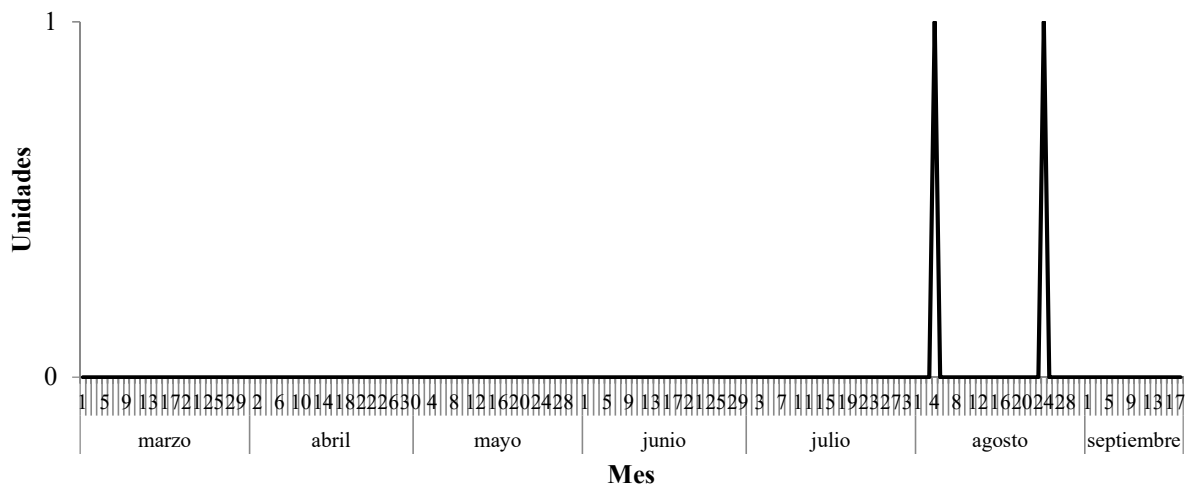


Figura 32. Patrón de consumo de hongos alucinógenos (en unidades) durante los siete meses anteriores a la evaluación inicial de la usuaria.

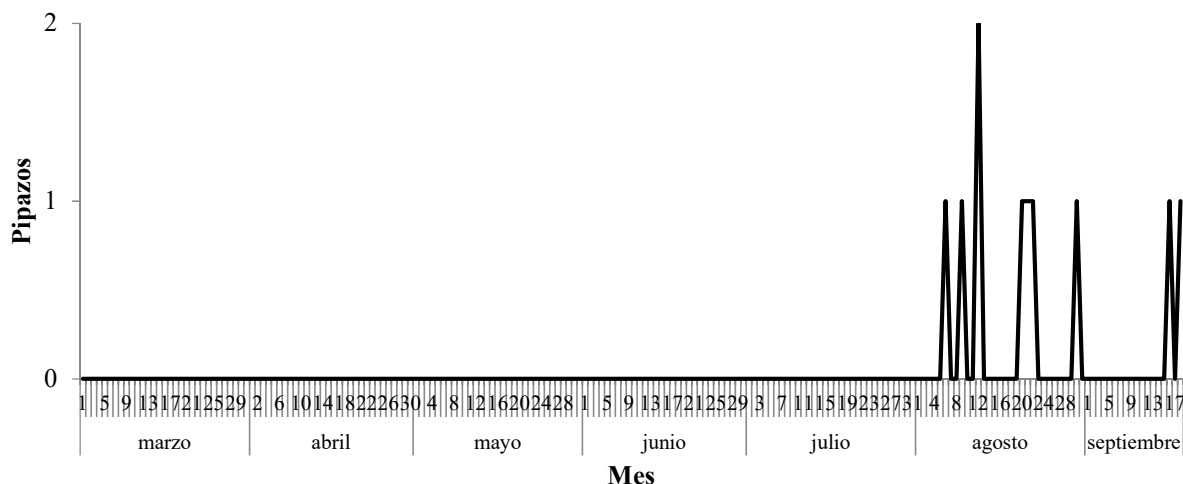


Figura 33. Patrón de consumo de marihuana (en inhalaciones de humo o “pipazos”) durante los siete meses anteriores a la evaluación inicial de la usuaria.

Tabla 49

*Situaciones de mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol, y niveles de menor confianza de abstinencia en el consumo.*

<b>Situaciones de riesgo principales (drogas)</b>	<b>Situaciones de riesgo principales (alcohol)</b>	<b>Situaciones de menor confianza</b>
Momentos agradables con otros (100%)	Emociones desagradables (92%)	Presión social (30%)
Necesidad de consumo (89%)	Emociones agradables (90%)	Emociones agradables (40%)
Presión social (87%)	Momentos agradables con otros (87%)	Necesidad de consumo (40%)
Emociones desagradables (87%)	Necesidad de consumo (83%)	Conflicto con otros (40%)
Probando autocontrol (87%)	Presión social (83%)	

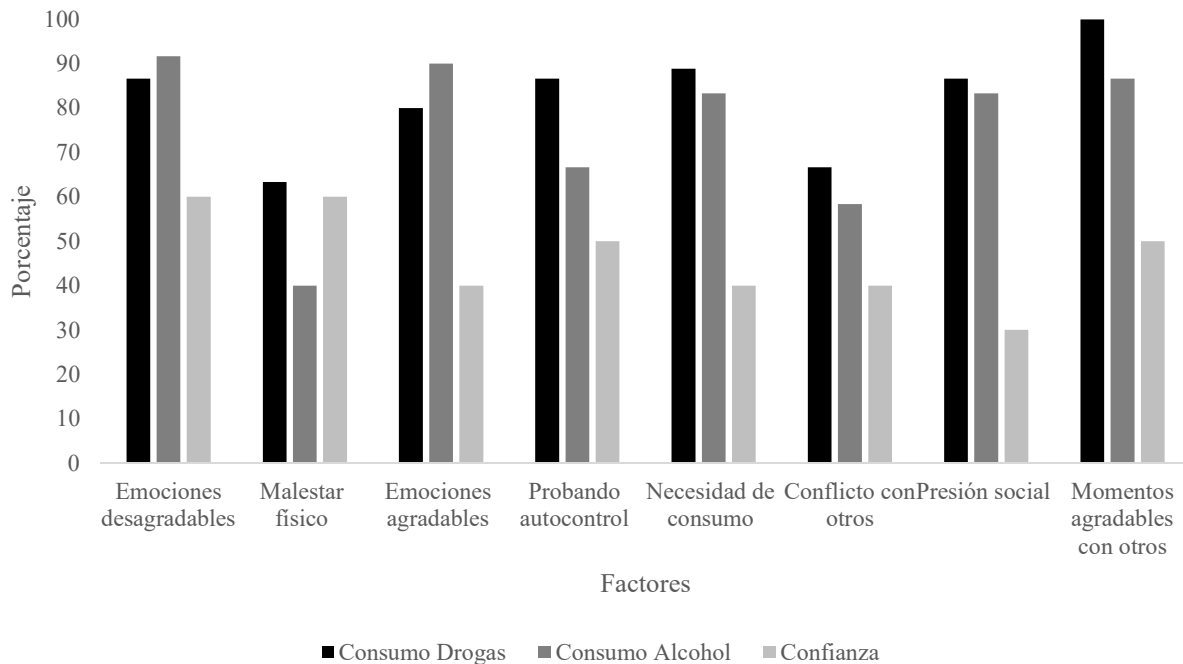


Figura 34. Porcentajes de probabilidad de consumo de sustancias y de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones.

Dadas las características del caso, la usuaria fue canalizada para recibir una valoración y tratamiento psiquiátricos concurrentes al programa de intervención psicológica. Tras la valoración, la psiquiatra diagnosticó trastorno de ansiedad con agorafobia, y le recetó Sertralina (25 mg) una vez al día. A lo largo de todo el proceso, la usuaria reportó tomar el medicamento en apego al esquema establecido por la especialista.

### 5.3. Resumen del tratamiento.

Se llevó a cabo un total de dieciséis sesiones; una para la admisión, una para la evaluación inicial, once para la aplicación del programa de intervención y dos sesiones más de seguimiento.

En la primera sesión, correspondiente a la admisión, se le dio la bienvenida a la usuaria, quien previamente se había contactado vía telefónica al CPAHAV. Con la finalidad de determinar si la usuaria era candidata y si requería atención psiquiátrica concomitante, se recolectaron diversos datos relacionados con antecedentes sociodemográficos, familiares, de salud y emocionales, entre otros. La usuaria reportó como motivo de consulta que quería “...dejar de consumir alcohol y drogas porque ya no puedo controlarme y estoy muy desesperada” (SIC). La usuaria refirió consumir de manera frecuente alcohol, tabaco y marihuana, y, de manera esporádica, anfetaminas, metanfetaminas, LSD, hongos alucinógenos, y benzodiacepinas. Se aplicaron cuestionarios estructurados para conocer los patrones de consumo de las sustancias mencionadas, además de dos instrumentos para evaluar síntomas de depresión y ansiedad. Por último, antes de finalizar la sesión, la usuaria leyó y firmó un consentimiento informado para proceder a una prueba biológica de orina, que resultó positiva para el metabolito de THC.

En la segunda sesión, correspondiente a la evaluación, la usuaria mencionó haber iniciado una reducción en sus patrones de consumo de marihuana y alcohol; reportó consumo de dos latas de cerveza y dos cigarrillos de marihuana la semana anterior. La usuaria entregó su LIBARE y se revisó su auto-registro de consumo de la semana anterior; también se aplicaron los instrumentos ISCD, ISCA, CBCS, ESG, CAD 20, EDA y los inventarios de Beck de ansiedad y depresión. LA usuaria se mostró atenta y motivada para continuar con el proceso de intervención y mencionó que seguiría disminuyendo su consumo (para esta sesión aún no se había firmado la muestra de abstinencia).

En la tercera sesión, correspondiente al Análisis funcional de la conducta de consumo, la usuaria llegó 15 minutos tarde. Refirió dificultades interpersonales en casa, además de no tener



los avances académicos que ella desearía. Se llevó a cabo un balance decisional para evaluar las ventajas y desventajas de seguir consumiendo y de dejar de hacerlo. Posteriormente, se procedió a identificar, mediante el análisis funcional, antecedentes, precipitadores y consecuencias a corto y largo plazo de sus patrones de consumo actual. Tras el balance decisional y el análisis funcional, la usuaria mencionó que su meta en la intervención era la abstinencia.

En la cuarta sesión, correspondiente al Análisis funcional de la conducta de no consumo, la usuaria llegó una hora tarde a la sesión, aludiendo dificultades con el medio de transporte. Cuando se indagó más acerca del motivo del retraso (pues la sesión anterior también había llegado tarde), la usuaria mencionó que le costaba trabajo salir a la calle, debido a que tenía que interactuar y estar en contacto con mucha gente, lo cual le generaba ansiedad. La usuaria reportó un progreso en su reducción en el consumo de alcohol y mariguana, por lo que menciona sentirse más tranquila y motivada para lograr la meta de abstinencia; además, refiere haber avanzado en sus responsabilidades académicas al haber comenzado su servicio social. Durante la semana anterior, la usuaria tuvo una interconsulta psiquiátrica en el centro, y menciona que el medicamento le ha dado estabilidad para poder desenvolverse mejor en situaciones difíciles como salir a la calle, reducir el consumo de sustancias, relacionarse con sus familiares y trabajar en cuestiones académicas. En la sesión, se trabajó el componente de análisis funcional de la conducta de no consumo; en éste, identifica posibles planes de acción para alcanzar la abstinencia, así como consecuencias positivas que ha podido constatar al reducir su consumo y que podrían incrementar aún más durante el proceso de intervención. La usuaria menciona sentirse preparada para firmar la muestra de abstinencia la siguiente sesión.

En la quinta sesión, correspondiente a la muestra de abstinencia, la usuaria llegó a tiempo a sesión. Refirió sentirse satisfecha por haber conseguido no consumir en toda la semana, y firmó

la muestra por un lapso de 90 días, identificando situaciones de riesgo y planes de acción, a partir de todos los autorregistros y análisis funcionales de las sesiones anteriores. Al finalizar la sesión, la usuaria reiteró la importancia de continuar con su abstinencia para poder seguir avanzando en áreas importantes de su vida como la escuela, el servicio social, su relación de pareja y sus relaciones familiares.

Durante la sexta sesión, correspondiente al control de la ansiedad, la usuaria refirió haberse sentido triste a lo largo de la semana anterior, probablemente como efecto del cese en el consumo de sustancias. Dentro de los motivos expresados por la usuaria, destacaron recuerdos relacionados con una expareja que falleció hace algunos años y con su madre, quien también falleció el día de su nacimiento. La usuaria muestra interés por los ejercicios de relajación que se presentan y se ponen en práctica durante la misma sesión. La usuaria presenta también su tarea de auto-registro diario. Al llevar a cabo el análisis funcional de la ansiedad, la usuaria identifica como principales precipitadores de esta emoción el contacto con personas desconocidas, el salir a la calle y los lugares demasiado llenos de gente. Se elaboran planes de acción para poder controlar la ansiedad en estas situaciones específicas y se agenda cita para la siguiente sesión haciendo hincapié en la importancia de la abstinencia y felicitándola por seguir firme en el camino hacia esta meta.

Para la séptima sesión, correspondiente al control del enojo, la usuaria llegó 15 minutos tarde. Al indagarse sobre el motivo del retraso, la usuaria mencionó problemas con el transporte público, además de sentimientos de tristeza y falta de motivación, pese a seguir en abstinencia. La usuaria dijo que no se había sentido como antes en sus actividades de servicio social, pues algunas de estas actividades le parecían tediosas o monótonas; algunas otras actividades, dijo, como la redacción de documentos y la lectura de informes, sí las estaba disfrutando. A partir de

lo discutido, fue importante hace énfasis en que quizá no todas las actividades de un trabajo, servicio social, o programa académico serían igual de satisfactorias; identificar el dominio e importancia global, incluso de las actividades menos agradables, pudo ser de utilidad para que la usuaria mantuviera la motivación en terminar su servicio social.

La usuaria mencionó que había puesto en práctica las técnicas de control de ansiedad practicadas en la sesión anterior. En esta sesión, se trabajó el componente de control del enojo; para esto, se revisó primero la información relacionada con las características y utilidad de esta emoción, así como los momentos en que puede volverse problemática; posteriormente, se pusieron en práctica las estrategias de tiempo fuera, distracción del pensamiento y realización otras actividades. La usuaria comentó que la estrategia que le parecía más adecuada para las situaciones en las que más solía perder el control con esta emoción (en casa, con su padre y su hermano) era la de tiempo fuera, por lo que elaboró planes de acción concretos para comenzar a controlar el enojo en su vida cotidiana. Al finalizar la sesión, en atención a las dificultades emocionales que la usuaria reportaba estar transitando, se asignó la tarea de identificar cosas positivas diariamente y anotarlas (diario de logros), buscar otras actividades agradables para hacer en sus tiempos libres e interactuar positivamente con su padre en actividades en casa.

En la octava sesión, la usuaria llegó 15 minutos tarde, nuevamente aludiendo problemas con el transporte y con la dificultad que tiene para salir a la calle. Mencionó seguir poniendo en práctica las técnicas de relajación, aunque ciertas situaciones (como salir a la calle o estar en lugares donde hay mucha gente) le costaban más trabajo que en otras. La usuaria presentó el registro de no consumo y de las tareas asignadas la sesión anterior. Comentó que un cambio en sus actividades del servicio social le permitió sentirse más satisfecha y motivada. Mencionó

también haber asistido a una reunión con amigos el viernes anterior, por primera vez en lo que va del proceso de intervención, y que consiguió permanecer ahí por 40 minutos sin consumir.

En la sesión, se trabajó el componente de rehusarse al consumo, identificando situaciones de riesgo sociales y estrategias específicas: disco rayado, dar excusas, cambiar el tema, proponer otras actividades, negarse asertivamente y alejarse e interrumpir interacción. En la sesión, se realizaron ensayos conductuales con situaciones de riesgo potenciales; la usuaria mencionó que las habilidades que mejor podrían funcionarle en las fiestas (situación de presión social más común para ella) eran las de dar excusas y proponer otras actividades.

Para la novena sesión, la usuaria volvió a llegar tarde; en esta ocasión, 30 minutos. Se indagó sobre los motivos de los retrasos, frecuentes a lo largo del proceso de intervención. Esta vez, la usuaria mencionó que no se sentía muy motivada para asistir, pues la semana anterior tuvo un consumo de alcohol y eso la desmotivó para continuar con el tratamiento. Se le felicitó por haber asistido pese a la dificultad referida y se retomó el análisis funcional de la conducta de consumo y de no consumo, haciendo énfasis en los planes de acción y en las posibles fallas y alternativas para estos planes. En la sesión, se trabajó el componente de solución de problemas y se enlazó con la reincidencia de la semana anterior, conceptualizándola como un problema que tenía solución, no como un fracaso en el proceso de cambio. Al finalizar la sesión, la usuaria identificó una nueva forma de enfrentarse a sus problemas personales y familiares, y refirió sentirse contenta por haber asistido y motivada para retomar la meta de abstinencia.

En la décima sesión, correspondiente al manejo de la tristeza, la usuaria llegó a tiempo y reportó tener un buen estado anímico. La usuaria también refirió no haber consumido a lo largo de la semana y mostró su autorregistro de no consumo. Pese a reportar un rompimiento en su relación de pareja, la usuaria comentó sentirse bien, enfocando su atención en su progreso

académico y en sus relaciones familiares. En la sesión se revisaron las estrategias de los componentes cambio de pensamiento, realizar actividades agradables y búsqueda de lo positivo. Posteriormente, mediante ensayos conductuales, se pusieron en práctica las estrategias; la usuaria reportó que la estrategia que mejor se ajustaba en las situaciones que suelen hacerla sentir triste era la de realizar actividades agradables.

Durante la décimo primera sesión, correspondiente a habilidades de comunicación, la usuaria llegó a tiempo y refirió continuar cumpliendo con su meta de abstinencia. Reportó estar tranquila, pese a haber estado sujeta a mucha presión en su servicio social. La usuaria también mencionó que había tenido ganas de beber, pero logró mantener su abstinencia ocupándose en otras actividades y utilizando técnicas de relajación. En la sesión, se trabajó el componente de habilidades de comunicación: iniciar conversación, saber escuchar, expresar emociones, compartir, dar y recibir retroalimentación, y reconocer lo positivo. En la primera parte de la sesión, se brindó psicoeducación con respecto a estas habilidades; posteriormente, mediante ensayos conductuales, se pusieron en práctica y, finalmente, se elaboraron planes de acción identificando situaciones y personas con las que pudiera practicar lo trabajado. La usuaria mencionó que podía llevar a cabo estas habilidades con su papá y con su hermano, por lo que se le asignó la tarea de registrar dicha práctica.

Para la décimo segunda sesión, correspondiente a metas de vida cotidiana, la usuaria volvió a llegar 30 minutos tarde, argumentando no haberse percatado de la hora. Mencionó haber consumido alcohol y marihuana la semana anterior, por lo que se propuso una segunda muestra de abstinencia de 90 días. La usuaria la firmó, mencionando estar motivada y mejor preparada para lograr la meta, con base en la experiencia obtenida hasta el momento.

La usuaria reportó que sus relaciones en casa estaban mejorando y que había puesto en práctica las habilidades de comunicación trabajadas en la sesión anterior; también mencionó que notaba una mejor relación con sus compañeros del servicio social y que le gustaría encontrar trabajo. Con respecto a su vida social y recreativa, mencionó sentirse estancada, quizás como efecto del cambio en su estilo de vida en relación con el consumo de sustancias; habló de su interés en ampliar sus redes sociales de apoyo y en la realización de otro tipo de actividades recreativas que no estuvieran relacionadas con el consumo. En la sesión, se retomaron todos los aspectos importantes para la usuaria y se trabajaron mediante el componente de metas de vida cotidiana. La usuaria estableció planes de acción específicos para buscar empleo en un salón de belleza, terminar su tesis de licenciatura y enrolarse en alguna actividad relacionada con el aprendizaje de habilidades prácticas para el trabajo, como cortar el cabello, hacer manicure o algo relacionado. Al finalizar la sesión, la usuaria mencionó sentirse muy motivada por estar próxima a terminar el proceso de intervención y por alcanzar la meta de abstinencia, pese a los tropiezos.

En la décimo tercera sesión, correspondiente a la segunda sesión de habilidades de comunicación, se retomaron las metas de vida cotidiana y la usuaria reportó sentirse satisfecha con lo logrado hasta el momento en cuanto a sus relaciones interpersonales. Mencionó haber puesto en práctica lo trabajado la sesión anterior con buenos resultados. La usuaria también reportó muy pocos deseos de consumo a lo largo de la semana y dijo que se sentía preparada para volver a asistir a reuniones con amigos sin consumir. En cuanto al seguimiento de las metas, la usuaria dijo haber conseguido el trabajo que buscaba en el salón de belleza y estar aprendiendo cosas que le parecían interesantes y divertidas.

En la décimo cuarta sesión, correspondiente a la prevención de recaídas, la usuaria llegó 30 minutos tarde y mencionó haber vuelto a consumir en la reunión a la que asistió la semana anterior, por lo que, dijo, se sentía nuevamente desmotivada. Se trabajó el componente de prevención de recaídas y se retomaron todos los autorregistros de consumo y no consumo, así como los análisis funcionales y planes de acción trabajados hasta ese momento. Se revisaron las conductas eficientes con las que la usuaria tuviera experiencia previa que podrían haberle ayudado para evitar la recaída. La usuaria identificó que, además de la presión social, el contexto en el que estaba (la reunión, los amigos y el acceso al alcohol) facilitó el consumo. Así, desde el análisis funcional, se retomaron los planes de acción de evitar contextos difíciles y se le propuso mantener más tiempo la abstinencia antes de volver a enfrentarse a estas situaciones, ocupando su tiempo libre en actividades previamente identificadas como importantes para su avance y bienestar.

Se hizo énfasis en todos los avances en las áreas familiar, académica, personal, laboral y social, y se retomaron las metas de vida, poniendo especial atención en la importancia de las abstinencias previas logradas y sus consecuencias positivas. La usuaria refirió que seguía siendo importante tener una vida sin consumo de sustancias y que estaba dispuesta a seguir trabajando para lograr este objetivo. En la sesión, se identificaron, nuevamente, situaciones de riesgo, precipitadores, patrones de consumo antes de la intervención, patrones actuales, y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de un estilo de vida con y sin consumo de sustancias. La usuaria mencionó sentirse agradecida por el trabajo realizado y satisfecha con los logros pese a los tropiezos en el camino, los cuales fueron encuadrados como parte natural del proceso de recuperación y abstinencia.

Para la décimo quinta sesión, correspondiente al cierre del proceso y a la evaluación final, la usuaria llegó a tiempo y se reportó de buen ánimo y motivada para finalizar el proceso de la intervención. Se hizo un repaso de todas las estrategias, habilidades y logros alcanzados durante los meses de trabajo conjunto.

La usuaria hizo énfasis en la importancia de mejorar sus relaciones interpersonales y de tener una vida recreativa más activa. Se hizo un cierre retomando las metas de vida cotidiana y revisando avances y puntos en los que aún era necesario trabajar. Al finalizar la sesión, se llevó a cabo una evaluación final con los instrumentos correspondientes y se cerró con la escala de satisfacción general. Se agendó la cita para el seguimiento y se agradeció el tiempo, disposición y esfuerzo para que el trabajo colaborativo pudiera lograrse exitosamente.

#### **5.4. Resultados de la intervención.**

Los resultados obtenidos al término de la intervención se muestran a continuación, resumidos en las Tablas 50 a la 52, junto con las Figuras 35 y 36.

Tabla 50

*Niveles de depresión y ansiedad reportados por la usuaria al inicio y al final de la intervención*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	
	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	33/63 (Severa)	9/63 (Mínima)
<i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	46/63 (Severa)	18/63 (Moderada)



Tabla 51

Indicadores de consumo en a partir de la prueba biológica de orina de la usuaria al inicio y al final de la intervención

Prueba	Sustancia	Resultado	
		Antes	Después
Orina	Anfetamina	Positivo	Negativo
	Benzo	Positivo	Negativo
	Cocaína	Negativo	Negativo
	THC	Positivo	Negativo

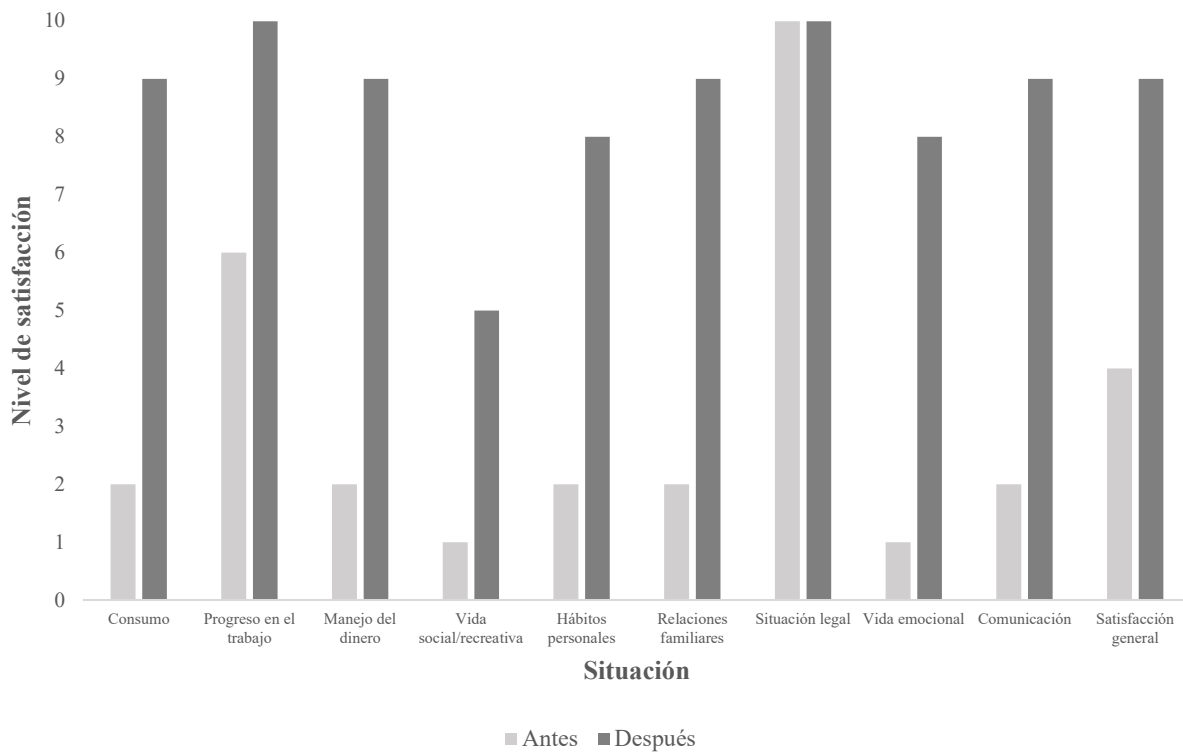


Figura 35. Niveles de satisfacción en nueve áreas de vida y nivel de satisfacción general reportado por la usuaria al inicio y al final de la intervención.

Tabla 52

Registro de consumo de sustancias antes y después de la intervención con la usuaria

Patrones (Período de registro: 202 días)	Alcohol (tragos)		Anfetamina (pastillas)		Hongos (unidades)		Mariguana (pipazos)	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
	<i>Unidades totales de consumo</i>	583	16	49	5	2	0	10
<i>Promedio por ocasión</i>	5.4	3.2	1.06	1.25	1	0	1.1	1.4
<i>Promedio semanal</i>	20.2	.71	1.67	.22	0.07	0	0.34	.57
<i>Días de consumo</i>	108	5	46	4	2	0	9	9
<i>Días de abstinencia</i>	94	152	156	153	200	157	193	148
<i>Porcentaje de días de consumo</i>	53%	3.2%	23%	2.5%	1%	0%	4.4%	5.7%

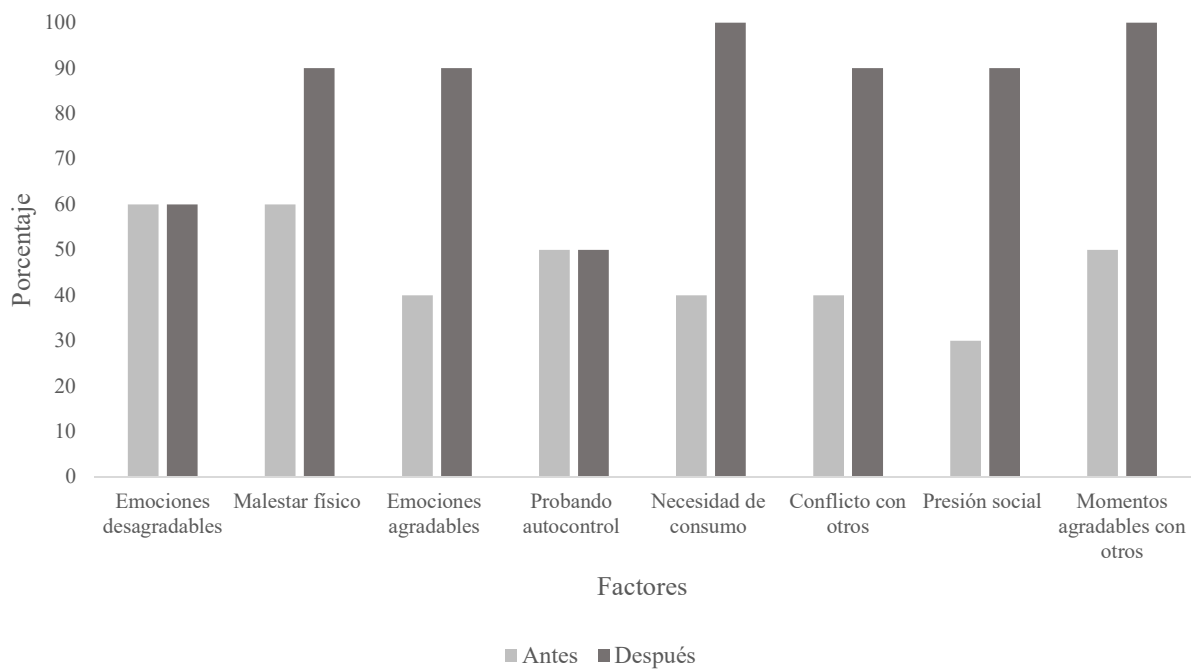


Figura 36. Porcentajes de confianza para mantener la abstinencia en diversas situaciones de consumo antes y después de la intervención.

### **5.5. Discusión del caso.**

El caso presentado constituye un ejemplo del tipo de trabajo más intensivo que se llevó a cabo durante de la experiencia como estudiante del programa de Maestría en Psicología con residencia en adicciones. Este caso representa también una intervención exitosa, flexible y relativamente prolongada para una usuaria con policonsumo de sustancias y niveles de dependencia sustancial. También es relevante la toma de decisiones puesta en práctica para identificar la necesidad de una atención psiquiátrica concomitante con el tratamiento psicológico y, por lo tanto, para implementar la referenciación correspondiente. Dicho apoyo adicional fue muy importante a lo largo del tratamiento, pues la usuaria refirió, al inicio del tratamiento, que tenía acceso a recetas médicas para comprar benzodiazepinas y que, en ocasiones, las utilizaba para relajarse, pese a que en los registros retrospectivos no reportó su consumo; la canalización psiquiátrica permitió que un especialista identificara y recetara un fármaco adecuado que, de acuerdo con la misma usuaria, facilitó su estabilidad emocional (a través de la regulación de los cambios frecuentes en su estado de ánimo, la ansiedad y la depresión) y, por tanto, su apego al tratamiento psicológico.

Es importante destacar que, durante el proceso completo de tratamiento, fue necesario llevar a cabo rescates telefónicos en tres ocasiones, todos ellos asociados con inasistencias relacionadas con reincidencias en el consumo. Una de las ventajas del Programa de Satisfactores Cotidianos, y del Programa de Maestría en general, es que el tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas se aborda desde un enfoque motivacional que hace énfasis en identificar las etapas de cambio y, en vez de forzar al usuario a comprometerse en acciones que pueden resultar aversivas o muy alejadas del momento en que se encuentran, permite trabajar con la “resistencia” sin la necesidad de juzgar o forzar al usuario en

sus metas de tratamiento. Esto fue de particular importancia en el caso presentado, pues, pese a que, de acuerdo con la evaluación inicial, la usuaria llegó al CPAHAV en una fase de “acción”, en las tres instancias de rescate mencionadas fueron necesario hacer uso de técnicas motivacionales para poder retomar el tratamiento tomando en consideración las necesidades específicas de la usuaria en el momento en que se encontraba. Vale la pena señalar que las fases de cambio descritas por Miller y Rollnick (2012) no son estados fijos, sino, más bien, procesos dinámicos cuyos indicadores conductuales se entretocan y requieren el desarrollo de habilidades terapéuticas que permitan trabajar flexiblemente en función de las necesidades específicas del usuario, de acuerdo con el momento que esté viviendo. Este enfoque permite, de manera simultánea, que el terapeuta identifique sus propias reacciones ante la posible frustración que, naturalmente, resulte de una reincidencia o recaída durante el proceso de tratamiento hacia la meta de reducción o abstinencia en el consumo.

El caso presentado permitió atestiguar que el proceso de cambio difícilmente es lineal, y que en todas las etapas es posible encontrar componentes de otras etapas; identificar y reconocer estos patrones de conducta facilita la práctica terapéutica y, sobre todo, la alianza entre usuario y proveedor de servicio, pues es una práctica basada en la empatía que ayuda al terapeuta a considerar realmente la posibilidad de cambio, y al usuario a encontrar en este hecho un factor motivacional clave para lograr el cambio deseado.

Con respecto a los resultados presentados, puede observarse que el proceso de tratamiento fue efectivo tanto en la reducción de los patrones de consumo como en otros indicadores clínicos relevantes. Pese a que la usuaria planteó como meta de tratamiento la abstinencia, dada la severidad de los patrones de consumo, la meta alcanzada es considerable; la usuaria logró reducir a menos del 4% su consumo de alcohol, anfetaminas y alucinógenos, con

un tiempo de abstinencia máximo de 30 días. Con respecto a la marihuana, pudo observarse un resultado interesante; al inicio del tratamiento, la usuaria tenía poco tiempo de haber iniciado el consumo, quizás como una estrategia alternativa a los intentos previos reportados por cesar el consumo de sustancias por completo. Durante el tratamiento, los periodos de abstinencia conseguidos fueron, normalmente, interrumpidos por consumos de marihuana que, posteriormente, precipitaban el consumo de otras sustancias. Es relevante señalar que, durante la admisión y la entrevista inicial, la usuaria obtuvo puntuaciones altas en las escalas relacionadas con las emociones desagradables y con la ansiedad en particular; esto fue corroborado por las interconsultas psiquiátricas, cuyos reportes mencionaron problemas clínicos de ansiedad y agorafobia. Algunas de las estrategias implementadas para atender esta dificultad, además del fármaco, fueron el análisis funcional de las situaciones que disparaban la ansiedad, la relajación mediante técnicas de respiración diafragmática, y el cambio de pensamientos (por ejemplo, “puedo permanecer tranquila si salgo a lugares abiertos y no necesito consumir”). Al tomar en consideración la historia de vida de la usuaria, sus patrones de consumo, las dificultades reportadas a lo largo del tratamiento y los periodos de abstinencia y precipitadores en las recaídas en el consumo, es posible que el incremento en el uso de marihuana estuviera asociado con una estrategia tanto de regulación de ansiedad como de abstinencia del resto de sustancias (Buckner et al., 2017). Si bien la regulación del consumo de sustancias mediante el uso de otra sustancia ilegal no es lo ideal, desde una perspectiva funcional, parece que el incremento en el consumo de marihuana tuvo como función regular emociones desagradables con la finalidad de poder (a) disminuir o abstenerse de consumir sustancias que interferían a largo plazo con las metas de vida de la usuaria, y (b) llevar a término un proceso de tratamiento que, pese a que se vio interrumpido en tres ocasiones y requirió protocolos de rescate para ser

retomado, pudo haber significado un parteaguas a mediano y largo plazo en la vida de la usuaria, pues tuvo una experiencia exitosa en la que estuvo expuesta a un nivel de malestar sin abandonar sus metas y se mostró tolerante en su propio proceso de cambio.

Es importante señalar que la usuaria, durante el proceso de tratamiento, consiguió logros que identificó como importantes para su vida personal, como mejorar sus relaciones familiares en casa, ocupar su tiempo libre en actividades productivas, encontrar un trabajo satisfactorio, terminar su servicio social y concluir su tesis de licenciatura.

La regulación emocional es uno de los objetivos que intentan cubrirse a través del trabajo en tres componentes del PSC. La usuaria identificó y refirió dificultades constantemente a lo largo del tratamiento, todas relacionadas con la ansiedad y la dificultad para permanecer en lugares muy concurridos. Como se mencionó en el párrafo anterior, el consumo de marihuana pudo haber mediado en la regulación emocional con una función adaptativa, pese a que también pudo haber afectado el proceso a mediano plazo. La referencia psiquiátrica simultánea y el uso de medicamentos especializados no difiere mucho en función con el uso de ciertas sustancias ilegales, y es importante notar estas clases funcionales de estímulos farmacológicos y sus correspondientes clases funcionales de respuesta: la regulación de las emociones desagradables (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010).

En el caso presentado, el consumo de sustancias parece haber tenido como origen una dificultad para adaptarse y la evitación de la experiencia de la ansiedad (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Una vez que la usuaria se notó capaz de identificar los precipitadores de su ansiedad, así como los comportamientos que normalmente le seguían (consumo de sustancias), fue posible establecer planes de acción funcionales que le permitieran acercarse al tipo de vida que quería, incluso en presencia de ciertas situaciones difíciles o incómodas.

## **6. Discusión general**

El presente documento muestra un reporte detallado de la experiencia profesional durante el programa de Maestría en Psicología con residencia en adicciones. Se presentó primero una introducción con el panorama general de las adicciones como un problema histórico de naturaleza política, económica y de salud. En la actualidad, este problema tiene repercusiones importantes a nivel internacional y nacional, por lo que diversos enfoques lo han abordado desde perspectivas particulares. El programa de Maestría en Psicología con residencia en adicciones tiene como base un enfoque de salud pública que enfatiza la importancia de la detección temprana del problema, así como su correcto diagnóstico y un tratamiento basado en evidencia.

Pese a la diversidad de enfoques de tratamiento, en el programa de Maestría en Psicología con residencia en adicciones se brinda un entrenamiento a los residentes dirigido a un recorrido que va de la teoría a la práctica, con la finalidad de poder contar con unas bases suficientemente sólidas para dar el mejor nivel de atención posible a los usuarios con problemas de uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

Los cinco casos presentados en la formulación de programas, junto con el reporte de caso único, representan ejemplos concretos del tipo de experiencia en el que este programa de Maestría involucra a los estudiantes. Las posibilidades laborales y profesionales de los egresados son amplias, por lo que el conocimiento, teórico y práctico, adquirido es fundamental para dar respuesta a una problemática dinámica y, desafortunadamente, en crecimiento.

La experiencia personal registrada en el presente documento pretende dar cuenta del aprendizaje adquirido a lo largo de los dos años de duración del programa, así como de las dificultades y retos más comunes a los que pueden enfrentarse sus estudiantes, y algunas de sus soluciones basadas en la evidencia y en la experiencia derivada de la práctica profesional misma.

Al observar los resultados generales de las intervenciones reportadas, puede notarse que, en la mayoría de los casos, hay una instancia de autoeficacia en la que los usuarios suelen puntuar bajo: *probando autocontrol*. Probablemente, se trate de la instancia en la que la mayoría de los usuarios con problema de consumo de sustancias psicoactivas más incurran en reincidencias o recaídas; de hecho, todos los usuarios cuyos procesos de tratamiento se presentan en este reporte, refieren que uno de los pensamientos precipitadores más comunes previos a volver a consumir, tras un periodo o intento de abstinencia, está relacionado con la idea de que será “solo un poco” o “solo una vez más”. Tiene sentido, desde esta perspectiva, que en una situación tan específica como el contexto de la sesión terapéutica, los usuarios identifiquen que *probar autocontrol* sea una de las instancias más difíciles para evitar el consumo. Sin embargo, es importante notar y desarrollar estrategias que permitan notar este tipo de pensamientos relacionados y no “obedecerlos”, al tener evidencia del autoengaño en el que pueden incurrir, pues, generalmente, desembocan en el consumo de sustancias.

Lo mismo puede ser cierto de las demás situaciones precipitadores de consumo, más específicas para cada usuario. En todos los programas de intervención que plantean como meta la abstinencia, se propone iniciar con una estrategia de evitación inicial de precipitadores (situaciones, personas o lugares) que, con el paso del tiempo, dé lugar a estrategias de enfrentamiento más adaptativas. Puede ser de gran utilidad clínica que durante las sesiones no sólo se hable de los precipitadores identificados mediante los cuestionarios específicos y los análisis funcionales (e.g. Psicoeducación, ensayos conductuales, etc.) sino que se evoquen ciertas experiencias internas relacionadas (e.g. emociones desagradables, pensamientos incómodos, etc.) con la finalidad de poder hacer ejercicios de exposición directa en un contexto que permita identificar antecedentes, precipitadores, impulsos y comportamientos alternativos al consumo,



como notar estas experiencias sin “obedecerlas” y seguir con el flujo normal de la sesión. La mayor parte del trabajo terapéutico en los programas de intervención trabajados durante el Programa de Maestría se centra en observar, describir, explicar y predecir el comportamiento relacionado con el consumo de sustancias; el trabajo de exposición, sin embargo, generalmente corre por cuenta del usuario en todas las situaciones cotidianas a las que se ve expuesto (voluntaria o involuntariamente) fuera de sesión. Tomando en cuenta que el objetivo central de las intervenciones es no solo observar, describir, explicar y predecir el comportamiento de consumo, sino poder influir sobre este, con la finalidad de que los usuarios desarrollen patrones de comportamiento incompatibles y más adaptados al tipo de vida que quieren vivir, y para el cual el consumo representa un obstáculo, los ejercicios y prácticas de exposición *in vivo* son fundamentales para lograr cambios deseados (ver Hayes, Strosahl, & Wilson, 2009).

Otro factor que juega un rol importante en los procedimientos de intervención reportados en el presente documento, y en el que se pone especial énfasis durante el entrenamiento en el Programa de Maestría tiene que ver con los “rescates” a los usuarios que, por algún motivo, se ausentan a las sesiones programadas o dejan de asistir a tratamiento. Como se mencionó la discusión de algunos de los casos reportados, uno de los problemas más comunes en el tratamiento de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas es el abandono terapéutico (Sayre et al., 2002).

En términos generales, el procedimiento de rescate puede resultar de gran apoyo para muchos de estos casos; sin embargo, es necesario decir que algunos usuarios refieren que puede ser intrusivo y que, si dejaron de asistir, fue por decisión personal. El procedimiento de rescate debe tomar en consideración explicitar (durante la sesión o por teléfono) los motivos por los cuales un usuario no asiste o llega tarde a su sesión, y retomar esta información desde el modelo

de la entrevista motivacional, con la finalidad de (1) entender y aceptar la frustración que puede sentir el terapeuta en el proceso y (2) responsabilizar al usuario e involucrarlo activamente en su proceso de cambio.

Finalmente, vale la pena notar que la mayoría de los programas de intervención con los que se trabajó en el Programa de Maestría (salvo el Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema) están basados en una meta ulterior de abstinencia como criterio de éxito. Incluso en el único programa cuya meta no se basa en la abstinencia, el criterio de éxito está ligado a la reducción en el consumo como meta final. Si bien es claro que los usuarios de sustancias adictivas que buscan apoyo, generalmente, tienen pensado que es necesario hacer cambios en su estilo de vida que los lleven a cesar el consumo, existen muchos otros factores y patrones conductuales que están interrelacionados con el consumo y que no sólo no deben desatenderse (todos los programas de intervención los toman en cuenta) sino que podrían ser también un foco central de tratamiento (Tatarsky, 2003). En muchos casos, el consumo de sustancias no es una “enfermedad”, sino un “síntoma” que puede disminuir o desaparecer si el foco central del tratamiento se dirige a identificar y atender el malestar cuya consecuencia es el consumo. El problema con las metas fijas o poco flexibles de tratamiento es bidireccional: pueden provocar frustración, cansancio o *burnout* lo mismo en los terapeutas que en los usuarios (Elman, & Dowd, 1997); un enfoque más flexible, en el que no exista un criterio único de éxito, sino un proceso dinámico de cambio en el que el consumo sea conceptualizado como una estrategia que cumple una función específica en la vida del usuario, y que podría cambiar en un lapso temporal que trascendiera a la duración del tratamiento, podría facilitar factores como la alianza terapéutica, evitar tasas de abandono tan elevadas y fortalecer gradualmente la autoeficacia del usuario para alcanzar distintas metas, no sólo la de abstinencia,

que podría llegar después en función del cambio en otros ámbitos de su comportamiento en los que desarrolle, primero, una noción más amplia de adaptación y control.

## Referencias

- Acosta, C. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿Enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? *Praxis: revista de psicología*, 1(20), 41-60.
- Adrian, M. (2015). What the history of drugs can teach us about the current cannabis legalization process: Unfinished business. *Substance use & misuse*, 50(8-9), 990-1004.
- Altman, J., Everitt, B., Robbins, T., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D. & Phillips, G. D. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125(4), 285-345.
- Anderson, P., & Anderson, P. (2006). Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and alcohol review*, 25(6), 489-502.
- Atif, M., Scahill, S., Azeem, M., & Sarwar, M. R. (2017). Drug utilization patterns in the global context: a systematic review. *Health +Policy and Technology*, 6(4), 457-470
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in molecular medicine*, 12(12), 559-566.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 107-136.

Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W., & Colpaert, K. (2010). 'The human prerogative': a critical analysis of evidence-based and other paradigms of care in substance abuse treatment. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 227-238.

Buckner, J. D., Walukevich, K. A., Zvolensky, M. J., & Gallagher, M. W. (2017). Emotion regulation and coping motives serially affect cannabis cessation problems among dually diagnosed outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 839.

Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355.

Consejo Nacional contra las Adicciones (2008) Encuesta Nacional de Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, México; Secretaría de Salud.

Elman, B. D., & Dowd, E. T. (1997). Correlates of burnout in inpatient substance abuse treatment therapists. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 17(2), 56-65.

Ezzati M, Lopez AD (2004) Smoking and oral tobacco use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO. pp. 959–1108.

Gárciga-Ortega, O. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 0-0.

González, F., García, M., & González, S. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2).

Guerra-Doce, E. (2015). Psychoactive Substances in Prehistoric Times: Examining the Archaeological Evidence. *Time and Mind*, 8(1), 91-112.

Gravelly S., Giovino G. A., Craig L., Commar A., D'Espaignet E. et al (2017) Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *Lancet Public Health*; 2: e166–74.

Hajar, R. (2016). Intoxicants in society. *Heart Views*, 17(1), 42.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

Hodge, D. (2011). Alcohol treatment and cognitive-behavioral therapy: Enhancing effectiveness by incorporating spirituality and religion. *Social work*, 56(1), 21-31.

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B. & Laudet, A. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment*, 26(3), 151-158.

Ibáñez, Á. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20 (2).

Ingelmo, J., Ramos, M., Méndez, J. A., & González, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Aperturas psicoanalíticas*, 1, 23.

Kosten, T. R., & Kleber, H. D. (1998). Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(4), 201-206.

Ledesma, A. C., & Centeno, R. M. (2017). Programa de intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes. *Revista REDES*, (36).

Mathers, C., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.

Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud mental*, 24(4), 3-19.

Medina-Mora, M., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carre o, S., & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 383-394.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.

Miller, W. R., Zweben, J., Johnson WR. (2005) Evidence-based treatment: Why, what, where, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment* 29:267–276

Miner, C. R., Rosenthal, R. N., Hellerstein, D. J., & Muenz, L. R. (1997). Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 706-712.

Nanni, R. (2014). Tratamiento de los trastornos adictivos. *Ciencia-Academia Mexicana de Ciencias*, 65(1), 78-89.

NIDA (2018). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion>, consultado en junio de 2019.

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J. & Ali, R. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.



Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental, 34*(4), 351-365.

Ross, R. (2018, November 28). What Are Amphetamines? Recuperado en enero del 2019 de <https://www.livescience.com/64180-amphetamines.html>

Ruck, C. A., Bigwood, J., Staples, D., Ott, J., & Wasson, R. G. (1979). Entheogens. *Journal of Psychedelic Drugs, 11*(1-2), 145-146.

Sánchez, J., Pérez, I., & Solano, J. (2009). Eficacia de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos tras dos años de seguimiento. En *Anales de Psiquiatría*. Arán Ediciones, SA.

Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood-altering substances. *Journal of psychoactive drugs, 42*(4), 477-484.

Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American journal of drug and alcohol abuse, 28*(1), 55-72.

Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy, 27*, 297–320.

Sullivan, R. J. & Hagen, E. H. (2002) Psychotropic substance-seeking: Evolutionary pathology or adaptation? *Addiction*, 97(4), 389–400.

Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 25(4), 249-256.

Timko, C., DeBenedetti, A., & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction*, 101(5), 678-688.

Valdivia, G. & Margozzini, M. (2016). Encuestas Nacionales de Salud: un ejemplo de instrumentos esenciales para contribuir al diseño de políticas de salud. *Persona y Sociedad*, 26(1), 147-174.

Vandam, L., Matias, J., McKetin, R., Meacham, M., & Griffiths, P. (2017) Illicit Drug Trends Globally. En *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 146-156).

Vetulani, J. (2001). Drug addiction. Part 1. Psychoactive substances in the past and presence. *Polish journal of pharmacology*, 53(3), 201-214.

Villa, R. S., & Hermida, J. F. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.

Volkow, N. & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.

Wadley, G. (2016). How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. *Brain Research Bulletin*, 126, 138-151.

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health.