



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNA APROXIMACIÓN DE LEY DE IGUALACIÓN EN EL TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICO EN ADICCIONES**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**SANDOVAL MUNGUÍA CÉSAR ALBERTO**

**DIRECTOR:**

**DR. GUSTAVO BACHÁ MÉNDEZ**  
Facultad de psicología, UNAM

**COMITÉ:**

**REVISOR: DR. RAÚL ÁVILA SANTIBÁÑEZ**  
Facultad de Psicología, UNAM  
**EXTERNO: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
Facultad de Psicología, UNAM  
**SUPLENTE 1: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES**  
Facultad de Psicología, UNAM  
**SUPLENTE 2: DR. CESAR CARRASCOSA VENEGAS**  
Facultad de Psicología, UNAM



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.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
1. Consumo de alcohol y Tabaco .....	3
1.1. <i>Epidemiología Mundial sobre consumo de alcohol</i> .....	3
1.2. <i>Epidemiología sobre el consumo de alcohol en México</i> .....	4
1.3. <i>Problemas relacionados con el consumo de alcohol</i> .....	5
1.4. <i>Consumo de tabaco Global y en México</i> .....	7
1.5. <i>Daños por consumo de tabaco</i> .....	8
1.6. <i>Estrategia mundial para el control del tabaco</i> .....	9
1.7. <i>Tratamiento y necesidades de atención</i> .....	10
1.8. <i>Tipos de intervenciones en México</i> .....	10
2. Conducta de Elección y Adicciones .....	13
2.1. <i>Investigación básica y su aplicación con los problemas socialmente relevantes</i> .....	13
2.2. <i>Modelo conductual de Ley de igualación y la conducta de consumo de sustancias</i> .....	16
2.3. <i>Ajuste de ley de igualación en humanos</i> .....	20
2.4. <i>Abstinencia como conducta sujeta a extinción</i> .....	21
2.5. <i>Limitaciones al probar ley de igualación en contextos naturales</i> .....	24
3. MÉTODO .....	26
3.1. <i>Planteamiento del problema</i> .....	26
3.1.1. <i>Objetivo</i> .....	27
3.2. <i>Participantes</i> .....	27
3.2.1. <i>Criterios de Inclusión</i> .....	28
3.2.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	29
3.2.3. <i>Criterios de eliminación</i> .....	29
3.4. <i>Diseño</i> .....	29
3.4.1. <i>Variable independiente</i> .....	30
3.4.2. <i>Variable dependiente</i> .....	30
3.5. <i>Instrumentos de evaluación</i> .....	31
3.6. <i>Procedimiento</i> .....	34
4. RESULTADOS .....	37
5. DISCUSIÓN .....	102
6. CONCLUSIÓN .....	115
REFERENCIAS .....	116

## **Agradecimientos**

A mi familia: Me han apoyado en todo momento y les agradezco las lecciones que hasta el día de hoy he recibido de ustedes, nunca dejaré de aprender de su parte.

A Javier y Fanny, de todo lo que implica la maestría, su amistad es de las cosas que más valoro, no sólo por las risas y los chistes sino por todo el aprendizaje, los conocimientos y las experiencias que pasamos juntos, estoy convencido de que no hubiera sido lo mismo sin ustedes. Javier, te agradezco por haberme ayudado con los usuarios, por orientarme, hacerme reflexionar y sobretodo estar al pendiente de todo lo que pasó en estos dos años. Incluso en momentos muy difíciles, he recibido mucho aprendizaje de tu parte, estoy muy contento por haber cursado contigo la maestría. A mi amiga Fanny, la maestría me dio la oportunidad de conocerte y hacer una gran amistad contigo, me has enseñado cosas más allá de lo académico, el apoyo mutuo, estar al pendiente de mí incluso cuando ya no estábamos tan cerca, el ir a correr, las comidas y las reuniones. Puedo asegurar que sin el apoyo de ustedes dos, no hubiera podido salir adelante en la actividad profesional, de todo corazón, muchas gracias.

A mis profesores la Dra. Lydia Barragán, Dr. Samuel Jurado y Dr. Gustavo Bachá. Me han ayudado bastante también, cada uno a su forma claro está, pero he recibido grandes lecciones, desde la parte teórica que bastante trabajo me ha costado comprender, hasta el manejo de emociones, asertividad, compromiso y salud mental que implica haberlos conocido, no lo olvidaré jamás.

A ti Karla: En general el tiempo que hemos estado juntos es de agradecer, el asentarlos aquí es solo una muestra del profundo sentimiento de respeto, amor y compromiso que representa estar a tu lado. Contigo he aprendido mucho más de lo que lo académico me ha permitido, he aprendido sobre mí, mis errores, mis áreas de oportunidad y mis habilidades. Hemos pasado por cosas que han cambiado radicalmente nuestra forma de vivir, de sentir y de visualizar las cosas, pero aun así seguimos siendo un gran equipo. Tú principalmente eres un pilar en mi vida, eres con quien decidí vivir y no me arrepiento de nada. Todos los logros no hubieran sido posible sin ti, sin tu apoyo, tus pláticas, consejos y ánimos. El camino ha sido difícil pero caminarlo a tu lado hace que todo valga la pena.

## **Dedicatoria**

*Para ti José, gran lección que cambió mi vida, esto es una ofrenda a modo de perdón y gratitud.*

*Nunca te olvidaré.*

## RESUMEN

En la presente tesis se reporta el tratamiento psicológico de cinco usuarios que tienen como droga de impacto alcohol o tabaco. Con la finalidad de conocer el tratamiento impartido mediante el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) y con un análisis teórico basado en la ley de igualación propuesta por Herrnstein en 1961. Se utilizó este modelo ya que el PSC se basa en la teoría conductual y aprendizaje social. Los instrumentos aplicados son los desarrollados por la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, en su programa de maestría en adicciones. Dichos instrumentos son adaptaciones de instrumentos que se utilizan ampliamente en la intervención psicológica en adicciones.

Estos instrumentos son Inventarios de depresión y ansiedad de Beck (BDI y BAI), Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), Nivel de Dependencia al consumo y presencia de trastorno por consumo de sustancias (Indicadores del DSM-V), Patrón de consumo semanal mediante autoregistros, Patrón de consumo mediante Línea Base Retrospectiva (LIBARE) así como los riesgos por consumo de sustancias (ASSIST).

Se utilizó una descripción del tratamiento psicológico más un análisis con base en la teoría de ley de igualación.

Los resultados indican que el tratamiento psicológico actual no cuenta con los requisitos necesarios para probar matemáticamente la ley de igualación. Sin embargo, tener en cuenta los elementos que involucra ley de igualación permite ser más sensible al contexto del individuo y por lo tanto, realizar intervenciones contextuales que promuevan un cambio conductual.

**Palabras clave:** Igualación, elección, sustancias psicoactivas, reforzamiento relativo, conducta.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias es un fenómeno complejo, multifactorial y dinámico que merma la salud mental en diferentes niveles. Existen diferentes posturas y niveles de explicación; en la maestría en adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, se utiliza un enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico. Este enfoque permite la identificación de problemáticas desde dos aspectos generales de la naturaleza humana, por una parte la cognición incluye características principales como atención, memoria y capacidad de razonamiento hasta elementos como estructuras de pensamiento que influyen en los sentimientos y formas aprendidas de percibir el mundo que nos rodea. Por otro lado también contempla la conducta que es todo aquello que puede realizar un ser humano, principalmente se identifica como acciones concretas, no obstante como se observará a lo largo del presente trabajo, incluso la no ocurrencia de una acción específica puede ser función de una elección conductual producto de elementos de razonamiento.

La elección de una conducta es un proceso ampliamente estudiado, sin embargo es un fenómeno complejo ya que una elección, de cualquier cosa, involucra un marco contextual en el cual están inmersos elementos biológicos, psicológicos y sociales. Así, la elección de consumir una sustancia psicoactiva va a depender de múltiples factores comenzando por el momento específico, seguido por los patrones de comportamiento aprendidos producto del resultado de interacciones anteriores, que nos permiten incluso tener expectativas sobre la sustancia y “las ganancias” que podríamos tener al consumirla. También están involucrados los efectos inmediatos del consumo, lo que veremos en el presente trabajo es que el consumo de sustancias principalmente se caracteriza por ser una conducta de evitación, y por lo tanto son conductas que se repiten frecuentemente.

Por lo tanto se comenzará por características generales sobre el consumo, tratamiento y teoría involucrada en la elección de una conducta específica, en este caso será la ingesta de sustancias psicoactivas.

## **1. Consumo de alcohol y Tabaco**

### ***1.1. Epidemiología Mundial sobre consumo de alcohol***

De acuerdo con el Reporte del Estatus Global en Alcohol y Salud realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018, se estima que fueron cerca de 2,300 millones los consumidores de alcohol en el mundo, lo que corresponde al 43% de la población mundial en 2016. De acuerdo con este reporte, se estimó que en el mundo 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol. También se indica que la prevalencia más alta se encuentra en regiones donde más de la mitad de la población consume alcohol; de acuerdo con estos datos, México se encuentra en la segunda región perteneciente al continente americano que consume más alcohol. En este mismo censo, se indica que de todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones (WHO, 2018).

También se estima que la media de consumo diario es de 33 g de alcohol puro al día, aproximadamente equivalente a 2 vasos de vino (150 ml cada uno), una botella grande de cerveza (750 ml) o dos vasos de bebidas preparadas (40 ml cada uno). En cuanto a la edad de consumo más de una cuarta parte de los jóvenes de 15-19 años son bebedores (27%). En cuanto a región, 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%) lo que indica que estas tres regiones presentan mayor prevalencia e incidencia del consumo en el mundo (WHO, 2018).

## ***1.2. Epidemiología sobre el consumo de alcohol en México***

En México, el consumo de sustancias se monitorea desde diversas fuentes como encuestas poblacionales y encuestas a grupos específicos, actualmente existen sistemas de información sobre el consumo de drogas por ejemplo, los centros de internamiento, tutelares para menores, Servicios Médico- Forenses y Servicios de Urgencias Hospitalarias. Cada una proporciona información para estimar el consumo de sustancias en el país.

Uno de los indicadores en adicciones más emblemáticos en México es la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), la cual se aplicó a población de 12 a 65 años teniendo un total de 85, 262, 059 millones de mexicanos encuestados, de estas personas se estimó que el (27.6%); es decir, 23, 501, 196 mexicanos tuvieron un consumo excesivo en el último año identificados como aquellos que consumen más de 5 copas estándar en hombres y más de 4 en mujeres, de hecho, la encuesta informa que el consumo excesivo ha aumentado del 2011 al 2016, el incremento por sexo ha sido de 20.9% a 29.9% en hombres y en mujeres de 4.1% a 10.3%.

La ENCODAT indica que 3, 382, 520 mexicanos (4%) presentan abuso del alcohol, estas personas presentan un patrón de consumo que conlleva a un deterioro o malestar físicamente significativo afectando diferentes áreas de su vida como incumplimiento en escuela o trabajo, sociales, familiares, problemas legales o situaciones de riesgo; la encuesta muestra que 1, 884, 601 mexicanos (2.2%) tienen dependencia al alcohol lo que indica una necesidad fisiológica y cognitiva, síntomas de abstinencia, tolerancia y pérdida de control. Es importante destacar que los hombres tienen un porcentaje 6.5 veces mayor (3.9%) que el de las mujeres (0.6%). De este total poblacional el (55.2%) de los encuestados comenzó el consumo de alcohol a la edad de 17 años o menos. Por otro parte, el censo indica que el consumo diario también creció al pasar de

(0.8%) a (2.9%) y en el consumo consuetudinario (al menos una vez a la semana consumen más de 5 copas o más por ocasión) incrementando de (5.4%) a (8.5%), por lo que estos datos indican que el consumo a edades tempranas ha aumentado, así como el consumo diario y consuetudinario (ENCODAT, 2016).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA, 2016) indica que las personas provenientes de los centros de tratamiento y rehabilitación reportan que la principal droga de inicio fue el alcohol con el 45.8% para los hombres y 45.4% para las mujeres.

- En los tutelares para menores muestran al tabaco como principal droga de inicio con el 25% seguido del alcohol 24.2% y la marihuana 19.9%. Sin embargo, el alcohol es identificado como la sustancia que con mayor frecuencia se consume cuando se comete un delito 34.8%.
- En los servicios de urgencias hospitalarias, el 3.9% de los pacientes que llegan al servicio se encontraban bajo el efecto de alguna droga de las cuales la sustancia más consumida fue el alcohol con 67.8%.
- En los Servicios Médico-Forenses (SEMEFO), se indica que el 8.6% de los decesos estaban relacionados con el consumo de sustancias, de estas sustancias el alcohol fue la droga más frecuente 66.6%. En los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) las personas que solicitaron atención el (37.1%) fue por causa del alcohol (SISVEA, 2016).

Estos datos nos indican que el alcohol es la droga de inicio y que está presente en actos delictivos, muertes o accidentes que requieren intervención médica especializada.

### ***1.3. Problemas relacionados con el consumo de alcohol***

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las personas que consumen alcohol también utilizan otras drogas psicoactivas, entre las más usadas son la cocaína (29%), cannabis (25%), benzodiacepinas (20%) y opioides (17%). Las combinaciones con otras drogas en especial con otros depresores como opioides y benzodiacepinas son los relacionados con sobredosis y muerte por envenenamiento (WHO, 2018).

En el continente americano, las tres primeras causas de muerte y discapacidad causadas por alcohol fueron los trastornos por consumo de alcohol, la cirrosis hepática y la violencia intrapersonal. De igual forma el consumo de alcohol tiene una relación causal con más de 200 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). De acuerdo con el informe de consumo de alcohol en las Américas, el consumo de alcohol causó más de 300,000 defunciones en 2012, de estas defunciones más de 80,000 casos no hubieran muerto de no haber consumido alcohol. Por sexo en los hombres la principal causa de muerte relacionada con el consumo de alcohol fue por traumatismos, que involucran accidentes automovilísticos, violencia intrapersonal y otras lesiones, mientras que para mujeres la principal causa son enfermedades no transmisibles como cirrosis, cáncer de mama, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades no transmisibles (OPS, 2015).

En México, el consumo de bebidas alcohólicas en población de 18 a 65 años con dependencia, principalmente dificultó su capacidad para trabajar o estudiar. En cuanto al promedio de días perdidos debido al consumo, los hombres han perdido mayor número de días (10.4 días) y en mujeres (5.7 días). El 9.1% de los hombres ha presentado problemas alguna vez en la vida en la escuela o trabajo debido a su consumo, en mujeres este porcentaje es tres veces menor (3.0%). En cuanto a los accidentes relacionados con el consumo de alcohol, estos ocurren mayormente en hombres (2.3%) que en mujeres (0.5%) por lo que el consumo de alcohol

dificulta en diversos aspectos el funcionamiento diario de las personas teniendo repercusiones tanto económicas, como en características del desempeño en los días de trabajo, físicas, sociales y de salud (ENCODAT, 2016).

#### ***1.4. Consumo de tabaco Global y en México***

La Sociedad Americana del Cáncer en su publicación del 2018 “The Tobacco Atlas” indica que globalmente se estima que existen aproximadamente 942 millones de hombres y 175 millones de mujeres de 15 años en adelante que actualmente consumen tabaco. De acuerdo con esta cifra se estima que en el mundo ha existido un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco en mujeres jóvenes particularmente tanto en países con bajos ingresos económicos como en los países con alto ingreso.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) del 2017, indica que aproximadamente 14.9 millones de mexicanos fumaron en el último mes considerándose como fumadores actuales, de los cuales (27.1%) son hombres y (8.7%) son mujeres. En esta misma encuesta se estima que aproximadamente 5.5 millones de mexicanos fuman diariamente, fumando 7.4 cigarros al día en población adulta que va de los 18 a los 65 años, mientras que los adolescentes fuman diariamente 5.6 cigarros. También se indica en la encuesta que aproximadamente 1.8 millones de mexicanos tiene indicadores de dependencia a la nicotina.

En esta encuesta se observó que poco más de la mitad de los fumadores actuales (56.1%), intentaron dejar de fumar en el último año y sólo el (24.4%) que acudieron con un profesional de la salud (médico, nutriólogo, psiquiatra, etc.) recibió recomendaciones para dejar de fumar. Al

revisar el gasto promedio por consumir tabaco en adolescentes de 12 a 17 años, el dinero invertido en cigarrillos equivale aproximadamente a \$185.5 pesos y en adultos es de \$287 pesos.

El costo económico por fumar globalmente asciende a 2 trillones de dólares por año y el mismo consumo de tabaco como costo económico involucra la pérdida de productividad por aquellos que se enferman o mueren a causa del consumo (The Tobacco Atlas, 2018). En este mismo informe se muestra que en muchos de los países en vías de desarrollo, estos costos representan falta de oportunidad de gastar en mejorar la economía a través de la educación, servicios de salud y tecnología. En países de bajo crecimiento económico, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco contribuyen a gastos de salud que compiten con las necesidades básicas de los hogares.

### ***1.5. Daños por consumo de tabaco***

El consumo de tabaco es la primera causa de muerte prevenible en el mundo. En el mundo, más de seis millones de personas por año mueren a causa del consumo de tabaco. La exposición a sus más de 7000 químicos tóxicos provoca problemas en diferentes sistemas corporales como son: ojos, nariz, dientes, boca y garganta, pulmones, corazón, hígado, problemas en la reproducción femenina y masculina, sistema urinario, piel, sistema óseo, sistema cardiovascular, sistema inmune entre otros (The Tobacco Atlas, 2018).

Como se mencionó anteriormente, el hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo, ha sido asociado principalmente a cataratas, neumonía (pulmonía), bronquitis crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (EPOC) y los diferentes tipos de cáncer siendo los más comunes el de pulmón, así como, y empeora el asma en adultos y niños (NIDA, 2010).

Otras de las afecciones provocadas por el consumo de tabaco, está relacionada con la salud mental ya que como indican algunos reportes, personas con enfermedades mentales tienden a consumir mayores cantidades de tabaco y se les dificulta dejar el hábito. Los trastornos identificados más comunes con el consumo de tabaco son la esquizofrenia, el trastorno por déficit de atención, bipolaridad y ansiedad. En trastornos como la ansiedad, esquizofrenia y bipolaridad el consumo de tabaco promueve, por efectos farmacológicos, la exacerbación de los síntomas (NIDA, 2010; Sociedad Americana del Cáncer, 2018).

### ***1.6. Estrategia mundial para el control del tabaco***

Una de las iniciativas globales que se ha puesto en marcha para la regulación del consumo de tabaco es el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que fue puesta en marcha en el 2005 y se puso en marcha las medidas MPOWER para ayudar a los países a cumplir algunas obligaciones que les corresponden de acuerdo con el convenio (WHO FCTC, 2005).

Las medidas MPOWER es un acrónimo que designa seis características específicas a cubrir por los países que están dentro del convenio. Monitor: que es vigilar o monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Protect: que es proteger a la población del humo del tabaco. Offer: ofrecer ayuda para dejar el tabaco; Warn: o advertir de los peligros del tabaco; Enforce: que refiere a hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y Raise: o aumentar los impuestos del tabaco (OMS, 2015).

De acuerdo con el informe mundial de la OMS del 2015 indica que en más de la mitad de los países del planeta, con el 40% de la población mundial se aplica al menos una medida MPOWER con el máximo rigor, sin embargo de estas medidas, el aumento de impuestos es la

medida menos aplicada (tan solo el 10% de la población mundial vive con precios lo suficientemente altos) y por lo mismo es la medida que menos ha progresado desde que se han aplicado.

### ***1.7. Tratamiento y necesidades de atención***

De acuerdo con la ENCODAT (2016), de los usuarios de alcohol en el último año, cerca de 700 mil personas han acudido a tratamiento, mientras que para los usuarios con dependencia han acudido 262 053 personas. El tratamiento al que más acuden los usuarios de alcohol tanto para los que consumen excesivamente en el último año como para aquellos con dependencia son los anexos (25.5% y 32.4% respectivamente). Asimismo, los consumidores de alcohol con dependencia indican que el (21.8%) acude a grupos de ayuda mutua, (20.3%) con un psicólogo y (16.6%) con un consejero espiritual. De los mexicanos que acuden con un profesional de la salud y que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, el (22.5%) completó el tratamiento con algún profesional y en casos de dependencia el porcentaje es de (35.1%).

### ***1.8. Tipos de intervenciones en México***

Una de las intervenciones que más se realizan en México en materia de adicciones son los grupos de ayuda mutua. De acuerdo con Pastor en 2015, se han realizado estudios sobre la efectividad de los grupos de ayuda mutua donde los usuarios mantenían la abstinencia más tiempo que los que seguían un tratamiento convencional. Sin embargo la revisión Cochrane basada en el trabajo hecho por AA, no es concluyente y muestra la falta de estudios completos para constatar evidencia científica (Ferri, Amato & Davoli, 2006).

Uno de los grupos de ayuda mutua más importante en México es la comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA) que son grupos de hombres y mujeres que comparten su

experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema en común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas, se mantiene la asociación con las contribuciones de la misma comunidad Alcohólicos Anónimos. La agrupación AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político ni organización por lo que no respalda ni se opone a alguna creencia (Alcohólicos Anónimos, 2016).

Existen otros tipos de atención como los programas de 12 pasos, algunos basados en religión, grupos de ayuda mutua o internamiento en granjas o casas conocidas como anexos, sin embargo estos lugares difícilmente cuentan con personal de salud capacitado en el tratamiento de adicciones (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011).

Dentro del tratamiento especializado se buscará llegar a la abstinencia y al tratamiento rehabilitatorio que puede ser interno o externo y se han realizado con un éxito semejante las terapias cognitivo conductuales o bien aquéllas basadas en los 12 pasos (AA) que tienen más una base motivacional. Desde el punto de vista farmacológico se han usado las benzodiazepinas para apoyar la abstinencia, el disulfiram que desencadena malestar cuando se ingiere alcohol (con poco éxito y a veces con reacciones agresivas del paciente si se le administra sin su conocimiento por familiares) y el acamprosato que ha mostrado cierta eficacia en disminuir las molestias propias de la abstinencia (González y Alcalá, 2006).

Muchos de los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean intervenciones breves, los tratamientos cognitivo conductuales, estrategias basadas en el afrontamiento para prevenir recaídas, los programas de desintoxicación y apoyo a familiares (Rojas et al., 2011).

En México se cuentan con diferentes manuales de tratamiento psicológico basados en las intervenciones cognitivo conductuales para la reducción y abstinencia del consumo de sustancias. Existen diferentes tipos de intervenciones para el consumo de diferentes sustancias.

El posgrado en psicología de las adicciones de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, se han enfocado en desarrollar intervenciones enfocados en la problemática del consumo con el enfoque cognitivo conductual, de los cuales se utilizan los siguientes:

- ***Intervención breve motivacional para fumadores (IBMF)*** (Lira, Cruz, y Ayala, 2012)
- ***Detección temprana e intervención breve para bebedores problema*** (Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012)
- ***Tratamiento Breve para usuarios de cocaína (TBUC)*** (Oropeza, Fukushima, García y Escobedo, 2014).
- ***Intervención breve para usuarios de marihuana (IBUM)*** (Medina, Chávez, López, Félix, Gordillo, y Morales, 2012).
- ***Programa de intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA)*** (Martínez, Ayala, Salazar, Ruíz y Barrientos, 2004)
- ***Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC)***

El programa de satisfactores cotidianos es una adaptación del Community Reinforcement Approach (CRA) para la población mexicana. El CRA fue desarrollado por Hunt y Azrin en 1973 y adaptado en los usuarios mexicanos en 2005 por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala.

El programa tiene un marco conceptual en análisis conductual aplicado y busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocaciones que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinente de drogas, además de ser reiterados o no estar disponibles si el individuo consume (Barragán et al., 2014).

## MARCO TEÓRICO

### **2. Conducta de Elección y Adicciones**

#### **2.1. *Investigación básica y su aplicación con los problemas socialmente relevantes***

Los avances tecnológicos que ayudan a la civilización moderna deriva directamente de los descubrimientos de la ciencia básica. En muchas otras disciplinas de la ciencia existe una conexión rentable entre la investigación básica como la física o la ingeniería y el campo de aplicación como la biología y la medicina, sin embargo, en psicología estas relaciones entre la actividad práctica y el desarrollo de investigación básica están ausentes; probablemente esta brecha representa un gran impedimento para el avance de nuestra disciplina científica y quizá motivo de aceptación como tal ante la sociedad (Mace, 1994).

La ciencia tiene la obligación con la sociedad de avanzar en la comprensión del mundo que nos rodea, por lo tanto la academia como ciencia tiene como objetivo el conocimiento y el área básica en psicología cumple esa función, aunque no necesariamente involucra problemas de relevancia social o busca beneficios prácticos. Con base en lo anterior, pareciera que la mayoría de las investigaciones básicas “puras” en psicología no conducen a beneficios prácticos (Critchfield, 2011).

Los trabajos publicados en revistas emblemáticas de psicología indican que el campo se reduce en el análisis de la conducta humana y el análisis de la conducta en animales no humanos. A pesar de que ambos estudian la conducta, en esta revisión se muestra la división del trabajo básico con animales como ratones, palomas, monos, etcétera y el trabajo aplicado con sujetos humanos. Las citas utilizadas en los trabajos con sujetos humanos sólo citan trabajos previos con humanos y lo mismo ocurre con la investigación en animales no humanos; esto muestra que los trabajos están sustentados en su propio nicho, es decir, aun hablando del comportamiento no se hace referencia al desarrollo en investigación básica o a los problemas que enfrentan las personas respectivamente (Perone, 1985).

Entre estos dos campos se muestran diferentes puntos de vista de cómo debe avanzar la investigación en su campo, por una parte los analistas de la conducta aplicada indican que el análisis experimental ha descubierto los más potentes y útiles principios de la conducta para la solución de problemas humanos (reforzamiento positivo, negativo, castigo, control de estímulos y extinción). Además, los investigadores aplicados utilizan estos principios en nuevas y mejores incorporaciones en problemas humanos y por lo tanto tienen poca necesidad de aplicar los últimos hallazgos básicos (Mace, 1994). Por otra parte, los investigadores básicos argumentan que la investigación con no humanos aporta el único (o al menos la principal) vehículo para el descubrimiento de los mecanismos conductuales básicos sin variables que lo contaminen como la variación genética, la historia de aprendizaje y el repertorio verbal que está presente en los humanos (Palmer & Donahoe, 1991).

Es decir, la separación entre los sectores aplicados y teóricos han estado presentes durante los últimos 30 años y ha limitado el impacto del análisis conductual a la tecnología que se basa en fundamentos científicos solo en principios rudimentarios del comportamiento o en la

especificación y prueba de leyes sin la consideración de la relevancia social para aplicaciones humanas (Mace, 1994; y Pilgrim, 2011). Una de las críticas más importantes al análisis conductual aplicado es que es una pequeña disciplina y el trabajo que se hace no se promueve o se vende a la “elite de influencia” que se enfoca a resolver conflictos sociales. Además el trabajo que realiza el análisis conductual aplicado se limita a las personas con algún trastorno incapacitante como el espectro autista o en retraso mental (McDowell, 1981; Martens & Houk, 1989 y Borrero & Vollmer, 2002) y el campo va más allá de eso, los principios básicos y el análisis conductual aplicado puede utilizarse en otras problemáticas. Además en el sector teórico, esta desconexión ha repercutido en un mercado laboral disminuido para los que se dedican a hacer investigación básica (Poling, 2010).

Lo anterior permite observar que más allá de un asunto teórico, esta desconexión es un problema ideológico propio de cada sector en el análisis de la conducta. Porque de acuerdo con el método científico son los investigadores básicos responsables de promover la traslación o diseminación al seleccionar los problemas de investigación que se dirigen directamente a los problemas socialmente relevantes. Existen elementos que brinda el análisis experimental de la conducta que ayudan a organizar o sistematizar la forma de abordar problemas sociales como los métodos experimentales que involucran herramientas de control o evidencia para medir y contrastar, la estrategia inductiva, la comparación de comportamientos en animales no humanos con base en situaciones controladas y diseños experimentales de caso único o de un solo sujeto (Critchfield, 2011).

Por lo tanto, los estudios puente o traslacionales son aquellos que ayudan a determinar el grado en que los fenómenos conductuales del laboratorio pueden ocurrir y son aplicables en los entornos naturales humanos. Hacer investigación puente que replique hallazgos de laboratorio

puede ayudar a realizar aplicaciones novedosas o útiles de los principios básicos del comportamiento. De igual forma, al hacer investigación puente se pueden hacer nuevas preguntas para el laboratorio en cuanto a cómo se puede realizar experimentación de situaciones que emulen problemas socialmente relevantes (Fisher & Mazur, 1997). De igual forma, habrá preguntas experimentales que se abordarán mejor con una metodología que difiera de las estrategias y tácticas tradicionales del análisis del comportamiento básico puro. Las conexiones transparentes y la relevancia obvia son incluso recomendadas como la guía apropiada para la elección de preguntas de investigación de un científico, además la tarea de traslación es necesaria porque ayuda a identificar el papel desempeñado por principios básicos del comportamiento en elementos relevantes de la vida cotidiana (Pilgrim, 2011).

## **2.2. *Modelo conductual de Ley de igualdad y la conducta de consumo de sustancias***

De acuerdo con el DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014) los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por un patrón característico de comportamiento en donde se invierte mucho tiempo en las actividades para conseguir la sustancia así como un consumo recurrente que imposibilita la realización de otras actividades como el trabajo, la escuela, interacción con la familia o actividades recreativas. También es una conducta que se emite a pesar de sufrir problemas interpersonales o de otra índole por el consumo, por lo que este comportamiento se repite aún si el costo por realizarlo es alto. Es decir, el individuo está constantemente eligiendo el consumo entre otras actividades que realiza en la cotidianidad.

Teóricamente y dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado, la conducta de elección es la emisión de una conducta entre dos o más posibilidades disponibles al mismo tiempo y que usualmente son conductas incompatibles (Catania, 1998). Es decir, conductualmente hablando, la elección es la distribución del comportamiento de un organismo

en un tiempo determinado; el tiempo de involucrarse en una conducta en específico estará en función del reforzamiento o las ganancias que obtendrá por realizarla (Reed & Kaplan, 2011).

En psicología existen diversos modelos explicativos de la conducta de elección. Uno de los primeros experimentos para conocer cómo los organismos elegían entre 2 opciones fueron los programas concurrentes. Estos programas son preparaciones ambientales que consisten en mostrar dos opciones de respuesta al organismo en una caja experimental disponibles al mismo tiempo (Domjan, 2010).

Los programas concurrentes tienen la ventaja de realizar una medición continua de las diferentes respuestas que pueda realizar el organismo y así poder identificar cómo es que los organismos eligen una opción particular en presencia de otras opciones disponibles al mismo tiempo. Otra ventaja de los programas concurrentes es que los reforzadores se presentan al mismo tiempo, es decir, la medición de sensibilidad del organismo al tipo de reforzador es mayor al estar disponibles los reforzadores ante una operante de cada opción. Esto se traduce a cuando elegimos un alimento, pareja o actividad por encima de otras actividades disponibles que también podríamos hacer en ese mismo momento (Fisher & Mazur, 1997).

Este concepto de elección fue desarrollado por Richard Herrnstein de 1958 a 1961 donde formuló un enunciado matemático que afirma que los organismos distribuyen su conducta entre alternativas de acuerdo al reforzador proporcionado por cada una de ellas, (Herrnstein, 1961). La llamada ley de igualación establece condiciones que se explican a continuación, la descripción matemática es la siguiente:

$$\frac{C1}{C1 + C2} = \frac{R1}{R1 + R2}$$

Donde  $C1$  equivale al número de respuestas o la conducta realizada para la opción 1,  $C2$  es el número de respuestas para la segunda alternativa. Así,  $R1$  es la cantidad de reforzamiento obtenida para la alternativa uno y  $R2$  es la cantidad de reforzamiento para la segunda alternativa. Esta fue la primer formula derivada del planteamiento de igualdad llamada igualdad estricta, es decir, dadas dos opciones de respuesta o de conductas, la tasa de respuesta a cada opción iguala (es igual a) la tasa de reforzamiento o cantidad de reforzamiento.

A partir de esta formulación inicial, se han realizado diversos estudios donde se han modificado los parámetros del reforzador, como la magnitud, el tiempo de demora y la calidad del reforzador (Catania, 1963; De Villiers, 1977 y Páramo, 1989).

Baum y Rachlin (1969) demostraron que esta relación también puede darse en términos del tiempo que emplea un sujeto respondiendo en cada alternativa de respuesta, por lo cual sugirieron que ley de igualdad es una ley de distribución de tiempo; en esta formulación se sigue el mismo principio, es decir, el organismo distribuye su conducta tanto en frecuencia como en tiempo de acuerdo con la opción disponible que proporcione mayor reforzamiento.

En 1970, Herrnstein consideró que la frecuencia relativa de una conducta, no sólo determina la tasa relativa de respuesta, sino que también determina la tasa absoluta de respuesta. Es decir, con la función hiperbólica de Herrnstein se pueden hacer predicciones acerca de la distribución de respuestas para cualquier conducta, siempre y cuando se tomen en cuenta que otras fuentes de reforzamiento están disponibles para el organismo. En esta modificación a la ley de igualdad, se añadió el parámetro  $K$  que es una constante y significa la tasa máxima de respuesta que puede ocurrir en una unidad de tiempo determinada. Para esta función hiperbólica,  $r$  es la tasa de reforzamiento conocida para la conducta objetivo y  $rO$  es la tasa de reforzamiento para todas las otras conductas que ocurren. Esta es una consideración importante porque

establece que la tasa absoluta de respuesta (el total de comportamiento emitido), está en función de la frecuencia de refuerzo o ganancias para esa respuesta específica en comparación a las otras fuentes de reforzamiento para otras respuestas alternativas que no se observan, por lo tanto cada acción que realizamos implica una elección de ese comportamiento en específico de muchas otras alternativas de comportamientos que pueden funcionar como reforzadores y que están disponibles en ese momento. (Herrnstein, 19070; Páramo, 1989; Poling, 1993; Caycedo, Sandoval, Gutiérrez y Pereira, 1994).

Sin embargo, existen parámetros que influyen en la distribución de un organismo entre dos o más alternativas de respuesta, tal como lo indicó Baum (1974) en la ley de igualación generalizada se añadieron a la formula inicial dos parámetros libres que los llamo “sesgo” y “sensibilidad” al reforzador. El sesgo representa que tanto el organismo prefiere una alternativa sobre cualquier otra alternativa que no se puede explicar solo por la presencia del reforzador. La sensibilidad por otra parte, involucra la cantidad de cambio en la conducta con cada cambio realizado en el reforzador, es decir, se refiere a sensibilidad del reforzador porque se involucra el qué tan sensible es el organismo al cambio en el beneficio o reforzamiento que se obtiene. En condiciones de igualación perfecta, es decir, cuando el organismo distribuye su conducta entre las alternativas conforme la cantidad de beneficio o reforzamiento, efectuando dicha distribución sin sesgo, es decir sin preferencia a alguna de las alternativas y con la sensibilidad suficiente para realizar un cambio en su comportamiento por cada cambio en el reforzador que exista (Reed & Kaplan, 2011).

Sin embargo lo que se demuestra es que no siempre ocurre una igualación perfecta, dando lugar a lo que llamaron sobre-igualación y sub-igualación. La sobre-igualación es cuando el organismo emite más respuestas de las necesarias para obtener el reforzador. Sub-igualación

implica que hay pocas respuestas emitidas de acuerdo a los reforzadores disponibles para una alternativa (Poling, 1993).

En resumen, el desarrollo de la ley de igualación ha permitido conocer, bajo diferentes modificaciones, cómo es que los organismos eligen dadas dos o más alternativas de respuesta. Este desarrollo teórico tiene implicaciones prácticas que se han realizado con sujetos humanos.

### **2.3. *Ajuste de ley de igualación en humanos***

El modelo de ley de igualación se ha utilizado como una herramienta analítica y predictiva para documentar el cambio de conducta en presencia de variables independientes. Ofrece un marco teórico y metodológico para estudiar el proceso de elección. Por lo cual diversos autores se han dado a la tarea de investigar la aplicabilidad de ley de igualación en contextos socialmente relevantes para la conducta humana. Sin embargo, para la aplicación de esta ley de manera estricta se requiere que todo el reforzamiento disponible esté bajo el control del experimentador, razón por la cual ha sido complicado llevarlo a entornos naturales dado que el nivel de control no se puede igualar fuera del laboratorio (Billington & DiTommaso, 2003).

Diferentes autores han realizado investigaciones para utilizar ley de igualación en ambientes fuera del laboratorio. Bradshaw, Szabadi & Bevan (1976) estudiaron la conducta de presionar un botón para obtención de dinero en personas con historial de episodios maníacos y depresivos, probando la función hiperbólica de Herrnstein encontrando que el valor de los reforzadores cambia en función del estado de ánimo que presenten ya sea en estado basal o normal, en estado depresivo o en fase maniaca.

Beardsley & Mc Dowell (1992) utilizaron la función hiperbólica para describir la conducta de hablar en un grupo de personas mantenido por el refuerzo social del elogio verbal.

Así mismo se ha utilizado en problemas de pareja (Jacobson & Margolin, 2019), conducta criminal (Wilson & Herrnstein, 1985), conducta económica (Ayllon & Azrin, 1979) y en ejercicios de autocontrol (Ainslie, 1975).

Otro campo donde se ha utilizado la ley de igualación es en problemas de conducta relacionados con el contexto escolar y de educación. Se ha aplicado igualación como forma descriptiva, es decir sin manipular las tasas de reforzamiento, con la finalidad de obtener las varianzas para la conducta disruptiva y la conducta de realizar tareas escolares (Martens & Houk, 1989). También se han realizado dichas demostraciones de forma estricta en la igualación al poner a realizar diferentes operaciones matemáticas a estudiantes de 16 años (Mace, McCurdy & Quigley, 1990). Adicionalmente se ha mostrado la efectividad en ocupar la ley de igualación en los deportes; autores como Vollmer & Bourret (2000) describieron la distribución de las jugadas en el Basketball y los autores Reed, Critchfield & Martens (2006) utilizaron la ley generalizada para describir las jugadas por carrera o por pases como una conducta operante para ganar yardas. Incluso se ha utilizado para la conducta de consumo de sustancias principalmente con alcohol (Bickel, Madden & Petry, 1998; Vuchinich & Heather, 2003) sin embargo, gran parte de estos estudios se han realizado con estudiantes universitarios de bajo consumo y como parte de sus actividades para obtener créditos extra en alguna asignatura que son condiciones que limitan el análisis de igualación en un entorno de consumo “natural” (Correia, Benson & Carey, 2005; Murphy, Correia, Colby & Vuchinich, 2005).

#### **2.4. *Abstinencia como conducta sujeta a extinción***

El objetivo principal de las intervenciones en adicciones está enfocado en que el usuario o la persona atendida deje de consumir drogas psicotrópicas, es decir, que mantenga la abstinencia; lo

que implica que se elimine o se frene esa conducta y se cambie por otras que no involucren drogas.

De esta forma, se busca eliminar la conducta de consumir drogas. Así estemos hablando de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína, etcétera; en una intervención psicológica en adicciones siempre estaremos hablando de la disminución o cese de una conducta: la de consumo. Así pues, para explicar como ocurre una conducta de consumo de drogas, es necesario describir cómo se dan las relaciones entre un estímulo específico (botella con alcohol) y la respuesta condicionada (beber).

Los seres humanos contamos con la capacidad de obtener reforzadores (o gratificación) por diversos estímulos sin la necesidad de aprendizaje. Este tipo de estímulos o acontecimientos son generalmente importantes para la supervivencia o funcionamiento biológico y se denominan reforzadores incondicionados, es decir, estímulos externos al organismo que refuerzan (o gratifican) sin necesidad de haber sido previamente asociados o emparejados, como la comida, el agua y el sexo. Otros estímulos que inicialmente no refuerzan o gratifican, llegan a serlo debido a su emparejamiento o asociación con algún beneficio primario (comida, agua o sexo) y entonces se les denomina reforzadores condicionados, porque se ha establecido una condición o asociación temporal para su establecimiento. Por ejemplo los halagos, el dinero y la ropa preferida, entre muchos otros. De igual manera cuando un estímulo se convierte en reforzador mediante su asociación con otros reforzadores se denomina reforzador de apoyo o estímulo discriminativo. Tener en cuenta estos tres tipos de estímulos es de importancia porque es mediante este proceso que el incremento o decremento de una conducta ocurre (Martin & Pear, 2008; Domjam, 2010).

Entonces tomando en cuenta el condicionamiento clásico, toda la parafernalia o el conjunto de señales que están involucradas en el consumo de drogas pueden operar no solo como estímulos condicionados, también pueden servir como estímulos discriminativos para la administración de las drogas. Por ejemplo, una botella de la bebida alcohólica favorita puede elicitar respuestas condicionadas (sed) y se empareja con los efectos del alcohol. Entonces, la botella puede servir como un estímulo discriminativo porque promueve la ocasión para que ocurra el consumo, que es reforzado positivamente por los efectos farmacológicos del alcohol (Conklin & Tiffany, 2000).

Es necesario conocer estas relaciones porque en los tratamientos para usuarios de sustancias el consumo es una conducta que se refuerza positivamente de manera directa (efectos farmacológicos) o por medio de estímulos condicionados (atención, pertenecer a un grupo, etc.), o incluso por medio de otras relaciones contextuales (evitar estados emocionales desagradables), por lo tanto, la eliminación del consumo de sustancias es una conducta sujeta a extinción.

El principio de extinción establece lo siguiente: si en una situación concreta, una persona realiza una respuesta que antes fue reforzada (seguida de un estímulo agradable) y ahora no va seguida por esa consecuencia reforzante; esta persona será menos proclive a repetir la misma conducta cuando este en una situación similar (Martin & Pear, 2008).

Sin embargo, existen factores que pueden influir en la eficacia de la extinción:

- El control de los reforzadores de la conducta que se quiere reducir: Los reforzadores presentados por otros o por el entorno físico pueden dificultar el proceso de extinción. En el tratamiento clínico ambulatorio, difícilmente se puede tener el control del reforzador

ya que generalmente las sesiones son de una hora una vez por semana, por lo que no se puede controlar el acceso que tiene el usuario a la sustancia o sustancias.

- Extinción de una conducta combinada con el reforzamiento positivo de una conducta alternativa: La extinción es más efectiva cuando se combina con reforzamiento positivo de alguna conducta alternativa (Lerman & Iwatta, 1996). Este procedimiento es el que se busca emular en las intervenciones clínicas, por ejemplo, este procedimiento es fundamento del Programa de Satisfactores Cotidianos, sin embargo para que ocurra adecuadamente se necesitan ciertos lineamientos que se exponen más adelante.
- El contexto en que se lleva a cabo la extinción: específicamente la conducta de consumo puede ocurrir en diferentes lugares, ello representando diferentes contextos en donde puede ocurrir, incluso el dar un tratamiento enfocado a disminuir una conducta en una institución o lugar específico, supone una dificultad porque no es el contexto donde se lleva a cabo originando efectos como recuperación espontánea, renovación o resurgimiento (Conklin & Tiffany, 2000; Bouton, 2014).
- Efecto del tiempo en el entrenamiento de extinción: recuperación espontánea.

Por lo tanto la conducta de consumo implica dificultades metodológicas para que se pueda extinguir ya que las condiciones para que se lleve a cabo un entrenamiento de extinción presenta complicaciones para adaptarlo.

### ***2.5. Limitaciones al probar ley de igualación en contextos naturales***

Aunque teóricamente ley de igualación ha mostrado ser una herramienta de utilidad al ser un buen predictor de cómo la conducta se distribuye bajo diferentes alternativas de respuesta y ayuda a la descripción de cómo ocurren estas relaciones reforzador/respuesta. Llevarlo a

entornos naturales humanos ha sido complicado porque para llevar a cabo ley de igualación, se requiere el control de algunas características. Ley de igualación se basa en el supuesto de que la elección de una respuesta depende de la disponibilidad de otras alternativas de respuesta, esto es, a mayor número de alternativas, mayor complejidad.

Uno de los problemas para probar ley de igualación es incluir la calidad como parámetro determinante, ya que está es una propiedad del reforzador que no está claramente definida e involucra aspectos subjetivos tanto del organismo propiamente o de una situación específica (Caycedo et al., 1994).

Otra de las críticas a ley de igualación es que aún no es claro cuál es el mecanismo que regula el comportamiento del organismo en situaciones de elección. Falta conocer cuál es el proceso subyacente a la igualación, ya que esta elección puede tener sus raíces en fenómenos más generales que facilitan la adaptación del individuo y la supervivencia de la especie (Caycedo et al., 1994).

También una de las dificultades es que en contextos naturales humanos los programas de reforzamiento de intervalo variable no se únicos y no se controlan en su totalidad (Borrero & Vollmer, 2002).

No obstante, la traslación de modelos conductuales básicos como ley de igualación puede enriquecer al tratamiento clínico de diferentes conductas, incluido el consumo de sustancias. McDowell (1982) indica que existen dos alternativas de utilidad al retiro del reforzador que pueden ser exitosas en los tratamientos clínicos:

- 1.- Reforzamiento de otras conductas que pueden o no ser “incompatibles”.

2.- No es necesario suprimir el reforzamiento contingente a las respuestas, la opción es identificar el reforzamiento disponible y realizar una redistribución de reforzamiento libre o no contingente.

No obstante, dada la dificultad que existe para realizar preparaciones de tipo concurrente en un contexto clínico de tratamiento ambulatorio, lo que se realizó en el presente trabajo fue analizar mediante el modelo de ley de igualación, los resultados obtenidos por medio del tratamiento clínico siguiendo el protocolo utilizado en el manual de Satisfactores Cotidianos.

### **3. MÉTODO**

#### ***3.1. Planteamiento del problema***

Existe una gran diversidad de estudios basados en la aplicación de técnicas cognitivo conductuales que reportan resultados favorables en la disminución del comportamiento adictivo. Gran parte de los tratamientos psicológicos utilizados en México utilizan técnicas cognitivo conductuales. No obstante existen diferentes formas de abordar el consumo de sustancias, algunos tratamientos involucran aspectos motivacionales y de reducción del daño causado por el consumo, por lo tanto tienen como eje principal de la intervención el cambio de pensamiento respecto al consumo. Por otra parte existen tratamientos que consideran el consumo como una conducta aprendida mal adaptativa. El Programa de Satisfactores es uno de estos tratamientos que buscan que el usuario obtenga la abstinencia, aprendiendo otras conductas de no consumo que favorezcan su adaptación al ambiente y a la obtención de consecuencias positivas en su vida cotidiana (Barragán et al., 2012).

### **3.1.1. Objetivo**

El presente trabajo tiene como objetivo demostrar el efecto clínico del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en el consumo de sustancias para cinco usuarios que presenten consumo de alcohol y tabaco como droga de impacto. Además de la aplicación del (PSC) se hará un análisis con un marco conceptual de ley de igualación para conocer, qué tanto los procedimientos utilizados en la intervención clínica involucran aspectos desarrollados por el análisis experimental de la conducta del cual está basado el programa (PSC).

Objetivos específicos:

- Lograr la abstinencia o reducción de consumo de sustancias psicoactivas.
- Identificar las fuentes alternativas de reforzamiento que mantienen la abstinencia o la reducción de consumo.
- Conocer mediante el análisis de la ley de igualación si en el tratamiento en adicciones, se tienen buenos estimadores de conducta para conocer el valor relativo del consumo.

### **3.2. Participantes**

La muestra estará compuesta por 5 usuarios que acudan a tratamiento por consumo de sustancias, provenientes de dos instituciones diferentes. Dos usuarios serán de un Centro de Prevención en Adicciones y tres usuarios de una clínica toxicológica ambos ubicados en la ciudad de México.

Los dos centros son para atención de consumo de sustancias, sin embargo, son de diferente nivel. En el Centro de Prevención en Adicciones la atención es universal, es decir es para todo tipo de consumo y es un centro que se caracteriza por atención de primer y segundo nivel, por lo tanto se atienden niveles de consumo de uso y abuso principalmente, con menor incidencia en la dependencia. Por otra parte, la clínica toxicológica es de atención indicada, es decir es de

atención a usuarios que ya presentan dependencia (necesidad fisiológica) y requieren desintoxicación física por medio de medicamento. En el toxicológico el tratamiento es en tres modalidades: de urgencias, ambulatorio y residencial sólo durante 10 días. En el servicio de urgencias, el usuario llega en estado de intoxicación grave y es estabilizado por medio de medicamento; esto no se le niega a ningún usuario por lo que se puede realizar en repetidas ocasiones. En el servicio de tratamiento ambulatorio se requiere que el usuario asista a una pre-consulta, donde se valora con un equipo multidisciplinario que consiste en: médico, psicólogo, psiquiatra, trabajo social y nutriólogo. Una vez que es valorado se dan sesiones grupales e individuales siguiendo el modelo de PSC. El servicio de internamiento es sólo por 10 días y para tener acceso al internamiento se requiere acudir inicialmente a pre-consulta y a por lo menos 5 sesiones grupales para tener acceso a la modalidad de internamiento. Es importante mencionar que en el toxicológico no se dan de alta a los pacientes, por lo que éstos pueden permanecer como usuarios del servicio el tiempo que requieran extendiéndose hasta por varios años.

El tener en cuenta estas variables es importante para el estudio ya que el nivel de desarrollo de la adicción tendrá influencia en el tratamiento psicológico.

### ***3.2.1. Criterios de Inclusión***

- Reportar la droga de impacto al consumir diferentes sustancias ; siendo ésta la que se consume inicialmente y que ocasiona el consumo de otras sustancias, o por ser la que más consecuencias negativas le ocasiona y por la cual acuda a tratamiento (Secretaría de Salud, 2008).

- Presentar criterios diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias moderado o grave de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psicología (DSM-V).
- En consumo de alcohol ingerir más de cuatro tragos estándar por ocasión y de 13 tragos estándar por semana en hombres y más de tres tragos por ocasión y de 10 tragos a la semana en mujeres.
- Tener consecuencias negativas en al menos tres áreas de la vida por ejemplo: laborales, de salud, familiares, interpersonales, legales, académicas, económicas, etc.
- Tener 18 o más años de edad.
- Firmar el consentimiento informado.

### ***3.2.2. Criterios de exclusión***

- Que presenten alguna comorbilidad psiquiátrica incapacitante como esquizofrenia, delirios o brotes psicóticos.
- Que acudan a los centros en contra de su voluntad.
- Mujeres embarazadas o lactando

### ***3.2.3. Criterios de eliminación***

- Que manifiesten que ya no quieren seguir.
- Faltar a más de dos sesiones consecutivas sin previo aviso.

## ***3.4. Diseño***

Investigación de caso único (n=1) con Paradigma A- B- C.

- Fase A: Línea base

- Fase B: Intervención psicológica con Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Fase C: Post- evaluación y seguimiento al mes.

### **3.4.1. Variable independiente**

- Intervención psicológica: Impartir componentes o habilidades del Programa de Satisfactores Cotidianos que consiste en la promoción o fomento de conductas que permitan al usuario realizar actividades sin el consumo de sustancias. La promoción de conductas estará en función de la evaluación al inicio, por lo que sólo se proporcionan las habilidades que necesite el usuario, el programa se compone con las habilidades que se muestran en la siguiente tabla (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Componentes del Programa de Satisfactores Cotidianos**

Análisis Funcional de la conducta de consumo	Análisis funcional de la conducta de no consumo
Muestra de abstinencia	Habilidades sociales o recreativas
Rehusarse al consumo	Control de emociones (enojo, tristeza y ansiedad)
Metas de vida cotidiana	Consejo marital
Solución de problemas	Búsqueda de empleo
Habilidades de comunicación	Prevención de recaídas

### **3.4.2. Variable dependiente**

Resultados en instrumentos de medición antes, durante y después del tratamiento.

- Lista de indicadores de dependencia a las drogas DSM-V
- Auto-registro de consumo de drogas
- Registro de conducta de no consumo
- Cuestionario de confianza situacional (CCS)
- Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) en su versión corta
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)
- Escala de Dependencia al alcohol (EDA)

### ***3.5. Instrumentos de evaluación***

The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias es un tamizaje elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), principalmente para detectar el consumo de diferentes sustancias psicoactivas (WHO, 2002).

Entrevista inicial: Enfocada en obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol, tabaco y drogas (Ayala et al., 1998).

Inventario de depresión de Beck (BDI). Evalúa la intensidad de la depresión de acuerdo a tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro de rendimiento y alteración somática, se compone de 21 reactivos en una escala Likert. La puntuación obtenida puede ir de 0 a 63 puntos de acuerdo con la versión estandarizada en la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lopereña & Varela, 1998), un puntaje entre 0-9 es mínimo, de 10-16 corresponde a una depresión leve, de 17-29 a una depresión moderada, y de 30-63 a una depresión severa.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Evalúa la intensidad de la ansiedad en adolescentes y adultos. Contiene dos dimensiones generales: síntomas subjetivos y somáticos. Y cuatro factores en muestras clínicas: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. La puntuación obtenida puede ir de 0 a 63 puntos de acuerdo con la versión estandarizada en la población mexicana, los puntajes se clasifican de acuerdo a cuatro niveles: mínima 0-5, leve 6-15, moderada 16-30, severa 31-63 (Robles, Varela, Jurado & Pérez, 2001).

Escala de Dependencia al alcohol (EDA) es un instrumento que mide el nivel de dependencia obteniendo diferentes clasificaciones (baja, moderada, media y severa) mediante una escala Likert en una escala de calificación total de 0 a 47 puntos. Basado en el trabajo de (Horn & Wanberg, 1969) el instrumento se adaptó mediante confiabilidad test-retest y consistencia interna (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE). Es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Requiere que las personas estimen en un periodo de tiempo de 6 meses el consumo de alcohol, se les proporciona un calendario que abarca el periodo que se requiere reportar y se les pide el número de copas estándar por día o por ocasión. Basada en la técnica empleada por (Sobell & Sobell, 1992).

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) versión corta. Basado en el instrumento de (Annis, 1982) el inventario de situaciones de consumo es un cuestionario de 26 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior, fue adaptado a población mexicana (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos miden 3 categorías principales; emociones desagradables, probando autocontrol y consumo social.

Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD). Este instrumento fue elaborado por Annis & Martin en 1985, consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras. Basado en las situaciones de consumo propuestas por (Marlatt, 1985) Este instrumento se adaptó a población mexicana por De León y Pérez en el 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de (0.98) siendo significativos todos sus reactivos al (.000).

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). Es un cuestionario para medir la auto-eficacia o seguridad en relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar sin consumir situaciones de riesgo de consumo de drogas . Es un instrumento de 8 reactivos o donde el usuario califica qué tan seguro se siente para no consumir en cada una de las situaciones. Las situaciones están basadas en el trabajo de (Marlatt, 1978) que fue traducido y adaptado para la población mexicana (Echeverría y Ayala, 1997). Las divisiones de estas situaciones son: Situaciones personales que se subdivide en 5 categorías: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad física. Situaciones de consumo que se subdivide en 3 categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

Auto-registro. Instrumento que permite monitorear cómo es el patrón de consumo del usuario y cuáles son los factores que precipitan o facilitan el consumo de alcohol (Barragán et al., 2014).

Auto-registro de conductas alternativas. Este registro fue diseñado para este estudio y está basado en el material anexo del PSC en el que se incluye un registro de ocurrencia; sin embargo, se utilizó un cronograma semanal en el que se registran continuamente 5 conductas alternativas al consumo que pertenecen al repertorio conductual del usuario, identificando

mediante auto-reporte que éstas resulten reforzantes al realizarse o que ayuden a resolver la problemática actual fuera del consumo.

### ***3.6. Procedimiento***

La fase inicial de la investigación (FASE A), está compuesta por la medición de la conducta de consumo antes de la intervención psicológica mediante instrumentos que miden los siguientes elementos:

- Nivel de ansiedad y depresión (BAI y BDI)
- Nivel de dependencia al consumo y presencia de trastorno por consumo de sustancias (indicadores de DSM-V)
- Principales situaciones de riesgo que fomentan la conducta de consumo (ISCA e ISCD)
- Nivel de auto-eficacia o nivel de confianza de afrontar diversas situaciones involucradas en la conducta de consumo (CCS)
- Patrón de consumo incluyendo su frecuencia y cantidad (LIBARE) y los riesgos y consecuencias derivadas del consumo en los últimos tres meses (ASSIST).

La segunda fase de la investigación (FASE B), consiste en la intervención psicológica impartida con base en el Programa de Satisfactores Cotidianos en la que se pretende fomentar actividades o conductas que ayuden al usuario a disminuir o eliminar la conducta de consumo. Se imparten algunos de los 11 componentes que involucran diferentes habilidades, el número y los componentes que se dan dependen de los resultados de la evaluación y de la realización del análisis funcional del consumo.

Los componentes que se imparten a todos los usuarios son 4:

- Análisis funcional de la conducta de consumo donde el objetivo principal es que el usuario identifique cuáles son los factores contextuales como personas, situaciones, días de la semana y lugares además de los factores internos como sensaciones físicas, pensamientos, creencias, expectativas de consumo y sentimientos que están involucrados en el consumo de las sustancias al mismo tiempo que se desarrollan planes de acción para, en un principio evitarlos y después poder afrontar dichas situaciones con la finalidad de lograr la abstinencia.
- Análisis funcional de la conducta de no consumo en el que el principal objetivo es identificar conductas que mantenga al individuo sin consumo mientras se está involucrado en otro comportamiento con la finalidad de que vaya comprendiendo que cuenta con otras conductas que lo mantienen sin consumo y así fomentar la autoeficacia, es decir la creencia en la propia habilidad de manejar situaciones específicas (Bandura, 1982).
- Muestra de abstinencia. En este componente se motiva al usuario a comprometerse a mantenerse sin consumo por un periodo limitado, se espera que se pueda comprometer al usuario por un periodo de 90 días, sin embargo, este periodo puede variar.
- Metas de vida. El objetivo es dotar al usuario de habilidades para establecer metas en diferentes áreas de su vida, realizándolo de manera sistemática proponiendo planes y periodos para su cumplimiento.

Después de la impartición de estos cuatro componentes, y basado en los resultados de la evaluación se trabajan algunos de los componentes restantes del programa. Los componentes refuerzan diversas habilidades que se enfocan en aprender la manera efectiva de rehusarse al consumo social, controlar las emociones involucradas en la ingesta de sustancias o como parte

del síndrome de abstinencia; maneras eficientes de solucionar problemas mediante una serie de pasos estructurados que permitan delimitar el problema y ofrecer diversas soluciones; fomentar habilidades sociales y recreativas que pueda utilizar el usuario en diferentes momentos que sustituyan a la conducta de consumo ya que mientras más actividades alternativas al uso de drogas, existirá menor probabilidad de presentarse el consumo; habilidades de comunicación que permitan que el usuario se exprese de forma más asertiva y evite dificultades con las personas que le rodean; consejo marital que involucra una serie de conductas específicas que pueden ayudar a disminuir las dificultades con la pareja; búsqueda de empleo que involucra habilidades que ayuden a conseguir trabajo a pesar de tener un antecedente de consumo de sustancias y prevención de recaídas que involucra la creación de planes efectivos de acción para poder mantener la abstinencia, retomando todos los elementos desarrollados en la impartición de la intervención.

Los usuarios que asistan a tratamiento seguirán el siguiente protocolo. En los dos centros se utilizará el mismo procedimiento para la implementación del programa de intervención psicológica como se muestra en la Figura 1.



Figura 1. Diagrama de implementación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)

#### 4. RESULTADOS

Los cinco casos clínicos se presentarán con lo obtenido en las sesiones de tratamiento. La información obtenida se divide en seis elementos principales.

1. Descripción de la condición física de los usuarios, reporte del motivo de consulta, historia de consumo y elementos relevantes de la historia de vida como el estilo de crianza o la historia de reforzamiento, a partir de la información obtenida en la entrevista semi-estructurada.
2. Formulación de caso clínico: Para la formulación del caso se utilizó el modelo de solución de problemas (Nezu & Nezu, 1989). En este mapa clínico, se destacan cinco variables involucradas en la problemática actual del paciente y se busca la interacción de

los eventos importantes en la vida del individuo que pudieran modular las características en las que se manifiesta el problema.

3. Resultados de evaluación: en este apartado se muestran los resultados de los instrumentos de lápiz papel aplicados al principio, al final y en el seguimiento de la intervención.
4. Análisis Funcional del Consumo: Utilizado como eje principal de la intervención donde se indican las variables previas e inmediatas al consumo y que posibilitan elegir los componentes a impartir del Programa de Satisfactores Cotidianos.
5. Plan de tratamiento: Expone los componentes a impartir en las sesiones de intervención, así como el número de sesiones necesarias.
6. Intervención: Se describen las características generales de la intervención psicológica resaltando la asistencia, puntualidad, avances, dificultades, y el cumplimiento de tareas.

## **Caso 1: Miguel**

### **Descripción del usuario y motivo de consulta**

Usuario masculino de 40 años acude a clínica toxicológica por consumo diario de alcohol. Indica ser el quinto hijo de seis, actualmente vive solo con su madre y su hermano mayor Alejandro el cual tiene 48 años de edad. En la casa donde habita tiene una tienda de abarrotes en la cual trabaja y comparte con su hermano Alejandro.

Miguel refiere que su primer consumo de alcohol fue a los 13 años y de ahí continuó consumiendo diario durante toda la secundaria en compañía de amigos; cuando entró al bachillerato dejó de consumir alcohol pero se inició en el consumo de cocaína durante 2 meses, misma que dejó porque “lo aceleraba demasiado y no lo disfrutaba” (sic.), cuando dejó la preparatoria regresó al consumo de alcohol diario y este consumo lo realizaba solo. Durante los

dos trabajos que tuvo lo despidieron porque no acudía a trabajar o llegaba intoxicado al trabajo, trabajó en una mueblería y en una vinatería, siendo este último trabajo donde su consumo aumentó de 500 ml a 1 litro de destilado o más, teniendo preferencia por ron y tequila. Miguel indica que desde hace aproximadamente 10 años ha tenido un consumo que lo ha llevado a salirse de casa y vivir en la calle por periodos de dos a cuatro días. Refiere que hace tres años falleció su padre lo cual le dificulta haber podido dejar el alcohol, el cual tenía antecedentes de consumo. En cuanto a la abstinencia indica tener máximo 3 meses en abstinencia en los últimos 3 años aunque con anterioridad lograba cumplir hasta 1 año.

Ha acudido a pláticas de ayuda mutua con Alcohólicos Anónimos (AA), sin embargo no le agrado el trato en AA y no se atendió por años hasta que encontró el tratamiento de toxicología, llegó al centro el 15 de Abril del 2017 por el servicio de urgencias debido a que llegó intoxicado, de ahí tomó el tratamiento grupal de 9 sesiones y sesiones individuales, sin embargo, durante 1 año y medio dejó el tratamiento ya que le recomendaron un tratamiento de internamiento en un Centro de Adaptación e Incorporación Social en el cual estuvo durante 3 meses. En el toxicológico obtuvo 28 sesiones individuales y 9 grupales, por lo que en el toxicológico obtuvo 37 sesiones antes de la presente intervención.

Actualmente Miguel refiere diversas situaciones relacionadas con su consumo de alcohol; el primero de ellos es cuando discute con su hermano en trabajar la tienda, indica que no coopera en el mantenimiento y atención de la misma, refiere que Alejandro no abre a la hora que le corresponde y la tienda se mantiene cerrada lo que genera enojo y ganas de tomar. Otro disparador de consumo es cuando sale a la calle con dinero para surtir la tienda ya que si pasa por la vinatería compra el alcohol. Otro refiere que no puede estar en fiestas porque ve el alcohol y aunque pasen días del evento el continúa pensando en consumir (rumiación). También

indica que salir en bicicleta es un problema para él porque si pasa por donde venden jerez, se queda a consumir y continúa consumiendo durante días.

### Formulación clínica del caso

En la Tabla 1.1 se muestran las variables que influyen en el consumo de alcohol. Para este usuario el contexto es poco estimulante para la realización de otras conductas; actualmente su trabajo le demanda la mayor cantidad de tiempo y no realiza actividades recreativas, no tiene amigos cercanos, sólo convive con su madre o su hermano pero con este último tiene problemas de comunicación y por lo tanto no logran llegar a acuerdos. Desde el comienzo de su consumo estuvo reforzado por la convivencia social y durante su historia de vida no ha tenido habilidades sociales. En sus relaciones afectivo-emocionales no ha tenido pareja estable a lo largo de su vida. No existieron consecuencias desagradables o castigos para consumo por parte de su familia, e incluso su hermana mayor lo “cubría” para evitar regaños.

**Tabla 1.1 Mapa Clínico de Patogénesis**

<b>Variable Distal</b>	<b>Variable Antecedente</b>	<b>Variable Orgánica</b>	<b>Variable Respuesta</b>	<b>Variable Consecuencia</b>
Iniciar el consumo de alcohol a edades muy tempranas	Hablar con personas desconocidas	Pocas habilidades sociales	Evitar situaciones estresantes, ansiosas o de tristeza	Inmediatas: Reducción de ansiedad, tristeza o enojo
No hubo consecuencias del consumo en la infancia. (Su hermana lo cubría para que no lo notarían	Enojo con el hermano por incumplimiento de responsabilidades laborales	Dependencia en el consumo (Tolerancia, compulsión)		

---

sus papás)

---

Rechazo social infantil (durante la primaria y secundaria recibía acoso escolar por parte de compañeros de clase)	Situaciones de ansiedad, enojo y tristeza	Pensamientos rumiantes Toma de medicamentos: Oxcarbamazepina Fluoxetina	Consumo de alcohol	De mediano y largo plazo: Daños en su salud: distención abdominal y heridas a causa de golpes por estar alcoholizado. Confusión mental Disminución en recursos económicos y alteraciones en lo laboral Vivir en condición de calle Desintoxicación
Refuerzo del comportamiento evasivo	Reuniones o fiestas donde haya alcohol Disponibilidad del consumo	Disminución en la atención de cambios fisiológicos producto de emociones		

---

## Evaluación

En la tabla 1.2 se muestran los resultados de la evaluación pre-tratamiento, post y el seguimiento. De acuerdo con los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión se muestra que en depresión, el usuario ha disminuido la sintomatología depresiva, en cambio la sintomatología de ansiedad aunque disminuyó al finalizar el tratamiento aumentó en el seguimiento al mes. De las escalas de dependencia no se aplicaron más mediciones ya que sólo indican el nivel de tratamiento adecuado para el usuario.

**Tabla 1.2 Resultados de evaluación**

<i>Instrumento</i>	<i>Pre- tratamiento</i>	<i>Post-tratamiento</i>	<i>Seguimiento</i>
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):</b>	Moderado	Leve	Moderada
<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI):</b>	Moderado	Leve	Mínima
<b>Escala de Dependencia al alcohol (EDA)</b>	Dependencia Severa	No aplica	No aplica
<b>Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)</b>	Tabaco y cocaína: intervención breve Alcohol: Tratamiento intensivo	No aplica	No aplica
<b>Indicadores de dependencia DSM-V</b>	Trastorno por consumo de alcohol grave (F10.20) [303.90]	Sin remisión	Sin remisión

### **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)**

En la siguiente Tabla se muestran las tres principales situaciones de riesgo que mide el instrumento, como se puede observar, el consumo ante situaciones de riesgo ha aumentado a

través del tiempo. Durante el tratamiento, el usuario muestra dificultad para dejar de consumir a pesar de estar bajo medicamento farmacológico y con la asistencia psicológica.

**Tabla 1.3. Resultados ISCA antes y al término del tratamiento**

<i>Situación</i>	<i>Pre tx.</i>	<i>Post tx.</i>	<i>Seguimiento</i>
Emociones desagradables	15	30	30
Consumo social	38	42	71
Probando auto-control	86	57	67

### **Inventario de Confianza Situacional (CCS)**

En cuanto al grado de autoeficacia que tiene el usuario, en la Tabla 1.4 se muestra cómo a través de la intervención ha aumentado su autoeficacia, sin embargo, en este caso no es un buen pronóstico ya que sus situaciones de riesgo también han aumentado, por lo tanto si las situaciones las percibe como de mayor riesgo pero también presenta un aumento en la creencia o percepción de poder lidiar con estas situaciones, es un riesgo que aumenta la probabilidad de recaída.

**Tabla 1.4 Resultados CCS antes y al término del tratamiento**

<i>Situaciones</i>	<i>Pre tx.</i>	<i>Post tx.</i>	<i>Seguimiento</i>
Emociones desagradables	60	70	90
Malestar físico	90	95	100
Emociones agradables	65	70	90
Probando control	50	90	90
Necesidad física	70	70	90
Conflicto con otros	50	90	90
Presión social	80	70	90
Momentos agradables con otros	65	80	90

En el gráfico se muestra el consumo de copas estándar a la semana desde el periodo de línea base hasta el término de la intervención y el registro del seguimiento. El usuario tuvo 17 semanas de tratamiento y tuvo siete recaídas de diferente intensidad, el periodo máximo de abstinencia que tuvo fue de cinco semanas continuas (Ver gráfico 1.2).

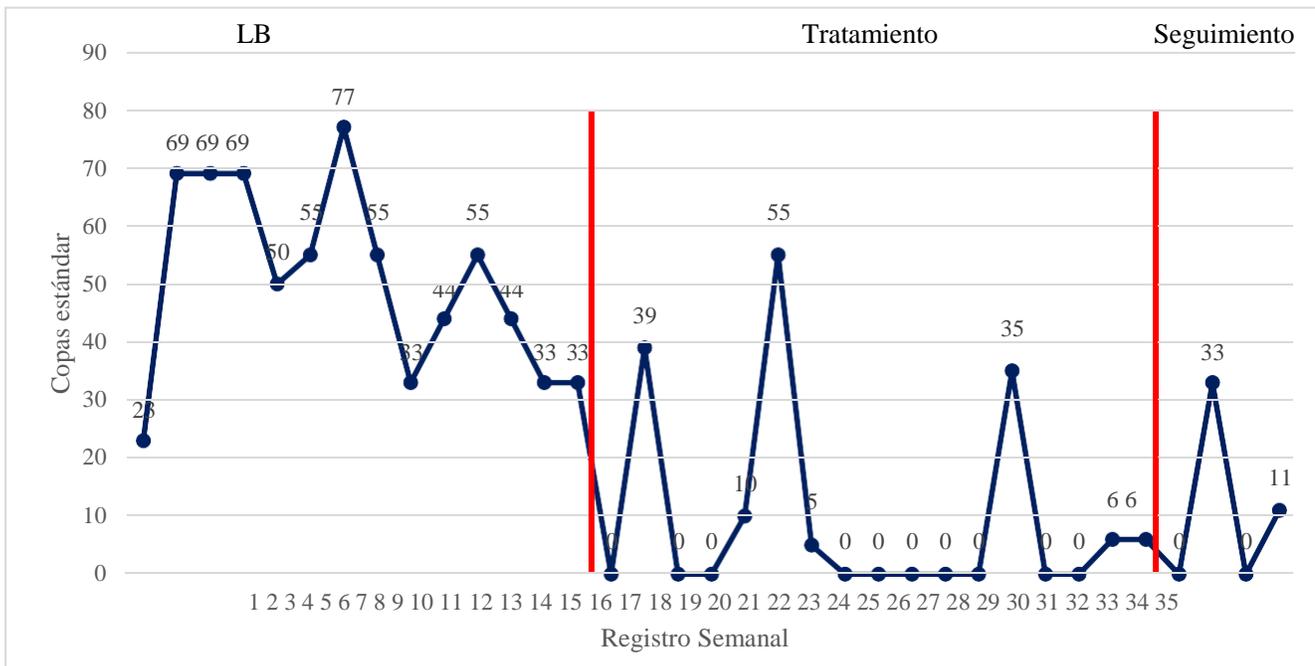


Gráfico 1.1. Autoregistro de consumo de alcohol

Como complemento, en el Gráfico 1.2 se muestra el consumo promedio por semana de copas estándar desde las semanas antes del tratamiento hasta el final del mismo.

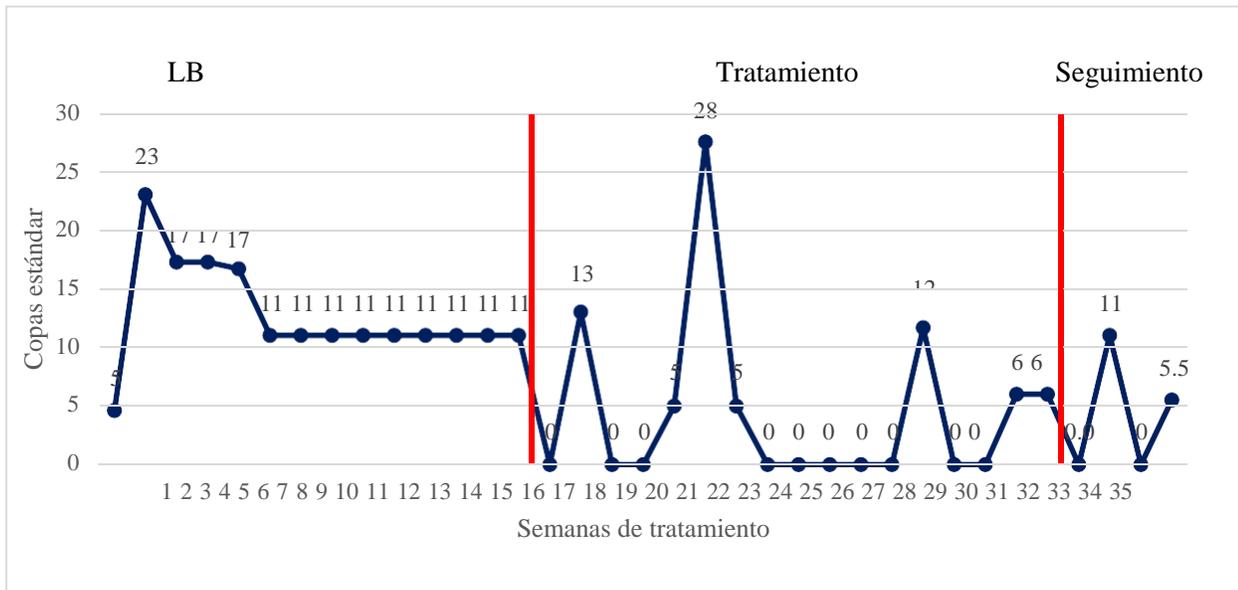


Gráfico 1.2. Promedio de consumo

### Actividades alternativas que no involucren consumo

El usuario identificó 12 actividades que considera agradables y recreativas. De estas sólo cinco las realiza con mayor frecuencia.

1. Trabajo: Es la actividad que más realiza, durante el tratamiento el usuario menciona que le gusta trabajar, sin embargo, el trabajo lo comparte con su hermano y con él tiene dificultades para llegar a acuerdos sobre los horarios de atención de la tienda de abarrotes a pesar de haber utilizado solución de problemas y habilidades de comunicación con el usuario para solucionar estos conflictos, durante las sesiones perduraron ya que Miguel tiene dificultades de comunicación asertiva y no logró llegar a algún acuerdo. Cuando tiene discusiones con su hermano, es uno de los principales detonantes de consumo, hay ocasiones donde consumió alcohol y continuó trabajando durante un periodo de tiempo de aproximadamente dos a cuatro horas, así que por definición no es una actividad incompatible al consumo. Aunque así lo refiera. Esta actividad la realiza los siete días de la semana, a menos que exista consumo y

trabaja en promedio nueve horas por día, ocupando la mayor cantidad de tiempo efectivo de su día que en promedio dura 15 horas aproximadamente, esto es el 60% de su día aproximadamente.

2. Caminar: Esta actividad no la realiza porque refiere que a pesar de que le gusta, lo ve como situación de riesgo porque anteriormente cuando salía a correr consumía comprando jerez o alcohol. Durante el tratamiento se realizaron planes de acción para que se mantuviera sin consumo al salir y aumentó en frecuencia las caminatas a 70.58% durante las 17 semanas de tratamiento. Realizando la actividad 1.7 veces por semana, con una duración promedio de 2.04 horas.
3. Realizar compras para reabastecer el negocio: El usuario refiere que esta actividad le gusta realizarla, sin embargo, también representa riesgo debido a que ha consumido en ocasiones anteriores al tratamiento cuando compra producto para su tienda. La realización es de 1.2 veces por semana con una duración de 3.6 horas por ocasión. Se realizaron planes de acción para evitar consumir al realizar esta actividad que consistieron en ir con el dinero necesario, evitar los puntos donde compraba alcohol e ir acompañado por algún familiar a realizar las compras.
4. Pintar el interior de su casa: Esta actividad refiere que le gusta realizar y representa un proyecto que dejó a la mitad, por lo que en el tratamiento se promovió la realización de la misma. Aumentó la frecuencia a 2 veces máximo por semana, de las 17 semanas de tratamiento, solo se realizó en cuatro ocasiones (11.76%), con una duración promedio de 4.75 horas.
5. Salir al cine con su familia: Esta actividad lo distrae y reporta que el que vaya su familia con él le ayuda a no consumir. La interacción social positiva con su familia le ayuda a no

consumir. Esta actividad se realizó en cuatro ocasiones durante las 17 semanas de tratamiento (23.52%), realizándose una vez por semana con duración promedio de 3.25 horas.

6. Ver televisión: Esta actividad menciona que lo distrae en ocasiones de las preocupaciones de la tienda y lo mantiene alejado del consumo, sin embargo, durante las sesiones se identificó que esta actividad no es reforzante cada vez que se realiza, ya que reporta la mayoría de las veces no saber qué ver y solo está cambiando de canal y mientras realiza esa actividad, tiene pensamientos sobre el consumo concretamente o sobre situaciones catastróficas sobre su negocio lo que convierte a esta actividad en detonante de consumo. Esta actividad la realiza por semana 4.6 veces con una duración promedio de 1.32 horas por ocasión.
7. Lavar ropa: Esta actividad refiere el usuario que le distrae y le gusta hacerlo, de las 17 semanas de tratamiento lo realizó 10 veces. Lo realiza máximo 2 veces por semana con una duración promedio de 2 horas.
8. Escuchar música: Esta actividad la consideró el usuario como reforzante, sin embargo, solo se realizó una vez debido a que fue detonante de consumo y decidió no escuchar música porque está asociada a el alcohol.
9. Salir a comer con su familia: Esta actividad aumentó en frecuencia debido a que no la realizaba principalmente porque no se había presentado la ocasión, no obstante se realizó una vez por semana con una duración de dos horas.
10. Salir a andar en bicicleta: Esta actividad no se realizaba porque consumía al salir a la calle, sin embargo se realizaron planes de acción para evitar consumir como trazar rutas donde no pasara por lugares de consumo y que aumentara su frecuencia realizándose por semana de una a dos veces con una duración de dos horas.

11. Tiempo con la familia (fuera de casa): Esta actividad consiste principalmente en salir a algún otro sitio fuera de casa con sus sobrinos que es una red de apoyo identificada en sesión. Esta actividad aumento en frecuencia a tres veces máximo por semana, de las 17 semanas de tratamiento esta conducta se realizó en cinco semanas. Con una duración de cuatro a seis horas por ocasión.
12. Ver Películas: Esta actividad la realizó sólo dos ocasiones porque las películas que eligió no fueron de su interés y se quedó dormido.

Estas actividades no son incompatibles con el consumo, de hecho anteriormente el usuario ha realizado diversas actividades bajo los efectos del alcohol, por lo que puede realizarlas al mismo tiempo. Sin embargo en las semanas que el usuario se mantuvo en abstinencia (siete semanas en total), la frecuencia de estas actividades alternativas aumentó en esas semanas, por lo que estos resultados indican que aunque no sean conductas incompatibles, estas conductas al ser de alguna forma reforzantes e involucrar tiempo realizándolas, el tiempo que ocupan involucrados en otras actividades promueve a que el usuario “decida” o elija ocupar su tiempo sin el consumo, principio propuesto por ley de igualación (Herrnstein, 1970).

### **Análisis funcional**

En la Tabla 1.5 se muestran los diferentes análisis para las principales situaciones donde el usuario consume, en este caso es una conducta generalizada a casi cualquier entorno y bajo cualquier situación. De acuerdo con el discurso del usuario, una situación o evento donde hay un cambio de emoción abrupto es una razón para consumir, también al no poder resolver un problema con eficiencia y al estar ante situaciones sociales.

### **Tabla 1.5. Análisis Funcional del Consumo**

---

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Consecuencia
Ver a hermano sentado o no abriendo la tienda	No hace nada, se la pasa echando flojera. La tienda está cerrada y él con sus calmas. No se atiende a nadie y perdemos clientes.	Enojo (latidos acelerados, calor en las manos, respiración más rápida)	Reclamo verbal a hermano “ya deberías abrir la tienda, nomás estas flojeando”	Su hermano le contesta “pues abre tú si quieres” O no le contesta O contesta “si ahorita” pero continúa sentado
Miguel se va a su cuarto	Siempre es lo mismo y nosotros seguimos perdiendo clientes.  Se me antoja una copa.  No debería tomar.	Enojo  Ansiedad (desesperación) sudoración, se entumen los brazos y piernas	Sale de casa a “caminar”	Se encuentra al de los jugos y vende jerez  O va directamente a la licorería
Compra jerez o alcohol	Continúa pensando en que no debería tomar pero ya esta ahí en el lugar de consumo	Ansiedad (continúa sintiendo entumecimiento de los brazos, aprieta los puños y tiene mucha energía)	Toma al alcohol el primer trago es largo “hasta que queme”	Deja de pensar en lo que lo pone nervioso.  Se olvida de lo enojado que estaba.

## Plan de tratamiento

En la Tabla 1.6 se muestran las sesiones de tratamiento con los temas y actividades realizadas, el usuario mostró dificultad en comprender algunos temas como la identificación de emociones por lo que se impartió el componente en repetidas ocasiones.

**Tabla 1.6 Sesiones de tratamiento**

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas</i>
<b>1</b>	Admisión	Entrevista semi-estructurada	No aplica
<b>2</b>	Evaluación y continuación de entrevista clínica	Aplicación de instrumentos de evaluación	Explicación y entrega de autorregistro de consumo
<b>3</b>	Evaluación e identificación de variables del mapa clínico	Aplicación de instrumentos	Revisión de autorregistro
<b>4</b>	Análisis funcional de consumo	Explicación de precipitadores internos, externos y la relación del consumo con sus consecuencias.	Realizar identificación de emociones y pensamientos anotándolos en una hoja para discutirlos en sesión
<b>5</b>	Análisis funcional de consumo	Identificación de principales precipitadores de consumo	Ejercicio de escribir emociones
<b>6</b>	Análisis	Identificación de sensaciones	Ejercicio de realizar la

	funcional de consumo	físicas y de pensamientos	descripción de sensaciones físicas
<b>7</b>	Control de emociones	Función e identificación de emociones, técnica de distracción de pensamiento, auto-instrucción, tiempo fuera, relajación muscular progresiva	Práctica de técnicas para controlar emociones
<b>8</b>	Identificación de emociones	Reconocimiento de ansiedad	Ensayos de cómo funcionan las técnicas de distracción de pensamiento
<b>9</b>	Identificación de emociones	Reconocimiento de enojo	Modelamiento de técnica de respiración
<b>10</b>	Metas de vida y muestra de abstinencia	Identificar 3 metas de vida Realización de muestra de abstinencia por 1 mes	Calificar distintas áreas de vida para identificar dónde presenta menos satisfacción. Entrega de folleto de metas de vida.
<b>11</b>	Realización de actividades alternativas	Organizar tiempos para realizar otras actividades como pintar, hacer ejercicio y salir con la familia	Proponerse periodos de tiempo más pequeños y realizarlo con mayor frecuencia
<b>12</b>	Habilidades de comunicación	Explicación de tipos de comunicación	Entrega de folleto de habilidades de comunicación
<b>13</b>	Habilidades de comunicación	Modelamientos y ensayos conductuales para pedir ayuda y realizar críticas positivas	Modelamientos y ensayos conductuales
<b>14</b>	Solución de problemas	Explicación de método de solución de problemas	Identificación de tres problemas
<b>15</b>	Solución de	Practicar los pasos	Organización de tiempos

	problemas		acortándolos y realizándolos con mayor frecuencia
<b>16</b>	Prevención de recaídas	Realización de planes de acción	Identificación de precipitadores de consumo
<b>17</b>	Prevención de recaídas y muestra de abstinencia	Realización de planes de acción y nueva muestra de abstinencia por 1 mes	Identificación de precipitadores de consumo

### **Intervención**

Las sesiones se realizaron con el mayor apego al esquema, sin embargo uno de los mayores obstáculos es que el usuario no identifica emociones ni sensaciones físicas, por lo que se realizaron varias sesiones de análisis funcional con la finalidad de que encontrara la relación funcional de su conducta de consumo con las situaciones, pensamientos y emociones involucrados con ingerir alcohol y así encontrar el reforzamiento proporcionado por consumir. También se dieron sesiones adicionales a emociones ya que no identifica emociones, ni por descripción física, ni por nombre.

### **Caso 2: Paulina**

#### **Descripción del usuario y motivo de consulta**

Usuaría de 22 años acude al centro para dejar de consumir tabaco principalmente por salud, debido a que indica enfermarse de las vías respiratorias continuamente. Refiere que ha fumado desde los 15 años y que su consumo ha ido en incremento, comenzó con 1 cigarro y progresivamente alcanzó los siete u ocho cigarros diarios, cuando toma alcohol se acaba una cajetilla de 20 cigarros. Consume alcohol una o dos veces por mes y toma hasta alcanzar la

embriaguez, refiere que combina tipos de alcohol por ejemplo, comienza tomando cerveza y luego consume vodka, tequila y whiskey aunque menciona que no representa un problema para ella. También refiere haber probado la cocaína en polvo en repetidas ocasiones y que le gusta la sensación de euforia que le provoca, sin embargo tiene 1 año que no la consume ya que esta se la regalaban sus amigos y vecinos de la casa de sus padres en Ecatepec y al mudarse cerca de la facultad de derecho ha perdido contacto con ellos. La usuaria refiere que estando cerca de sus amigos le dan ganas de consumir y si ha mantenido distancia, es precisamente por esta situación.

Actualmente vive en una casa de estudiantes, en la misma se encuentra la cafetería donde labora. Trabaja de lunes a viernes de cinco a ocho horas, los sábados asiste a la facultad de derecho de la UNAM, que cursa en sistema abierto, indica que no quería estudiar esa carrera pero como fue la asignada decidió continuarla pero lo que ella quiere estudiar es trabajo social, decidió continuar con la carrera de derecho porque ella quería pertenecer a la UNAM.

La usuaria es la hija menor de cinco, tiene dos hermanas y dos medias hermanas su padre es estilista y su madre es ama de casa. Menciona que desde su infancia a su madre la percibe como ausente ya que trabajaba, la que identifica como cuidadora primaria es su hermana mayor Sara.

En su familia percibe que no hay reglas claras y ha podido hacer siempre su voluntad, indica que en casa el consumo de las sustancias no es mal visto, ella puede fumar y tomar sin que le llamen la atención aunque no conocen de su consumo de cocaína. La figura principal de autoridad para ella es su padre, al cual lo describe como una persona que sabe muchas cosas y tiene una actitud positiva. Por esta razón indica que es muy importante mantener una imagen con su padre, menciona que esta imagen es de alguien centrada, que sabe lo que quiere, que no genera apegos con las personas y que pone límites en sus relaciones.

La usuaria percibe que en casa no hubo reglas para el consumo de las sustancias ni fue mal visto, por lo que cuando fuma o toma no hay consecuencias negativas. También percibe que no ha tenido supervisión desde pequeña por lo tanto, ha podido realizar muchas actividades que no están permitidas. Es decir en su familia hay reglas pero no hay consecuencias si no se cumplen.

El consumo de sustancias que tiene la usuaria esta reforzado principalmente por la convivencia social y la euforia provocada por el efecto farmacológico de las mismas; asimismo se encuentra reforzado para evitar estados de ansiedad o enojo principalmente detonados por la discrepancia entre la expectativa que tiene sobre sus metas y en lo que actualmente se encuentra.

Sin embargo es sensible a la opinión que tienen los demás hacia ella, indica que actualmente donde vive es “mal visto” que fume y por lo tanto tiene un perímetro delimitado para no consumir de dos calles a la redonda de su casa. También menciona que siempre busca destacar y recibir elogios por sus acciones menciona “quiero caerle bien a las personas”.

***Formulación de caso clínico***

En la Tabla 2.1 se muestran las principales variables involucradas en el consumo de sustancias.

**Tabla 2.1. Mapa clínico de patogénesis**

<i>Variable Distal</i>	<i>V. Antecedente</i>	<i>V. Orgánica</i>	<i>V. Respuesta</i>	<i>V. Consecuencia</i>
Percepción de madre ausente	Estar con amigos de la adolescencia	Fluoxetina	Consumo de tabaco, alcohol	Violencia en el noviazgo
Cuidado principal a cargo de	Consumir alcohol	Sertralina	marihuana y cocaína	Perder un año

hermana mayor				escolar debido al consumo y faltas en clases
Permisividad de consumo de sustancias en la familia	Dificultades con parejas sentimentales violencia (golpes, insultos y celos)	Dificultad en el control de la ansiedad y enojo	Conductas sexuales de riesgo (sexo sin protección, actividad sexual con diferentes personas y bajo el consumo de drogas como alcohol y cocaína)	Tener dificultades para establecer una relación sentimental
Percepción de pocas reglas en casa	Dificultades académicas (orientación vocacional)	Déficit en habilidades de comunicación y solución de los problemas		
Percepción de imagen segura, centrada y fuerte con su padre y hermanas	Estar en una carrera que no es su primera opción			
Conductas de evitación ante problemas				

### Resultados de evaluación

En la Tabla 2.2 se muestran los resultados de evaluación antes, durante y después del tratamiento. Los resultados indican una disminución en la sintomatología tanto ansiosa como depresiva.

**Tabla 2.2. Resultados de evaluación**

<i>Aplicaciones</i>	<i>Pre-tratamiento</i>	<i>Post-tratamiento</i>	<i>Seguimiento</i>
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Moderado (16/63 pts.)	Leve (7/63 pts.)	Mínima (3/63 pts.)

Inventario de depresión de Beck (BDI)	Moderado (24/63 pts.)	Leve (14/63 pts.)	Mínima (6/63 pts.)
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)	Tabaco: 16 pts. Consejo Breve Alcohol: 26 pts. Intervención Breve Cannabis: 3 pts. Consejo Breve Cocaína: 6 pts. Consejo Breve		No aplica
Indicadores de dependencia DSM-V	5 puntos Moderado	3 puntos Leve	0 puntos No presenta dependencia

En el caso de esta usuaria su motivo de consulta era dejar de consumir tabaco, refería que no tenía problemas con su forma de consumir alcohol. No obstante en el discurso de la usuaria, algunas situaciones que involucraban el consumo de otras drogas como cocaína o aumentaban el consumo de tabaco era el consumo de alcohol. En la figura 2.3 se muestran las principales situaciones de consumo de alcohol siendo la más alta el consumo social, probando autocontrol y con menor puntaje pero siendo por encima del 50% están las emociones desagradables. Estos datos indican que el consumo de alcohol tiene situaciones de riesgo más altas incluso que las situaciones relacionadas con el consumo de tabaco que se muestran en la Tabla 2.5.

**Tabla 2.3. Resultados ISCA**

<i>Situaciones de riesgo</i>	<i>Pre tx.</i>	<i>Post tx.</i>	<i>Seguimiento</i>
Emociones desagradables	63%	0%	0%
Consumo social	95.8%	8.3%	33%
Probando autocontrol	90.5%	14.3%	10%

### **Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) Alcohol**

**Tabla 2.4. Resultados CCS**

<i>Situación o evento</i>	<i>Pre tx.</i>	<i>Post tx.</i>	<i>Seguimiento</i>
Emociones desagradables	50	80	100
Malestar físico	20	100	100
Emociones agradables	30	80	90
Probando control	20	70	80
Necesidad física	80	100	100
Conflicto con otros	100	100	100
Presión social	80	80	90
Momentos agradables con otros	60	70	80
Momentos agradables con otros	<b>60</b>	<b>70</b>	<b>80</b>

**ISCD y CCS para Tabaco****Tabla 2.5. Resultados ISCD y CCS antes y después de la intervención**

<i>Situaciones</i>	<i>ISCD</i>	<i>CCS</i>	<i>ISCD</i>	<i>CCS</i>	<i>ISCD</i>	<i>CCS</i>
	<i>Pre tx.</i>		<i>Post tx.</i>		<i>Seguimiento</i>	
Emociones desagradables	60	50	7	70	7	100
Malestar físico	20	20	0	100	0	100
Emociones agradables	87	30	13	90	20	100
Probando control	80	20	0	90	40	90
Necesidad física	89	80	17	100	33	100
Conflicto con otros	36	100	0	100	2	100
Presión social	93	80	7	90	20	100
Momentos agradables con otros	87	60	13	80	27	90

**Consumo de Tabaco**

En el Gráfico 2 se muestran los resultados de los auto-registros de consumo de tabaco de la usuaria. Cabe mencionar que desde que inició el tratamiento dejó de consumir tabaco, lo mismo pasó con el consumo de alcohol. Durante el tratamiento consumió alcohol 3 ocasiones bajo los lineamientos de copas estándar de la OMS.

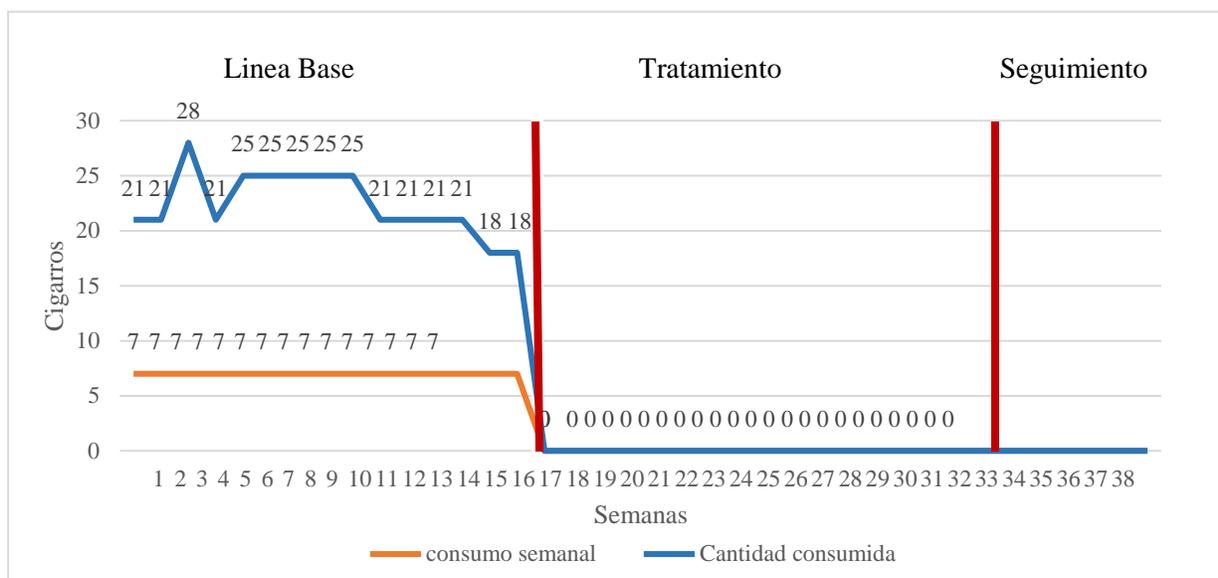


Gráfico 2. Autoregistro de consumo de Tabaco

### Actividades alternativas al consumo

Esta usuaria identificó 15 actividades alternativas al consumo que se fomentaron durante el tratamiento.

1. Trabajo: Esta actividad consiste en tomar pedidos y servir café; es la que realiza regularmente y la más constante. 4.4 veces por semana, 4.7 horas por ocasión.
2. Ejercicio: Esta actividad no la realizaba, antes del tratamiento. Aumentó a 3.2 ocasiones por semana y con duración de 4.8 horas por ocasión. Esta actividad la realizó en cinco de 16 semanas (31.25%).
3. Terapia grupal: 1.4 veces por semanas con duración de 2 horas por ocasión.

4. Meditación: 4 de 16 semanas (25%) con una frecuencia promedio de 1.25 veces por semana con una duración de 2 horas por ocasión.
5. Campamento: 4 de 16 semanas (25%). Una vez por semana con una duración de 6 veces.
6. Cineteca: 4 de 16 semanas (25%). Una vez por semana con duración promedio de 3 horas.
7. Convivencia con la Familia: 7 de 16 semanas (43.75%). Una vez por semana con duración de 12 horas aproximadamente. Principalmente la convivencia es con los padres y su hermana
8. Dormir: 9 de 16 semanas (56.25%). Esta actividad evita que consuma sólo por el hecho de que mientras duerme no consume, no obstante le genera problemas a corto y mediano plazo al aplazar responsabilidades. Tres veces por semana con duración de 4 horas por ocasión.
9. Grupos de oración: 1 vez por semana con duración por ocasión de 3.1 horas
10. Salir en diversos lugares de la CDMX: 7 de 16 semanas (43.75%). Una vez por semana con duración promedio de 3.55 horas.
11. Bailar: se realizó una vez, involucra su motivo de consulta ya que no sale mucho con amigos y realizar actividades sociales es parte de las habilidades a reforzar. Lo realizó una ocasión con una duración de dos horas.
12. Museos: 5 de 16 semanas (31.25%), con duración promedio de 2.4 horas una vez por semana.
13. Socializar con compañeros de casa: 7 de 16 semanas (43.75%), 4 veces por semana con duración de 9.5 horas por ocasión

14. Conciertos de música clásica: 2 semanas de 16 (16.6%), una vez por semana con duración promedio de 3.5 horas por ocasión aproximadamente.

15. Películas: 8 de 16 semanas (50%), con una frecuencia de 1.8 veces por semana con una duración promedio de 4.8 horas por ocasión.

## Análisis Funcional

**Tabla 2.6. Análisis Funcional del Consumo**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
En casa o en la biblioteca de la facultad	No estoy estudiando lo que quería, no estoy avanzando	Ansiedad (me siento hiperactiva, nerviosa, sentir los latidos del corazón)	Fumar cigarro	Inmediata
	No soy feliz	Tristeza		Dejo de pensar, me puedo enfocar en otra cosa como escuchar una canción o ponerme a ver las redes sociales (10 min)
	Necesito relajarme, un cigarro me tranquiliza	(nudo en la garganta)		Corto plazo
				Ya volví a fumar, no puedo dejarlo
				Pérdidas económicas y de salud (me enfermo más seguido de la garganta)

Planes de acción:

- Relajación muscular progresiva
- Distracción de pensamiento (buscar colores)

- Metas pequeñas, realizar la tarea en lugar de pensar en que no va a poder
- Auto-instrucciones “bájate del tren”

En la Tabla 2.7 se muestra un análisis funcional de una conducta que en las sesiones representó dificultades para la usuaria. Como parte del motivo de consulta involucra la realización de actividades, la conducta de dormir en las tardes representaba una conducta que obstaculizaba las demás conductas alternativas al consumo.

**Tabla 2.7. Análisis Funcional de la conducta de dormir en las tardes**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
Cuarto, sola	Debería estar	Frustración	Dormir de 4 a 6	Inmediatas
Terminando de	estudiando pero	(tensión en	horas	Ya no pienso ni
trabajar	no lo estoy	brazos)		siento
Se acuesta a ver	haciendo	Culpabilidad		
redes sociales	No es urgente,	(vacío en el		Corto plazo
(30 min)	aún tengo	pecho)		Ya me atrasé,
	tiempo	Triste		otra vez no hice
	Estoy siendo	Enojo (calor en		nada.
	irresponsable	ambos brazos y		
	Es complicado,	dolor en la		
	es aburrido	espalda)		
	Estoy cansada,			
	ya no hice nada			

### **Plan de Intervención**

**Tabla 2.8. Sesiones de tratamiento**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Tareas</b>
<b>1</b>	Admisión	Entrevista semi-estructurada	Realizar respiración,

		Explicación de respiración diafragmática y su uso	comprar paletas con la finalidad de realizar otra acción similar al consumo
<b>2</b>	Evaluación y continuación de entrevista clínica	Aplicación de instrumentos de evaluación	Explicación y entrega de autorregistro de consumo
<b>3</b>	Evaluación e identificación de variables del mapa clínico	Aplicación de instrumentos	Revisión de autorregistro
<b>4</b>	Evaluación y análisis funcional de consumo de tabaco	Identificación de principales precipitadores de consumo	Folleto análisis funcional de la conducta de consumo. Material anexo PSC
<b>5</b>	Análisis y muestra de abstinencia por un mes	Identificación de costos por consumo y de ganancias al evitar consumir	Relación costo-beneficio del consumo de las drogas (tabaco, alcohol y cocaína)
<b>6</b>	Entrega de resultados	Balance decisional sobre el consumo de cocaína y alcohol	Planes de acción para fechas importantes de consumo
<b>7</b>	Control de emociones ansiedad, enojo y tristeza	Explicación función de emociones y técnicas de distracción, relajación muscular y auto-instrucciones	Anotar principales situaciones donde se le dificulte controlar emoción
<b>8</b>	Metas	Explicación de importancia de metas	Identificar 3 metas terapéuticas: Dejar de consumir tabaco y cocaína, tomar una decisión sobre la escuela y socializar con

			otras personas
<b>9</b>	Solución de problemas	Explicación del método de solución de problemas	Utilizar el método en las 3 metas terapéuticas
<b>10</b>	Habilidades de comunicación	Identificación de emociones en la comunicación	Utilizar técnicas de control emocional
<b>11</b>	Habilidades de comunicación	Objetivo de la comunicación Modelamientos y ensayos conductuales de las habilidades de comunicación (lenguaje verbal y no verbal)	
<b>12</b>	Organización del tiempo libre	Realización de reglas para el cumplimiento de tareas	Reforzarse con salidas al cine y comida
<b>13</b>	Renovación de muestra de abstinencia	Remarcar la importancia del tiempo sin consumo y ver los avances	Segunda muestra por 3 meses
<b>14</b>	Solución de problemas	Orientación vocacional	Opción elegida de posibilidad de estudiar segunda carrera
<b>15</b>	Metas de vida	Estructurar secuencia de pasos para lograr metas	Terminar la carrera en derecho o en trabajo social Buscar práctica en derecho para conocer si la practica le atrae
<b>16</b>	Prevención de recaídas	Identificación de principales situaciones de consumo, remarcar la importancia de realizar otras actividades	Poner en práctica las técnicas que más le funcionan

## **Intervención**

Durante las sesiones de tratamiento acudió puntual a todas sus sesiones, cumpliendo las tareas y realizando más actividades de las acordadas en sesión. Esta usuaria es sensible al reforzamiento positivo, lo cual genera dos hipótesis con respecto a su comportamiento en sesión: que si realizaba las tareas y dejó de consumir el tiempo que refería o que es posible que mintiera para recibir algún tipo de elogio. Por lo comentado en sesiones, un factor que regulaba su conducta es el elogio o el reforzamiento social en forma de atención. Un avance que tuvo fue mejorar su habilidad para comunicarse con otros y también platicar más sobre sus actividades con sus padres. La usuaria consiguió la remisión temprana de consumo de tabaco. Del consumo de alcohol si consumió pero 2 copas a 3 por ocasión como lo establecen los criterios de la OMS.

### **Caso 3: Erika**

#### **Descripción del usuario y motivo de consulta**

Mujer de 35 años con Licenciatura en Pedagogía que actualmente está en proceso de titulación de la maestría mediante tesis. Actualmente labora en la facultad de Odontología realizando cursos en línea y semi-presenciales para los estudiantes y personal académico. Acude a terapia para dejar de consumir tabaco ya que fuma desde los 18 años y actualmente fuma entre 20 y 25 cigarros diarios. Indica que para dejar de consumir ha realizado dos intentos previos, el primero de ellos fue hace 2 años en un Centro de Prevención en Adicciones (CAPA) y duró 3 meses, el segundo intento lo realizó hace un año por cuenta propia y duró sin consumo 6 meses. La usuaria indica que fuma porque la mantiene tranquila y le ayuda a concentrarse para poder trabajar.

Erika es la segunda hija de tres, tiene un hermano mayor de 39 años que trabaja en una tienda y tiene una hermana menor de 28 que es contadora. Los tres son hijos del mismo

matrimonio el cual está conformado por Francisco que es obrero y Rosa que es trabajadora Doméstica. Actualmente está casada con Antonio de 36 años que es chofer particular.

Erika indica que en casa quien ponía las reglas era mamá, sin embargo su padre era quien ponía los castigos o las reprimendas, refiere que no eran golpes pero eran castigos como no ver la tele o quitarle cosas agradables. No obstante la usuaria indica que cuando su papá se enojaba con ella le daba miedo y percibía tensión en la casa por lo que indica “si cumplo con las cosas, mi papá no se enoja y no hay tensión en la casa”. Durante su trayectoria académica ha sacado buenas notas e indica que las cosas deben hacerse perfectas, idea reforzada cuando sus papás le hacían elogios cuando realizaba bien las cosas. Actualmente esta situación repercute en su problemática actual ya que el principal estresor de Erika es el trabajo ya que indica “tengo que fingir que sé, cuando no entiendo”, además refiere que trabaja la mayor parte del día y no puede dedicar tiempo ni a su familia ni a su tesis de maestría.

### Mapa clínico

En la Tabla 3.1 se muestran las variables involucradas en el consumo de sustancias.

**Tabla 3.1. Mapa clínico de patogénesis**

<i>Variable Distal</i>	<i>V. Antecedente</i>	<i>V. Organísmica</i>	<i>V. Conducta</i>	<i>V. Consecuencia</i>
Cumplir reglas por medio de castigo positivo (reprimendas) y castigo negativo (quitar algo agradable).	Dificultades en la realización de su trabajo o tesis “no comprender el tema” Discusiones con su esposo ya que “es muy lento y	No cuenta con estrategias para controlar las emociones ansiedad, enojo y tristeza principalmente	Fumar tabaco Morderse las uñas o los labios	Inmediatas reducción de la ansiedad Mediano y largo plazo Culpa, esconderse de su

Reforzamiento de conductas socialmente aceptadas como tener buen desempeño en la escuela, cumplir con los criterios de los padres para no molestarlos.	tarda en hacer las cosas” Dificultades en la carga laboral o en el trabajo de equipo	Pensamiento catastrófico Búsqueda de la perfección Lectura de pensamiento Tratamiento farmacológico durante las sesiones: Citalopram (antidepresivo) Hidroxicina (ansiolítico)	esposo para fumar, discusiones en casa por este hábito. Proceso de trabajo estresante y demandante 12 horas al día máximo, los 7 días de la semana. No avanzar con la tesis.
--	---	---	---

### Resultados de evaluación

En la Tabla 3.2 se muestran los resultados de la evaluación pre- tratamiento y post- tratamiento, los datos indican que disminuyó la sintomatología ansiosa y depresiva; en los instrumentos para identificar el nivel de dependencia no se aplicó post debido a que estos ayudan a saber qué tipo de tratamiento brindar.

**Tabla 3.2. Instrumentos de evaluación**

<i>Instrumento</i>	<i>Pre- tratamiento</i>	<i>Post- tratamiento</i>
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):	Severa	Leve
Inventario de Depresión de Beck (BDI):	Moderado	Mínima

Test Fagerström de dependencia a la nicotina	Dependencia alta	No aplica
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)	Para tabaco: Intervención intensiva. Para alcohol: Consejo Breve. Para marihuana: Consejo breve.	No aplica
Indicadores de dependencia DSM-V	Trastorno por consumo de Tabaco grave (F17.200) [305.1]	No aplica

### **Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA)**

En la Tabla 3.3 se muestran las principales situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, los datos indican que el consumo social es el de mayor riesgo de los tres, sin embargo el porcentaje no es alto (12.5%).

**Tabla 3.3. Resultados de ISCA**

<i>Situaciones</i>	<i>Porcentaje de riesgo</i>
Emociones desagradables	<b>0</b>
Consumo social	<b>12.5%</b>
Probando auto-control	<b>0</b>

### **Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) Alcohol**

En la Tabla 3.4 se muestra el nivel de auto-eficacia que percibe la usuaria para resistirse al consumo de alcohol. Donde presenta mayor percepción de auto-eficacia es bajo emociones

agradables, sin embargo donde presenta menor auto-eficacia es cuando existen conflictos con otros, bajo emociones desagradables y por necesidad física es decir, bajo malestar físico.

**Tabla 3.4 Resultados CCS**

<i>Situación o evento</i>	<i>Porcentaje</i>
Emociones desagradables	10
Malestar físico	90
Emociones agradables	100
Probando control	80
Necesidad física	20
Conflicto con otros	0
Presión social	40
Momentos agradables con otros	90

**Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) y Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) para consumo de tabaco**

En la Tabla 3.5 se muestra tanto las principales situaciones de riesgo como el nivel de auto-eficacia para el consumo del tabaco que es la sustancia de impacto. Los datos muestran que en la medición inicial, es decir, antes de tratamiento la principal situación de riesgo fue bajo emociones desagradables, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros; esto se corroboró con la información obtenida en las sesiones donde refería consumir para evitar estados emocionales desagradables. Por otra parte, el nivel de autoeficacia es alto para probando autocontrol, emociones desagradables y donde menos confianza presenta es bajo emociones desagradables y malestar físico. En la evaluación post- tratamiento se observa que la autoconfianza aumentó y las situaciones de riesgo disminuyeron, lo que indica un buen pronóstico de remisión al tabaco.

**Tabla 3.5. Resultados ISCD y CCS antes y después de la intervención**

	<i>ISCD</i>	<i>CCS</i>	<i>ISCD</i>	<i>CCS</i>
<i>Situaciones</i>	<i>Pre tx.</i>		<i>Post tx.</i>	
Emociones desagradables	93	0	23	80
Malestar físico	30	10	3	100
Emociones agradables	7	90	7	100
Probando control	40	100	7	100
Necesidad física	39	30	6	50
Conflicto con otros	71	10	5	90
Presión social	67	90	0	60
Momentos agradables con otros	60	80	0	100

En el Gráfico 3.1 se muestra el patrón de consumo de tabaco antes, durante y después del tratamiento. Los datos indican que la usuaria tuvo una disminución gradual excepto por una ocasión donde tuvo un conflicto con una compañera por lo que en la semana fumó hasta 85 cigarros; otra cuestión a resaltar es que en el seguimiento tuvo una remisión espontánea, es decir, de un momento a otro dejó de consumir y se ha mantenido así durante un mes.

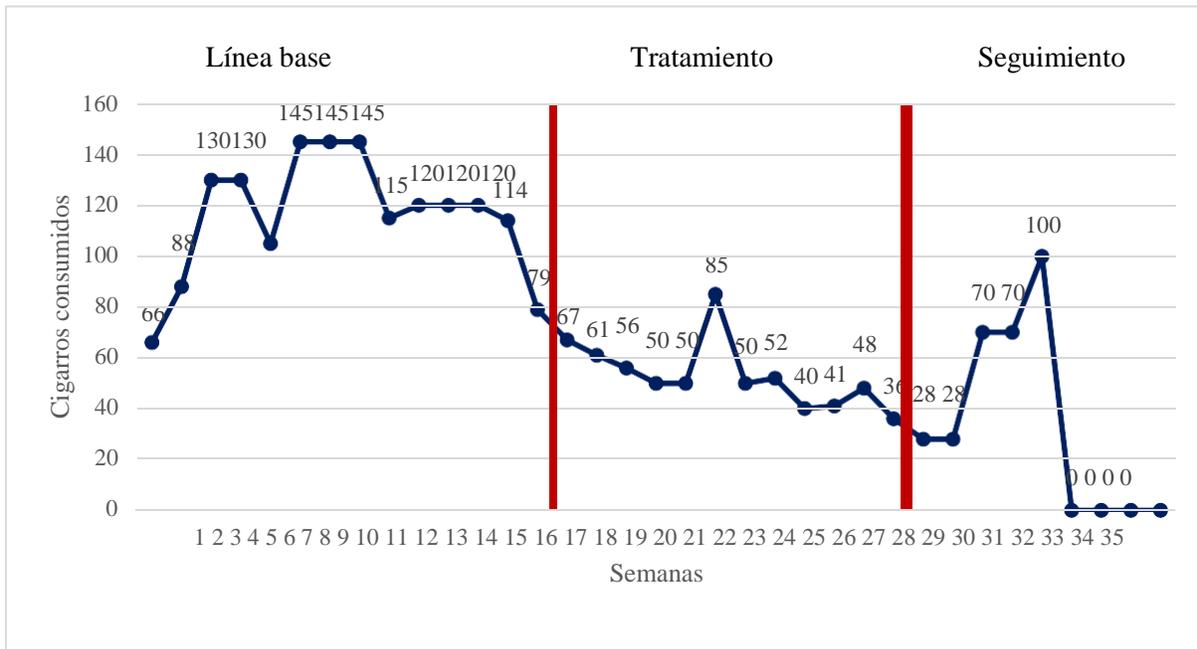


Gráfico 3.1. Cantidad Consumida

En el Gráfico 3.2 se muestra el consumo por ocasión.

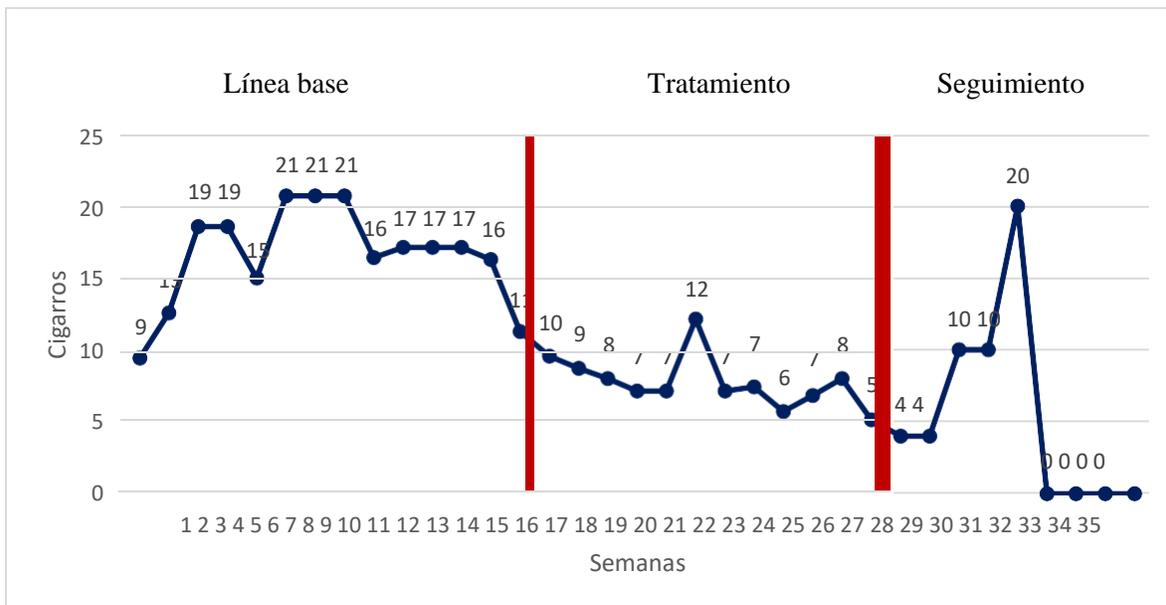


Gráfico 3.2. Promedio de consumo por ocasión

### Actividades alternativas al consumo

Las actividades que la usuaria reportó podrían ayudar a no consumir tabaco son 10 actividades

que se presentan a continuación:

1. Trabajar: Esta actividad es la que demanda más tiempo de la usuaria, aunque trabaja de lunes a viernes, Erika reportó que trabajaba los siete días de la semana. Antes de comenzar con la intervención la usuaria trabajaba por periodos de 10 a 12 horas al día, que distribuía en la oficina las 8 horas de trabajo y en casa con las horas restantes. Esta actividad es primordial en su contexto de la usuaria, debido a que el inadecuado manejo del estrés provocado por la carga laboral autoimpuesta, es lo que convertía a esta conducta en detonante de consumo. Como se muestra en la Tabla 4.6, la usuaria tenía una serie de complicaciones durante la realización de su trabajo y parte de la modificación de esta conducta fue acortar los tiempos para trabajar; esto se realizó debido a que la usuaria tenía una regla: “no me levantaré de mi lugar hasta que termine con el trabajo”, por lo que se mantenía sentada trabajando por horas aunque no avanzara, actividad que complementa con fumar. Durante la intervención la usuaria disminuyó esta conducta a (5.5) veces por semana, también disminuyó en duración a (45.5) horas semanales lo que es aproximadamente (9.1) horas por día, de lunes a viernes que es su horario establecido de trabajo. La reducción y optimización de tiempos en lo referente al trabajo, promovió la realización de las demás conductas.
2. Correr: Esta actividad no la realizaba antes de iniciar con la intervención. La usuaria reporta que su trabajo le demanda estar sentada o limitada de activación física y junto con el consumo de tabaco, refiere le había afectado en su condición física. Identificaba que actividades como subir escaleras o caminar y platicar, requerían esfuerzo para ella además de que se sofocaba al realizarlas. Esta actividad durante las 12 semanas de tratamiento lo realizó en seis de ellas (50%). Con una frecuencia promedio de 2.1 veces por semana con un tiempo promedio de 2.3 horas por ocasión. Esta actividad la realizaba

mientras escuchaba música, la usuaria refiere que le ayudaba a dejar de pensar en los problemas (detonante de consumo). Por lo que es actividad física y distracción de pensamiento.

3. Convivencia Familiar: Esta conducta refiere a pasar tiempo en alguna actividad con sus padres o con su esposo. La usuaria menciona que no tenía tiempo para hacer actividades con su esposo como salir a comer, de paseo, cine, etc. Con sus padres convivía una vez al mes aproximadamente, al igual que con sus suegros. Esta actividad aumentó en frecuencia a 1.9 veces por semana, con una duración promedio de 13.41 horas semanales/ 6.7 horas por ocasión.
4. Ver la televisión: Esta actividad, contribuye a mantenerse sin consumo debido a que ver televisión, lo realizaba en la noche, con su esposo y antes de dormir. La modulación de la conducta de fumar mientras ve televisión funcionaba por la presencia del esposo, ya que no fumaba en presencia de él y parte del motivo de consulta de la usuaria es que tenían discusiones constantes por su consumo. Esta conducta aumentó a un promedio de 4 veces por semana con una duración promedio de 4.8 horas por ocasión.
5. Aseo del hogar: Esta actividad también aumentó en frecuencia, en un principio la actividad fue complementaria al consumo, es decir, podía limpiar mientras fumaba. No obstante, durante la intervención se realizó la regla de no fumar mientras hace el aseo. De acuerdo con el reporte de la usuaria, mientras hacia el aseo no consumió tabaco. La actividad la realizó ocho de las 12 semanas de tratamiento, con una frecuencia de 1.5 veces por semana y con una duración aproximada de 2.75 horas por ocasión.
6. Arreglo personal: El aspecto personal de la usuaria es una conducta que puede corroborarse en la asistencia a las sesiones donde el aliño personal mejoró, al principio de

las sesiones el aliño y arreglo personal era bajo y en las sesiones subsecuentes fue mejorando. El aumento de esta conducta se dio a 3 veces por semana con una duración de 2.75 horas por ocasión.

7. Ver Películas en Casa: Esta conducta aumentó a 1.8 veces por semana y la realizó cinco de las 12 semanas de tratamiento (41.6%). Por ocasión el tiempo promedio que le dedicaba a ver películas fue de 4 horas.
8. Realizar la Tesis: Esta actividad no la realizaba antes de iniciar el tratamiento. De hecho, cuando la realizaba aumentaba su consumo de cigarros hasta a 25 por ocasión. Fomentar esta conducta se realizó por medio de estructuración de tiempos cortos pero de trabajo continuo. Y consistió en estructurar y tener un plan de trabajo, avanzar en temas específicos. La actividad se realizó durante tres semanas consecutivas al final de la intervención, con una frecuencia semanal de 1.6 veces con una duración de 6.6 horas por ocasión.
9. Convivencia con amigos: Esta actividad no la realizaba antes del tratamiento debido a que la mayor parte del tiempo la ocupaba en actividades del trabajo, sin embargo, durante la intervención aumentó a 1 vez a la semana al finalizar la intervención, con una duración de 2 horas.
10. Preparar cosas para el día siguiente: Parte de la optimización en tiempos de cada día consistía en acomodar o preparar las cosas que ocuparía para el día siguiente, hacer la comida o preparar material. Esta actividad la ayudaba a mantenerse sin consumo porque refiere, se entretiene en otra cosa y no piensa en fumar. Esta actividad aumentó a 2.3 veces por semana, solo se realizó al final de la intervención en tres semanas; la actividad se realizó durante 2 horas por ocasión.

## Análisis funcional

En la Tabla 3.6 se muestra la principal situación de riesgo donde el consumo de tabaco es mayor.

**Tabla 3.6. Análisis Funcional del consumo de tabaco**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
Sola en casa, en el estudio, frente a la computadora. Trabajar sobre el diplomado y con la tesis. “Atorarme” tener duda sobre algo	No sabes No vas a poder Qué van a pensar los demás de mí Impostora, fiasco Deberías saber muchas cosas y no las sabes	Ansiedad (Sudor en las manos, dolor en el estómago y morderse los labios) Enojo (dolor en el estómago, apretar los dientes y calor en la cara) Tristeza (Ganas de llorar, presión en el pecho y ojos llorosos)	Fumar un cigarro	Me siento mejor Concentrada (deja de pensar en lo anterior) se toma un tiempo fuera de la tarea estresante. Se me quitan las sensaciones Dura aprox. 30 min
Tener al lado los cigarros	Voy a fumar para ver si me desatoro			

Panes de acción para esta situación

- 1) No tener la cajetilla a la mano
- 2) No fumar dentro de casa
- 3) 2 cajetillas por semana (ahorro de 4032 en 6 meses)
- 4) Respiración profunda en momentos donde me atoro

5) Auto-instrucción “cálmate”, “relájate”

**Plan de tratamiento**

**Tabla 3.7. Sesiones de tratamiento**

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas</i>
<b>1</b>	Admisión	Entrevista semi-estructurada Explicación de respiración diafragmática y su uso	Realización de respiración.
<b>2</b>	Evaluación y continuación de entrevista clínica	Aplicación de instrumentos de evaluación	Explicación y entrega de autorregistro de consumo
<b>3</b>	Evaluación e identificación de variables del mapa clínico	Aplicación de instrumentos	Revisión de autorregistro
<b>4</b>	Evaluación y análisis funcional de consumo de tabaco	Identificación de principales precipitadores de consumo Planes de acción Identificar riesgos mediante conductas de no consumo	Folleto análisis funcional de la conducta de consumo. Material anexo PSC
<b>5</b>	Entrega de resultados y metas de vida cotidiana	Identificación de costos por consumo y de ganancias al evitar consumir	Identificación de metas de tratamiento: Dejar de consumir tabaco, terminar con la tesis y hábitos personales: levantarse temprano y hacer ejercicio.
<b>6</b>	Control de emociones (ansiedad, enojo,	Función e identificación de emociones, técnica de distracción de pensamiento,	Realizar cada ejercicio en situaciones identificadas como de riesgo.

	tristeza)	autoinstrucción, tiempo fuera, relajación muscular progresiva Re-estructuración cognitiva	
7	Organización de tiempo libre	Estructuración de tiempo libre, periodos más cortos de tiempo pero más consistentes	Cambiar el tiempo dedicado a cada tarea a fin de no forzarse
8	Solución de problemas	Explicación del método de solución de problemas	Utilizar el método en las 3 metas terapéuticas
9	Solución de problemas	Revisión de la tarea	Utilizar nuevas estrategias para situaciones no deseadas “plan B”
10	Control emocional	Identificación de emociones en la comunicación	Utilizar técnicas de control
11	Habilidades de comunicación	Objetivo de la comunicación Modelamientos y ensayos conductuales de las habilidades de comunicación (lenguaje verbal y no verbal)	
12	Habilidades de comunicación	Establecer acuerdos y realizar críticas	Modelamientos y ensayos conductuales.

### **Intervención**

Durante las sesiones de tratamiento la usuaria acudió a todas sus sesiones puntualmente, cumplió con las tareas asignadas y realizaba todas las indicaciones. Uno de sus avances más importantes fue a nivel cognitivo porque pudo frenar pensamientos catastróficos sobre su persona y comenzó a incrementar su auto-eficacia no sólo en lo referente al consumo, también incrementó en el ámbito profesional y laboral. En lo conductual se reporta que dejó de consumir tabaco en las primeras horas de la mañana, mismo indicador que permitió continuar con la

intervención y no canalizarla a un nivel superior ya que cuando existe una dependencia grave a la nicotina, no pueden suspender el consumo por más de 90 minutos, y de acuerdo con sus auto-registros su primer cigarro lo fumaba alrededor de las 11 de la mañana, comenzando su día a las 8 a.m.

Una de las dificultades que se presentaron durante la intervención fue ajeno al tratamiento ya que un familiar se accidentó y tuvo que acudir a cuidarlo, cabe mencionar que en el hospital podía fumar porque su familia fuma, sin embargo no lo realizó en la misma intensidad. También se accidentó su hermana menor de gravedad por lo que ante esta situación aumentó al consumo inicial, no obstante realizó un pacto con su hermana que consiste en que si salía de terapia intensiva ella dejaba de fumar y así fue, por lo cual logró la remisión espontanea en la última semana de contacto con la usuaria.

#### **Caso 4: Alejandro**

##### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Usuario masculino de 43 años acude a tratamiento para dejar de consumir alcohol. Acude en condiciones de aliño con poca higiene personal, edad aparente concuerda con edad cronológica; presenta temblor ligero en las manos, con habla poco fluida, tono de voz bajo y en ocasiones tartamudea, para expresar ideas divaga es decir no tiene una secuencia, de una idea cambia a otro tema por lo que hay que direccionarlo para terminar de expresar ideas.

Acude a tratamiento mencionando que tiene problemas con su esposa principalmente por su consumo frecuente de alcohol, también indica que desde Noviembre se han intensificado los problemas entre ellos, por esta misma situación ha incrementado el consumo. Otro motivo por el que acude a tratamiento es su salud ya que refiere que no quiere morir y le preocupa su estado

físico actual (inflamación del estómago y pérdida de apetito). El tercer motivo es su economía, ya que actualmente trabaja en ventas de televisión por cable, identifica que esto es un problema para él porque “es su propio jefe” y sólo trabaja para tener suficiente dinero para consumir y como es un trabajo donde tiene que andar de casa en casa, es “fácil ir a comprar una botella”. Actualmente trabaja 6 horas de lunes a domingo.

### **Historia del consumo**

El usuario refiere que desde hace 15 años aproximadamente consume alcohol en cada fiesta o cada fin de semana y desde hace 1 año lo realiza con mayor frecuencia y en mayores cantidades; identifica que desde Noviembre el consumo es cada tercer día. Menciona que el día 13 de Febrero, un día antes de la entrevista inicial consumió medio litro. Menciona que antes no consumía licor “barato” como el de caña, pero debido al consumo y a los diferentes problemas que este le ha ocasionado, ha recurrido al consumo de este tipo de alcohol.

Indica que durante toda su vida ha tenido problemas para comunicarse con otras personas, se considera una persona tímida y por lo mismo refiere que le es más sencillo cuando está alcoholizado; con su esposa menciona que el consumo le ayuda a expresar cariño y evadir conflictos dejando pasar los conflictos maritales. Indica que tiene dificultades para regular su carácter y es consciente que ante cualquier emoción intensa consume. Refiere como un detonante importante la muerte de su padre el 4 de Julio del 2017, este hecho le genera culpa principalmente porque cuando su padre estaba enfermo en el hospital días antes de fallecer buscó despedirse de todos sus familiares y Alejandro llegó alcoholizado a despedirse lo cual generó molestia de sus familiares, en especial de su madre, quien refiere aún se lo recuerda. Actualmente este evento le causa remordimiento y es detonante de consumo. Ha acudido a los grupos de ayuda mutua alcohólicos anónimos (AA) desde hace un año, Alejandro se expresa de

sí mismo como enfermo alcohólico y en ocasiones utiliza términos de la literatura de AA como “auto-conmiseración” que se refiere a una disposición persistente a la desdicha, la desgracia, la culpa y enfocarse en el problema ocasionado por uno mismo. Actualmente vive con la familia de su pareja, en el mismo terreno viven los padres y hermanas de su pareja, lo cual también le genera problemas porque refiere “me desespero fácilmente porque siempre hay mucho ruido”.

***Formulación de caso clínico***

En la Tabla 4.1 se muestran las variables relacionadas con el consumo de alcohol del usuario, en él se identifican y se organizan elementos que están modulando el consumo y dan información sobre qué trabajar en las sesiones.

**Tabla 4.1. Mapa clínico de Patogénesis**

<b>Variable Distal</b>	<b>Variable Antecedente</b>	<b>Variable Organísmica</b>	<b>Variable Repuesta</b>	<b>Variable Consecuencia</b>
Muerte del Padre	Conflictos con la pareja	Habilidades Sociales deficientes Percibirse como incapaz Reprocharse Culpa		Consecuencias inmediatas: Disminución de los estados emocionales intensos
	Problemas en el trabajo	Medicamentos: Topiramato y Fluoxetina	Consumo de alcohol	Evitación de conflictos en lo social, familiar y laboral
	Dificultades con madre			Consecuencias a mediano y largo plazo: Pérdida de trabajo y problemas de salud (taquicardias constantes)

## Resultados de Evaluación

En la Tabla 4.2 se muestran los instrumentos aplicados en la fase de pre-tratamiento evaluando aspectos emocionales, nivel de dependencia física a la sustancia así como el cotejo con los indicadores del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y el nivel de intervención propuesto por la Organización mundial de la Salud (OMS) basado en el patrón de consumo.

**Tabla 4.2. Instrumentos aplicados en la intervención**

<i>Instrumento</i>	<i>Pre- tratamiento</i>
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):	Severo
Inventario de Depresión de Beck (BDI):	Severo
Escala de Dependencia al alcohol (EDA)	Dependencia Baja
Indicadores de dependencia DSM-V	Trastorno por consumo de alcohol grave (F10.20) [303.90]
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)	Nivel de intervención: -Tabaco: intervención breve -Alcohol: Tratamiento intensivo

## Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

En la Tabla 4.3 se muestran las tres principales situaciones de consumo de alcohol para el usuario, de acuerdo con este instrumento, la situación de mayor riesgo es la que está relacionada con emociones desagradables (71.4%) que concuerda con la historia de consumo de alcohol ya que principalmente consume para evitar estados emocionales intensos como ansiedad, preocupación y enojo. La segunda situación es probando autocontrol (61.9%) representando en

sesiones con pensamientos que permiten el consumo como “solo una copa”; por último el consumo social (54.2%) se identifica con otros usuarios de la agrupación AA con quienes mantiene relación y la cual, cada vez que los encuentra le ofrecen alcohol.

**Tabla 4.3. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)**

<i>Situaciones</i>	<i>Porcentaje de riesgo</i>
Emociones Desagradables	74.1%
Consumo Social	54.2%
Probando autocontrol	61.9%

### **Línea Base Retrospectiva (LIBARE)**

En la tabla 4.4 se muestra el patrón de consumo de los últimos 3 meses antes de la intervención, el consumo se mide con la Unidad de Bebida Estándar (UBE) utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde una unidad estándar o copa estándar equivale a una cerveza de 341 ml, una copa de vino de 142 ml o una copa de destilado de 43 ml. Este usuario está consumiendo por ocasión alrededor de 750 ml de destilado por lo que son aproximadamente 17 copas estándar.

**Tabla 4.4. LIBARE Consumo de Alcohol**

<b>Unidades totales de consumo</b>	838
<b>Promedio consumo</b>	17.44
<b>Promedio semanal</b>	69.76
<b>Días de consumo</b>	31
<b>Días de abstinencia</b>	153

### **Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)**

En la Tabla 4.5 se muestran las principales situaciones donde el usuario identifica mayor autoconfianza, es decir mayor creencia de que puede manejar las demandas contextuales sin recurrir al consumo. Cabe mencionar que todas las situaciones tienen una baja autoeficacia ya que siete de las situaciones tienen puntuación de 50% para abajo, la situación más alta donde presenta confianza es en malestar físico.

**Tabla 4.5 Confianza Situacional**

<b>Situación o evento</b>	<b>Porcentaje de certeza</b>
Emociones desagradables	50%
Malestar físico	60%
Emociones agradables	30%
Probando control	10%
Necesidad física	50%
Conflicto con otros	40%
Presión social	30%
Momentos agradables con otros	40%

### **Auto-registro de consumo de alcohol**

En el Gráfico 4.1 se muestra el consumo semanal obtenido mediante los auto-registros semanales, la primera fase de Línea Base (LB) se obtuvo mediante la LIBARE. El usuario disminuyó su consumo llegando a la abstinencia máxima de 7 días. En el gráfico 4.2 se muestran las copas estándar consumidas por ocasión.

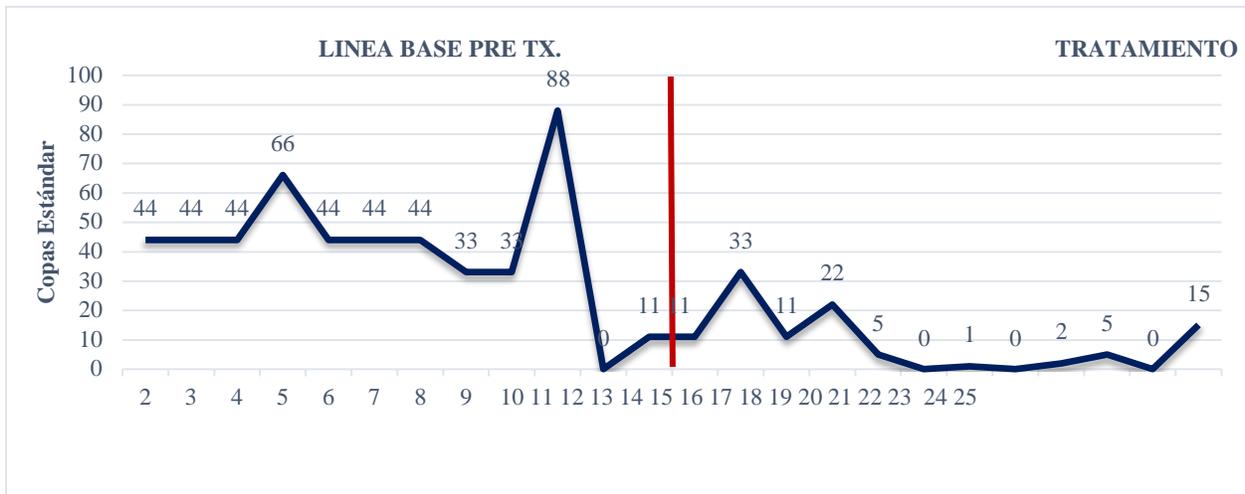


Gráfico 4.1. Autoregistro de alcohol

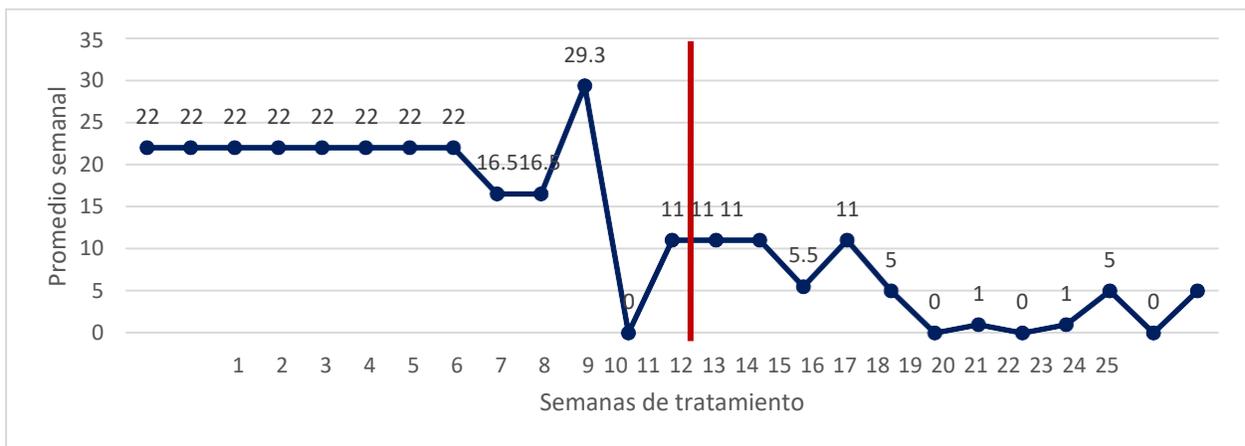


Gráfico 4.2. Promedio Semanal

### Frecuencia de actividades alternativas

Las actividades alternativas se seleccionaron con base en las actividades que pertenecen al repertorio conductual del usuario, es decir, que realizaba antes del consumo o en algún momento de su vida y que el usuario identifica como agradables o distractoras. El usuario identificó 9 conductas que no involucran consumo y que representan un evento agradable:

1. Caminar: es una actividad que no realiza al momento de comenzar con la intervención, menciona que se cansa con rapidez y no hace deporte por escoliosis, sin embargo le gusta

caminar. Generalmente camina en un parque cerca de casa. Esta actividad aumentó hasta 3 veces por semana, con una duración aproximada de 2 horas por ocasión.

2. Leer: esta actividad no la realizaba principalmente porque refería que no comprendía lo que estaba leyendo. Lo que más le llama la atención leer es literatura de Alcohólicos Anónimos (AA). Esta actividad aumentó en frecuencia hasta 3 veces por semana con una duración promedio de 2 horas por ocasión. Generalmente lee en casa, cuando está sólo.
3. El usuario indicó que ver televisión es una actividad que lo distrae, refiere que ve documentales sobre animales o medio ambiente. Sin embargo, indagando sobre esta actividad no es distractora ante situaciones de consumo, por lo tanto no es incompatible y además no presta atención completamente en la actividad. Por lo que refiere el usuario, mira la televisión pero se pone a pensar muchas cosas, entre ellas su situación financiera, de pareja y emocional, esta rumiación de pensamiento es un precipitador de consumo. La frecuencia de esta actividad varia, de las 12 semanas de tratamiento, miró televisión cinco semanas, por dos semanas vio la televisión los siete días y tres de ellas solo la vio de un día a dos con un tiempo promedio de 1.6 horas por ocasión.
4. Asistir al grupo AA: Esto dejó de hacerlo por efecto de violación a la abstinencia que consiste en no retomar el tratamiento por el evento de la recaída. Aumentó su frecuencia a dos veces por semana, con una duración promedio de 3.8 horas por ocasión. En esta actividad, también se identificó riesgo ya que algunas ocasiones se encontró a otros compañeros de la agrupación que continúan en consumo y consumía con ellos.
5. Visitar a su mamá: Esta actividad le ayudaba porque su madre le motiva a mantenerse sin consumo. Además durante el periodo que quedó desempleado le ayudaba

económicamente por trabajos realizados en casa. Esta actividad se realizó en siete de las 12 semanas de tratamiento (58.3%), con una duración promedio de 4.5 horas.

6. Trabajar: Esta actividad le agradaba y ocupaba la mayor parte de su día. Esta actividad se realizó el (41.6%) de las semanas de tratamiento. Durante siete semanas estuvo desempleado. En el primer empleo que tuvo durante el tratamiento trabajaba los 7 días de la semana, con una duración variable que en promedio era de 5.5 horas. Sin embargo, esta conducta es complementaria al consumo debido a que no tenía horario establecido por lo que refería trabajar para obtener el suficiente dinero y luego consumir a modo de premio por trabajar. En el segundo trabajo que tuvo, ya tenía un horario establecido de 8 horas por seis días a la semana. Sin embargo, al ser un trabajo de ventas, el usuario reportó sentir cierta presión para realizar ventas y regresó el consumo a 2 veces por semana/ medio litro de alcohol de caña.
7. Ir a la iglesia: Esta actividad la realizó solo el 16.6% durante las 12 semanas de tratamiento, con una duración promedio de 3.25 horas. Durante la realización de esta conducta no presentó consumo de acuerdo con el reporte verbal del usuario.
8. Trabajos domésticos: Al quedarse sin empleo, Alejandro comenzó a realizar trabajos de pintura y carpintería en casa de su madre, la cual le daba remuneración económica. Esta conducta se realizó cuatro de las 12 semanas de tratamiento (33.3%), debido a que estuvo sin empleo siete semanas el trabajo en casa de su madre lo realizó el 57.14% de las ocasiones. Esta conducta le generaba pensamientos catastróficos respecto a su situación laboral y financiera que a su vez le provocaban estados emocionales desagradables como ansiedad y tristeza, siendo un detonador de consumo. Esto ocurría al momento de

trasladarse a la casa de su mamá; una vez realizando la tarea, se distraía y al terminarla obtenía satisfacción.

9. Búsqueda de trabajo: Esta actividad la realizó dos semanas durante nueve horas. Esta actividad fue de riesgo debido a que al no encontrar trabajo, comenzaba a rumiar pensamientos catastróficos sobre la situación laboral. Aunque se brindaron técnicas para detención de pensamiento, auto-instrucciones y tiempos fuera. Consumió en una ocasión durante la realización de esta actividad.

Lo que muestran estas actividades que el usuario llamó recreativas, es que la mayor parte de las conductas realizadas son complementarias al consumo, es decir, se pueden realizar en combinación al consumo de alcohol. Por lo que propiamente no son conductas alternativas, de acuerdo con el reporte verbal del usuario, el problema de las conductas radica en la iniciación de las mismas, una vez que está involucrado en las tareas, son reforzantes o agradables y fomentan la abstinencia. Sin embargo, el costo de respuesta es más alto y el efecto reforzante presenta mayor latencia que el consumo.

### **Análisis funcional del consumo**

En la Tabla 4.6 se muestran las principales situaciones donde el usuario reporta consumir alcohol y se realizó para cada elemento de análisis un plan de acción que lo ayude a mantenerse sin consumo.

**Tabla 4.6. Análisis funcional del consumo**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
En casa	No he logrado	Ansiedad	Tomar alcohol	Siento el ardor en
Solo	muchas cosas	(sudoración,	(primer trago 3	el estómago y
	No tengo dinero	tensión en el	segundos, 300	garganta

		cuello, hueco en el estómago, desesperación)	ml aprox.)	Dejo de pensar Me tranquilizo
Con su esposa, discutiendo por el consumo	Hago algo bueno y no lo valora, consumo aunque sea poco y me reprocha No me comprende	Enojo (tensión en la espalda, latidos del corazón fuertes, cabeza caliente)	Me alejo de ella, busco estar solo Consumo de alcohol	Me olvido de los problemas, le pido disculpas después de un tiempo (30 min aprox.)
Al realizar una tarea como leer, pintar o colocar entrepaños Presentar dificultades, no entender la lectura o no tener la herramienta	Para leer: no entiendo nada, ya no pienso igual, no puedo recuperar mi vida, para que Para reparaciones: no tengo la herramienta porque la vendí, soy un tonto tenía tantas cosas y las perdí por el alcohol Solo un trago para calmarme	Frustración, enojo (desesperación movimientos rápidos de pies y manos, mucha energía, apretar los puños y mandíbula) Culpa hueco en el estómago, desesperación, ganas de llorar	Consumo de alcohol	Volví a caer, ya no me importa Dejar de pensar, sentir el cuerpo relajado

## Planes de acción

Cuando esté en casa y esté sólo: planear actividades del hogar para hacer, tareas pequeñas y dedicarle 40 minutos. Estas tareas fueron, poner entrepaños y realizar aseo y leer literatura AA que es algo que ya realizaba con anterioridad. Cuando tenga dificultades en realizar alguna tarea realizar respiraciones profundas con relajación muscular progresiva, comenzando con los puños de las manos, seguir con estiramiento de pantorrillas y alzando los brazos mientras se da instrucción de calma, relájate, tú puedes.

Con la esposa se dieron habilidades de comunicación para que se especifique la conducta problema y expresar críticas positivas.

### **Plan de tratamiento**

En la Tabla 4.7 se muestran todas las sesiones de tratamiento con los componentes impartidos en cada sesión.

**Tabla 4.7. Sesiones de tratamiento**

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas</i>
1	Admisión	Entrevista semi-estructurada	No aplica
2	Evaluación Identificación de situaciones asociadas al consumo	Aplicación de instrumentos	Explicación y entrega de autorregistro de consumo
3	Evaluación Identificación de patrón de consumo	Aplicación de instrumentos	Revisión de autorregistro

	anterior a la intervención		
<b>4</b>	Entrega de resultados	Retroalimentación e identificación de pensamientos de consumo	Revisión de autorregistro
<b>5</b>	Análisis Funcional del consumo	Identificación de precipitadores de consumo tanto externos como internos	Realizar identificación de emociones y pensamientos anotándolos en una hoja para discutirlos en sesión
<b>6</b>	Análisis Funcional de consumo	Explicación de la relación entre lo que piensa, siente y hace. Modelo A-B-C	Realizar identificación de emociones y pensamientos anotándolos en una hoja para discutirlos en sesión
<b>7</b>	Control emocional (ansiedad)	Explicación de función de ansiedad y las formas de identificarla	Realización de registro de ansiedad, respiración y relajación muscular progresiva
<b>8</b>	Metas de vida	Explicación de función de enojo y formas de identificarla	Tiempo fuera, distracción de pensamiento y auto-instrucciones positivas
<b>9</b>	Control emocional (enojo, tristeza y ansiedad)	Explicación de función de tristeza y como identificarla	Escribir pensamiento y cuestionar si anteriormente ocurrió así
<b>10</b>	Metas de vida	Explicación de metas de vida, identificar tres metas	Creación de pasos para conseguir metas
<b>11</b>	Habilidades de comunicación	Cómo establecer acuerdos, lenguaje verbal y no verbal	Practicar formas de realizar críticas positivas
<b>12</b>	Habilidades de	Cómo establecer acuerdos, lenguaje verbal y no verbal	Practicar formas de realizar críticas positivas

## **Intervención**

Durante la intervención el usuario acudió a sus citas puntualmente, el aspecto físico mejoró durante las sesiones así como el aliño personal. Un factor determinante en su tratamiento fue la pérdida de empleo ya que este evento precipitó el consumo, además también influyó en la realización de otras actividades puesto que tenía mayor tiempo disponible; una vez que consiguió trabajo dejó de asistir a sus sesiones. La principal dificultad del usuario es que tiene rumiación de pensamiento catastrófico, de un evento concreto como el no entender un párrafo de lectura escalaba a cuestiones más generales como el no sentirse capaz de realizar ninguna actividad por “ser alcohólico”, que por el discurso es algo que aprendió en la agrupación AA y que llama autoconmiseración, es decir, percibirse menos por el hecho de ser alcohólico. Los avances presentados por Alejandro fueron a nivel de percepción debido a que por cada acción que el realizara tenía la idea de obtener un reconocimiento inmediato por comportamiento o al realizar alguna acción esperaba un cambio inmediato. Esta sensibilidad al reforzamiento positivo se utilizó como herramienta para la intervención reforzando comportamientos que involucran una serie de pasos. Pronóstico desfavorable ya que continúa presentando poco control emocional y ante circunstancias de estrés, ansiedad o enojo existe mayor probabilidad de consumo, aunque disminuyó la frecuencia y la intensidad de la conducta de consumo sigue estando modulado principalmente por estas variables.

### **Caso 5: Omar**

#### **Descripción del usuario y motivo de consulta**

Usuario masculino de 40 años acude a tratamiento para dejar de consumir alcohol. El usuario identifica que el alcohol le ha ocasionado diversos problemas entre los que se encuentran

perder la comunicación con sus hijos, de 18 años y de 16 que actualmente viven en Estados Unidos con su primer esposa de la cual se separó por una infidelidad y por su consumo de sustancias, también lo deportaron por chocar en estado de ebriedad, ha perdido su parte en el negocio familiar que tenía en Estados Unidos. Desde hace 1 año vive con Miriam, que es su actual esposa, refiere que con ella sale a pasear pero en la mayoría de las ocasiones toman alcohol, menciona que ella sólo toma dos o tres copas pero él no puede detener su consumo. Actualmente es mesero aunque indica que ha tenido diferentes empleos porque llegaba intoxicado a ellos. En su actual trabajo le han llamado la atención por la misma razón y es por eso que acude a tratamiento además de las discusiones con su esposa.

### **Formulación de caso**

En la Tabla 5.1 se muestran las variables que están involucradas con el consumo de alcohol actual, se puede notar que el entorno del usuario es propicio para el consumo desde edades tempranas ya que la familia no pone reglas o límites en cuanto al consumo se refiere, además el usuario reporta que siempre ha estado asociado a situaciones agradables como fiestas reuniones y unión familiar; incluso menciona que le pusieron de apodo sus amigos y conocidos “fiesta”, ya que se define como “el alma de la fiesta”.

**Tabla 5.1 Mapa clínico de patogénesis**

<i>Variable Distal</i>	<i>V. Antecedente</i>	<i>V. Orgánica</i>	<i>V. Respuesta</i>	<i>V. Consecuencia</i>
Entorno familiar de consumo (ante cualquier situación consumen	Dificultades económicas Problemas con la esposa Convivir con amistades	Dificultad en identificar sensaciones y emociones Tratamiento	Tomar alcohol	Inmediatas Disminución de ansiedad y tristeza Ser parte activa en las fiestas y reuniones

alcohol)	Mirar bebidas preparadas	farmacológico Topiramato (antiepiléptico)	Corto plazo: Discusiones con esposa, pérdidas económicas
	Consumo con la esposa	Fluoxetina (Antidepresivo)	Mediano plazo: Posponer planes (negocio, familia y comprar casa)
			Largo plazo: Deportado y pérdida de comunicación con sus hijos

## Resultados de evaluación

Los resultados de la evaluación de ansiedad, depresión, principales situaciones de riesgo y nivel de auto-confianza que presenta el usuario antes de la intervención se exponen en las tablas siguientes (Ver tablas 5.2, 5.3 y 5.4). En cuanto a los estados emocionales, el usuario presenta elevada la sintomatología ansiosa.

**Tabla 5.2 Resultados Pre-tratamiento de ansiedad y depresión**

<i>Instrumento</i>	<i>Nivel de sintomatología</i>
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):</b>	Severa
<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI):</b>	Moderado

En la Tabla 5.3 se muestran las situaciones de riesgo para el usuario, de ellas, la que representa un mayor riesgo para el usuario es el consumo social, esto corrobora con lo mencionado en el motivo de consulta, por lo que tiene bien identificado su principal situación de riesgo, la segunda situación es cuando prueba el auto-control que tiene para poder resistirse a consumir. La de menor puntuación es la de emociones desagradables que percibe como con menor riesgo sin embargo, durante la intervención el usuario mostro consumir bajo estados afectivos desagradables como ansiedad o preocupación.

**Tabla 5.3 Resultados de ISCA**

<i>Situaciones</i>	<i>Porcentaje de riesgo</i>
Emociones desagradables	11.1%
Consumo social	62.5%
Probando autocontrol	57.1%

### **CCS Alcohol**

En la Tabla 5.4 se muestra que el usuario tiene mayor confianza a poder resistirse a consumir principalmente ante necesidad física; en todas las demás áreas puntuó con 60%, donde presenta menor autoeficacia es bajo emociones agradables y probando su autocontrol, este último concuerda con el nivel de riesgo siendo así la principal situación de riesgo.

**Tabla 5.4 Resultados CCS**

<i>Situación o evento</i>	<i>Porcentaje</i>
Emociones desagradables	60
Malestar físico	60
Emociones agradables	10
Probando control	20
Necesidad física	80

Conflicto con otros	60
Presión social	60
Momentos agradables con otros	60

### Auto-registros

En el Gráfico 5.1 se muestra el patrón de consumo antes y durante el tratamiento. Lo que se muestra es que el usuario en las primeras tres sesiones consumió hasta 12 copas estándar a la semana, después se mantuvo en abstinencia durante seis semanas. El usuario logró la abstinencia de alcohol al sustituirla con cerveza sin alcohol.

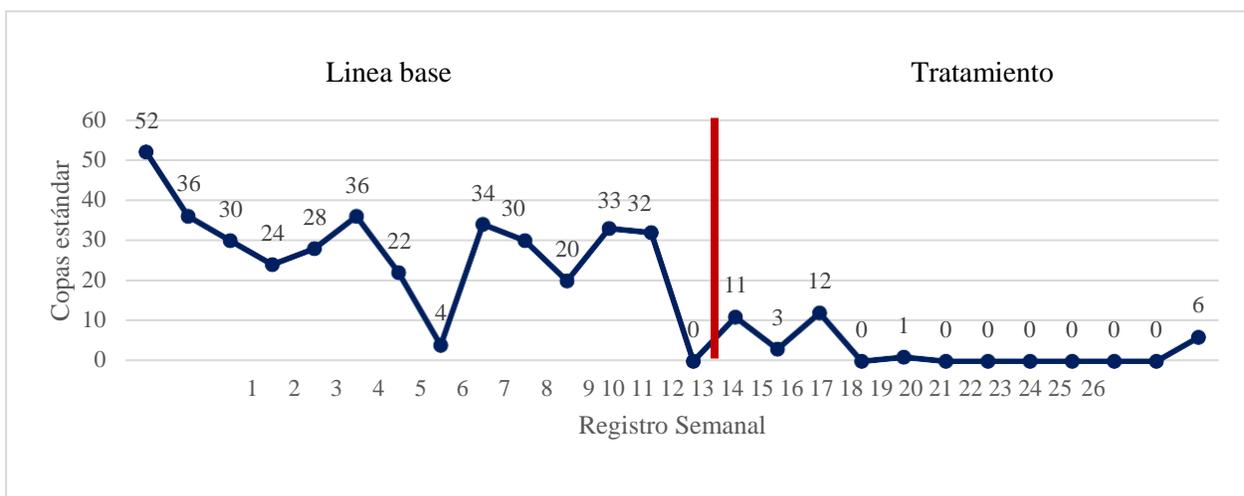


Gráfico 5.1. Autoregistro de consumo de alcohol

En el Gráfico 5.2 se muestra la disminución de copas por ocasión, de acuerdo con lo recomendado por la OMS, el consumo de alcohol de manera responsable es tres copas por ocasión para los hombres, por lo que el usuario durante el tratamiento las veces que consumió, lo realizó dentro del límite de copas.

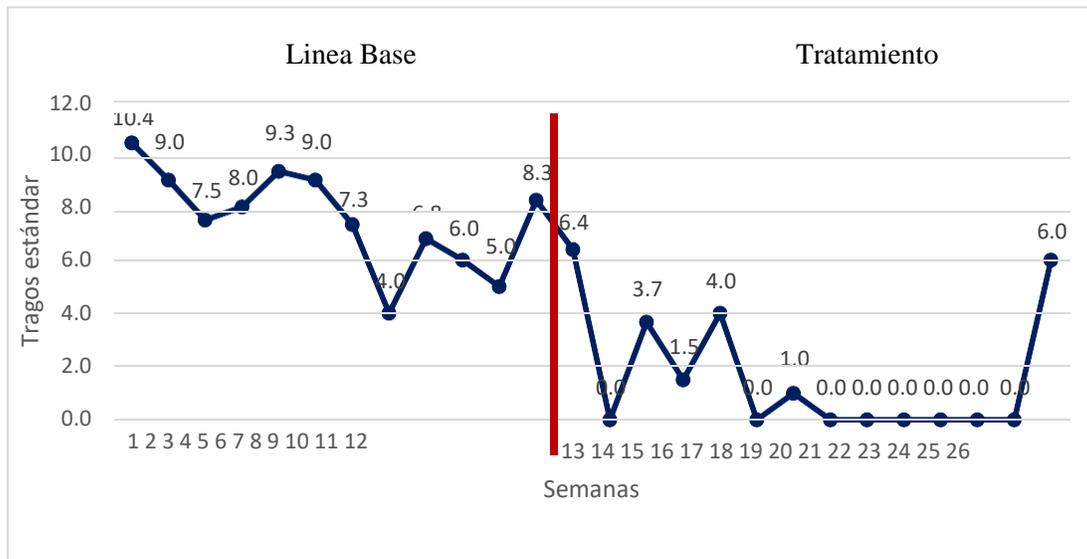


Gráfico 5.2. Promedio de trago por ocasión

### Actividades Alternativas al consumo

Este usuario identificó siete actividades alternativas al consumo que se intentó aumentar en frecuencia durante el tratamiento.

1. Ir al gimnasio: Esta actividad al inicio del tratamiento no la realizaba porque refería que “no le alcanzaba el tiempo” pero si quería retomar esa actividad. Por lo que se organizó su día de diferente manera optimizando los tiempos hábiles para que pudiera realizarla. Aumentó en frecuencia hasta cuatro veces por semana. De las 12 semanas de tratamiento realizó esta actividad ocho veces (66.6%). Con una duración promedio de 2.25 horas por ocasión.
2. Ir al cine o ver películas en casa: Esta actividad si la realizaba antes pero con consumo de alcohol, sin embargo se realizaron planes de acción para que no consumiera alcohol durante la actividad. Una parte importante fue su esposa con la que consumía en menor cantidad que él, y representa la red de apoyo del usuario. Por lo que aumentó su frecuencia sin consumo a una vez por semana, esta actividad se realizó en 5 de 12 semanas de tratamiento (41.6%) con una duración promedio por ocasión de 4.5 horas.

3. Realizar actividades con su esposa: las principales actividades que realiza con su esposa es ir a plazas comerciales a pasear y comprar un helado o salir a comer. Antes del tratamiento el salir a algún sitio con su esposa era un detonante de consumo porque se iban a bares, sin embargo, se realizaron planes de acción que involucraban el cambio de sitios por ejemplo, en lugar de ir a un bar podían ir a un restaurante donde vendan más cosas, no solo alcohol. Estas actividades aumentaron en frecuencia de una hasta tres veces por semana realizándose en 11 de las 12 semanas de tratamiento (91.6%). Realizándose en promedio 5.5 horas por ocasión. Esta es la segunda actividad que ocupa la mayor parte de su tiempo disponible por día, la primera actividad es trabajar.
4. Trabajar: Esta actividad es la que representa la mayor cantidad de tiempo en el día, trabajando 12 horas. Generalmente trabaja cinco días por semana. No obstante, esta actividad es una situación de riesgo debido a que la sustancia que identifica de impacto es el alcohol y trabaja en un restaurant-bar donde en ocasiones consumía. Esta actividad como tal no la considera recreativa, pero es importante describirla dentro de lo que realiza día con día porque muestra parte del contexto y del tiempo disponible para que se dé la conducta de consumo.
5. Ver la televisión: Esta conducta menciona que lo distrae y lo entretiene, sin embargo representa un problema ya que al realizar una evaluación funcional de ver la televisión es un detonante de consumo porque al ver partidos de futbol que es lo que más le gusta, refería que se le antojaban las cervezas, situación asociada anteriormente.
6. Realizar aseo: Esta actividad no la identifica el usuario como reforzante pero se describe porque es una actividad que involucra tiempo en su día y mientras realiza esta actividad no consume sustancias. La frecuencia semanal es de 1.6 veces por semana con una duración de 1.9 horas.

7. Salir al centro de la CDMX de paseo: Esta actividad se realizó el 75% de las semanas de tratamiento (9 de 12 semanas), por semana se realizó en promedio 1.5 veces con una duración promedio de 8.2 horas.

### **Análisis funcional**

En la Tabla 5.5 se muestran las principales situaciones donde el usuario consumo y por medio del análisis funcional, se muestra la relación entre los eventos y el tipo de reforzamiento involucrado como la evitación de estados afectivos negativos como el estrés o la ansiedad y así, por efectos farmacológico del etanol “relajar” el cuerpo además de la asociación de la alegría con el consumo de alcohol.

**Tabla 5.5. Análisis funcional del consumo**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>		
<b>Estar en el trabajo, sin gente</b>	Ahora no estoy sacando buen dinero	Ansiedad (intranquilidad, movimientos rápidos de manos y pies)	Sentarse a pensar y esperar a los clientes	Continuar pensando en los problemas		
	Debo poner mi negocio pero no lo estoy logrando	Sed, labios reseca				
	Se ve muy rico	Continua ansiedad,			Tomar alcohol	Tranquilidad
	Con un trago me voy a relajar	preocupación Hormigueo en las manos				Felicidad
No debería tomar Sólo una y ya		Aún puedo hacerlo, todavía tengo tiempo.				

**Tabla 5.6. Análisis funcional**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
Salir con esposa o con amigos a comer	Me gusta el ambiente, me la voy a pasar bien	Alegría (mucha energía, todo me da risa)	Consumir alcohol	Me divierto, me hago el gracioso, hago bromas o chistes (primeras 2 horas)
Con esposa: proponen lugares como bares, karaoke o salones de baile	Me lo merezco			
Con amigos: van a cantinas o bares	Un rato de disfrutar no me hace mal, también necesito divertirme			Discuto con amigos o con mi pareja, no me acuerdo de las cosas, cruda moral los siguientes 2 días
Misma situación	No debo tomar Puedo estar en la fiesta sin tomar	Ansiedad (sudoración de las manos, boca reseca)	Tomar rápido alcohol (caballito)	Dejo de pensar Siento mi cuerpo relajado, me siento feliz
	No me siento en ambiente, creo que no encajo, por qué no puedo sentirme en ambiente	Incomodidad (nervioso)		
	Un trago y ya			

## Plan de tratamiento

A continuación se muestran las sesiones de tratamiento

**Tabla 5.7. Sesiones de tratamiento**

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
1	Admisión	Entrevista semi-estructurada	No aplica
2	Evaluación y continuación de entrevista clínica	Aplicación de instrumentos de evaluación	Explicación y entrega de autorregistro de consumo
3	Evaluación e identificación de variables del mapa clínico	Aplicación de instrumentos	Revisión de autorregistro
4	Análisis funcional de consumo de tabaco	Explicación de precipitadores internos, externos y la relación del consumo con sus consecuencias. Identificación de principales precipitadores de consumo	Folleto análisis funcional de la conducta de consumo.
5	Entrega de resultados, metas de vida cotidiana y muestra de abstinencia	Identificación de costos por consumo y de ganancias al evitar consumir Realizó muestra de abstinencia por 2 meses	Realización de balance decisional y revisar la pérdida económica por consumo Identificación de metas de vida: realizar un negocio de arcones, tener un hijo y comprar una casa
6	Control de	Función e identificación de	Realizar cada ejercicio en

	emociones (ansiedad, enojo)	emociones, técnica de distracción de pensamiento, autoinstrucción, tiempo fuera, relajación muscular progresiva	situaciones identificadas como de riesgo.
<b>7</b>	Control de emociones tristeza	Cambio de pensamiento en cuanto a sus hijos Explicación de pensamientos irracionales	Escribir sus emociones e identificar pensamientos irracionales
<b>8</b>	Solución de problemas	Explicación del método de solución de problemas	Utilizar el método en las 3 metas
<b>9</b>	Solución de problemas	Revisión de la tarea	Utilizar nuevas estrategias para situaciones no deseadas “plan B”
<b>10</b>	Habilidades de comunicación	Asertividad Objetivo de la comunicación	Utilizar técnicas de control
<b>11</b>	Habilidades de comunicación	Establecer acuerdos y realizar críticas con su pareja y amigos Expresar ideas en lugar de evitar discutir Modelamientos y ensayos conductuales de las habilidades de comunicación (lenguaje verbal y no verbal)	
<b>12</b>	Prevención de recaídas	Identificar los diferentes tipos de precipitadores que lo llevan al consumo Diseñar planes de acción para evitar consumir	Realización de planes alternativos

## **Intervención**

Durante las sesiones de tratamiento el usuario llegó puntual a todas sus sesiones, cumplía con llenar el auto-registro de consumo, tuvo dificultad para realizar el registro de las actividades alternas al consumo. Sin embargo, si los realizó en su mayoría. Una de las dificultades principales es que su contexto estaba relacionado con el consumo, sus padres lo invitaban cuando lo veían, con su pareja consumía, con los amigos también se reflejaba el consumo. Como se muestra en la evaluación, el consumo está asociado a emociones positivas, es decir, a emociones agradables como alegría, júbilo o diversión; es por esta misma razón que todas las actividades que realizaba fuera de su trabajo involucraban el consumo incluso en compañía de su pareja actual. Lo que se trabajó con él es romper con la asociación por medio de resaltar los costos que conlleva el consumo, tanto en el nivel económico como en el emocional y aplicar solución de los problemas, el usuario se mostró más sensible al costo económico ya que le impedía realizar otros proyectos.

Otra forma de romper con la asociación es guardar el dinero que gastaba en alcohol y ponerlo en una alcancía transparente para que vaya observando la cantidad de dinero que gastaba; por otra parte en lugar de salir con la pareja a un bar, salían a una restaurant donde había más opciones de bebida, no solo alcohol y así él podía salir con su pareja sin que estuviera presente el consumo. También cuando estuvo en reuniones o con personas con las que solía tomar, tomaba cerveza sin alcohol lo cual ayuda en cuanto a reducción de daño.

La principal dificultad con el usuario es que en cuanto comenzó a retomar proyectos y disminuir el consumo, dejó de asistir al área de psicología.

## 5. DISCUSIÓN

Hacer un análisis teórico de un tratamiento psicológico se realiza con la finalidad de explicar los hallazgos clínicos con base en un marco teórico/conceptual que diversos autores han demostrado, puede ayudar a realizar explicaciones y aplicaciones a los procedimientos de modificación de conducta en beneficio del tratamiento clínico. También sirve para identificar si existen relaciones entre la metodología utilizada y el marco teórico en el cual está basado el tratamiento.

Cabe mencionar que clínicamente la implementación del PSC tuvo muy buenos resultados facilitando a los usuarios identificar las situaciones específicas donde es más probable que consuman y ayuda a utilizar las diferentes estrategias para poder modificar pensamientos y regular emociones. También se mostraron cambios en la apariencia de los usuarios, en algunos de ellos fue más evidente como con la usuaria Erika, que mejoró su aliño personal a través de las sesiones. En general es una usuaria que tiene buen pronóstico de tratamiento debido a que fue la más apegada a las indicaciones y llevo a cabo tareas y ejercicios. No obstante, durante el tratamiento se trabajó la reducción debido a la gran cantidad de cigarros consumidos por día. La reducción la llevo a cabo pero mostraba resistencia cuando se aumentaba el criterio de cigarros permitidos en la reducción. En uno de los seguimientos telefónicos la usuaria mencionó haber dejado de consumir cigarros y lograr la abstinencia, esto lo logró por medio de una promesa con su hermana, la cual está hospitalizada; la usuaria comentó que la promesa fue la siguiente “dejó de fumar, si mi hermana sale de terapia intensiva y mejora el pronóstico” lo cual si ocurrió y ella logro la remisión desde ese momento.

También con Paulina el cambio en su apariencia física mejoró, en las primeras sesiones la usuaria lloraba constantemente, sin embargo eso fue decrementando a lo largo de las sesiones. El

discurso se enfocaba más en una idea de lo que otras personas pueden pensar de ella, situación que le generaba ansiedad. Sin embargo, el discurso de la usuaria se modificó al expresarse sin tener estos pensamientos intrusivos de la opinión pública (distorsión de pensamiento). En sus resultados se muestra que la usuaria tuvo más interacción social con sus compañeros de casa sin consumo de sustancias pudiendo disfrutar la convivencia sin consumir, esto también se notó en el discurso donde podía platicar de manera fluida con otros. Incluso en esta usuaria se notaba el discurso más fluido, calmado y con menor incidencia de pensamientos irracionales en su discurso, anteriormente comentaba problemáticas con ideas catastróficas y sin resolución, discurso enfocado en la problemática y en ocasionar malestar emocional y facilitar el consumo. A través de las sesiones disminuyeron estas ideas y aumentó el discurso enfocado a la solución de los conflictos.

En el caso de Omar ponía en práctica una técnica que consistía en beber cerveza sin alcohol o tomar bebidas preparadas sin alcohol. Esta técnica se utilizó porque en sesiones se identificó que lo que más llama su atención y es un precipitador de consumo, consiste en la presentación de las bebidas. El cómo se vean funcionaba como estímulo discriminativo en aquellas ocasiones o reuniones donde no quería consumir, por ejemplo, si le ofrecían una copa con colores llamativos refiere que no podía resistirse porque le ganaba la “sed” y “las ganas de tomar una copa refrescante”.

En los casos de Alejandro y Miguel la situación fue diferente; estos dos usuarios son los que presentan un nivel de dependencia mayor. Para ellos el consumo es necesario fisiológicamente, sin embargo, si hay diferencias entre ellos. Alejandro es un usuario que presenta una conducta generalizada de consumo de alcohol, en especial ante cualquier cambio emocional desagradable. El PSC ayudó a Alejandro en la identificación de emociones y en el

conocimiento de técnicas para regular dichos estados emocionales, sin embargo, dado el contexto no promueve que pueda desarrollar habilidades de afrontamiento necesarias para poder dejar de consumir.

Por otra parte el usuario Miguel tiene un nivel de dependencia severa. En este usuario el consumo esta tan generalizado que ante cualquier emoción consume. Aunque sabe las técnicas para regular los estados emocionales, no le es posible aplicarlas porque su contexto es generalmente estresante. Aunque en sesión se han realizado técnicas específicas simulando su contexto natural, no puede aplicarlas saliendo de sesión. Para estos dos usuarios es recomendable utilizar técnicas como exposición de señales o un entrenamiento más parecido a sus condiciones naturales.

La principal ventaja del Programa de Satisfactores Cotidianos es que cuenta con un manual para su implementación en el que se recopilan las diferentes técnicas que ayudan a la identificación y regulación de emociones, comportamientos específicos como habilidades verbales de comunicación, y de solución de problemas. Otro beneficio es que se utilizan modelamientos y ensayos conductuales para entrenar al usuario a enfrentar situaciones específicas, lo cual ayuda a pacientes con un nivel de consumo de abuso y dependencia baja. De acuerdo con los resultados del presente trabajo, con usuarios que presentan dependencia severa la efectividad del tratamiento requiere aumentar la dosis de su impartición a 2 sesiones semanales para practicar más conductas eficaces ante situaciones de riesgo.

Hasta el momento se ha mostrado lo que se realizó y se obtuvo mediante el tratamiento clínico estándar utilizado en adicciones. Ahora para realizar este análisis se mostrarán los requisitos que pide el modelo de ley de igualdad para que se pueda llevar a cabo y se discutirán los elementos obtenidos en los casos clínicos.

Cabe mencionar que en el presente estudio no se logró realizar un análisis cuantitativo de elección para poder implementar la ley de igualación de forma adecuada. El principal problema para poder probar el supuesto de igualación tiene que ver con los datos obtenidos. La Ley de igualación requiere un mayor control sobre la conducta de elección. Como diversos autores lo han demostrado, la recolección de datos es fundamental para correr un análisis de igualación. Para ello es necesario ambientes donde se pueda observar la conducta y así, poder identificar la frecuencia confiable, la duración, la topografía y la latencia de las posibles conductas a elegir en un momento determinado.

En adicciones, estos análisis pueden llevarse a cabo en tratamientos de internamiento debido a que la conducta puede estar observada directamente y por lo tanto obtener características que funcionan de parámetros para tener un análisis más preciso, de hecho, futuras investigaciones son necesarias para realizar análisis de igualación en contextos reales de adicciones, es decir, realizar preparaciones ambientales dentro de servicios de tratamiento residencial para llevar a cabo un análisis de igualación que permitan conocer más sobre la elección de los usuarios y tomar elementos de otro tipo de tratamientos como la exposición de señales (Grahame *et al.* 1990), para ayudar a los usuarios a lograr la abstinencia de las sustancias psicoactivas.

Las condiciones que requiere el modelo son las siguientes:

*Control del reforzador, bajo un programa de intervalo o razón fija o variable:* es decir, para llevar a cabo la ley estricta de igualación se requiere que todo el reforzamiento disponible para el individuo esté bajo el control del experimentador (Billington & DiTommaso, 2003). Para el caso

donde sólo podemos conocer una conducta específica (Herrnstein, 1970), se necesita el control mínimo del reforzador otorgado a la conducta objetivo, lo cual en el caso del tratamiento ambulatorio no es posible. Tener el control directo del reforzador en adicciones implica: cuánto reforzador se le entregará, a qué hora se administra y cuántas veces se reforzará una conducta; esto aplica tanto para alguna conducta recreativa sin consumo o de consumo de drogas.

Se han realizado aplicaciones de igualación pero sin la manipulación de tasas de reforzamiento, en donde se obtiene la descripción de cómo ocurre el reforzamiento para ciertas conductas, sin embargo, representa un desafío controlar la tasa de reforzamiento en un ambiente natural donde no hay control establecido en la entrega de reforzamiento (Martens & Houk, 1989).

El conocer la tasa de reforzamiento representa una limitación fundamental, en especial para el tratamiento clínico ambulatorio que es el más común en psicología. En el tratamiento psicológico estándar, se cuenta con un tiempo de 40 hasta 120 minutos como máximo, donde la forma de obtener información es por medio de la entrevista clínica, es decir, por medio de preguntas sistemáticas que ayudan a identificar y delimitar la problemática; y los instrumentos de evaluación de comportamientos, percepciones y estilos de pensamiento. Por tanto el nivel de control es muy reducido en comparación con la experimentación básica tradicional. En un experimento típico de igualación los reforzadores contingentes se organizan de acuerdo a programas de intervalo variable (IV) concurrentes o disponibles al mismo tiempo para conductas específicas en presencia de estímulos distintos. Sin embargo en contextos naturales humanos, la calidad del reforzador a veces varía entre las alternativas de respuesta y puede interactuar con la tasa de reforzamiento para producir patrones de distribución de respuesta que no predicen ley de igualación (Neef, Mace, Shea & Shade, 1992).

En el caso de los usuarios de la presente tesis, no se conoce la tasa de consumo ni la frecuencia exacta, esta limitación se debe principalmente a que no se tiene una observación directa de la conducta, la forma de obtener esta información es por medio de los auto-registros que proporcionan información de cuántas copas consume por día y se entregan semanalmente pero este auto-reporte puede estar sesgado por deseabilidad social, cambios en la percepción del riesgo a la sustancia, efectos de olvido debido a que los auto-registros en algunos casos los usuarios los llenaron minutos antes de entrar a sesión perdiendo confiabilidad.

El registro de otras conductas que se realizó ayudó a tener un panorama de las principales actividades que realizan cada día. También permite conocer de cuánto tiempo se compone su día. Para algunos usuarios el día promedio dura 14 horas de las cuales, por medio del registro de conductas alternativas, se conoce cuanto tiempo dedican a diferentes actividades en todo el día. Por ejemplo, para el usuario Miguel su día promedio dura 14 horas de las cuales, de acuerdo con el registro ocupa 9 horas trabajando y las cinco horas restantes las ocupa viendo la televisión, ir a surtir su tienda, pintar, ir al cine, lavar la ropa, etc. El conocer las actividades que realiza no brinda la posibilidad de saber cuál es el contexto del consumo. Como se indica en la ley hiperbólica de igualación, el contexto es conocer si existen otro tipo de conductas a realizar en un tiempo en específico (Herrnstein, 1970). Sin embargo, informa sobre los tiempos involucrados en cada actividad y el tiempo destinado a cada una, tener en cuenta estas características contextuales ayuda a generar arreglos que fomenten el tiempo y la frecuencia involucrada en actividades libres de sustancias psicoactivas, como indica ley de igualación.

En el tratamiento impartido se eligieron conductas que el usuario proponía que fueran reforzantes o que brindaran algún grado de bienestar. Sin embargo, todas las conductas propuestas para todos los usuarios eran conductas complementarias al consumo, es decir, no son

excluyentes por lo que se puede consumir drogas mientras se realizan estos comportamientos. De hecho, ninguna conducta fue incompatible. Para estos usuarios es complicado fomentar comportamientos que excluyan el consumo de sustancias, pero lo que se puede realizar, es conocer cuál es la función del consumo. En el tratamiento se identificaron las principales situaciones por medio de una evaluación funcional, sin embargo para usuarios que tienen una conducta de consumo generalizada ante cualquier situación existe una probabilidad alta de consumo, tal es el caso de Alejandro que podía estar solo o acompañado, con problemas maritales o incluso haciendo otra actividad. En el caso de Miguel es una conducta que es difícil saber ante que momentos o situaciones ocurre, debido a que tuvo dificultades para identificar situaciones específicas, sensaciones físicas o emociones relacionadas con el consumo. Para los casos de Omar, Paulina y Erika si había situaciones específicas donde la función de la conducta pudo ser identificada, sin embargo, la tasa era variable. En el caso de Omar, los días que tenía consumo podían ser entre semana o fines de semana, por lo que no había un día específico de consumo. Con Erika si había situaciones específicas y días identificados como “días de fumar más”, sin embargo, los registros no se hacían diario, aunque cumplió en llevar los registros y acudía puntual, no se tiene la seguridad de que los datos de los registros sean precisos en cuanto a número de cigarros y situaciones específicas en las que ocurre.

*Contingencia en la entrega del reforzador por realizar alguna conducta:* En caso de las sustancias psicoactivas, las consecuencias positivas por el consumo de una droga son generalmente inmediatas (se evitan situaciones o estados afectivos desagradables y provee placer por efecto farmacológico). Para aquellas conductas que no involucran el consumo de sustancias los reforzadores son demorados en comparación con el consumo. En general hay un periodo de tiempo entre el consumo y las consecuencias desagradables o sanciones legales por el consumo

que puedan existir. Es importante resaltar cómo está organizado el contexto para cada usuario, dado que éste es el que promueve el mantenimiento del consumo. En el caso de Alejandro el contexto inicial era de un trabajo donde “podía ser su propio jefe”, el usuario reportaba que trabajaba de cuatro a cinco horas y el tiempo restante lo ocupaba para consumir alcohol. No había una consecuencia negativa del consumo en el ámbito laboral, ninguna sanción por parte de su trabajo, únicamente en casa tenía discusiones constantes con su esposa, pero el usuario reportó que calculaba el tiempo para poder consumir y llegar a casa lo menos intoxicado posible, además en función del tiempo, el efecto reforzante si es contingente al consumo, en cambio seguir una regla verbal o alguna meta estructurada no es contingente a un castigo o a una recompensa.

Para Miguel las condiciones contextuales promovían el consumo. Existen diversos factores contextuales que mantienen la conducta de consumir alcohol. Primero tomemos en cuenta que el usuario muestra como principal detonante de consumo la evitación de emociones desagradables como ansiedad, enojo y miedo. Miguel pasa la mayor parte del tiempo en su trabajo, donde constantemente se estresaba. Vive con su madre y hermano con los cuales tienen una relación conflictiva al no llegar a acuerdos; y son estas dos personas con las que más tiempo pasa conviviendo. Es decir, la estructura de sus actividades y la gente con la que convive es el contexto que promueve estados emocionales desagradables, entonces fomentan el consumo. Además teniendo en cuenta su historia de consumo, el usuario ha tenido reforzamiento social positivo contingente a la conducta, ya que cuando comenzó a consumir alcohol, su hermana lo protegía para que “no se dieran cuenta” del estado de ebriedad, también socialmente podía entablar comunicación con las personas (habilidad que carece cuando está sobrio). Por otra parte, las sanciones que reporta son pérdidas económicas, deterioro del estado de salud físico y discusiones con su familia, sin embargo, ninguna de estas consecuencias son contingentes al

consumo. Lo que nos indica la teoría es que para que exista una modificación en comportamiento, las consecuencias a un comportamiento deben ser contingentes, es decir, seguidas casi inmediatamente después del comportamiento para que aumente la probabilidad de asociar una conducta con sus consecuencias (Thordinke, 1927).

Para el caso de Omar la historia de consumo indica principalmente un reforzamiento social al consumo, es permitido y fomentado por figuras de autoridad como sus padres así como amigos y su actual pareja. Aunque las situaciones estaban identificadas y se trabajaron técnicas como relajación muscular progresiva, distracción de pensamiento y tiempo fuera, el tiempo en modular sus emociones y pensamientos es mayor que el reforzamiento proporcionado por el consumo, además este hecho no es reforzante inmediatamente como lo es el consumir alcohol. Lo que se observó en el tratamiento es que el poder resistirse es reforzante para los usuarios una vez acabado el tiempo de exposición, sin embargo en la exposición a situaciones de consumo, el resistirse a consumir les genera emociones desagradables, que a su vez precipitan el consumo y la duración va de los 10 minutos hasta varias horas.

Con Erika la situación fue muy específica, trabajar en casa, por lo cual se realizó una evaluación funcional de cómo ocurría el consumo y para ella se trabajaron diferentes planes de acción ante esa situación (*véase Tabla 4.6*). La usuaria al tener buena alianza terapéutica, siguió todas las indicaciones terapéuticas, no obstante, ante situaciones de enojo y ansiedad muy elevadas olvidaba las reglas y reaparecía la conducta, como los autores indican con procedimientos de resurgimiento (Bouton, 2014).

*Operacionalización de la conducta problema y de las otras conductas:* En estudios para probar ley de igualación es necesaria la definición de las conductas a contrastar, por ejemplo Borrero & Vollmer (2002) utilizaron ley de igualación con cuatro niños con problemas de conducta auto-

lesiva que presentaban problemas de desarrollo. En este estudio se utilizaron definiciones tanto de la conducta problema (de auto-lesión como golpes, cachetadas o patadas) y las conductas adecuadas (hacer peticiones verbales para atención y objetos tangibles). En otros contextos se ha definido la conducta con base en un estándar como en los deportes, (Reed, Crichfield & Martens, 2006) utilizaron la definición operacional para distinguir pases y carreras en juegos de football americano y así poderlos utilizar como operantes para la obtención de yardas, definidas como reforzadores y con estas definiciones utilizar el registro de temporada con base en las estadísticas de la (National Football League, NFL). Estos ejemplos ponen de manifiesto la importancia que tiene el identificar operacionalmente la conducta problema, las conductas alternativas y el tipo de reforzamiento involucrado para tener una observación más detallada en la ocurrencia y duración de cada una de las conductas y entonces poder utilizar procedimientos que contribuyan a la modificación de la conducta.

En el caso de la conducta adictiva, se han realizado experimentos donde se define la conducta de consumo como el número de copas ingeridas por ocasión y se tiene un registro de otras conductas que realizan los usuarios con base en cuestionarios de auto-reporte, eso lo han realizado diferentes autores y se usa en el tratamiento clínico descrito en la presente tesis. Sin embargo para elegir las conductas alternativas, se realizó en función de aquellas actividades que estuvieran dentro del repertorio conductual sin importar que actualmente no las realicen, con la condición de que sean reforzantes o agradables.

El registro de conductas alternativas en formato cronograma que se realizó para este ejercicio permite el registro de las actividades por día y la duración estimada de las mismas, sin embargo no se realizó una definición operacional de estas conductas alternativas. Una herramienta que utilizan algunos autores es utilizar un menú de actividades alternativas que

consiste en cuestionarios donde se miden actividades diferentes y su nivel de satisfacción de cada una de ellas y en función de esto buscar la posibilidad de facilitar la realización de las mismas (Borrero & Vollmer, 2002). Este procedimiento se puede utilizar en futuras investigaciones con la finalidad de tener una descripción de las conductas y da la posibilidad de conocer más conductas alternativas que pueden realizar los usuarios.

*Validez de las evaluaciones conductuales (observaciones de conducta):* Para la utilización de ley de igualación la conducta debe estar registrada bajo parámetros que ayuden a delimitar la ocurrencia de cada una. Numerosos estudios han aplicado a entornos naturales ley de igualación, sin embargo, en todos hubo una observación directa de la conducta que proporciona la validez a un registro de ocurrencia y que en muchos de los estudios se realiza una validación entre observadores (Borrero & Vollmer, 2002; Neef; Mace, Shea & Shade, 1992; Bearsley & McDowell, 1992; Martens & Houk, 1989).

De acuerdo con el Programa de Satisfactores Cotidianos se puede realizar un registro con el otro significativo. Este involucra la observación de alguna persona cercana al usuario. Este informante externo puede ser pareja, amistad o incluso algún miembro del trabajo o los padres. Sin embargo, no siempre están de acuerdo los usuarios con la observación de otra persona y los registros también pueden ser subjetivos al referirse a la observación del tercer informante y no del terapeuta.

*Registros de conducta:* Una de las dificultades más frecuentes en el registro de conductas en ambientes clínicos naturales, radica en la obtención de información. La utilización de auto-reportes de conducta supone problemas metodológicos ya que no se puede asegurar que el registro sea confiable, es decir, que el registro revele con seguridad la ocurrencia o no de una conducta, principalmente cuando no está bajo observación directa. También carece de validez

debido a que no sabemos si el auto-reporte refleje la conducta específica y operacionalizada que pretende medir.

El realizar un ejercicio como el de la presente tesis, es de ayuda debido a que existe una tendencia en los terapeutas a mezclar conceptos teóricos provenientes de diversos marcos conceptuales, esto genera confusión debido a que las estrategias de evaluación e intervención son seleccionadas con base en que tan efectivas son y no se toma en cuenta si son coherentes con el marco teórico conceptual. Actualmente el análisis conductual aplicado continúa haciendo énfasis en el logro de resultados o cambios conductuales y en el refinamiento de instrumentos de evaluación; sin embargo, se observa poco interés en buscar relación que tienen estos procedimientos con los principios y conceptos del análisis básico (Caycedo et al., 1994).

Un ejemplo de estas diferencias entre las técnicas conductuales aplicadas y su base teórica es el de reforzamiento diferencial de otras conductas. En el tratamiento en adicciones se habla de un reforzamiento de otras conductas o de conductas alternativas como lo indica el Programa de Satisfactores Cotidianos. No obstante, para que esté principio se realice, es necesario por lo menos dos condiciones. Dar reforzamiento contingente a la ocurrencia de otra conducta que sea diferente a la conducta problema o que ayude a la reducción de su tasa; la segunda condición es retrasar, privar o eliminar el reforzamiento a la conducta problema (Cooper, Herón & Heward, 2014). En el tratamiento ambulatorio en adicciones no tenemos control de los reforzadores y no se conoce si existe contingencia entre el comportamiento para obtenerla y el reforzamiento proporcionado o el comportamiento alternativo y su reforzador.

Diferentes estudios han encontrado que el reforzamiento diferencial de otras conductas es menos efectivo para decrementar la conducta problema cuando se implementa sin extinción (Volkert, Lerman, Calle & Trosclair-Lasserre, 2009). Sin embargo, McDowell (1982) menciona

que no es necesario extinguir el reforzamiento, lo importante es redistribuir el reforzamiento que existe naturalmente en el entorno identificarlo y redistribuirlo, por lo tanto la extinción no es un componente necesario en el tratamiento, sin embargo para que esté se lleve a cabo es importante que se identifiquen las fuentes de reforzamiento. Como algunos autores indican, una buena forma de identificar los reforzadores y variables que están involucrados en la ocurrencia de algún comportamiento es el análisis funcional, que permite identificar que función directa o indirecta tiene la conducta problema (Iwatta, Pare, Cowdery & Miltenberger, 1994; Athens & Vollmer, 2010). Por lo que es importante realizar una buena identificación de la conducta de consumo para poder implementar procedimientos que puedan fomentar la modificación de la misma.

Otro factor que influye en la efectividad del tratamiento en adicciones, es el entrenamiento conductual para resistirse a consumir. Diversos autores muestran cómo el contexto de entrenamiento es importante para que el cambio se mantenga a pesar de existir cambios ambientales (Grahame *et al.* 1990; Gunther *et al.* 1998; Chelonis *et al.* 1999). Existen procedimientos que pueden ayudar al tratamiento y entrenamiento conductual como los procedimientos de exposición a señales, el cual consiste en entrenar al individuo a las señales que en su contexto natural lo llevan al consumo, como la parafernalia asociada al consumo (luces, papeles o envolturas, botellas) esto se lleva a cabo bajo un procedimiento de extinción para reducir la probabilidad de consumo (Conklin & Tiffany, 2002). Lo que los resultados nos muestran es que, en cuanto el tratamiento psicológico se termina la conducta aumenta, quizá no a nivel de línea base, pero si vuelve a presentarse, este fenómeno ha sido investigado y demostrado que al realizar un entrenamiento en un contexto diferente del que ocurre naturalmente, cuando el organismo regresa al contexto natural, la conducta reaparece (Bouton, 2014). En el tratamiento se brindan estrategias conductuales para evitar situaciones detonantes de consumo, no obstante el

proceso de evitación esta mediado por el contexto, si el contexto (lugar geográfico, relaciones parentales, sentimentales y recreativas) de un individuo promueve o favorece el consumo será difícil poder evitar dichas interacciones, es por esto que la conducta probablemente reaparecerá.

Otra característica es que muchas de las conductas que realizaron los usuarios no son incompatibles al consumo, por el contrario, son complementarias al consumo, es decir, no son incompatibles porque al hacerlas no impiden que se realice el consumo, de hecho se pueden hacer ambas, esto supone una complicación porque si se realiza la actividad alternativa en conjunto con el consumo, por continuidad puede reforzarse y asociarse dicha actividad al consumo y pasar de una actividad sin droga, a un estímulo discriminatorio para consumir. Cómo el caso de ver la televisión, ir a reuniones con personas que consumen, salir a caminar cerca de la tienda o punto de venta, etc.

## **6. CONCLUSIÓN**

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que la efectividad del tratamiento psicológico enfocado en adicciones requiere ajustarse en cuanto a su intensidad al nivel de dependencia del usuario, del contexto en el que se desenvuelva, como lugar de residencia, amistades, trabajos y tiempos disponibles así como el tiempo que lleve realizando esa conducta.

Si bien el PSC ayuda a los usuarios a identificar situaciones, pensamientos y emociones algo que puede aportar al tratamiento son los principios básicos de la conducta y en lo particular ley de igualación. La conducta está sujeta a contingencias ambientales y a un aprendizaje asociativo, es por esto que aunque los usuarios sepan cuáles son sus situaciones o emociones de riesgo, algunos constantemente se siguen exponiendo a las mismas o son parte de su día a día.

Tener en cuenta estas variables como terapeuta ayuda a saber los alcances de las intervenciones y los procedimientos que se pueden seguir; porque aunque saben los riesgos y consecuencias, los usuarios continúan consumiendo lo que demuestra que el ser humano no es racional, por lo tanto las técnicas deben ser más enfocadas a pequeños cambios imperceptibles pero que modifiquen la conducta, en lugar de prohibiciones o reglas establecidas.

### **ALCANCES Y LIMITACIONES**

Como se mencionó anteriormente, hacen falta estudios que intenten probar ley de igualación en ambientes que cuenten con condiciones que permitan mayor control principalmente en la recolección de datos. Estos lugares pueden ser centros de internamiento donde hay población con consumo y dependencia real a las sustancias.

Sin embargo, el presente estudio permite observar el contraste y las dificultades metodológicas y conceptuales que ocurren al intentar realizar diseminación entre aspectos teóricos y metodologías prácticas. Esta evidencia puede ayudar a futuras investigaciones a mejorar y lograr el objetivo de la investigación traslacional en materia de adicciones.

### **REFERENCIAS:**

- Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological bulletin*, 82(4), 463.
- Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

- Athens, E. S., & Vollmer, T. R. (2010). An investigation of differential reinforcement of alternative behavior without extinction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(4), 569-589.
- Ayllon, T., & Azrin, N. (1939). Economía de fichas. Traducido del Inglés. México: Trillas.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122 – 147.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M., & Ayala, H. (2012). Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta. *México DF: Secretaría de Salud/Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones*.
- Baum, W. M., & Rachlin, H. C. (1969). Choice as time allocation 1. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 12(6), 861-874.
- Beardsley, S. D., & McDowell, J. J. (1992). Application of Herrnstein's hyperbola to time allocation of naturalistic human behavior maintained by naturalistic social reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 57(2), 177-185.
- Bickel, W. K., Madden, G. J., & Petry, N. M. (1998). The price of change: The behavioral economics of drug dependence. *Behavior Therapy*, 29(4), 545-565.
- Billington, E., & DiTommaso, N. M. (2003). Demonstrations and applications of the matching law in education. *Journal of Behavioral Education*, 12(2), 91-104.

- Borrero, J. C., & Vollmer, T. R. (2002). An application of the matching law to severe problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 35*(1), 13-27.
- Bouton, M. E. (2014). Why behavior change is difficult to sustain. *Preventive medicine, 68*, 29-36.
- Bouton, M. E., & Todd, T. P. (2014). A fundamental role for context in instrumental learning and extinction. *Behavioural processes, 104*, 13-19.
- Bradshaw, C. M., Szabadi, E., & Bevan, P. (1976). Behavior of humans in variable-interval schedules of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 26*(2), 135-141.
- Catania, A. C. (1963). Concurrent performances: reinforcement interaction and response independence 1. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 6*(2), 253-263.
- Catania, A. C. (1999). Thorndike's legacy: Learning, selection, and the law of effect. *Journal of the experimental analysis of behavior, 72*(3), 425-428.
- Chelonis, J. J., Calton, J. L., Hart, J. A. & Schachtman, T. R. (1999) Attenuation of renewal effect by extinction in multiple contexts. *Learning and Motivation, 30*, 1–14.
- Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction, 97*(2), 155-167.
- Correia, C. J., Benson, T. A., & Carey, K. B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: A preliminary investigation. *Addictive behaviors, 30*(1), 19-27.

- Critchfield, T. S. (2011). Translational contributions of the experimental analysis of behavior. *The Behavior Analyst*, 34(1), 3-17.
- De Villiers, P. (1977). Choice in concurrent schedules and a quantitative formulation of the law of effect. *Handbook of operant behavior*, 233-287.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta: Michael Domjan* (6a. ed.--). México D.F.: Cengage Learning.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. 2018. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.
- Echeverría, L., y Ayala H., (1997). Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Fisher, W. W., & Mazur, J. E. (1997). Basic and applied research on choice responding. *Journal of applied behavior analysis*, 30(3), 387-410.
- Gardner III, R. E., Sainato, D. M., Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L., Eshleman, J. W., & Grossi, T. A. (1994). Behavior analysis in education: Focus on measurably superior instruction. In *The chapters in this volume are revised from papers presented at the conference " Behavior Analysis in Education: Focus on Measurably Superior Instruction," sponsored by the Faculty in Applied Behavior Analysis, Ohio State U, Sep 1992..* Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

Licence: CC BY NC-SA 3.0 IGO.

González Guzmán, R. y Alcalá Ramírez, J. (2006). Consumo de alcohol y salud pública. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 49(6), 238-241. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000605.pdf>

Grahame, N. J., Hallam, S. C., Geier, L., Miller, R. R. (1990) Context as an occasion setter following either CS acquisition and extinction or CS acquisition alone. *Learning & Motivation*, **21**, 237– 265.

Gunther, L. M., Denniston, J. C., Miller, R. R. (1998) Conducting exposure treatment in multiple contexts can prevent relapse. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 75–91. DOI: [10.1016/s0005-7967\(97\)10019-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10019-5)

Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement 1, 2. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 4(3), 267-272.

Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect 1. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 13(2), 243-266.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón- Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

- Iwata, B. A., Pace, G. M., Cowdery, G. E., & Miltenberger, R. G. (1994). What makes extinction work: An analysis of procedural form and function. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 131–144.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (2019). *Marital Therapy Strategies Based On Social Learning & Behavior Exchange Principles*. Routledge.
- Jurado, S., Villegas, M.E, Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 21 (3), 26-31.
- Lerman, D. C., & Iwata, B. A. (1996). Developing a technology for the use of operant extinction in clinical settings: An examination of basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(3), 345-382.
- Mace, F. C. (1994). The significance and future of functional analysis methodologies. *Journal of applied behavior analysis*, 27(2), 385-392.
- Mace, F. C., McCurdy, B., & Quigley, E. A. (1990). A collateral effect of reward predicted by matching theory. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(2), 197-205.
- Martens, B. K., & Houk, J. L. (1989). The application of Herrnstein's law of effect to disruptive and on-task behavior of a retarded adolescent girl. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(1), 17-27.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla. *Editorial: Prentice Hall. Madrid*.

- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, C. V., & Ayala, V. H. (2005). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Manual del terapeuta. México, DF: CONADIC.*
- McDowell, J. J. (1982). The importance of Herrnstein's mathematical statement of the law of effect for behavior therapy. *American Psychologist, 37*(7), 771.
- Medina-Mora, M.E. (2001), “Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición”. En Tapia C. Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno, pp. 21-44.
- Miltenberger, R. G. (2011). *Behavior modification: Principles and procedures.* Cengage Learning.
- Murphy, J. G., Correia, C. J., Colby, S. M., & Vuchinich, R. E. (2005). Using behavioral theories of choice to predict drinking outcomes following a brief intervention. *Experimental and clinical psychopharmacology, 13*(2), 93.
- Neef, N. A., Mace, F. C., Shea, M. C., & Shade, D. (1992). Effects of reinforcer rate and reinforcer quality on time allocation: Extensions of matching theory to educational settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*(3), 691-699.
- Nezu, Arthur M. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales: un enfoque basado en problemas / Arthur M. Nezu, Christine Maguth Nezu, Elizabeth Lombardo; Ricardo Martín Rubio Ruiz. -- México: Editorial El Manual Moderno, 2006.
- NIDA. (2010, marzo 1). Adicción al tabaco. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/adiccion-al-tabaco> en 2019, August 26.

Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC : OPS, 2015.

Palmer, D. C., & Donahoe, J. W. (1991). Shared premises, different conclusions. *The Behavior Analyst, 14*(2), 123.

Páramo, P. F. (1989). Las farmacodependencias: el lugar de la ley de igualación en su comprensión. *Revista Latinoamericana de Psicología, 21*(3), 363-386.

Pereira, C., Caycedo, C., Gutiérrez, C., & Sandoval, M. (2010). Ley de igualación: conceptos básicos, evolución y perspectivas. *Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en [www.elsevier.es/sumapsicol](http://www.elsevier.es/sumapsicol), 1*(1), 38-50.

Perone, M. (1985). On the impact of human operant research: Asymmetrical patterns of cross-citation between human and nonhuman research. *The Behavior Analyst, 8*(2), 185-189.

Pilgrim, C. (2011). Translational behavior analysis and practical benefits. *The Behavior Analyst, 34*(1), 37.

Poling, A., & Foster, M. (1994). The matching law and organizational behavior management revisited. *Journal of Organizational Behavior Management, 14*(1), 83-97.

Poling, A., Edwards, T. L., Weeden, M., & Foster, T. M. (2011). The matching law. *The Psychological Record, 61*(2), 313-322.

Reed, D. D., & Kaplan, B. A. (2011). The matching law: A tutorial for practitioners. *Behavior analysis in practice, 4*(2), 15-24.

- Reed, D. D., Critchfield, T. S., & Martens, B. K. (2006). Operant choice in elite sport competition: The matching law and play-calling in professional football. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*, 281-297.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología, 18* (2), 211-218.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental, 34*(4), 351-365.
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista, M. D. (2010). Metodología de la investigación (quinta edición ed.). *Mexico DF: Mc Graw Hill*.
- Secretaria de salud. (2008) "Glosario de términos, acrónimos y sinónimos". En Programa de acciones específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1992) Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. In J. Allen & R.Z. Litten (Eds), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp). New Jersey: Human Press.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Maisto, S.A., & Cooper, A.M. (1985). Timeline follow-back assessment method. In D.J. Lettieri, J.E. Nelson & M.A. Sayer. (Eds). *NIAAA treatment handbook series: Vol.2. Alcoholism treatment assessment research instruments*. (DHHS Publication No. ADM 85-1380, pp. 530-534). U.S. Government Printing Office.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., Klajner, F., Pavan, D. & Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method of assessing normal drinker college students? recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behaviors, 11*, 149-161.

- Thorndike, E. L. (1927). The law of effect. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 212-222.
- Tiffany, S. T., & Conklin, C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(8s2), 145-153.
- Torres, L. B., Mares, M. F., Mendoza, C. R., García, N. R., Icaza, M. E. M. M., & Martínez, L. M. R. (2015). Programa de Satisfactores Cotidianos para Dependientes de Alcohol y otras Drogas. *Anuario de investigación en adicciones*, 10(1).
- Volkert, V. M., Lerman, D. C., Call, N. A., & Trosclair-Lasserre, N. (2009). An evaluation of resurgence during treatment with functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(1), 145-160.
- Vollmer, T. R., & Bourret, J. (2000). An application of the matching law to evaluate the allocation of two-and three-point shots by college basketball players. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(2), 137-150.
- Vuchinich, R. E., & Heather, N. (Eds.). (2003). *Choice, behavioral economics, and addiction*. Elsevier.
- WHO ASSIST Working Group (2002) The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.
- Wilson, J. Q., & Herrnstein, R. J. (1998). *Crime human nature: The definitive study of the causes of crime*. Simon and Schuster.